Klisklis, klisklis, klisklis
Ch'ok, ch'ok, ch'ok
tz'unun, tz'unun, tz'unun

b'uqpurix, b'uqpurix, b'uqpurix
Wiswil, wiswil, wiswil
Tulul, tulul, tulul

tiri, tiri, tiri,tiri
tri, tri, tri, tri, tri
trrooooo
tatatata
ti ti ti ti
triiiiiiii
kuin kuin kuin kuin
ñon ñon ñon ñon
tian tian tian tian

Onomatopeyas de cantos de pájaros. Conocimientos situados de las comunidades linguísticas k´iche´y euskaldún".

De la sonrisa McDonald's a la sonrisa de Corazón.

De la sonrisa McDonald's a la sonrisa de Corazón.

LOS TRABAJADORES LOCALES, SUS CONOCIMIENTOS SITUADOS Y USOS EN UN PROGRAMA HACIA LA SALUD INCLUYENTE (GUATEMALA)

TESIS DOCTORAL

JOSÉ LUIS ALBIZU BERISTAIN

Directora: Dra. Susan M. DiGiacomo

Tarragona 2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social.

Los trabajadores locales,
sus conocimientos situados
y usos en
un Programa Hacia la
Salud Incluyente
(Guatemala)

Tesis que presenta
José Luis Albizu Beristain

Directora: **Dra. Susan M. DiGiacomo**

Índice

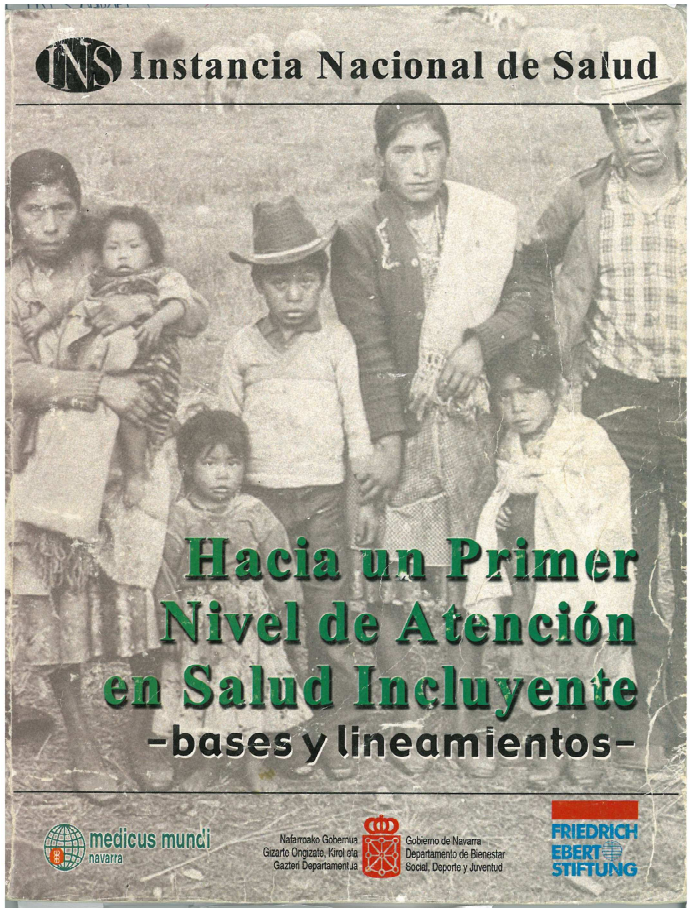
Antecedentes y contexto
Problema de estudio y Objetivos
Marco teórico
Metodología
Resultados
Conclusiones
Recomendaciones

Antecedentes del Programa Hacia una Salud Incluyente

- Cambio de escenario político con los **Acuerdos de Paz** (1996) tras 36 años de *conflicto armado interno*

- Implantación forzada de un **Modelo neoliberal de salud** (1997) desde el Banco Interamericano y el Ministerio de Salud

- **De la protesta a la propuesta** desde una **coalición política en torno a salud,** con un **Programa Hacia la Salud Incluyente** con el objetivo de **incidir en la política** del Ministerio de salud



El Programa se nutre de la estrategia y filosofía integral e incluyente de la Atención Primaria de Salud.

Aportes del Programa HACIA:

- Las tres perspectivas.
- El diseño programático.
- El modelo organizacional.
- El diseño operativo

Salud Incluyente como

- "la **articulación de conocimientos y prácticas institucionales y comunitarias locales complementándose**
- en la **curación, prevención, rehabilitación y promoción dirigida a la transformación de los condicionantes-**determinantes de la salud
- a partir de un fuerte compromiso institucional y de la población"

(Instancia Nacional de Salud, 2002)

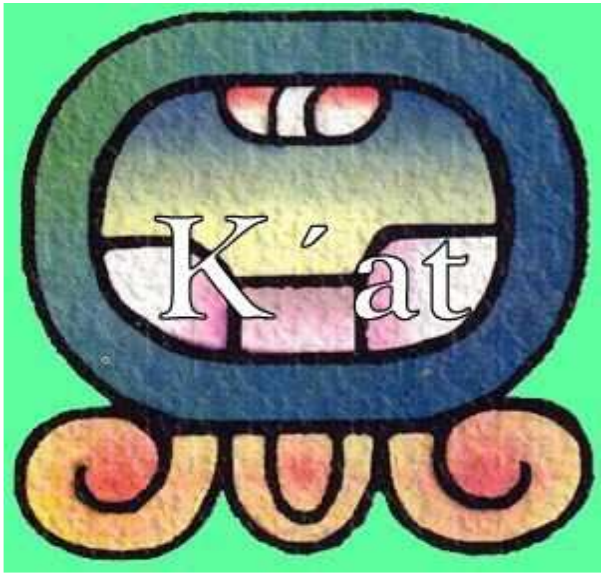
Justificación de la Tesis

- **Estudiar y escribir en Guatemala:**

La responsabilidad de escribir.

- "En mi país si no escribes está muerto (EE.UU.)
- En mi país si escribes te matan (Guatemala)
  y a Mirna… la mataron"

(Eduardo Galeano).



- **Una perspectiva diferente, K´at, red,** que quiere desenredar el proceso salud/enfermedad/atención en unos ámbitos sociales que abordan las ciencias de la salud de manera fragmentada.

- **Crítica fraterna al esfuerzo de la Inclusión**

Problema de estudio

Si "el proceso salud/ enfermedad /atención se comporta como espía del sistema social" (Berlinguer, Menéndez),
es una **PARADOJA que en una Guatemala excluyente el Programa HACIA un primer nivel de atención en salud incluyente (2002) se transforme en un MODELO INCLUYENTE DE SALUD (2008)**.

El proceso s/e/a es socio-estructural por ser "decisivo para la **producción y reproducción social, cultural y biológica** de los grupos", abarcar **hecho vitales** culturales, políticos, económicos, ideológicos.

Toda sociedad en su hegemonía se asegura **la adhesión a las normas sociales y usa la medicina** para minimizar, eliminar o normalizar desviaciones de la conducta social. **Los servicios de salud** no pueden ser aislados del marco más global de las relaciones sociales fuera del ámbito sanitario (Singer, Press)

Abordaje desde la antropología médica aplicada crítica

OBJETIVO: comprender el nivel de Inclusión alcanzado en el Modelo Incluyente a través de sus trabajadores locales, sujetos de estudio, como fuente de conocimientos, el USO de los mismos y aportar al proceso incluyente:

Pre-institucionales:

- Las experiencias y saberes en su estigmatización (en el ámbito social y en los servicios públicos) y experiencias y saberes médico populares ("todo sirve")

Intra-institucionales:

- Cuáles son sus saberes reconocidos institucionalmente
- Cuáles son los saberes reconocidos por ellos/ellas y no por la institución
- Cuales son naturalizados e invisibilizados por ellas/ellos
- Modificaciones en su "todo sirve" y en su carácter "benévolo"

Condicionantes:

- Condicionantes internacionales, del Ministerio de Salud, de la institución médica y de la población en el desarrollo del Programa.
- Aportes y Limitaciones del Programa a la salud guatemalteca
- A qué aspectos del Programa puede ser sensible el Ministerio

Hipótesis que se traslucen:

- Guatemala es un país excluyente social, política, económica y culturalmente y ello se va expresar en el proceso salud/enfermedad/atención siendo inviable su inclusión al margen de los otros procesos sociales.

- Los obstáculos de acceso a los servicios públicos de salud no son sólo culturales (habiendo servicios cercanos geográficamente y gratuitos) sino especialmente políticos.

- Hegemonía progresiva del saber biomédico entre los trabajadores locales que irán modificando su “todo sirve”.

Desplazamiento motivado por

El contínuum de Exclusión a Inclusión a partir de

- Los servicios de salud como órganos de choque
- Del “esperanto médico” y la diversidad de personas y situaciones
- Del “Todo sirve” como pluralismo médico
- La Comunidad como identidad y servicio
- Las muertes evitables

Conocimientos situados desde:

De vasco subalterno y guatemalteco hegemónico
De médico resolutivo y antropólogo reflexivo propositivo
Insider-Outsider
En complicidad con los subalternos

Teoría I

El campo como **un camino hacia la salud incluyente, un espacio político de encuentro desigual, en localizaciones cambiantes,** y **el trabajo de campo** como un **desplazamiento motivado,** donde **la experiencia/reflexividad es fuente de conocimientos situados, parciales y un camino** para construir una **red/*k´at* de conocimientos**, una **alianza política** por identidades y afinidades para avanzar en la Inclusión.

La experiencia/reflexividad es un **hacer dinámico Subjetivo e intersubjetivo.**
Puede llevar a **UNA experiencia, un aprendizaje significativo, un Drama social** que **puede modificar identidades y posiciones** (Dilthey, Turner).

Teoría II

Gramsci y las relaciones de hegemonía, dominación, transacciones, resistencias y contrahegemonías

Modelo Médico Hegemónico Menéndez

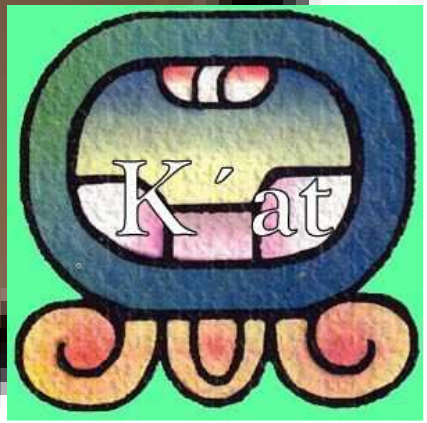
Violencia intra y extramuros Galtung, Fanon, Farmer

Estigmas y etiquetamiento de relaciones desde el racismo y etnicidad

Goffman, Farmer, Comaroff, Bartolomé
Williams, Menéndez, Todorov

Dominios del conocimiento y el "Todo sirve"

Vygotsky, Ausubel, Novak



Integración subordinada
(desigualdad como clase social) e
Inclusión marginal
(como exclusión étnica) se solapan.

Banco Mundial y sus redes **plantean una intervención separada de la exclusión cultural con respecto a la exclusión económica, de manera similar a una intervención sanitaria biomédica, de la biología de sus condicionantes estructurales**

Metodología I

Etnografía en la que estoy incluido y que tengo como sujetos de estudio a CUATRO Agentes de Salud Comunitaria o **Auxiliares de Enfermería Comunitaria que participan en el Programa paradójico.**

- Trabajadores locales de salud, indígenas.
- Tres hombres y una mujer.
- De dos comunidades diferentes y complementarias en la historia de Guatemala.
- Formando dos equipos que trabajan en sus comunidades de origen y residencia, posibilitando contrastar la integración de sus conocimientos locales con los míos.

Facilidades con los trabajadores: **conocimiento mutuo, confianza e idioma común**. Conozco **la trastienda**.

Reserva: Trabajadores de otros Equipos que cumplían los requisitos pero cada uno era de una comunidad diferente.

El problema para trabajar con la población es idiomático: k´iche´ y mam.

Metodología II

Mi presencia para los sujetos de estudio se justifica como "**un trabajo**".

Compromisos

a) con los trabajadores:

- Por mi parte: **Observador de confianza y apoyo médico** cuando lo solicitaran
- Por ellos/ella: **aceptación a observarlos** en el trabajo, entrevistas, conversatorios **y a vivir con sus familias** (pago estipulado de alimentos)
- Quisieron aparecer con sus nombres como reconocimiento a su labor y al buen uso que se daría a la información.

b) con la dirección del Programa:

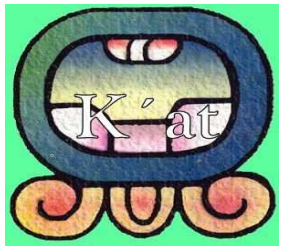
. Por mi parte: Una presentación/informe de lo observado y reflexionado.

. De ellos: Acceso a los informes, reuniones y apoyo logístico.

Técnicas:

- Fuentes secundarias
- Observación participante
- Entrevistas semiestructuradas
- Participación observante

El proceso salud/enfermedad/atención como espía del sistema social



Experiencia histórica

- Ciudadanía de segunda
- La violencia extra a intramuros
- De la beneficencia cristiana a la neoliberal como política estatal
- El derecho y "el respeto"

-Inequidades sociales y sanitarias.
- De la Gran Enfermedad al Gran Susto.

Estado de la cuestión

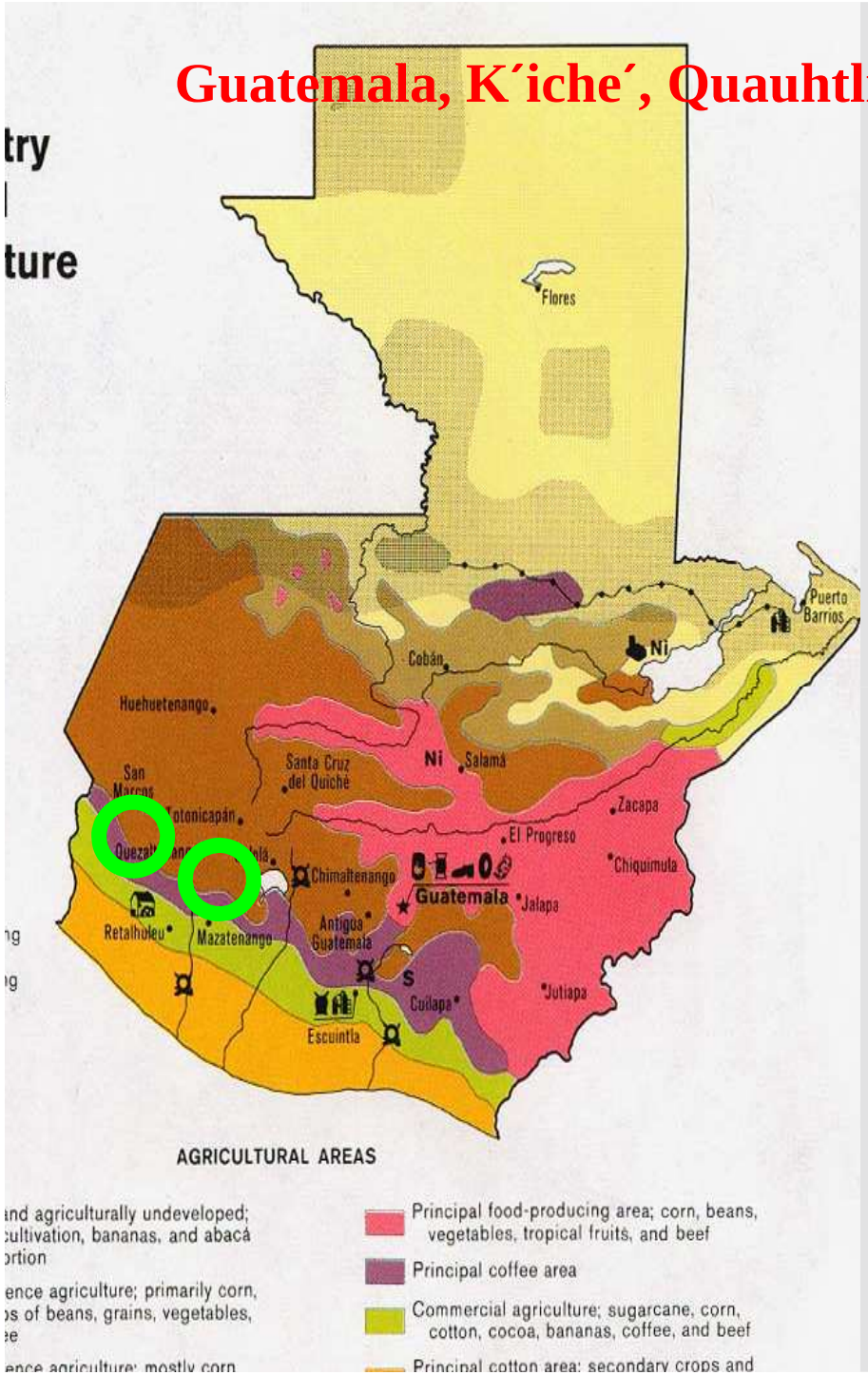
Interculturalidad en salud:

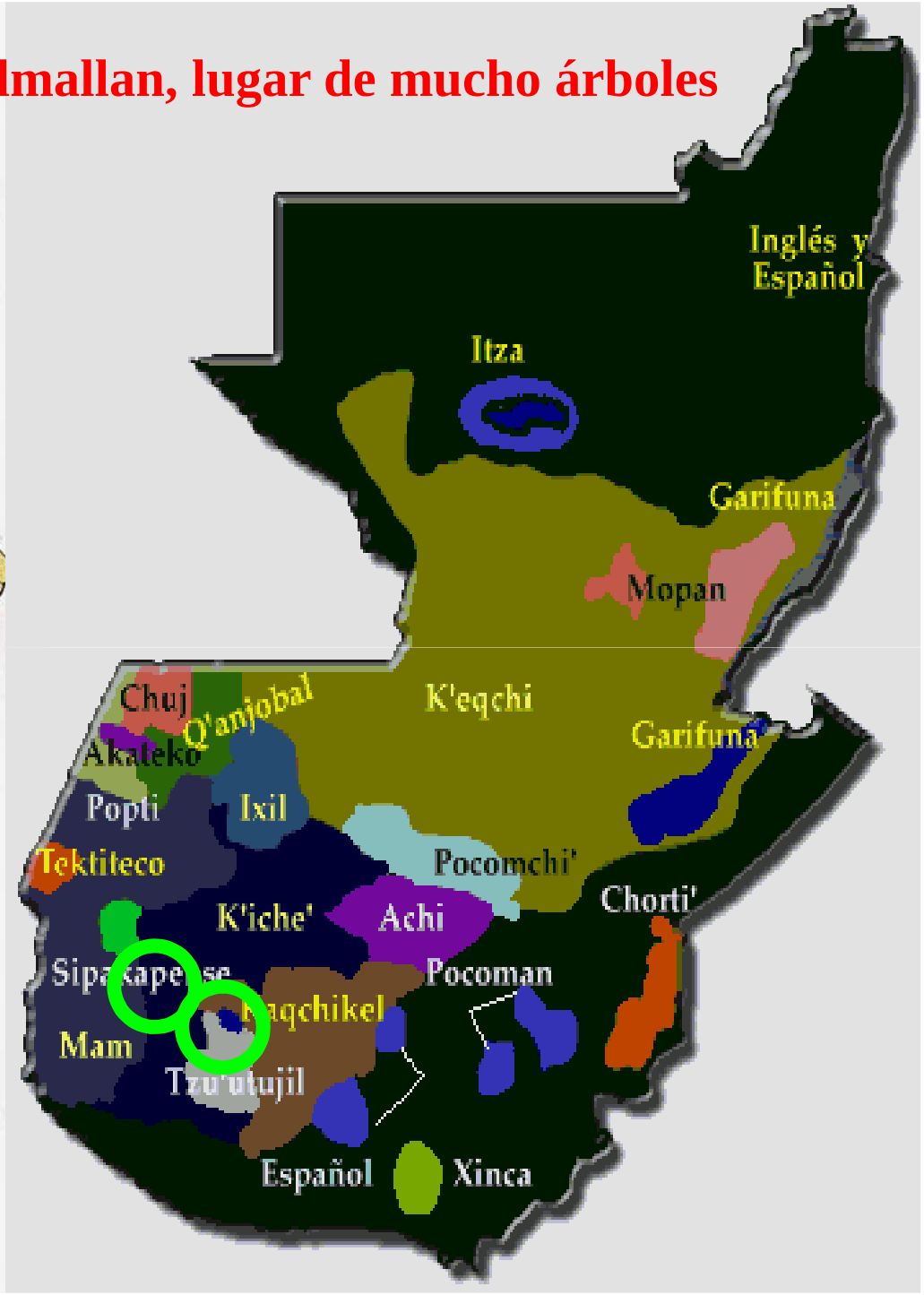
- **Lo cultural en la práctica es independiente de economía, historia.**
- **En complementariedad subalterna.**
- **No mejora la capacidad resolutiva.**
- **No incide en la transformación del Modelo Médico Hegemónico.**
- **Indiferencia y/o oposición médica y de enfermería.**

Trabajadores locales:

- **Trabajadores locales no son fuente de conocimientos sino auxiliares desde la racionalidad biomédica, bajo coste económico y acercar servicios donde no llegan profesionales.**

Guatemala, K´iche´, Quauhtlmallan, lugar de mucho árboles





Contextos y experiencias comunitarias
Dos comunidades diferentes y complementarias

Pasaquijuyup

1484 hab. (año 2004)

100% K´iche´

Antecedentes comunitarios

Propiedad municipal en calidad de usufructo privado

Maxán y maíz. Mercado nacional

Las Barrancas

1245 hab. (año 2004)

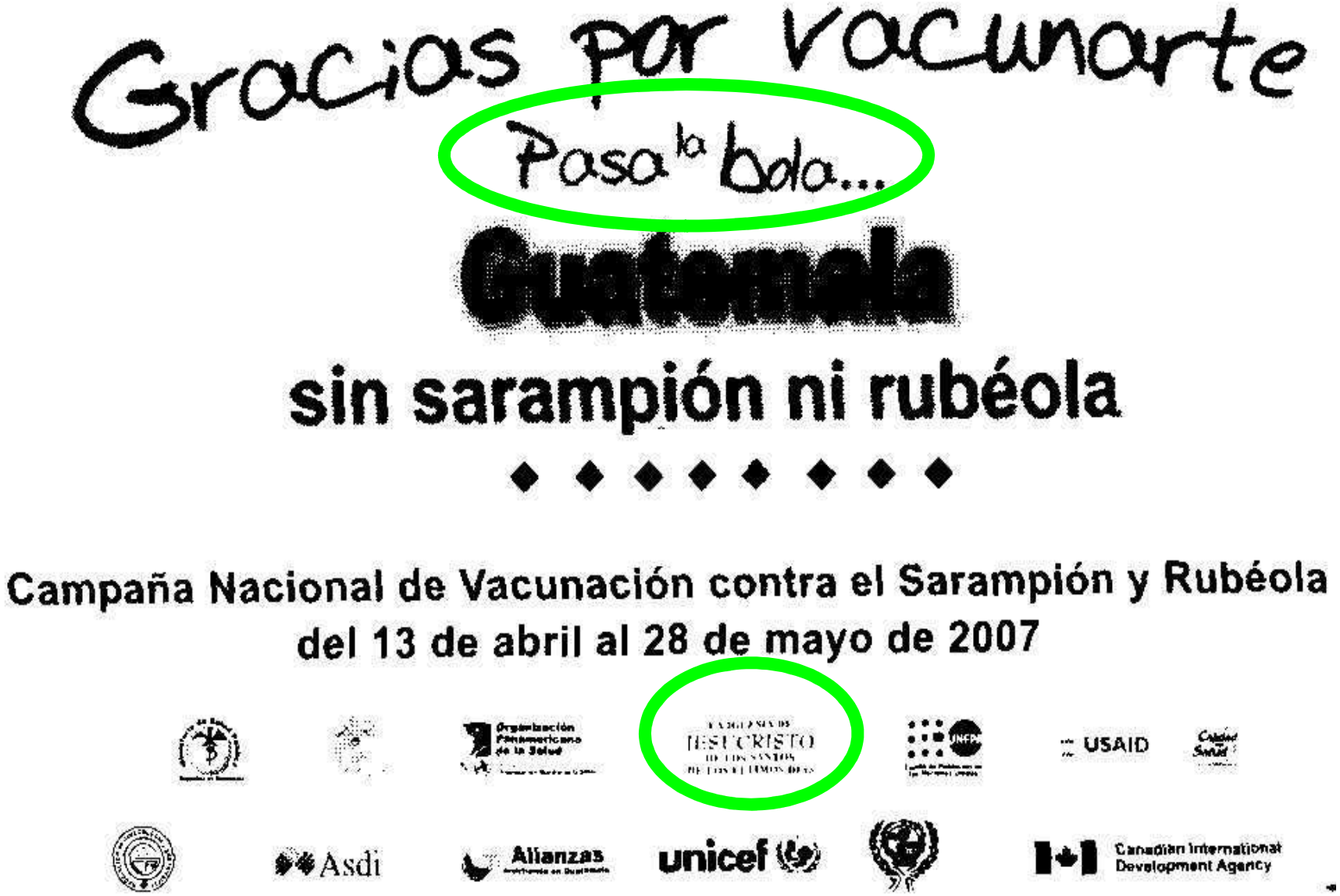
96,6 % Mam

Antecedentes de colonos en fincas

Propiedad privada

Café. Mercado internacional

Comunidad étnica, Comunidad religiosa



Pero la bola que corrió fue la del boicot pues el Anticristo/los mormones apoyaban la campaña de vacunación y no podía ser buena.

Primer bloque de objetivos y resultados:

Sus experiencias y saberes en el ámbito social y en los servicios públicos en relación a la estigmatización y

Experiencias y saberes médico populares, “todo sirve”.

“Quiero curar cuerpos y almas”

Su sueño es ver por **la salud física y espiritual** de la gente

Francisco, k´iche´ Nahualá, Pasaquijuyup, 42 años, 8 hijos, campesino, alfabetizador, jefe de las PAC, promotor de salud, albañil, experimentador de siembras, pastor cristiano, finalmente logra la primaria, la secundaria y ser auxiliar de enfermería comunitaria.

Un líder comunitario

“Quiero ser médico como Chepewicho”

Sueña con estudiar medicina en Cuba

Diego, k´iche´ de Ixtahuacán, Pasaquijuyup, 42 años, 7 hijos, campesino, guarda forestal, promotor de salud, militante político, chofer, con primaria y secundaria nocturnas, auxiliar de enfermería los fines de semana, es ahora auxiliar de enfermería comunitaria, reconocido por el Ministerio de Salud.

La chispa del intermediario

“Dios me dio un don y tengo una misión”

“Soy presbiteriana, no puedo creer en los hechizos, pero haberlos los hay”

Sueña despierta **con ser enfermera profesional**

Jovita, mam, de Las Barrancas, 35 años, 5 hijos, quitándose horas de sueño para estudiar, aguaceros y asoleadas, caminatas y picops, de primaria a auxiliar de enfermería comunitaria pasando por promotora de salud, comadrona, secretaria y mecanógrafa, líder religiosa y comunitaria, con el marido en los EE.UU.

Una auxiliar de enfermería con “don”

Está en la cuerda floja de continuar en el trabajo

“Hay enfermedades que se han sanado con acercarse a Dios”

“El tiempo más duro fue estar separado de mi familia”

Gestionar su tiempo para estar en familia

Lisandro, mam, de Las Barrancas, 32 años, católico, campesino, sastre, promotor de salud, músico, gana el título de auxiliar de enfermería comunitaria pero él quiere seguir como antes, de sastre, para estar cerca de su familia.

Discriminaciones sociales
inter-étnicas (servicios públicos, trabajo, pobreza) e
intra-étnicas (familia e iglesia).

La salud como equilibrio y la enfermedad como desequilibrio en un complejo de biología, situaciones y relaciones sociales que en la enfermedad generan sufrimiento, temor, riesgo de muerte que requiere acompañamiento, cuidados, tratamientos y donde la dimensión religiosa es estructural (para la salud, prevención, alivio y sanación de la enfermedad).

Segundo bloque de objetivos y resultados:

- Saberes reconocidos institucionalmente
- Saberes reconocidos por ellos pero no institucionalmente
- Saberes naturalizados e invisibilizados por ellas/ellos
- Posibles modificaciones en su “todo sirve” y del carácter benévolo

Interculturalidad en salud (perspectiva)

a) La pertinencia intercultural (la aplicación dentro del Programa)

En los trabajadores, la representación es polar y la práctica transaccional .
"El Programa no pertenece a nuestra cultura pero es bueno porque ayuda" y no genera contradicciones pues se reconocen jerarquías entre los saberes del "todo sirve".
La cultura como ítem No transforma sustancialmente pero hace cercano el servicio sanitario.

b) Medicamento:

"Objeto cultural no identificado" y glolocalizado (García Canclini)
Parámetro clave para evaluar la buena atención desde la población y de eso son conscientes los auxiliares
La población reza "para que haya buena medicina". "Ustedes si tienen buena medicina, tomé dos cápsulas y me alivié". En el itinerario terapéutico se complementa con **la oración** y ésta puede ser primera en los Testigos de Jehová y pentecostales. Algunos niegan conocer remedios en consulta: ¿para lograr medicinas? ¿miedo al regaño?
La lógica con el medicamento desde la población se inserta en el dominio explicativo popular.

c) Relación con los ajkunanelab´ mayab´ (médicos mayas)

"Coordinados pero no integrados", "Juntos pero no revueltos".

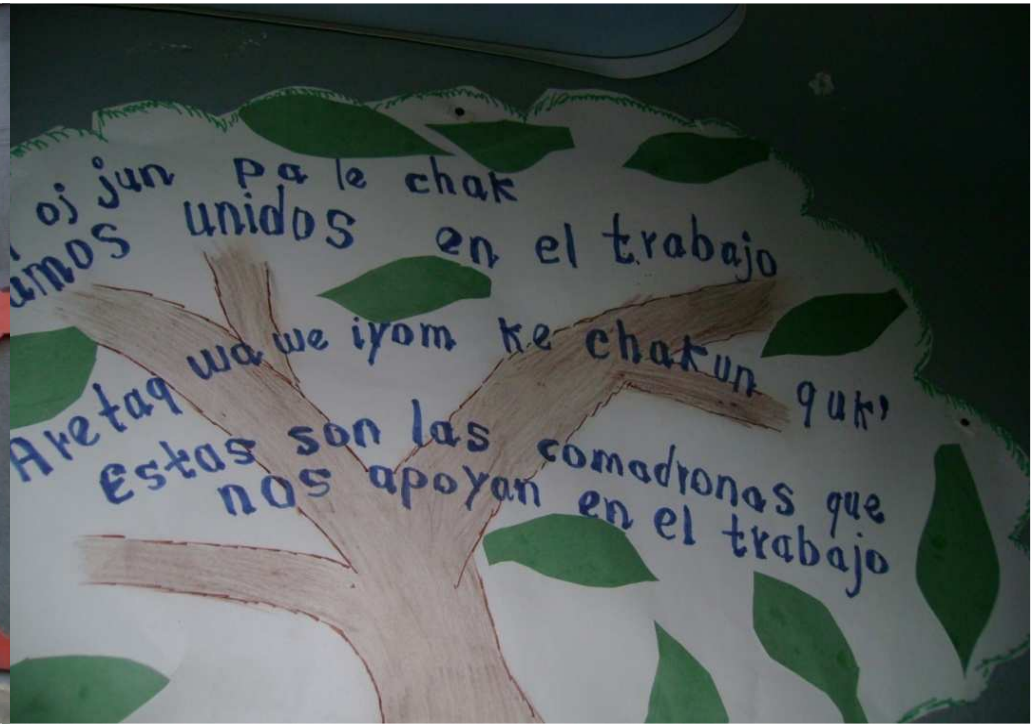
Los médicos mayas reconocen en la práctica su subalternidad y las relaciones son asimétricas.

"Queremos aprender lo que saben los médicos" (curandero) y "Nos ayudan en el trabajo" (ASC)

NO hay aprendizaje ni diálogo desde la institución, pero SI desde las comadronas.

Mutua colaboración por legalidad y legitimidad.

Los expertos del otro Modelo son la contraparte y cuyos saberes se integran como ítems en el Programa.



Experiencias y Saberes de las y los trabajadores locales como auxiliares de enfermería

Requisitos institucionales

- Idioma español y maya-local
- Buenas credenciales comunitarias
- Estudios de Primaria

Reconocidos institucionalmente

- Herbolaria y conocimiento de los Síndromes Culturalmente Delimitados.
- Las capacidades técnicas con respecto a la gestión institucional:
    - Buen llenado del sistema de registro.
    - Lograr las metas institucionales.
    - Entrega a tiempo de informes.
    - Llegar al 85% ítems de perspectivas en las boletas de cotejo.

No reconocidos institucionalmente pero sí por los trabajadores

- Dimensión religiosa
- Diferentes posiciones ante SCD
- La academia es la fuente del saber y las clases magistrales el método.

Naturalizados

- Habilidades personales que acercan a una atención más significativa: intersubjetividad empática basada en la eficacia curativa, buenas relaciones y liderazgo comunitario, "sentir lo que siente el otro".
- Padecimientos como la escaldadura, la ayuda alimentaria al desnutrido, la lógica del medicamento (sin seguimiento), la baja talla, "aquí así son las cosas".
- La medicina desagradable: "ponga el niño en la camilla".

Agencia

Reconocidas

• En las recomendaciones: conocimiento complementario subalterno.

• En las habilidades de relacionamiento pero sin profundizar su construcción.

Al margen de lo escrito, de la institución, fuera del Programa:

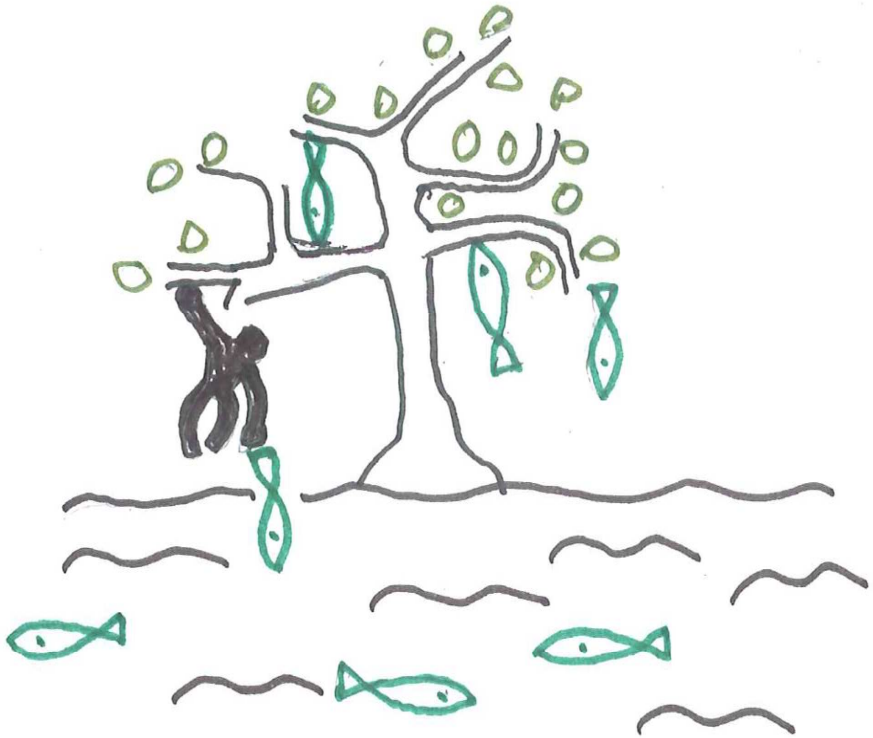
• respondiendo a las expectativas del paciente (se altera la Impresión Clínica para darle el medicamento deseado).

- “La gente necesita educación para entender las cosas como son”
- Confianza de la gente por su eficacia previa de promotor y liderazgo comunitario.
- La oración como preventivo y tratamiento
- Contextualiza el autodiagnóstico y se confronta irónicamente al paciente.

- “La gente de campo que no ha estudiado es ignorante”
- Responde a las expectativas medicamentosas del paciente
- No introduce lo religioso
- Asume literal el autodiagnóstico y responde a las expectativas del paciente

- “Ella no tenía la culpa pues no acabó su capacitación”
- “Sentir lo que la gente siente” (empatía) y líder comunitaria. Pares mujeres.
- “Dios todo lo puede”. Lo religioso es explícito.
- “Las mujeres vivimos con un pié en la casa y otro en el cementerio”

- No se sale del guión del protocolo por inseguridad en el trabajo
- Lo religioso tiene validez preventiva, curativa y de alivio pero no lo integra en el trabajo por no estar en el protocolo.



“Había un mono subido a un árbol que observaba como los peces en el río nadaban debajo del agua. Preocupado y queriendo ayudarles, pues de plano se estaban ahogando, comenzó a sacarles de uno en uno y a colgarlos junto a él en el árbol. Al rato, los peces estuvieron muertos y el mono no entendió cómo habiéndoles ayudado resultó que se murieron” (David, un trabajador local con Secundaria)

Moraleja: Normar conductas en el PEF y otros.

Tercer bloque de objetivos y resultados:

Condicionantes internacionales, nacionales/Ministerio de Salud, la institución médica y de la población en la implementación del Programa

A qué aspectos del Programa puede ser sensible el Ministerio.

Aportes y Limitaciones del Programa a la salud guatemalteca.

Experiencias y saberes en el desarrollo del Programa
Del dicho al Hecho… una cadena de condicionantes y mediaciones

Pirámide institucional con tres niveles de equipos

Población

Institucionales nacionales e internacionales

Cadena de condicionantes y mediaciones
Desde el nivel macro internacional y nacional

Banco Interamericano de Desarrollo, BM (1993) y Unión Europea

- **Articulación público-privada**
- **Salud como mercancía**
- **Servicios mínimos a los pobres**

Ministerio de Salud:

- **"Le toca volar con las alas rotas"**
- **Metas materno-infantiles y cobertura de inmunizaciones (Paquete Básico)**
- **En una horquilla per cápita de 7 a 11 dólares (per cápita actual de 7 $)**

Cadena de condicionantes y mediaciones
Desde la pirámide institucional

Equipo de conducción (médicos sociales)

-Los Programas Individual, Familiar, Comunitario y las perspectivas se median a través de competencias/ítems e instrumentos de gestión.

-Incidencia en el Ministerio condicionada al cumplimiento de las **metas** ministeriales **en los límites del per cápita**.

Equipos de Apoyo (licenciados y técnicos)

-Sus saberes son el punto de partida en la formación/supervisión/instrumentos y su USO utilizan para imponer su poder jerárquico.

-Máxima resistencia a la inclusión de otros saberes que les modifiquen estatus

-"Aunque la Propuesta es diferente, lo que estamos haciendo es lo mismo"

"Es más el Ministerio quien incide en nosotros, que nosotros en el Ministerio"

Equipos Comunitarios (los trabajadores locales de salud)

-Prioridad en conservar su puesto de trabajo que pasa por cumplimentar bien los instrumentos con los que son evaluados y lograr las metas

-Responder a las expectativas del paciente, dentro y al margen del Programa.

-Idioma, calidez y más actividades que el Ministerio.

Cadena de mediaciones y condicionantes

Desde la población

De la atención en los servicios biomédicos priorizan el medicamento.

El idioma y trabajadores “benévolos” posibilitan otra relación política y facilitan el acceso a los servicios (además de la cercanía geográfica, no pago y paquete básico ampliado)

Su integralidad desborda la atención institucional integral.

Cadena de mediaciones y condicionantes

Los tiempos

-De las financieras (3,5 - 4 años de los proyectos)
-Del Ministerio (4 años de gobierno)
-De la ONG (financieras y gobierno)
-De los trabajadores: Entrevistas incruenta
"Le voy a cortar pues no hay tiempo"
"Tenemos poco tiempo para la consulta, con tiempo cuentan más cosas"

-De la población:

"Un tiempo de ciudad que se mete en las comunidades y altera nuestras vidas, nos enferma el tengo que hacer esto y lo otro".
"Uno es el tiempo de las comunidades y otro el de los proyectos".
"Te doy mi tiempo [en la visita domiciliaria] y tu no me das la consulta"

Incidencia al Ministerio de Salud y Aportes

Un Modelo que se dice Incluyente de salud desde la sociedad civil le ofrece:

- **Utilidad política al gobierno excluyente de turno**
- **El logro de las metas se hace "sin mentiras", "Una inversión con resultados" dentro de la horquilla per cápita ministerial.**
- **Ministerio se dice "sensible" a los programas horizontales familiares y comunitarios del Modelo Incluyente pero sin dejar los verticales específicos de enfermedades. ¿Una nueva Reforma aditiva?.**

Renacen los Modelos de Atención Integrales en Salud (MAIS) en América Latina.

Aportes a la salud guatemalteca

- Los aportes teóricos del Programa: Los programas, las perspectivas y el diseño operativo
- Mejora de la salud de la población: disminución de la mortalidad Materno Infantil, mejora cobertura inmunizaciones y la atención de los enfermos/morbilidad.
- Amplía el Paquete Básico de Salud.

CONCLUSIONES

- Hegemonía del modelo biomédico donde los instrumentos técnicos son políticos y no hacen necesario el "ver, escuchar, sentir, dialogar" hacia la Inclusión de una **sonrisa de Corazón,** quedándose en el "ver, escribir, hablar" de una **sonrisa Mac, en versión de Modelo amigable.**
  Si hay quienes logran una **relación empática** en base a confianza y liderazgo.

- **No se reconoce a los trabajadores locales como fuente de conocimientos**.

De las relaciones estigmatizantes (**de cultura**) **INTER**-étnicas en el servicio público se pasa a la relación jerárquica (**a ignorancia biomédica**) **INTRA-étnicas**

Hegemonía progresiva del saber biomédico entre los trabajadores marcada por su inserción subalterna en la institución sanitaria biomédica, por la polaridad ciencia-cultura y por la eficacia curativa.
La integralidad desde el marco institucional no les hace desaparecer la integralidad más amplia desde la familia, comunidad, lo religioso pues mantienen contacto permanente con las personas que así lo entienden.
Permanecen los saberes del "todo sirve" pero **van cambiando el dominio explicativo**

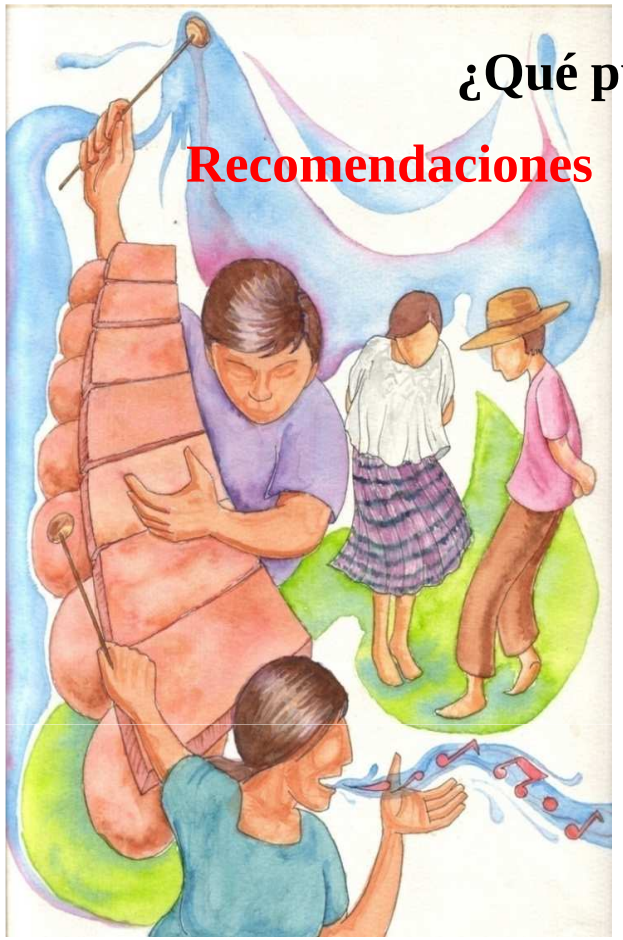
- **Lo cultural es cosificado en ítems**, ítems identitarios, no reconociéndose las vivencias y significados del proceso salud/enfermedad/atención. Lo cultural puede ser una **"cortina de humo" , versión BM**, si no mejora la capacidad resolutiva, si no profundiza en la vivencia, si no transforma el modelo médico y no se actúa sobre los condicionantes de la salud.
- **La contraparte de conocimientos son los expertos de**l (los) otro(s) modelo(s). Ellos si aprenden de la institución médica pero no los trabajadores institucionales

- No se reconoce **la dimensión religiosa como estructural**.

- **El derecho a la salud y a la atención** efectiva tiene que ver con la condición de **ciudadanía política y social** y todavía están pendientes en Guatemala.
- **Riesgo de utilización política** por los gobiernos excluyentes de un Modelo que se dice Incluyente desde la sociedad civil **en contra del fin para el que se construyó**.

- **Paradoja** del Modelo Médico Hegemónico en el servicio público de salud guatemalteco.

Si el Modelo tiende a personificar los instrumentos y cosificar e invisibilizar a las personas, en Guatemala el **"otro indígena" es personificado** en los servicios públicos **a través de las relaciones estigmatizantes**, en los que es visibilizado como una persona cuya cultura es un obstáculo por la que se resiste a la ciencia médica y a la identidad ladino-guatemalteca-nacional



¿Qué puede aportar una antropología médica aplicada crítica?

Recomendaciones

• El problema del proceso s/e/a es estructural y son necesarios nuevo(s) paradigma(s). El proceso es interdimensional y requiere un abordaje interdisciplinario, en el que los trabajadores locales de salud y la población sean sujetos y fuente de conocimientos situados.

• No perder de vista los condicionantes estructurales. Se requiere de la intersectorialidad, **alianzas** en el sector salud y con otros sectores (nacionales e internacionales) que estén por la Inclusión
y se pase de trabajar efectos (enfermedades) a causas de las mismas (condicionantes-determinantes de salud)

• Las políticas interculturales y de otras dimensiones sociales favorecen el cuestionamiento y cambio de los actuales paradigmas sin esperar a que ocurran los cambios estructurales.

El camino se hace andando

Conocimientos situados en las comunidades lingüísticas euskaldún y k´iche´

Jai jai jain jai
Vi vi vi vi vi
Gri gri gri gri
Glui glui glui glui
Txuinnn, txuinnn
Kettekett
tatatata
ti ti ti ti
triiiiiiii

Klisklis, klisklis, klisklis
Ch'ok, ch'ok, ch'ok
Tz'unun, tz'unun,
B'uqpurix, b'uqpurix,
Wiswil, wiswil, wiswil
Tulul, tulul, tulul
Xar, xar, xar
Tucur, tucur, tucur
K'up, k'up, k'up

José Luis Albizu Beristain

De la sonrisa McDonald´s a la sonrisa de Corazón.

Los trabajadores locales, sus conocimientos situados y usos en un Programa Hacia la Salud Incluyente (Guatemala)

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Susan M. DiGiacomo

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona
2012

Agradecimientos

A mis padres, José (f) y Josefa y a mi hermana Isabel

A Presen y Txaro Gárate

A las amigas y amigos guatemaltecos

SIGLAS

ACODIMAM, Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam. Ostuncalco

AIEPI, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

ALCA (TLC), Área de Libre Comercio de las Américas (Tratado de Libre Comerico).

APS, Atención Primaria de Salud.

ASC, Agentes de Salud Comunitaria. Programa de salud. Guatemala.

ASECSA, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. Guatemala.

ASIS, Análisis de Situación de Salud.

AVANCSO, Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales. Guatemala.

BCG, Vacuna anti-Tuberculosis.

BDINS, Base Datos de la Instancia Nacional de Salud. Guatemala.

BID, Banco Interamericano de Desarrollo.

BM, Banco Mundial.

BRES, Formulario de balance, requisición y envío de medicamentos utilizado por el Ministerio de salud de Guatemala.

CEFOL, Centro de Estudios Folklóricos de Guatemala.

CEH, Comisión de Esclarecimiento Histórico. Guatemala.

CEIDEC, Centro de Estudios Integrados de Desarrollo Comunal. Guatemala.

CENSI, Centro de Salud Intercultural. Perú

CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIDH, Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIESAS, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores. México.

CIRMA, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica. Guatemala.

COCODES, Coordinadora de Comités de Desarrollo. Guatemala.

COMETRAT, Coordinadora de Médicos Tradicionales. Bolivia.

COOPI, Cooperación italiana.

COPEC, Comités para Emergencias Comunitarias

CPR, Comunidades de Población en Resistencia. Guatemala.

CSC, Casa de Salud Comunitaria. Programa de salud. Guatemala.

CUC, Comité de Unidad Campesina. Guatemala.

DR-CAFTA, Dominican Republic-Central America Free Trade Agreement. Tratado de Libre Comercio República Dominicana, Centro América y Estados Unidos.

EAPAS, Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención en Salud. Programa de salud. Guatemala.

ECON, Equipo de Conducción del Programa de Salud. Guatemala.

ECOS, Equipo Comunitarios de Salud. Programa de salud. Guatemala.

EEUU, Estados Unidos de Norteamérica

ELAM, Escuela Latinoamérica de Medicina. La Habana, Cuba.

ENSMI, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala.

EPS, Ejercicio Profesional Supervisado. Guatemala.

FAO, Organización para la Alimentación y Agricultura

FIS, Fondo de Inversión Social. Guatemala.

GOBI-FFF.

- Growtb Monitoring (monitoreo de crecimiento infantil).
- Oral Rehydration Therapy (terapia de rehidratación oral).
- Breatsfeeding (Lactancia materna).
- Inmunization (Inmunizaciones).
- Family Planning (Planificación Familiar).
- Female Education (Eduación Femenina).
- Food Supplementation (Alimentos suplementarios)

IDEI, Asociación para la Investigación, Desarrollo y Educación Integral. ONG, Guatemala.

IDEI, Instituto de Estudios Interétnicos. Perteneciente a la Universidad San Carlos, Guatemala.

IGE, Iglesia Guatemalteca en el Exilio. Guatemala.

IGER, Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica.

IGSS, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala.

IIN, Instituto Indigenista Nacional. Guatemala.

IMSS-COPLAMAR, Instituto Mexicano del Seguro Social - Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. México.

INDAPS, Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud. Guatemala.

INE, Instituto Nacional de Estadística. Guatemala.

INI, Instituto Nacional Indigenista. México.

INS, Instancia Nacional de Salud. Guatemala.

ISIS, Instituto de Salud Incluyente. Guatemala.

MAIS, Modelo de Atención en Salud Intercultural. Perú

MAIS, Modelo de Atención Integral de Salud. Guatemala.

MAIS-FCI, Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar Comunitario e Intercultural. Ecuador

MINUGUA, Misión de Verificación de Naciones Unidas en Guatemala

MIS, Modelo Incluyente de Salud. Guatemala.

MMH, Modelo Médico Hegemónico

MSP, Ministerio de Salud Pública. Ecuador

MSPAS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

ODHAG, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala

OEA, Organización de Estados Americanos

OIT, Organización Internacional del Trabajo. Ginebra.

OMS/WHO, Organización Mundial de la Salud.

ONG, Organización No Gubernamental

ONU, Organización de Naciones Unidas

OPS, Organización Panamericana de la Salud

OPV 3, Vacuna Oral anti-Polio.

ORAS-CONHU, Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue con sede en Lima, Perú.

PAC, Patrullas de Autodefensa Civil. Guatemala.

PBS, Paquete Básico de Salud. Guatemala.

PCOS, Programa Comunitario de Salud. Programa de salud. Guatemala.

PEC, Programa de Extensión de Cobertura. Guatemala.

PEF, Programa de Espaciamiento Familiar. Guatemala.

PFAS, Programa Familiar de Atención en Salud. Programa de salud. Guatemala.

PIAS, Programa Individual de Atención en Salud. Programa de Salud. Guatemala.

PIES de Occidente, Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud en el Occidente de Guatemala.

PROHIBASA, Programa de Apoyo al Sector de a Higierne y Salud de Base. Bolivia.

PNMTA, Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. Guatemala.

PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

PRONADE, Programa Nacional de Educación. Guatemala.

PSH, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica

R.1-2-3-4, Residentes de Medicina de primero, segundo, tercero y cuarto año

REMHI, Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica. Guatemala.

RENAP, Programa de Registro Nacional de Población. Guatemala

SAFCI, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bolivia

SAPIA, Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. OPS.

SEGEPLAN, Secretaria General de Planificación. Guatemala.

SESAN, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala.

TLC (ALCA), Tratado de Libre Comercio (Área de Libre Comercio para las Américas)

UASPIIG, Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala

UAT, Unidad de Asistencia Técnica. Guatemala.

UII, Universidad Indígena Intercultural. Varias sedes en América Latina.

UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México

UNICEF, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

URACCAN, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense

USAC, Universidad de San Carlos. Guatemala.

USAID, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

UTM, Unidad Técnica Municipal. Guatemala.

VIH/SIDA, Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Imágenes

Imagen 1: Corredor de ASECSA, Chimaltenango. Guatemala. En página: 26
Imagen 2: Ropa colgada a como ordenan saberes. En página: 28
Imagen 3: Fin de curso y diplomas de promotor de salud (ASECSA, 1998). En página: 29
Imagen 4: Portada del Programa de salud (INS, 2002). En página: 36
Imagen 5: K´at. En página: 53
Imagen 6: Situación de Guatemala en la región centroamericana. En página: 83
Imagen 7: Retrato mortuorio de bebé angelito. Estudio Yas-Noriega s/f (CIRMA) En página: 132
Imagen 8: Paisaje de la Bocacosta guatemalteca. En página: 214
Imagen 9: Regiones y áreas agrícolas guatemaltecas. En página: 216
Imagen 10: Ubicación de Pasaquijuyup y Las Barrancas. En página: 219
Imagen 11: Hojas de maxán y tamales. En página: 222
Imagen 12: Distritos del MSPAS en Bocacosta Sololá y sectores del Pilotaje. En página: 228
Imagen 13: Ubicación de la comunidad de Pasaquijuyup en la Bocacosta de Sololá. En página: 232
Imagen 14: Tarjeta de vacunación de SR. 2007. En página: 252
Imagen 15: Café en diferentes fases de maduración y de procesamiento. En página: 260
Imagen 16: Estado de Los Altos o Sexto Estado. En página: 270
Imagen 17: Ubicación de la aldea Las Barrancas en el municipio de Ostuncalco. En página: 276
Imagen 18: Volcanes y Bocacosta de Guatemala. En página: 294
Imagen 19: Familia de Francisco Diego. En página: 338
Imagen 20: Familia de Diego Tzaput. En página: 358
Imagen 21: Jovita Morales y parte de la familia. En página: 371
Imagen 22: Lisandro Vail en control de peso-talla infantil. En página: 382
Imagen 23: Grupos de ASC en trabajo de grupo durante el curso inicial (2003-2004). En página: 391
Imagen 24: Mazorcas de maíz de diferentes colores y variedades. En página: 393
Imagen 25: Doña Juliana y doña Roselia con sus huipiles de Ostuncalco. En página: 398
Imagen 26: Equipo de ASC del pilotaje de Bocacosta de Sololá (2007). En página: 403
Imagen 27: Equipo de ASC del pilotaje de Ostuncalco (2004). En página: 403
Imagen 28: Clausura del curso de ASC en Ostuncalco. En página: 413
Imagen 29: El mono salvando a los peces (realizado por David, ASC). En página: 417
Imagen 30: ASC en la primera semana de apertura de la CSC de El Tizate. En página: 429
Imagen 31: Niño con amuletos para el ojeado. Pasaquijuyup. En página: 452
Imagen 32: Terapeutas tradicionales en Clínica Maxeña. En página: 474
Imagen 33: Cartel de la CSC de Tzamabaj en relación al trabajo de las comadronas. En página: 477
Imagen 34: Ixpec (sapo) y el iceberg epidemiológico. En página: 488
Imagen 35: Familia alrededor del fuego. En página: 502
Imagen 36: Inauguración de la CSC de Pasaquijuyup. En página: 533
Imagen 37: Inauguración de la CSC de Las Barrancas. En página: 534
Imagen 38: Marimba.Imagen realizada por Ricardo Pérez (+ 2006). En página: 554
Imagen 39: K´at. En página: 557

Cuadros

Cuadro 1: Diferencias entre Enfoque de Beneficencia y Derechos. En página: 109

Cuadro 2: Datos básicos comparativos entre la comunidades de Pasaquijuyup y Las Barrancas.
En página: 220

Cuadro 3: Ciclo vital de las personas desde las y los ASC k´iche´es y mames. En página: 405 y 406

Cuadro 4: Mal de ojo. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Sociocultural: Enfermedades Tradicionales y Populares. Proyecto de Implementación/Clínica Maxeña/IDEI/Instancia Nacional de Salud. 2007: 1-2. En página: 435

Cuadro 5: Indicadores relacionados con la Planificación Familiar. En página: 516

Cuadro 6: Tasa de mortalidad para la niñez e infancia de Guatemala. En página: 524

Cuadro 7: Tasa de mortalidad Infantil (menores de un año). Pilotaje de Bocacosta Sololá.
En página: 525

Cuadro 8: Tasa de Mortalidad Perinatal. Bocacosta Sololá. En página: 525

Cuadro 9: Tasa de Mortalidad en población de 1 a 5 años. Pilotaje de Bocacosta Sololá. En página: 526

Cuadro 10: Tasa de Mortalidad Infantil. Pilotaje Ostuncalco. En página: 526

Cuadro 11: Tasa de Mortalidad Perinatal. Ostuncalco. En página: 526

Cuadro 12: Tasa de Mortalidad en población de 1 < de 5 años. Pilotaje Ostuncalco. En página: 527

Cuadro13: Nacidos vivos y coberturas de BCG y OPV3 2004-2006-2007. Ambos Pilotajes. En página: 527

Cuadro 14: Cobertura alcanzada (%) en atención de menores de 5 años y meta de la Unidad de Asistencia Técnica, (UAT), del Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Pilotajes de BC Sololá y Ostuncalco. En página: 528

Cuadro 15: Cobertura alcanzada (%) en control de mujeres embarazadas. Ambos pilotajes. En página: 528

El viaje a Ítaca

Si vas a emprender el viaje hacia Ítaca,
pide que tu camino sea largo,
rico en experiencias, en conocimiento.
A Lestrigones y a Cíclopes,
al airado Poseidón nunca temas,
no hallarás tales seres en tu ruta
si alto es tu pensamiento y limpia
la emoción de tu espíritu y tu cuerpo.
A Lestrigones ni a Cíclopes,
ni a fiero Poseidón hallarás nunca,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no es tu alma quien ante tí los pone.

Pide que tu camino sea largo.
que numerosas sean las mañanas de verano
en que con placer, felizmente
arribes a bahías nunca vistas;
detente en los emporios de Fenicia
y adquiere hermosas mercancías,
madreperla y coral, y ámbar y ébano,
perfumes deliciosos y diversos,
cuanto puedas invierte en voluptuosos y delicados perfumes;
visita muchas ciudades de Egipto
y con avidez aprende de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en la memoria.
llegar allí es tu meta.
mas no apresures el viaje.
mejor que se extienda largos años;
y en tu vejez arribes a la isla
con cuanto hayas ganado en el camino,
sin esperar que Ítaca te enriquezca.

Ítaca te regaló un hermoso viaje.
sin ella el camino no hubieras emprendido.
mas ninguna otra cosa puede darte,
aunque pobre la encuentres, no te engañará Ítaca,
rico en saber y en vida, como has vuelto,
comprendes ya, qué significan las Ítacas.

Ítaca (1911) Constantino Cavafis, 1863-1933

La vuelta al comienzo no es un círculo vicioso,
si el viaje significa experiencia de donde se vuelve cambiado.

INDICE

El viaje a Ítaca **11**

Capítulo 1. De médico a antropólogo y viceversa De la medicina y la antropología **15**

De médico a antropólogo y viceversa. De la medicina y la antropología **16**
El "todo sirve" como pluralismo médico 18
De los promotores a los Agentes de Salud Comunitaria y *Hacia la salud Incluyente* 30
El Programa de salud: "Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos" 35

Problemática del estudio y desarrollo capitular **39**

¿Por qué las sonrisas McDonald´s y de Corazón? **42**

Metodología y perspectiva teórica. **46**
Vivir dialógicamente en diversas posiciones y pertenencias. 47
Justificación. Aportes 51
Antropología médica aplicada. Antecedentes. 53
La experiencia y los conocimientos situados 57
La violencia en el contexto y la experiencia guatemalteca 63
Los trabajadores locales de salud y sus conocimientos situados 73

Capítulo 2. La exclusión sanitaria como espía del sistema social y los límites de la inclusión **80**

La experiencia histórica guatemalteca o la reformulación permanente de fronteras **81**
De la multi a la bipolaridad étnica 84
La nación imperfecta: una ciudadanía de segunda para los indígenas 91
La violencia como continuum: De la Gran Enfermedad al Gran Susto 95
De la caridad cristiana a la beneficencia pública 99
A la beneficencia neo-liberal versus el derecho a la salud 106
Una ciudadanía formal que niega el derecho a la salud y a la vida 113

Experiencias de violencia médica o la violencia por tu propio bien **116**
La violencia del racismo 118
Esos hijos tan queridos 128
Tan cerca geográficamente, y tan lejos estructuralmente. 133
La violencia simbólica 136
La violencia al interior del estamento médico 139
La brigada médica cubana y el regreso de los médicos guatemaltecos becados en Cuba 144
Violencia médica directa 147
El Tratado de Libre Comercio y la muerte anunciada 155

América Latina: Los límites de la interculturalidad y de los trabajadores de salud **158**
La Atención Primaria de Salud 159
La Atención Primaria de Salud y los promotores de salud 164
De la medicina intercultural a la interculturalidad en salud y salud intercultural 172
Atención Primaria de Salud y los auxiliares de enfermería locales 181
La interculturalidad en los Hospitales: Oficinas Interculturales y Hospitales amigos 186
Formación de los trabajadores de salud, licenciaturas y postgrados 191
Del dicho al hecho en las políticas de salud ministeriales 196
Competencias Culturales 204
¿Nuevos o viejos paradigmas? 206

Capítulo 3. Contextos y experiencias comunitarias **212**

Pasaquijuyup y Las Barrancas, dos comunidades diferentes y complementarias en la historia de Guatemala **213**

Hombres y mujeres de maíz. El maxán que envuelve Pasaquijuyup como un tamal **222**
Primera hoja de maxán 222
Segunda hoja del tamal 231
Tercera hoja del tamal 234
Para llegar a la comunidad hay que pasar por las fincas y viceversa 238

Pasaquijuyup sin envoltorios. Alimentos para el cuerpo y el espíritu **243**

Hombres y mujeres de café. Las cáscaras que envuelven el café de Las Barrancas **259**
Primera cáscara de café y el café pergamino 260
Segunda cáscara de café y el café oro 268
Para llegar a las comunidades hay que pasar por las fincas y viceversa 273

Las Barrancas sin cáscaras. Alimentos para el cuerpo y el espíritu **275**

Comunidades en ebullición volcánica **293**
La comunidad indígena 294
La comunidad religiosa 297
La comunidad genérica 301
La comunidad violentada 309
Viejas y nuevas divisiones intracomunitarias 319
Los cambios generacionales: Tierra, migración y estudios 324
Comunidad moral 329

Capítulo 4. Experiencias, saberes de los Agentes de Salud Comunitaria y primeros pasos hacia los conocimientos situados en el Programa de salud **334**

Experiencias y saberes de Francisco, Diego, Jovita y Lisandro **336**

Francisco Sac, un líder comprometido de Corazón con la comunidad **338**

Diego Tzaput y la chispa del intermediario **358**

Jovita Morales, una auxiliar de familia con don **371**

Lisandro Vail, al calor del hogar **382**

Primeros pasos de 28 Agentes de Salud Comunitaria en el Programa de salud **390**
Las competencias como potenciales nuevas formas de ver, sentir y actuar 391
Un huipil de colores, un huipil de saberes multidimensionales 393
Los agujeros del huipil, las heridas en nuestras vidas 400
El huipil de la salud 404
Primeros pasos para construir los Conjuntos Socioculturales. 413

Capítulo 5. Del dicho al hecho del Programa de Salud o las relaciones desiguales de los sujetos a partir de sus conocimientos situados. **424**

El Programa de cara a la población. "Ver, escuchar, sentir y dialogar" **426**

El programa individual de atención en salud: Protocolos y miradas. **427**
Los protocolos de atención, unas guías técnicas tanto como políticas 429
La consulta "es todos los días" 441
La medicina desagradable 445
Las metas institucionales y la difuminación de las perspectivas 447
De la inclusión al ítem cultural políticamente correcto 451
La hegemonía del medicamento y la glolocalización 456

Programa familiar de atención en salud y la visita en casa. 462
¿Qué piensan los ASC y cómo actúan las familias? 464
"Una es la visita del Programa y otra la visita de los hermanos [religiosos]" 470

El programa comunitario y el largo recorrido de la promoción de la salud 472
Las actividades con los ajkunanelab´ mayab´ [médicos mayas] 473
Actividades con comités y grupos comunitarios 477
Educación en salud con la población: ¿cuál es el punto de partida? 482

El sistema de información y la gestión del tiempo 487
Uno es el tiempo institucional y otro el tiempo del paciente 487

Formación de los Agentes de Salud Comunitarios y usos de los saberes hegemónicos 491
¿Cuál es el punto de partida de los aprendizajes? 492
La hegemonía y subalternidad entre los saberes y sus portadores 496
El acompañamiento y supervisión como formación continuada ¿o todo lo contrario? 500

Cultura organizacional o la institución como cultura 503
El clima organizacional y el calor/frío de las relaciones personales 504
El barco 508
Las diferencias con el Ministerio de salud 510
Ideología y juicios presentes en el trabajo 513

Aportes del Modelo Incluyente de Salud a la salud guatemalteca 518
La Antropología Médica aplicada: la crítica y la urgencia ante las muertes evitables 518
Impacto en la salud 523
Incidencia en el Ministerio de Salud 530
Reconocimiento desde la comunidad 533

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones 539

Conclusiones 540
Introducción. Los civilizadores 540
Concluyendo 541

Recomendaciones 554
Introducción. La marimba y Luna de Xelajú 554
Aconsejando 555

Fuentes documentales. 560

Bibliografía 560

Notas 584

Anexos 586

Capítulo 1. De médico a antropólogo y viceversa
De la medicina y la antropología

De médico a antropólogo y viceversa. De la medicina y la antropología

El “todo sirve” como pluralismo médico

De los promotores a los Agentes de Salud Comunitaria y *Hacia la salud Incluyente*

El Programa de salud: “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos”

Problemática del estudio y Desarrollo capitular

¿Por qué las sonrisas McDonald´s y de Corazón?

Metodología y perspectiva teórica

Vivir dialógicamente en diversas posiciones y pertenencias

Antropología médica aplicada. Antecedentes

Justificación, aportes y limitaciones

La experiencia y los conocimientos situados

La violencia en el contexto y la experiencia guatemalteca

Los trabajadores locales de salud y sus conocimientos situados

De médico a antropólogo y viceversa. De la medicina y la antropología

"Carl Jung: ¿Por qué piensan que los blancos están todos locos?
Ochwia Biano – Lago de Montaña (indio pueblo): Dicen que piensan con la cabeza
Carl Jung: Por supuesto. Pero dígame, ¿con qué piensa usted?
Ochwia Biano: Pensamos con ésto" (apuntando a su corazón)"

Carl G. Jung (2002: 202)

Toda etnografía tiene un aspecto autobiográfico, y es también este caso. Ha sido mi participación e implicación en la problemática de estudio, lo que me ha movido a estudiarla, así como la selección de las perspectivas teóricas y los objetivos, por lo que era de rigor referirme a mi compromiso y posición en este primer capítulo como ante-texto (Pujadas et al., 2010). Que una etnografía incluye al autor, lo tomé con carácter anecdótico la primera vez que lo escuché, cuando un amigo guatemalteco en la presentación de un ensayo sobre las y los promotores de salud de Guatemala (Albizu et al., 2005), consideró que el autor entraba y salía en lo allí narrado. Años después, la *anécdota*, pasé a interpretarla como experiencia.

Fueron las carencias en mi formación como trabajador de la salud con respecto a la población con la que trabajaba, las que me llevaron a pasar de las preguntas médicas a las antropológicas y viceversa. Si las respuestas antropológicas me ayudaron a comprender más a los otros, al nos-otros, a reconocer el paradigma biologicista de la medicina oficial, su unidimensionalidad, también reconocí que cada disciplina a medida que crece y crece, tiende a especializarse y a correr el riesgo de perder la mirada holística, algo que no sólo ocurre en la medicina sino también en la antropología. El presente trabajo quiere tejer diferentes dimensiones y disciplinas, hilos y colores diversos a como los huipiles de Guatemala, para colgarlos *en el lazo*, donde se cuelgan la ropa y los saberes, y en donde se visibilicen las heridas y remiendos de los huipiles provenientes del sistema social y del proceso s/e/a guatemaltecos.

La experiencia en las comunidades, especialmente indígenas guatemaltecas, me llevó a través del compromiso socio-sanitario a situarme en una posición de cercanía y a comprender un poco más, la racionalidad de las personas con las que trabajaba ante diferentes campos de la vida, pero especialmente en el proceso salud/enfermedad/atención. Si mis preguntas iniciales

iban dirigidas a comprender la racionalidad en ese proceso de la población de mayoría indígena, poco a poco, fui reconociendo al personal local, promotores de salud, como una importante fuente de conocimientos a partir de sus experiencias y saberes sociales y en el campo de la salud.

La permanente cantinela de que la cultura era para los indígenas el obstáculo principal de acceso a los servicios biomédicos de salud no me cuadraba, pues cuando tenían *pisto* [dinero], bien que iban a las clínicas privadas donde eran atendidos como clientes. No parecía tan grave la cuestión cultural, más allá del idioma, pues las personas tenían bastante claro qué es lo que querían y buscaban cuando iban al curandero, al farmacéutico, al biomédico u otro. Más importante me parecía que la accesibilidad a los servicios públicos de salud estaba en función de la lejanía, de que hubiera medicamentos y de la relación discriminatoria que sufrían de los trabajadores públicos de salud y que iba pareja a las relaciones marcadamente discriminatorias/racistas de la vida social e historia guatemaltecas. Y es aquí donde a los promotores de salud, siempre locales, y luego a los Agentes de Salud Comunitaria, ASC, del Programa "*Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos*" (INS, 2002), no siempre locales pero sí indígenas mayas, la población los identificaba como "de los mismos", sus pares étnicos, con la correspondencia de que éstos trabajadores también se identificaban étnicamente como de los mismos, llevando a la población a esperar de ellos y ellas, una relación de apoyo, no discriminatoria, sin malos tratos, como "personas benévolas" (Goffman, 1995: 32-35).

La diferencia cultural de los indígenas se ha construido como insalvable e históricamente han sido minorizados a pesar de ser la mayoría de la población guatemalteca, a través de ella se les ha estigmatizado y convertido en ciudadanos de segunda y unos servicios públicos de salud que más allá del discurso constitucional del derecho a la salud, son unos servicios de beneficencia tanto por las actividades que desarrolla como por lo que indican las relaciones que se establecen. La exclusión social a partir de la frontera cultural ha hecho sinergia con unos servicios de salud que responden al modelo biomédico hegemónico en donde a la individualización y biologización del proceso de salud/enfermedad, excluye los condicionantes sociales, y diciéndose científica y al margen de la cultura, reconoce la cultura de los otros como ignorancia y obstáculo. El resultado es la sinergia en la que los estigmas extramuros –

sociedad- se reproducen con alta dosis de violencia, no sólo simbólica, en los servicios públicos de salud, mayormente desarrollados intramuros.

Con el tiempo y de numerosos tropezones, las experiencias sociales y sanitarias del personal local y benévolo se me fueron presentando como una fuente de saberes importante en los aportes al camino *hacia una salud incluyente*. El compartir las tortillas y frijoles durante 25 años, las experiencias de atención en salud y enseñanza-aprendizaje, nos acercaron en intersubjetividades y empatías, aproximándome a la comprensión de esos procesos. La experiencia comunitaria y con los trabajadores de salud de ese primer nivel, voluntarios o contratados, me han ido llevando del campo médico al antropológico y al reconocimiento que tanto ellos como uno, disponemos de "conocimientos situados" en función de las experiencias y saberes que las diferentes situaciones, posiciones, ubicaciones nos proporcionan. Conocimientos cambiantes, transaccionales, de relaciones desiguales entre personas y sus saberes, que por lazos de identificaciones y afinidades en el *Hacia la Inclusión* me han supuesto aprendizajes significativos que me han *insertado y ensartado* en Guatemala, y del que el presente trabajo quiere ser un grano de maíz en el *abasto* [provisión] de ese largo viaje, viaje a la *Ítaca Incluyente* en medio de una tormenta perfecta, la *Guatemala excluyente*.

El "todo sirve" como pluralismo médico

La temática y problemática que a continuación se relata, es uno de esos mechones con el que se trenza mi biografía, mechón que no quiere ser autobiografía sino el hilo conductor del viaje que inicié a finales de los 70, en el trabajo médico de una ciudad obrera de Bizkaia, en plena transición política y laboral, de apertura democrática y reestructuración industrial. Continuó con la crisis centroamericana de los 80 y 90 y su reestructuración post-bélica, periodo este último que en diferentes ámbitos sociales fue conocido como "pasar de la protesta a la propuesta" y que en Guatemala nos llevó a elaborar un Programa de salud que avanzara Hacia una Salud Incluyente, y como contrapropuesta a la que impulsaba el Ministerio de Salud con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo.

El final de la década de los 70 fue especialmente traumático en la margen izquierda del río Nervión (Bizkaia, Euskal Herria), poblaciones eminentemente obreras que entraron en

reestructuración industrial con miles de obreros despedidos y luchas a pie de fábrica y en las calles. Desde los servicios públicos de salud observamos, como se dispararon las consultas por dolores de cabeza, insomnios, depresiones, malestares gástricos, dolores de espalda, dermatitis y otros. Los servicios médicos mostraron a flor de piel, de manera aguda y prolífica, ser un *órgano de choque* que recogía los relatos de los obreros, obreras y de sus familiares sobre sus padecimientos, en los que a poco *se les diera la palabra*, afloraba la inseguridad laboral, el trabajo rutinario o extenuante, los problemas sociales a los que dábamos la respuesta paliativa de *baja por enfermedad y/o tratamiento farmacológico*.

La lucha en el País Vasco, social y nacional, llevó a importantes sectores de la población vasca a la solidaridad con otros pueblos y a sentir cercanas las luchas de la década de los 80 de Nicaragua, El Salvador y Guatemala. En éste último país, la lucha del pueblo maya llevaba también a vascos y catalanes a ser especialmente sensibles con su lucha como pueblo minorizado en el espacio estatal. Las luchas centroamericanas se convirtieron en esa década, en un atractivo solidario para miles de personas de todo el mundo, y me sumé al viaje de "tocar las puertas del cielo" en palabras de Ernesto Cardenal, luego convertido en el infierno por la contra y el Norte reaganiano.

En la década de los 80 y 90, ya en la región mesoamericana y en mi trabajo médico, las consultas fueron de campesinos, indígenas, marginados urbanos, todos ellos inmersos en enfermedades algunas de las cuales resultaban exóticas en mi formación, como la malaria, la leishmaniasis, la miasis, la anemia y desnutrición severas o los heridos de bala. También aquí *de dar la palabra* al enfermo, afloraban una alimentación deficiente, la lejanía, escasez o insalubridad del agua, las extenuantes condiciones de trabajo, la inseguridad de sus cosechas cuando no el temor a la expulsión de sus tierras, el miedo "a los ejércitos" [soldados], la continua *presencia* de familiares, amigos y vecinos muertos en masacres que desbordaban la capacidad de comprensión humana, y ellos y ellas como sobrevivientes, renaciendo de la muerte como los gemelos Hunahpú e Ixbalanqué en Xibalbá, en *resurrección* a partir del árbol de la vida (Popol Wuh, 1960), o como Ave Fénix de las cenizas.

En uno u otro continente y salvando distancias de todo tipo, las enfermedades traslucían difíciles condiciones de vida y unos servicios médicos como órganos paliativos,

profesionales en despachos de distribución de medicamentos, pidiendo imposibles a la población, “descanse un poco, no cargue tanto, que alguien le ayude lavando la ropa o moliendo el maíz”. Algunas veces, las consultas eran más satisfactorias, y se percibía la resolución de alguna enfermedad aguda, mayormente infecciosa y/o parasitaria.

Entre mis primeros aprendizajes centroamericanos estuvo reconocer que la formación y práctica médica eran similares para los médicos de los no menos de 20 países allí presentes en Nicaragua. Nuestra medicina era un lenguaje universal, un esperanto médico, con el que nos entendíamos las y los trabajadores de salud para diagnosticar y tratar las enfermedades, pero que poco o nada sabíamos sobre los enfermos. En Bizkaia *había dado por supuesto* que los trabajadores de Osakidetza y los enfermos *compartíamos un lenguaje común* que incluía en buena medida el significado de la enfermedad y el tratamiento, se expresara en castellano o euskara, y que la opción preferencial de la población era por los servicios públicos de salud, estando las diferencias principales en la morbi-mortalidad desigual ligada al sexo, edad, trabajo y clase social pero no tanto a interpretaciones culturales, aunque los saberes e interpretaciones populares se hicieran presentes y nos fueran más o menos conocidas.

En Centroamérica y especialmente en Guatemala y Chiapas, los enfermos ya no me eran culturalmente cercanos, y aunque pudiéramos *comunicarnos* en castellano o “en castilla”[1], las interpretaciones de muchos términos y aspectos de la vida desbordaban diferencias, incluidos aspectos básicos de la salud, la enfermedad y la atención. Algunas preguntas que hacían en la consulta me desconcertaban y me anunciaban significados desconocidos. De las primeras en ser captadas solían estar relacionadas con el equilibrio inestable del caliente-frío, como cualidad diferente a la temperatura medible, abarcando padecimientos, medicamentos, alimentos, el ciclo de vida de las personas. También a las actuaciones de los brujos, la pérdida del espíritu, el niño logradito o no, que los padres a la pregunta del número de hijos tomaran su tiempo para contarlos, la poca importancia de la edad y que una vez llegados a los 40 años, pasaban a contarse de 10 en 10, de los 50 saltaban a los 80 o 100 años, y los más ancianos tenían como referencia etárea la explosión volcánica del Santa María, que en 1902 cubrió de cenizas una buena parte de Guatemala y Chiapas.

[1] La castilla es la forma común de llamar a la lengua castellana entre los indígenas de Guatemala.

Un segundo tipo de aprendizajes fue comprobar que los médicos compartíamos el campo de salud con una pléyade de terapeutas: hierberos, curanderos, comadronas, promotores de salud, ajq´ijab´ [guías espirituales o sacerdotes mayas], pastores evangélicos, vírgenes y santos, las madres y abuelas, merolicos [vendedores callejeros], ventas y farmacias, y una gran variedad de recursos terapéuticos donde los medicamentos de farmacia o de patente eran una opción curativa más, aunque quizás la más importante. Variedad de terapeutas y medicamentos que eran utilizados por el enfermo ante un mismo padecimiento, en una búsqueda de la curación que en mi interpretación estaban marcados por la cercanía geográfica y de confianza, la capacidad económica y el pragmatismo. Pluralidad que me llevaba a preguntar: "¿a qué tratamiento le tenés más confianza?", intentando comprender cómo integraban sus conocimientos, y a la que siempre respondían con el "todo sirve, desde la ceremonia maya a la medicina de los loctores" [algunos pueblos indígenas la D la dicen como L y la F como P].

La pluralidad, de todos modos, era hegemonizada desde mi percepción, por los medicamentos de farmacia o de patente, aunque otra cuestión era saber qué significado le otorgaban. En el caso de Guatemala, la hegemonía del medicamento en las comunidades, contrastaba con el discurso que transmitían numerosos políticos, antropólogos y médicos, que me llevaban a dudar si eran de estigmatización o idealización: "los indígenas son tradicionales, no cambian, se aferran a su cultura y creencias alejados de las ciencias modernas", "los indígenas prefieren la medicina tradicional a la medicina occidental".

Con los años, mi comprensión de ese mundo campesino y/o indígena fue tomando una mirada diferente a la de buena parte de médicos y antropólogos guatemaltecos, los primeros subidos a la ciencia y modernidad y los segundos al rescate de los saberes ancestrales y de un mundo idealizado que se difuminaba por la contaminación del mundo urbano y capitalista. Mi inmersión en las comunidades y aldeas me llevó a reconocerlos como campesinos y campesinas, indígenas y pobres, a personas de carne y hueso, de maíz y café, *con nombres y apellidos*, en su lucha diaria por la comida y contra la enfermedad, alejados del mundo edénico e inamovible con el que algunas personas les pensaban.

La idealización de la vida comunitaria como la Arcadia perdida, no era precisamente lo que yo había vivido, sino un mundo en permanente lucha, sobrevivencia y transformación, con

múltiples formas de solidaridad y otras tantas de luchas internas de poder, de violencias visibles o invisibilizadas. Para quien quisiera ver, frente a la aparente quietud y aislamiento de la vida en las comunidades indígenas, estaban el trabajo temporal en las fincas y en las ciudades, los cambios generacionales, la relación fluida con el mundo a través de las organizaciones sociales, políticas y religiosas, la radio siempre prendida con su música religiosa, los noticieros de Alforja Campesina o Guatemala Flash, de radio Venceremos, La Voz Popular o radio Habana-Cuba, luego los cada vez más frecuentes viajes al Norte americano y últimamente *el celular* [el teléfono móvil], y en la televisión, la lucha libre y las telenovelas. Quienes se hacían, antes y ahora, siempre presentes, eran la piedra de moler y el mecapal, ese que "para nosotros los indios, el cielo termina donde empieza el mecapal" (Ak´abal, 2001: 516).

La mayor parte de vivencias centroamericanas las desarrollé en programas de Atención Primaria de Salud, Medicina Comunitaria, y en el caso de Chiapas y Guatemala, con población campesina mayoritariamente indígena maya. Las líneas de trabajo solían ser de atención curativa, el acceso a medicamentos básicos a bajo costo, la capacitación y acompañamiento de las/los promotores de salud y comadronas, el apoyo a sus organizaciones, la educación en salud a grupos locales y el apoyo a las organizaciones campesinas. Todo ello en la perspectiva de responder a las necesidades sentidas e inmediatas de la población y de promover el "empowerment" desde la salud con vistas a la transformación social.

Estos programas de salud siempre pasaron por coordinaciones previas y la aceptación mutua, entre las autoridades, los grupos comunitarios y los responsables de los programas. Nunca observé recelos hacia la medicina *occidental y moderna* que practicábamos, y la relación que establecíamos con los campesinos, indígenas o no, siempre me pareció fraterna, solidaria y respetuosa por ambos lados. Siempre estuvieron claras, era obvio, nuestras diferentes procedencias, condiciones económicas y culturales, y por tanto, nuestras diferentes historias personales, grupales y oportunidades sociales.

Las relaciones en las comunidades solían ser buenas y las dificultades, en general, eran con los curanderos, los testigos de Jehová y los pentecostales. Los médicos *competíamos* con los curanderos en *el poder de curar*, nuestros medicamentos tenían una rápida eficacia,

teníamos buena relación con las autoridades y la población, éramos fuente de recursos, y todo ello incidía en una pérdida de autoridad y monopolio del curandero. Aunque nosotros *decíamos* querer tener buena relación con los curanderos, los valorábamos a través de su cercanía a los principios activos de nuestra medicina y estábamos públicamente en contra de sus usos del alcohol y otros que nos resultaban peligrosos. La competencia se daba en un marco de desigualdad y ellos *se resentían y resistían a nuestra hegemonía*.

Los testigos de Jehová y pentecostales otorgaban a la oración el *médium* para llegar a Dios, el único con el poder de enfermar y curar, por lo que los médicos y sus medicinas, representábamos un peligro para alejarlos de Dios y en varias comunidades chiapanecas fuimos claramente señalados como el Anticristo. El acercamiento fue peligroso, no fue posible, al no ser permeables a nuestro mensaje de que "los conocimientos humanos provenían de Dios y nosotros éramos también su medio para curar". Algo similar a la campaña de alfabetización en Nicaragua (1980), donde yo como médico en un poblado con cientos de brigadistas, abordaban a los evangélicos que se negaban a aprender a leer y escribir, con el discurso de que con la alfabetización podrían leer la Biblia.

Con las comadronas la relación solía ser bastante fluida. Los médicos no éramos competencia para ellas, pues las mujeres embarazadas les tenían mayor confianza, desconocíamos los idiomas locales donde era frecuente que las mujeres no hablaran *la castilla*, y no garantizábamos estar en el momento crucial del parto, ni en el puerperio. Las relaciones desiguales de género parecían obvias entre las comadronas/mujeres y médicos/casi siempre hombres. De entre nosotros, los más suspicaces lo atribuían a que siendo ellas mujeres, asumían más fácil la subalternidad que los curanderos, quienes los reconocibles eran mayoritariamente hombres. Pero la desigualdad genérica tenía los bucles y pliegues de quienes se empoderan, ya que los médicos éramos fuente de recursos para ellas, botiquines y otros utensilios de uso en el parto, su relación con nosotros reforzaba su reconocimiento ante las autoridades comunitarias que las ninguneaban (PIES de Occidente, 2000) (Ester de Quirós, 2002)[2], eran independientes de los promotores de salud y finalmente seguían adecuando y

[2] Ester de Quirós fue acompañante del Comité Nacional de Comadronas de Guatemala por 10 años y la entrevista le realizé en el año 2002.

trenzando su trabajo, a sus saberes, expectativas de las mujeres y a un supuesto control externo, tan lejano, que no era control.

Los promotores de salud eran otra historia, personal local que trabajaba voluntaria y gratuitamente por su comunidad y disponía de una pequeña farmacia. Eran parte del "todo sirve" comunitario, pero representaban la modernidad de las nuevas transacciones, en donde lo hegemónico eran los medicamentos de patente, eficaces y rápidos, y que a las interpretaciones previas y omnipresentes del equilibrio/desequilibrio del calor-frío, pérdidas de espíritu y otras, sumaban ahora las etiologías microbianas y parasitarias. Los padecimientos y etiologías sociales de la pobreza ya las conocían de antes y también los padecimientos y etiologías por incumplimiento de las normas comunitarias y familiares.

El interés de los promotores por aprender de los saberes biomédicos, especialmente de la década de los 60 a mediados de los 90 en Guatemala, estuvo muy relacionado con experiencias personales traumáticas, como la muerte de hijos o familiares con enfermedades de las que tuvieron conciencia eran evitables. Conciencia que les llevaba a la urgencia del aprender, siempre explicitado como "para poder curar a mi familia y a los enfermos de la comunidad". Los saberes y remedios médico populares no eran suficientes para evitar que algunas de las enfermedades prevalentes les llevaran a la muerte, y ante ello, los saberes y remedios de los médicos se mostraban más efectivos. Eran conscientes de que con esos saberes, relacionados con la higiene, el agua hervida, las vacunas, los sobres de suero oral, los antibióticos y otros, podían evitar bastantes de las enfermedades y de las muertes.

Los promotores querían aprender de *los secretos* de la medicina, hacerse con el *poder de curar* de los medicamentos, pero las ONGs, y peor los Ministerios de Salud, tendían –por motivos que iban del temor a las iatrogenias y/o perder el poder médico- a limitarles a la educación en salud, promocionar la higiene, las vacunaciones y el manejo de un cuadro básico de medicamentos. Los médicos éramos "sus maestros", sus referentes de conocimientos y de poder, y *bastantes* -el mucho está fuera de la *castilla*- aspiraban a ser medio en serio, medio en bromas, "doctorcitos".

Los métodos de trabajo con las/los promotores de salud se basaban, o eso creíamos, en la metodología de Paulo Freire (1970, 1978, 1996, 1999), referente latinoamericano de educación popular, en donde el aprender estaba ligado a la concientización, la organización y la transformación social. Con la perspectiva de los años, reconozco que la aplicábamos descafeinada, se mantenía el discurso pero otra era la práctica. "Del dicho al hecho hay una gran trecho" ha sido una constante en mi percepción, tanto en el allá/aquí centroamericano como en el acá/allí europeo, tanto en el campo médico, pedagógico como en el antropológico.

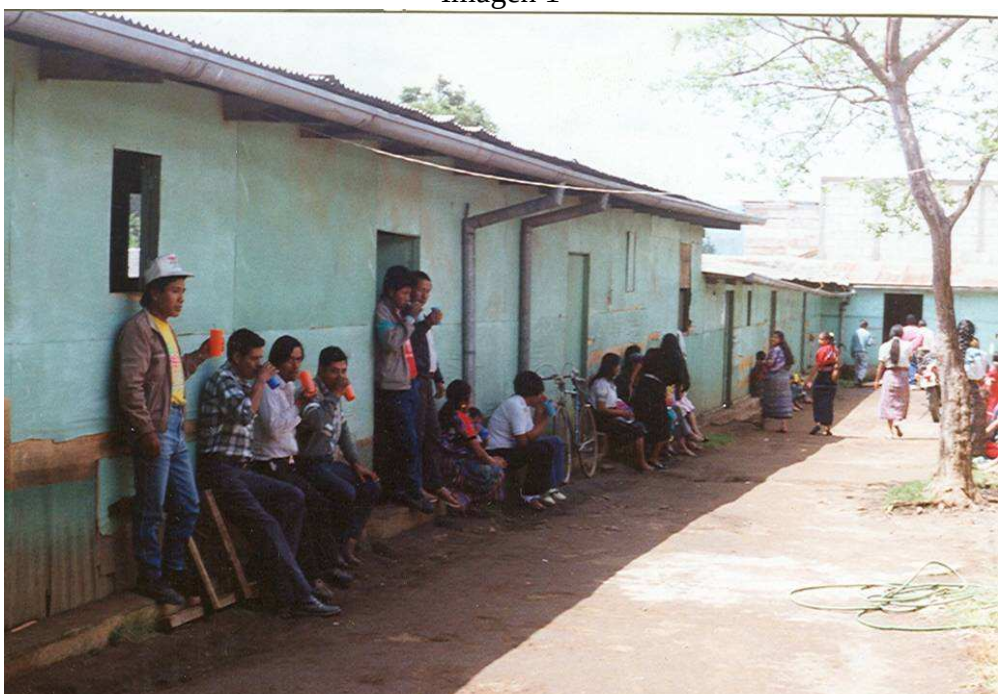
Una clase, curso, taller podía comenzar *dando la palabra* a los promotores sobre los saberes populares de sus comunidades en torno a una enfermedad, los aspectos de pobreza y el sistema social injusto que incidían en ella, tras de lo cual *tomaba la palabra el facilitador*, docente, que transmitía la mirada médica académica con mayor o menor cercanía de lenguaje. Las enfermedades se organizaban por aparatos, con su explicación fisiopatológica y los tratamientos farmacológicos, dirigidos magistralmente por parte de un médico/a, enfermero/a, técnico de salud rural o promotores de salud destacados. En la parte correspondiente a los tratamientos, siempre había lugar a la herbolaria o alguna otra medicación popular en la que los promotores sabían más que los docentes, pero al finalizar la sesión, las preguntas evaluatorias siempre iban dirigidas a los saberes biomédicos, y no a los saberes intercambiados y co-aprendidos, ni a sus interpretaciones, significados y resignificaciones.

La jerarquía entre saberes médico populares y biomédicos era nítida y el libro "*Donde No Hay Doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*" (Werner, 1973), una "Biblia de los promotores" en palabras de una promotoras de salud y líder, Pilar Ramírez, es bastante representativo de esa hegemonía biomédica con intencionalidad social. Igual que en el libro, el ambiente fraterno y complicidad de "estar en lo mismo", entre promotores y comadronas con los trabajadores y directivas de las ONGs, mostraban tras la aparente horizontalidad, una obvia e inocultable verticalidad y hegemonía de los profesionales de la medicina y de las directivas oenegistas. La relación cercana, solidaria, entre el personal docente/facilitador y los promotores/comadronas creaba un ambiente de confianza personal y política, de empatía, de amistades y afectos, que ampliaba la porosidad de estos actores comunitarios en hacer suyo los mensajes de aquellos, más allá de que no nos preguntáramos los resignificados que éstos adquirían.

Para los promotores de salud que cargaban como *saber colectivo*, la experiencia de la pobreza y explotación, el racismo, la falta de oportunidades laborales y de aprendizajes significativos como el de las medicinas, se encontraban en estos cursos y en las ONGs/asociaciones/ pastorales que los promovían, en un espacio de encuentro, de intercambio entre iguales (promotores y/o comadronas) y con profesionales de la salud que compartían sus saberes médicos, sus secretos, de una manera solidaria, lo que llevaba a que estas organizaciones fuesen denominadas por varios promotores, "sus escuelas".

Pero tras la formalidad de estas escuelas, que incluían las causas bio-sociales de la tuberculosis y desnutrición o los seminarios de la realidad nacional, estaba el encuentro no programado, espontáneo, en los tiempos de descanso, en los dormitorios, el intercambio de miradas/conversatorios entre promotores y comadronas de los lugares más recónditos de Guatemala y con profesionales urbanos, donde se tejía la mirada micro-comunitaria con la toma de conciencia de vivir en un país que se llamaba Guatemala[3]. Y no era sólo la enfermedad de la persona y de la comunidad lo importante en estos intercambios, era Guatemala y estaba también enferma.

Imagen 1



Corredor de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, Chimaltenango, uno de los espacios de co-aprendizaje más importante de Guatemala, un corredor polifónico de esperanzas de la otra Guatemala.

[3] Algo similar a la toma de conciencia de los refugiados de la tierra arrasada que al cruzar en los 80 a México tomaron conciencia de que eran guatemaltecos y guatemaltecas.

Al *hambre de aprender* que iba de la mano del *hambre de comer*, en los cursos de promotores se cubrían ambas, se sumaba la porosidad que tenían los promotores para adquirir los nuevos saberes biomédicos y agregarlos a sus saberes médico populares. Cuando les transmitía mis dudas en torno a las contradicciones entre unos y otros saberes, de explicaciones diferentes para una misma enfermedad, de tratamientos dispares, la respuesta era siempre la misma, "todo sirve". Un todo sirve que chocaba con la polaridad de mi formación médica, donde todo se nombraba como mundos contrapuestos, medicina moderna vs medicina tradicional, medicina académica vs medicina popular, medicina química vs medicina natural, ciencia vs creencias y cultura, y que los promotores y la población articulaban, integraban, sumaban sin problemas. "Pragmatismo, capacidad dialéctica y dialógica" que diría Fernando Suazo, un buen amigo vasco- rabilanense[4], que atribuía a los campesinos mayas, "la capacidad de integrar y vivir con los contrarios".

Cuando buscaba explicaciones sobre esa articulación de saberes con promotores de salud, indígenas, que actuaban como docentes, sus respuestas no me ayudaban a comprenderlo: "Agregamos más conocimientos a los que ya tienen. Tienen el metate abierto y echan de todo", "Aceptan la idea nueva, sin dejar la de los abuelos", "Prueban, y si resulta, lo aceptan" (Albizu, 2005: 269). Sí, pero ¿Cómo se integraban? ¿Cuál era las relaciones de hegemonía/ subalternidad y transacciones en esa integración? ¿La penicilina, la aspirina, la neumonía, la tuberculosis se integraban en las categorías caliente-frío, otro explicativo ancestral o abrían nuevo *dominio* cultural? (Carey, 1991: 258), (Solomón, 1984: 277). Nadie me daba una respuesta satisfactoria, no me aclaraban el tipo de articulación. Sería ¿Un puzle multicultural donde saberes diferentes convivían manteniendo cada cual un espacio propio? ¿Un bricolaje del que surgía algo nuevo, una fusión sincrética, pero quien permeaba a quién? ¿Cuáles eran los poros que las comunicaban? Cómo articulaban esos saberes biomédicamente contradictorios, me perseguía permanentemente, ¿respondía a la necesidad del pobre, del que para sobrevivir *de todo saca provecho,* o había otra organización de saberes? El "todo sirve" fue *mi link* para entrarle a la antropología.

[4] Nacido en Gernika y con el corazón en Rabinal, municipios vasco y achí respectivamente, de fuertes referencias identitarias en las que se incluye la guerra en ambas.

Al entrar en sus viviendas de dos casitas, cocina y dormitorio, encontraba en ésta un ordenamiento que por años me pareció caótico hasta que ¿no será que ordenan “sus cositas” igual que sus conocimientos? Era frecuente encontrar todo junto, la ropa, radio, libros y revistas sobre las camas o en costales, que a veces hacían de almohadas, y la ropa colgando en un lazo que atravesaba la habitación. ¿No sería un “todo sirve” permanentemente visible en el lazo, o incluido en ese cajón de sastre que es el costal o la cama?

Imagen 2

A un amigo (Martín Beristain, 1997: 37) le dieron otra hipótesis:

> “- Tú tienes la cabeza llena de gavetas, de cajoncitos –me decían-, en las que metés y sacás cosas.
> - ¿Y cómo es pues?- les preguntaba yo.
> - Pues cómo va ser, redonda en vez de cuadrada como vos”.

Redonda o en el lazo, sigue siendo mi imagen de un “todo sirve”, donde están visibles permanentemente sus experiencias y saberes y poco dados a las exclusiones, por pobres, subalternos, por mayas y porque todo sirve.

Los nuevos saberes bio-socio-médicos convertían al campesino/a en un promotor/a de salud, una nueva identidad que se adquiría a través de los cursos y los diplomas, y que llegaban a su clímax en el cuarto grado de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), en donde el reconocimiento familiar e institucional del esfuerzo realizado para alcanzarla, era un *rito de paso* en toda regla. Una gran fiesta a la que concurrían familiares de los lugares más recónditos de Guatemala, desfiles con la bandera e himno nacional, madrina, diplomas, gran comida y pachanga marimbera toda la noche. Al día siguiente, con sueño y cruda, los abrazos y lágrimas de despedida en todos los idiomas mayas y en castilla: o*rax bá, xi ké/cu tat/cu nan,*

quil co vá, chaaj, ená, baibá/anká, adiós (Adiós en los idiomas ixil, mam, chuj, cakchiquel, k´iche´, tzutujil y “en castilla”).

Imagen 3

Fin de curso y diplomas por recibirse de cuarto y último año de promotor de salud (ASECSA, 1998)

Sí, eran promotores, pero ante la comunidad, su autoridad y legitimidad, su posición de *saber* se ponía a prueba a través del *poder* de curar, en disponer un botiquín de medicamentos eficaces, más allá de sus recomendaciones de higiene y del apoyo en las vacunaciones. Se era portador de los secretos de los medicamentos y eso daba estatus, autoridad, reconocimiento, pero si no se era capaz de curar, le caería el “sólo es promotor de nombre”, identidad devaluada y posición de saber/poder no reconocida.

El uso de los saberes aprendidos en las capacitaciones fue y es tan diverso como lo son los seres humanos, así desde quien sirvió a la comunidad por amor al prójimo desde la comunidad religiosa, al vecino desde la comunidad de necesidades, al pobre desde la comunidad política, a quien hizo sus quetzalitos [quetzal es la moneda guatemalteca] poniendo inyecciones y quien murió porque siendo promotor podía curar guerrilleros o quien por un trabajo bien hecho, sucedió en el Ixcán, el capitán ordenó: “Las suturas del accidentado son tan buenas que no pueden ser más que de un guerrillero, maten al promotor” (Yoldi et al., 2000).

El/la promotor/a ha sido y es una persona y una identidad a la que comunitariamente se la ha exigido, en general, más de lo que podía, “si has estado en el cursillo, ya tenés que curarme”, que aunado a las criticas comunitarias y la contradicción cada vez más fuerte de su identidad como “servicio comunitario, gratuito y voluntario” (Albizu et al., 2005) y las necesidades económicas, en donde el tiempo es ahora también dinero, los ha llevado a un permanente goteo de renuncias. En la actualidad y en algunas comunidades, los promotores hombres han desaparecido por su prioridad en generar ingresos, y por la migración, y son más las promotoras, por la gratuidad y permanencia en las comunidades, o a veces jóvenes que lo utilizan como paso previo para saltar a las escuelas privadas de auxiliares de enfermería.

De los promotores a los Agentes de Salud Comunitaria y *Hacia la salud Incluyente*

Estos eran parte de mis aprendizajes y preguntas, cuando se me propuso participar en diciembre del año 2000, como “consultor en interculturalidad”, en un equipo de trabajo en la Instancia Nacional de Salud (INS), una coalición política de ONGs de salud, grupos comunitarios y trabajadores de salud. El equipo debía formular una *propuesta* de primer nivel de atención en salud que recogiera la experiencia guatemalteca del primer nivel de salud, comunitario e institucional, y que respondiera a las necesidades de la población. De entrada me negué a ser el antropólogo del equipo, pues *mis saberes eran no saberes*, eran preguntas a las que no encontraba respuestas. Una entrevista con miembros del equipo, en donde casualmente una antropóloga allí presente, me lanzó el “zapatero a tus zapatos”, me llevó a finalmente aceptar el trabajo, por el hecho de que ni ella ni otros antropólogos tenían el tiempo para participar y no era mi caso.

Mi conocimiento hasta entonces, de los antropólogos y antropólogas era la de unos personajes exóticos que estudiaban problemáticas que estaban fuera de las preocupaciones y necesidades de la vida diaria de la gente, al menos la que yo conocía. Eran académicos que en Guatemala privilegiaban el estudio de la medicina tradicional, de las comadronas y curanderos, del susto y el ojeado, y poco o nada la perspectiva transaccional de la población real, resultando poco operativos, o eso me parecía, en la mejora de la salud de la población. Entre el rol terapéutico médico y el rol investigativo del antropólogo desvinculado de los servicios de salud, mediaba un abismo a mis ojos.

La integración en el equipo que formulaba la propuesta *"Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos-"*, a partir de ahora Programa de salud, me llevó a las primeras lecturas antropológicas encontrando en algunas, para mi alegría, mis mismas preguntas, otras más y algunas respuestas. *Descubrí* que la antropología no sólo estudiaba un pasado más o menos lejano, los saberes del curandero aislado, sino que también el "todo sirve" como integración y transacción de saberes diferentes y muestra del pluralismo médico; era cuestionable estudiar *el ojeado y el susto* como tradicionales y las gastroenteritis y bronconeumonías como modernas, además que de ellas se moría la gente y no se entraba a sus significados, lo mismo que los medicamentos de patente incluidas las tan demandadas inyecciones y sueros intravenosos; que la antropología me daba elementos para comprender mi experiencia y la de promotores, comadronas, curanderos, de la población en general, y a partir de ello, aportar a la construcción del Programa de salud.

También la antropología incluía aspectos de como las relaciones sociales tenían vasos comunicantes con las relaciones en los servicios de salud y que *un tal modelo biomédico* no sólo era eficaz médicamente, sino también políticamente, y que *la inclusión* en el ámbito sanitario, en general, se refería a integrar a los indígenas excluidos de la atención en ese modelo a través de mejorar la accesibilidad geográfica, ampliar las actividades sanitarias y contar con personal local para facilitar la comunicación lingüística.

Para quien como yo, desde la biomedicina daba mis primeros pasos en la antropología, me resultaron muy didácticos el binomio emic y etic, la triada disease-illness-sickness, los modelos y sectores de salud, que la ciencia biomédica no era un espejo de la naturaleza, cuestiones que serán de *sentido común* en los círculos antropológicos, pero que para un médico fueron cuñas abriendo brechas en el castillo biomédico.

En esa Guatemala, en que la perspectiva antropológica por mí conocida estaba dirigida al estudio de unos "otros" a los que nunca vi, y no al "nos-otros" a los que conocí, las publicaciones del doctor Eduardo Menéndez y la asesoría inestimable de los cientistas sociales y amigos, Santiago Bastos y Manuela Camus, aportando su mirada abierta y más y más preguntas, nos facilitaron al equipo que elaboraba el Programa de salud, la llegada a una

mirada cultural transaccional, de un nos-otros de diferencias y desigualdades que nos llevaba a trabajar una antropología más cercana a la realidad guatemalteca.

Una vez formulado teóricamente el Programa, a través de una investigación participativa con más de 200 personas conocedoras de las experiencias comunitarias de salud, se seleccionaron las personas locales que a través de un curso intensivo de seis meses (2003-2004) serían los futuros Agentes de Salud Comunitaria, "la cara del Programa" hacia la población. En el curso contamos con una asesoría pedagógica que nos facilitó la construcción de un currículum con orientaciones pedagógicas que incluían "la construcción del conocimiento, el aprendizaje significativo, el contacto directo con la realidad, la pertinencia, el rol del facilitador", junto al "formar para transformar, entusiasmar con el cambio, desarrollar competencias, propiciar los cambios de actitud" que supusieron al menos para mí, una revitalización de la escuela freiriana, agónica en los cursos con promotores de salud en que había participado.

Todo el programa de formación –desde la asesoría- estaba orientado a facilitar procesos de transformación, donde las y los ASC junto a los facilitadores, desarrolláramos capacidades que nos permitieran transformar nuestras concepciones, actitudes y prácticas con relación al proceso salud/enfermedad y avanzar a una atención incluyente e integral. Implementar el Programa requería "transformarse para transformar" y colocaba a todos los participantes en ese proceso.

El Programa como propuesta quería incidir en la política pública y una de las premisas es que ésta no podía descansar en el trabajo voluntario, no podía hacerse a cuenta del trabajo voluntario de los promotores de salud o de la nueva figura del Ministerio de Salud, los guardianes de la salud cuyo nombre paradójicamente iba cuidar lo inexistente, la salud. Así nació la figura que llamamos Agente de Salud Comunitario (ASC), nada nuevo bajo el sol para buena parte de los países latinoamericanos, en cuanto a siglas y ser *personal local*, pero sí novedoso en Guatemala, en cuanto hacer del personal local, personal *contratado*, trabajando *en equipo*, una *figura central y estructural del primer nive*l de atención en salud, y no sólo como personal temporal sino de largo recorrido, sin esperar a ser sustituídos por personal de enfermería titulado o doctores.

A diferencia de los promotores de salud, voluntarios y gratuitos, quienes podían ser exigidos en sus obligaciones por la comunidad, pero no por las instituciones sanitarias, los ASC eran trabajadores de salud a tiempo completo, asalariados, y con obligaciones hacia la comunidad e institucionales por el carácter contractual de su trabajo. Si los promotores eran locales, de la comunidad de residencia, conocían el idioma local, y eran elegidos por la comunidad o ellos se presentaban de voluntarios, en el caso de los ASC podían ser o no locales, pero sí compartir la comunidad étnica o al menos conocer el idioma local, conocer el castellano, saber leer y escribir, mejor con grado escolar de Primaria completa, alguna experiencia en el trabajo en salud y comunitario, y contar con credenciales favorables de sus lugares de residencia.

Hacia las y los ASC se trasladaron mis anteriores preguntas enfocadas a los promotores de salud. Las y los ASC por su experiencia personal, familiar y comunitaria poseían saberes médico populares, transaccionados con otros, incluidos los biomédicos además de experiencias y saberes sociales. Por momentos me recordaban en algunos aspectos, pero en recorrido inverso, al *médico de cabecera*, ya hoy antepasado médico, que tras largos años de trabajo con un grupo de población, llegaban a conocer a las personas en su contexto familiar y sociocultural, sus saberes médico populares y desbordando el ámbito biologista. A la diferencia del recorrido de uno y otro, se aúnaba la clase social, configurando diferentes y desiguales posicionamientos sociales, culturales y políticos. Indagué de alguna figura que en las historias comunitarias médica y culturalmente se aproximara a la del ASC, más que al médico de cabecera, pero no la encontré, no era el *tobanel*, cuidador en algunos trabajos comunitarios de la Clínica Maxeña, tampoco el curandero, el ajq´ij u otros, y me quedé sin antecedentes locales.

Los ASC también cargaban personalmente la experiencia de su condición étnico-cultural, de género, y la de sus comunidades indígenas en una sociedad históricamente marcadamente por el racismo y la discriminación étnico-cultural. Esto les daba de inicio, la condición reconocida por la población de ser *personal benévolo*, y llevaba la relación inter-étnica, mayoritaria de los servicios públicos, al ámbito intra-étnico, lo que hipotéticamente limitaría los aspectos estigmatizantes en los servicios de salud pero no el espacio de poder que ha ido históricamente ligado al poder de curar y cuyo uso estaba por verse en la implementación del Programa.

Las perspectivas del Programa: derecho a la salud, interculturalidad y perspectiva de género, que integraban o procesalmente debían ser integrados en las competencias, *en un nuevo saber hacer*, debía llevar a nuevas relaciones entre trabajadores y población, a limar las jerarquías entre quienes tenían el poder del saber y el poder del curar frente a los supuestos ignorantes. El diseño operativo que llevaba a trabajar en los ámbitos individual, familiar y comunitario ponía en el centro, no a la enfermedad, sino a la persona en esos contextos, por lo que potencialmente desbordaba la unidimensionalidad biológica y se abría al reconocimiento de otras dimensiones, a las experiencias y saberes de la población en torno a ellas y a la posibilidad de entrar a una relación de escucha, co-aprendizaje, a unas relaciones más horizontales, a una relación de complicidad en el camino a la inclusión. Y todo ello, sin idealizar en paralelo a quienes idealizaban las comunidades indígenas, que por el hecho de ser explotados, dominados, subordinados, estigmatizados, se convierten cuasi en automático en lo contrario. La comprobación in situ es que las hegemonías atraviesan los espacios sociales de los subalternos y que si la complementariedad en equidad de género, personas y naturaleza, son defendidas desde ciertas posiciones de la cosmogonía maya e indoamericana, es a lo interno también cuestionada como desigualdades y no equidades, especialmente desde las propias mujeres.

Estos Agentes de Salud Comunitaria, reconocidos como Auxiliares de Enfermería Comunitaria desde el año 2008 y tras previo examen por el Ministerio de Salud, se convierten en el nodo del estudio a través de sus diferentes posiciones sociales, culturales y políticas, en la sociedad guatemalteca y en la institución sanitaria que implementa el Programa de salud donde se analizarán la articulación entre los conocimientos diferentes y desiguales en ese camino Hacia la Inclusión en salud y social y en la que también está integrado el autor.

El Programa de salud: “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos”

Tras el conflicto interno *de baja intensidad* para los países del Norte y de *alta intensidad* para las y los guatemaltecos, la firma de los *Acuerdos de Paz Firme y Duradera* (1996) generó nuevas condiciones sociales y políticas para una renovada reflexividad sobre las políticas del Ministerio de Salud (MSPAS), tanto dentro como fuera del mismo. Las reformas del sector salud puestas en marcha por el Ministerio con el apoyo económico y asesoría del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), fueron interpretadas por una parte del sector salud, mayormente del no gubernamental privado y sin afán de lucro, como de mayor inequidad y a la que respondieron conformando una coalición política en el sector salud, la Instancia Nacional de Salud (INS).

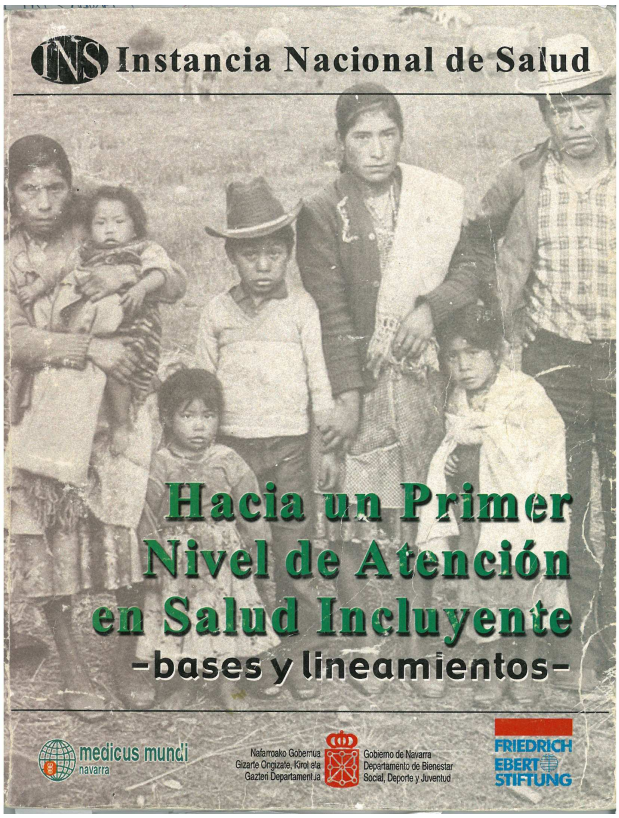
La INS tras un primer periodo de denuncia y protesta pasó a la propuesta formulando de manera participativa con personas y organizaciones con experiencia en el primer nivel de salud en Guatemala, integrantes y no de la coalición, el Programa “*Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos-*”. Trabajar en el primer nivel se asumió como la vía principal de incidencia en el Ministerio, pues eran las experiencias de las personas y organizaciones de la INS y todo indicaba que *la casa* había que comenzar desde abajo, incidiendo y transformando el primer nivel para luego ir ascendiendo al segundo y tercer nivel de atención.

El Programa hizo suya una **concepción amplia e incluyente del primer nivel de atención** como “la articulación de conocimientos y prácticas institucionales y comunitarias locales complementándose en la curación, prevención, rehabilitación y promoción dirigida a la transformación de los condicionantes-determinantes de la salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la población” (INS, 2002: 13). Esta concepción se complementaba con otros aportes que los participantes considerábamos claves, y que ayudaban a pensar en el *Hacia* de una mirada biomédica a una más amplia, “procesal y multidimensional” de la salud-enfermedad (Ibíd., 19). Entre esos aportes se destacan (Ibíd., 2-13):

a) Las perspectivas que transversalizan todos los componentes de su estrategia y actividades. La *perspectiva del derecho a la salud* que considera no debe ser percibida sólo como *un servicio* sino como un derecho con obligatoriedad estatal, incursionando en el terreno de la ciudadanía civil, política y social, e implicando a los servicios de salud en la promoción de la organización, empoderamiento y participación activa de las comunidades (Ibíd., 6-7). La *perspectiva intercultural* promueve desde una interacción positiva hacia el reconocimiento mutuo, el diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, la regulación pacífica del conflicto, cooperación y convivencia, sobre principios de ciudadanía, derecho a la diferencia y de unidad en la diversidad. La *perspectiva de género* establece el compromiso de impulsar políticas públicas con la finalidad de eliminar las inequidades de género ampliando el acceso de las mujeres a recursos y servicios y trascendiendo la equidad del ámbito de lo público a lo privado (Ibíd., 7-8).

b) La estrategia y diseño programáticos basados en la construcción de tres niveles de análisis-acción que se cristalizan en los programas comunitario, familiar e individual, con énfasis en la promoción, prevención y curación respectivamente, e intervenciones en base al ciclo de la vida.

Imagen 4



Portada del Programa de salud (INS, 2002)

c) Un modelo organizacional basado en el enfoque de proceso, la planificación estratégica y el trabajo en equipo con un horizonte de desarrollo en avanzar en la participación comunitaria.

d) Un diseño operativo con una institucionalidad fuerte con servicios permanentes brindados por personal local, trabajando remunerado y a tiempo completo, en coordinación con los terapeutas comunitarios e infraestructura específica.

El planteamiento teórico debía pasar la prueba de la práctica y con apoyo internacional, político y financiero, fundamentalmente de Médicus Mundi Navarra y la Unión Europea, se logró dar inicio a una experiencia piloto en dos regiones de Guatemala. Los lugares para la implementación se realizaron a través de un concurso entre las organizaciones participantes en la INS que debían reunir en su candidatura el tener presencia en la región, y que fuera con población no cubierta por el Ministerio de Salud, para no entrar en duplicación de servicios y facilitar la coordinación.

El reto era incidir en el Ministerio de salud, para transformar su política pública, y para ello había que hablar *su lenguaje*, un Programa que produjera mejores resultados dentro de sus indicadores priorizados como eran la mortalidad infantil y materna y las coberturas de vacunación, eso sí, con unos costes económicos dentro del baremo en que se movía el Ministerio. El Programa además tenía un extra, un abordaje de mayor integralidad al abordar los problemas de salud/enfermedad en los niveles individual, familiar y comunitario.

Tres estamentos conformaban y conforman el organigrama interno de la pirámide institucional de la ONG que implementa el Programa de salud y que son claves en su desarrollo:

a) El Equipo de Conducción (ECON), máximo órgano responsable, punta de la pirámide institucional. Consideró estratégico incidir en el Ministerio de Salud ante el tiempo limitado del financiamiento por parte de la Unión Europea, decidiéndose por responder a los aspectos más sensibles del Ministerio: el logro de sus metas cuantitativas dentro de sus márgenes per cápita de financiamiento. El Ministerio no logra alcanzar sus metas, y si lo hace es “con sus secretos” (la falsedad de los datos es vox pópuli y en boca de sus mismos trabajadores). En el Programa, el logro real de las metas se constituyó en un

difícil reto y para su logro se priorizaron los aspectos técnicos, que se concretaron en los instrumentos de información, evaluación, formación y gestión. También en la priorización de contratación de personal técnico de formación biomédica frente a otros perfiles laborales.

b) Los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), la base de la pirámide institucional, conformados por los Agentes de Salud Comunitarios (ASC), los trabajadores locales, que con su trabajo son "la cara del Programa", quienes trabajan diaria y directamente con la población y que junto a su titulación, contratación y trabajo institucional van a adquirir y afirmar una nueva identidad profesional. De campesinos/as, maestros, auxiliares de enfermería, promotores/ras de salud pasaron a ASC y desde el 2008, tras previo examen oficial, reconocidos por el MSPAS como Auxiliares de Enfermería Comunitaria. Su trabajo tenía una limitada agencia marcada por los protocolos de atención y las metas institucionales.

c) Los Equipos de Apoyo (EAPAS), entre el ECON y los ECOS, estamento intermedio en la pirámide y conformado por profesionales de enfermería, medicina, técnicos de salud rural, con hegemonía de los profesionales de formación biomédica que van a ser los mediadores de los aspectos técnicos, protocolos, formación, evaluaciones, a través de los cuales van a expresar la hegemonía de sus saberes, su poder y estatus sobre los ECOS y la población.

Problemática del estudio y desarrollo capitular

El sistema social y el proceso salud/enfermedad/atención caminan trenzados, siendo el segundo una extensión y "espía" de las contradicciones del primero, tanto cuanti como cualitativamente (Menéndez, 1990: 30). En esta lógica, "las limitaciones del modelo médico hegemónico no derivan de su carácter científico, al contrario, de la insuficiencia de su actual paradigma biologista, de su cerrazón hacia la dimensión subjetiva y en general a lo social" (Seppilli, 1996: 20). Al hacer de esa uni-dimensionalidad el corazón de su conocimiento y praxis, "ignora el significado de las experiencias personales, deshumanizando y reduciendo la historia y experiencia humana a una teoría abstracta" (Lazarus, 1988: 54), e invisibilizando las dimensiones sociales, políticas e ideológicas del proceso salud/enfermedad/atención.

Esta limitación no es específica a un estado, país, o región sino que responde al modelo médico de salud, a su construcción a partir de las hegemonías dominantes en el sistema mundial y en los diferentes niveles de las relaciones biomédicas y socio-políticas, macro internacional y nacional, meso institucionalidad médica, micro comunitaria hasta el individual (Singer y Baer, 1995: 63) (Fort et al., 2006). Pero cada sociedad va tener sus particularidades, y los caracteres del modelo médico van a expresar las características fundamentales de esa sociedad, haciendo ésta que los caracteres del modelo sean dinámicos respondiendo a los cambios generados tanto al nivel político-económico como en los relativamente autónomos de la práctica médica (Menéndez, 1978: 17).

Guatemala muestra una sinergia entre las exclusiones sociales político-ideológicas en base a fronteras culturales con ese modelo médico hegemónico que también excluye teóricamente las dimensiones sociales, culturales, históricas, individualizando a la persona, ser social, y desocializándola, pero que en su práctica pública paradójicamente y con *violencia florida*, hace presente la persona estigmatizada socio-culturalmente y ciudadana de segunda. Si por un lado el modelo médico cosifica a la persona, vía estigmatización la hace presente mostrando su violencia estructural. Un servicio supuestamente altruista como el de salud es paradójicamente un espacio de reproducción de desigualdades y de violencia.

En este contexto social racista, estigmatizador y discriminador, reproducido en los servicios públicos de salud, plantearse trabajar una Salud Incluyente resulta un reto que enfrenta la paradoja de trabajar un **Programa de salud incluyente en una Guatemala excluyente** y a la que se respondió con el **HACIA**, donde la Inclusión era el horizonte. Cinco años después, el reto se anuncia como **Modelo Incluyente e Integral de Salud** ¿Cómo se ha resuelto la paradoja? ¿Un nuevo bucle guatemalteco? ¿Una eficientación del modelo en los límites del sistema social y médico? ¿Un pequeño gran paso para quienes viven diariamente con el agua al cuello?

Desde mi experiencia me reconozco como sujeto posicionado, vasco y guatemalteco, hombre blanco, europeo y americano, médico, docente, facilitador pedagógico y antropólogo. También a los trabajadores locales de salud, Agentes de Salud Comunitaria posicionados como hombres y mujeres, indígenas estigmatizados socialmente y como auxiliares de una institución sanitaria que trabaja un Programa Hacia la Salud Incluyente. Todo saber es situado y desde mi posición antropológica me planteo identificar las potenciales fuentes de conocimiento de los Agentes de Salud Comunitarios y el desarrollo del Programa en ese camino Hacia la Inclusión:

a) Por un lado las experiencias y saberes sociales de pobreza y estigmatización de los Agentes de Salud Comunitarios y médico populares que van a ser compartidos con los pares étnicos con quienes trabajan, saberes aprendidos antes de forman parte de esta institución sanitaria que implementa el Programa.

b) Ya dentro de la institución sanitaria, qué experiencias y saberes de sus actuales prácticas les son reconocidos institucionalmente, cuales son reconocidos por los trabajadores pero no institucionalmente, cuales con naturalizados y no reconocidos por los propios ASC y su agencia dentro y al margen del Programa. A su vez, los trabajadores locales es probable que vayan modificando sus transacciones del primigenio “todo sirve” popular por otro con mayor incidencia del Programa. Perteneciendo a la base piramidal institucional, tienen una posición de poder ante la población que requiere de sus servicios y se quiere conocer si al reafirmarse en su posición laboral modifican su condición de benévolos o como se concretan las relaciones.

c) Siendo Guatemala un país gran dependiente del ámbito macro internacional, como éste junto al macro nacional, el meso biomédico y también por parte de la población condicionan el desarrollo

del Hacia la Salud Incluyente. Y en este camino cuales son los aportes y limitaciones del *Programa Hacia una Salud Incluyente* en un contexto tan difícil como el de Guatemala y cuales de esos aportes pueden incidir en el Ministerio de Salud.

Las hipótesis tras estos objetivos son:

a) Siendo Guatemala un país excluyente social, política, económica y culturalmente, ello va expresarse en el proceso s/e/a y es inviable que un Programa de Salud pueda ser incluyente al margen de los otros procesos sociales;

b) Los obstáculos de acceso a los servicios públicos de salud no son sólo culturales, salvados el acceso geográfico y económico, sino especialmente políticos;

c) Es previsible que entre los trabajadores locales haya una progresiva biomedicalización de su "todo sirve", en prácticas y concepciones.

Desarrollo capitular

En este primer capítulo desarrollo una aproximación a mi experiencia como sujeto en cambios posicionales, al problema de investigación, la metodología y la perspectiva teórica desde la que se abordan los objetivos, las relaciones desiguales en el ámbito social y en los servicios de salud.

En el capítulo dos, desarrollo a) la experiencia histórica guatemalteca y su relación con el campo de la salud, ciudadanía relacionada con la política pública; b) cómo se reproduce el racismo y la discriminación étnico-cultural en los servicios de salud, tanto desde la práctica como de la teoría, y todo "por tu propio bien"; c) las experiencias de inclusión y sus límites en América Latina, vía interculturalidad e integración institucional de los trabajadores de salud locales. Para todo ello utilizo, la revisión de fuentes secundarias, las entrevistas semiestructuradas, la participación observante y la observación participante sobre las relaciones de hegemonía/subalternidad y transacciones entre los diferentes grupos socio-culturales y la reproducción de las relaciones sociales en el proceso de salud/enfermedad/ atención.

En el capítulo tres, abordo el contexto y experiencias comunitarias donde viven y trabajan las y los Agentes de Salud Comunitarios (ASC), y como van a condicionar las características personales y grupales de los trabajadores de salud locales. A las técnicas de observación participante y participación observante se suman las fuentes secundarias. En el capítulo cuatro, se abordan las experiencias y saberes sociales y sanitarios de los ASC donde se va expresando su

potencial como fuentes de conocimientos para un *Hacia la Salud Incluyente* a través de entrevistas semiestructuradas junto a la combinación de mi participación observante al ser facilitador/docente del curso de los ASC y de observador participante en la posterior convivencia con sus familias.

Los resultados de los capítulos dos, tres y cuatro van a responder a identificar las potencialidades de los ASC como fuentes de conocimientos sociales y de saberes médico populares. El capítulo cuatro también responde al cómo van siendo reconocidos o no, personal e institucionalmente, sus experiencias y saberes así como la profundización de los cambios en el "todo sirve" de los ASC. En el capítulo cinco se profundiza en el desempeño de los ASC dentro del Programa de salud dando respuesta a esos reconocimientos personales e institucionales, desde su nueva posición profesional e institucional, así como los condicionantes macro, mesos y micros en el desempeño de los ASC y del Programa de salud a través de mi participación observante (2003-2004), de la posterior observación participante (2007), entrevistas semiestructuradas y revisión de informes institucionales. En el capítulo seis se exponen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

¿Por qué las sonrisas McDonald´s y de Corazón?

En el modelo biomédico hegemónico, la biología se ha convertido en la medida unidimensional de la enfermedad, y ello ha tenido importantes consecuencias en la práctica médica, pues le ha llevado a *recurrir a un cuerpo que no incluye a la persona*. Al no reconocer a la persona social, la analogía del cuerpo funcionando es con una máquina, un cuerpo deshumanizado, y en esta racionalidad, no es baladí que las primeras prácticas médicas sean la disección de cadáveres, cuerpos abiertos, inertes, individualizados y al margen de lo social (Le Bretón 1995: 189). Los cuerpos desnudos y disecados nos hablan paradójicamente y desde su silencio de los excluidos sociales.

El resultado del reduccionismo biológico es que el diagnóstico de la disfunción de la máquina humana, nos lo proporcionará la tecnología médica con su batería de pruebas bioquímicas, radiológicas, ultrasonidos, resonancias magnéticas y otras, y la curación llegará con el tratamiento farmacológico. La racionalidad biológica convertida en racionalización tiene un alto riesgo estructural de hacer innecesaria la palabra. La subjetividad del enfermo transmitida a través de la palabra, síntomas, narración, puede ser un elemento de confusión para el

diagnóstico y anuncio de su agencia para un posible incumplimiento del tratamiento; a su vez, la subjetividad del médico lo alejaría de la objetividad, poniendo en riesgo el diagnóstico y tratamiento. La eliminación de las subjetividades como elementos distorsionadores, lleva a convertir el acto médico-paciente en el encuentro de dos ausencias, el enfermo sin palabra y el médico que congela su subjetividad para ser objetivo, científico (Clavreul, 1993: 259).

Esta mirada médica a la vez que focaliza cada vez más sus lentes en lo micro, en la especialización, reduce el gran angular necesario para incluir el contexto social, cultural, histórico y las interacciones que nos hacen humanos. La especialización pero no sólo ella, tiene el riesgo de perder el gran angular y no reconocer a la persona social. La tendencia resultante es que el modelo biomédico hegemónico tiende a una sonrisa McDonald´s, que si en sus restaurantes personifica el menú y el logo, en la sonrisa McDoctores son la enfermedad y la tecnología, mientras el enfermo es cosificado/reificado, separado del nexo social y del sentido humano. “La enfermedad adquiere identidad subjetiva en el universo simbólico e imaginario de la racionalidad biomédica” (Martínez, 2008: 159) a la vez que “el encuentro clínico en apariencia técnico, manipula y media las contradicciones de la sociedad” (Taussig, 1995: 141).

En McDonald´s estamos ante un saber hacer basado en la eficacia, en unos servicios fácilmente cuantificados y valorados, ofreciendo aquello que es previsible, con un control sobre los seres humanos que entran en el mundo Mac, especialmente por medio de la sustitución de la mano humana por la tecnología (Ritzer, 1996: 24-26). De manera similar, en el modelo biomédico hegemónico, la racionalización viene a sustituir a la racionalidad y lleva a Morín (2001: 30-31) a considerar que “un racionalismo que ignora a los seres, la subjetividad y la afectividad o la vida es irracional”. George Ritzer (1996: 15-33), a propósito de lo que llama mcdonalización de la sociedad, ha descrito a los McDoctores como aquellos profesionales de la medicina atrapados en una trama burocrática que les supera y que les convierte en “empleados de una oficina de expedición”. Llevando las cosas un poco mas lejos, no es casualidad que los administradores de la salud, en última instancia, prioricen el número de prestaciones, las metas, que en la medida que suben o bajan, sean las que van a determinar la eficiencia de los servicios. Si en las historias de Kafka lo importante era el cumplimiento del acto burocrático, la atención de los pacientes puede llegar a parecer muchas veces la acción

impersonal de despachar expedientes (Larsen, 1996). El cumplimiento de los protocolos y llenado de las fichas, las metas cuantitativas como prioridad, llevan a convertir al enfermo y la relación con él, en un "objeto fantasmal" (Taussig, 1995: 111).

Si en la sonrisa McDonald´s lo personificado es el menú, universalmente homogéneo y elaborado tecno-industrialmente con una participación humana que recuerda a los "Tiempos Modernos" de Chaplin, en la sonrisa de Corazón, el primer paso será acabar con el sufrimiento y muerte evitables fruto de la Exclusión, y que irá de la mano de ese horizonte donde la "significación humana" será imposible de ser comprendida fuera de la estructura social (Goldman, 1980: 24), de la superación de las dicotomía cuerpo y alma, materia y mente, naturaleza y cultura, del reconocimiento de las dimensiones sociales y culturales en los que se construye la salud y la enfermedad así como la atención, atención centrada en la persona y su contexto-constituyente.

La sonrisa de Corazón apuesta por la puesta en común de conocimientos situados en las diferentes identidades, posiciones disciplinarias, situaciones y circunstancias, reconocidos como conocimientos parciales, localizados y críticos que tiendan a integrarse en una ciencia con conciencia, en una alianza de afinidades contra la Exclusión y por la Inclusión. Esa es la interpretación que quiero dar al apelar al Corazón desde las comunidades indígenas que para García Ruíz (1992):

> "Apelar al Corazón es entrar en el concepto de *ruk'ux,* centro de o corazón de, elemento constitutivo, naturaleza intrínseca o esencia, un nivel de organización de la significación, a través del cual se describen las identidades caracterizadas por su propia pertinencia, tratándose sin duda, de una categoría central del sistema cognitivo cakchiquel[5]".

A nivel del lenguaje cotidiano campesino indígena guatemalteco se sigue refiriéndose al Corazón como expresión de una "interioridad", de integración de actitudes y sentimientos: "hacerlo de Corazón", "está triste mi Corazón, llueve en mi Corazón", "está alegre mi Corazón". Desde ese Corazón de naturaleza sensible y constitutiva, de "ciencia con

[5] Los cakchiqueles son uno de los pueblos mayas guatemaltecos.

conciencia" (Morín, 1990), en "permanente estado de alerta autocrítica, para que la racionalidad no caiga en racionalización" (Morín, 2001: 102). Ello quiere que el proceso salud/enfermedad/atención se trenze con sus "elementos constitutivos", con las dimensiones biológicas, culturales, sociales, político económicas, afectivas e históricas y la transformación de las causas estructurales determinantes de la salud. Esta sonrisa de Corazón quiere ser el horizonte al que caminemos, el de Leopoldo Méndez, ajq´ij cakchiquel, que nos enseñó: "¿Cómo voy a estar sano, si mi comunidad está enferma? ¿Cómo voy a estar sano, si Guatemala está enferma?".

Largo será el camino y difíciles los retos en esos tormentosos mares lleno de Lestrigones, Cíclopes y con Poseidón para llegar a la Ítaca de Cavafis, a la sonrisa de Corazón cakchiquel, a la Ciencia con conciencia de Morín, al horizonte de la Utopía de Eduardo Galeano, a la Inclusión. En ese viaje, proceso, fluir, en la experiencia, "la Utopía sirve para caminar, para no aceptar la realidad como un destino y sí como un desafío que nos invita al cambio, a resistir, a rebelarnos, a imaginar, en lugar de vivir el futuro como una penintencia inevitable" (Galeano, 2012) y en ese camino nos iremos transformando y transformando la sociedad. Si los saberes son desiguales es porque los grupos que los hacen suyos lo son, pero "no son los saberes en sí, sino la apropiación y uso de los mismos por diferentes fuerzas sociales los que orientan dichos saberes y teorías hacia una variedad de consecuencias" (Menéndez 2002: 26), hacia la vida y la equidad o hacia la reproducción de las exclusiones e inequidades.

Para el poeta de "*Veredas/ Uq´ab´ b´e*", Ak´abal (2001: 44-45), variados y enredados son los caminos, pero es así como se camina:

"Las veredas de mi pueblo
se le enredan a uno entre los pies.
Ri uq´ab´ b´e re re nutinimit
kub´atz´ij chirij/ri qaqan jun".

Metodología y perspectiva teórica.

"No recuerdo con precisión el año, únicamente que realizaba mi residencia de Medicina Interna
en el Hospital General San Juan de Dios, por lo tanto debió ser entre 1971 y 1973.
Estaba sentado escribiendo una prescripción para un enfermo que acababa de atender en el servicio de emergencia,
cuando sentí que alguien estaba delante de mí y me observaba.
Al levantar los ojos veo un anciano. Era un indígena q´eqchi´.
Tenía una mirada tierna e interrogadora. No recuerdo qué me dijo, no recuerdo sus síntomas.
Lo que recuerdo vívidamente es su tremenda palidez.
La ausencia de color en sus conjuntivas provocaba perplejidad.
Llevamos de inmediato al enfermo a una camilla y tomamos una mínima muestra de sangre para reconocer su
hemoglobina y hematocrito y preparar una transfusión de células empacadas.
El resultado de laboratorio indicaba 1.5 g. de hemoglobina,
dato que, según los textos, es incompatible con la vida.
El hombre, que padecía de parasitismo y desnutrición proteico- calórica,
trabajaba en una plantación de café en Alta Verapaz,
su salario era de 25 centavos al día.
Días después, el enfermo fue dado de alta en buenas condiciones.
La pregunta era ¿cuándo volverá? (si es que vuelve)".

José García Noval (2003:1)

Este texto de José García -Pepe-, guatemalteco, médico, sigue siendo actual a pesar de los 40 años transcurridos, y sintetizando el drama social guatemalteco y el drama de los servicios de salud, tanto por las condiciones de vida de una buena parte de la población como por el carácter paliativo de la intervención médica y la incapacidad de actuar sobre los condicionantes de la salud. Desconozco que significó para Pepe, la tremenda palidez y la mirada tierna e interrogatoria del anciano q´eqchi´, pero debió ser un momento significativo de su experiencia médica y de su posterior trabajo en la ética médica.

La estrecha relación, entre el drama social y el drama del proceso salud/enfermedad/atención, (proceso s/e/a), llevó a reconocer a éste como "espía de las contradicciones de un sistema social, no sólo por la cuantificación diferencial de las muertes evitables, sino también por las relaciones de dominación y resistencia que se articulan a través de ella" (Menéndez, 1990: 30). El proceso s/e/a es un proceso social, un proceso socio-estructural y de significado, ya que abarca *hechos vitales* para las personas y las sociedades, y por tanto cargado de significados culturales, políticos, económicos, ideológicos que expresan no sólo diferencias sino también las desigualdades entre los grupos sociales (Menéndez, 2000: 314-315) (Menéndez, 1997:12).

En este proceso s/e/a, el Dr. Jorge Rosal, tras la reprimida revolución académica de los 70 en

la Universidad de San Carlos y en particular de la Facultad de Medicina de la que fue uno de sus "12 Apóstoles"[6] reconocía que un proceso hacia la salud integral no puede quedarse exclusivamente en el campo sanitario, sino debe incluir cambios políticos profundos (Albizu, 2005: 201).

En ese contexto de vasos comunicantes entre el drama social y sanitario es que nace el Programa "Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos-" (2002-2007) convertido en "Modelo Incluyente de Salud" (2008) en una Guatemala excluyente, paradoja que se convierte en el problema de estudio a través de los trabajadores locales de salud, los Agentes de Salud Comunitaria, (ASC). En la elaboración teórica del Programa, el curso inicial de ASC y primer año de implementación (2001-2004) mi participación fue como médico, docente/pedagogo y antropólogo, en participación observante, para continuar posteriormente desde la distancia física, en permanente reflexión y formación académica antropológica, a regresar por tres meses al "lugar" de desarrollo del Programa (2007), en forma de observador participante, para hacer un cierre temporal y provisional en el presente estudio.

Vivir dialógicamente en diversas posiciones y pertenencias.

En esta etnografía de la experiencia estoy incluido y analizo una realidad en la que he participado y observado, motivado socio-política y sanitariamente a partir de las afinidades con los grupos socio-culturales subalternos y crítico con una atención de salud de beneficencia, que me llevaron a comprometerme en la perspectiva de una sociedad y una salud incluyentes. Si la experiencia etnográfica es una relación intersubjetiva, la afinidad y compromiso pasaron por implicarme, convivir, participar en las situaciones sociales, establecer vínculos personales y emocionales, a comprender en buena medida, la racionalidad de los actores sociales, el sentido de sus acciones, sus anhelos personales y grupales (Pujadas et al., 2010: 75-76).

[6] Los "12 Apóstoles" fue el nombre popular por el que fueron conocidos los 12 promotores principales de la revolución en la enseñanza universitaria de Guatemala de la década de los 60-70.

En esta experiencia se articularon diferentes y cambiantes identidades y posiciones disciplinarias. Entre las identidades fui consciente de que siendo *subalterno* en mi comunidad de nacimiento (vasco en el Estado español) me convertí en *hegemónico* en la comunidad de residencia (europeo, blanco y médico en Guatemala), a la vez que una persona *solidaria*, y "sabia" (Goffman, 1989: 32-35) en esa "acepción de que no siendo estigmatizado vive y simpatiza con ellos, con quien saben no serán avergonzados ni ejercer un autocontrol, y cuenta con cierto grado de aceptación y cortés pertenencia entre ellos". Y entre las posiciones disciplinarias me inicié como médico (nativo del modelo biomédico) y con una *participación observante* de la racionalidad de la institución médica, de las representaciones y prácticas de sus trabajadores, del rol resolutivo requerido a la vez que en una posición crítica por sus limitaciones. La posición médica la compartí con docencia con promotores de salud y personas analfabetas donde tuve que desarrollar estrategias pedagógicas para finalmente compartir esos roles con el de antropólogo en la construcción e implementación del *Programa Hacia la salud incluyente*, con un primer periodo de participación observante (mis cuatro años formando parte del Programa) y un segundo de observador participante (en los tres meses de mi presencia en el 2007 y ya fuera del Programa).

Buena parte de mi experiencia y aprendizaje han estado relacionadas con el trabajo de los promotores de salud y los ASC, a comprender su "todo sirve", a las limitaciones de la atención popular y biomédica, a la necesaria integración de saberes diferentes para poner la mirada en la persona social, en trabajar la integralidad como una atención que no se quede en la medicación, todo ello en la perspectiva de una salud y una sociedad incluyente. Así mi mirada antropológica se dirige ahora a los ASC, trabajadores locales de salud, indígenas mayas, bilingües, contratados para el Programa, y a los que reconozco como fuente de conocimientos desde diferentes posiciones. Primero por ser personal *local*, y por tanto cargados de *saberes populares y de las vivencias locales del proceso s/e/a*. Segundo por ser *trabajadores de los servicios de salud* a los que población acude con la expectativa de que al ser de los mismos estigmatizados, con experiencias similares de maltrato social y en los servicios de salud sean *benévolos* (Goffman, 1989: 32-35). Tercero, en la posición de auxiliares de enfermería en una pirámide institucional en la que se les reconocen limitados saberes académicos, y por tanto *subalternos/subordinados en esa pirámide médica institucional*.

Los ASC ante esas experiencias y saberes diferentes asumían hipotéticamente unas transacciones en el "todo sirve" que social e institucionalmente llevan a una hegemonía de los saberes biomédicos y a la secundarización de los saberes locales y de la vivencia del proceso s/e/a en sus múltiples dimensiones. Junto a ello es previsible que esos saberes experienciales propios y locales, se muestren al menos en determinadas situaciones como parte de la agencia del ASC, fueran o no reconocidos institucionalmente, o naturalizados y no visibilizados por ellos mismos. Estos ASC trabajando en una institución médica van a tener como guías de su trabajo los protocolos de atención médica con una jerarquía de saberes que las hacen suyas en la práctica pero que son conscientes de una necesaria agencia para responder a las expectativas de la población. Por este conocimiento de la población en sus expectativas, en los saberes médicos locales y los saberes sociales consideré que las y los ASC eran una importante fuente de conocimientos para una institución que quería avanzar Hacia la Salud Incluyente. Los ASC no podían ser sólo meros ejecutores de los protocolos eran también una importante fuente de conocimientos, una fuente más, pues la población en su diversidad era la principal.

Y de las y los ASC consideré mis sujetos de estudio, aquellos que trabajaban en su comunidad de nacimiento y residencia pues eran potencialmente quienes podían tener más información sobre sus vecinos, familias y comunidad y que consciente o inconscientemente la incluyeran en su trabajo, lograran una intersubjetividad de mayor comprensión, un desborde de la biología. De los pocos ASC que cumplían con este requisito seleccioné cuatro, donde dos formaban parte de un Equipo Comunitario de Salud (ECOS) de la región k´iche´, y los otros dos, de un ECOS de la región mam, regiones con historias locales diferentes que podían marcar diferencias experienciales y de saberes. Consideré importante incluir hombres y mujeres, no habiendo paridad por las características de los ECOS, dos hombres en el primero y una mujer y un hombre en el segundo. En el Programa sí que había más ASC locales en otros ECOS, pero eran minoría en éstos, uno de tres o de cuatro ASC, y mi interés estaba también en cruzar su conocimiento con el que yo fuera adquiriendo de la comunidad. Finalmente consideré que con cuatro ASC y dos comunidades se cubrían los objetivos.

Para la realización del estudio me puse en contacto con el Equipo de Conducción del Programa (ECON) que me dio todo el apoyo. Me facilitó la comunicación con los cuatro ASC quienes aceptaron ser parte del mismo y por parte del ECON y de los Equipos de Apoyo

(EAPAS) el apoyo y la libertad para participar en las diferentes reuniones y evaluaciones, entrevistas y el acceso a la información escrita disponible. El compromiso de reciprocidad con el ECON fue de hacerles una presentación de los hallazgos en los tres meses de mi estancia en las comunidades, que me implicó sintetizar en diez días, lo observado y reflexionado en una línea muy operativa de antropología aplicada.

Con los cuatro ASC, Diego y Francisco de la comunidad de Pasaquijuyup y Jovita y Lisandro de la aldea Las Barrancas, establecimos compromisos de funcionamiento, de mi presencia como observador de su trabajo, su disposición a las entrevistas y conversatorios y por mi parte la disposición de darles apoyo médico en caso de que lo solicitaran. Mi apoyo médico se concretó en pocas ocasiones, pero les dio mayor seguridad en su quehacer diario y en las diversas emergencias presentadas. El compromiso con Diego y Francisco también estuvo en quedarme a vivir con sus familias durante mi tiempo de estancia. Consensuamos un pago por los tiempos de comida, y sin pago por los sueños en la cama de la capilla. Esta convivencia familiar no se dio en Las Barrancas, en el caso de la familia de Jovita que muy amablemente me ofreció su casa, por los *peros de mi parte*, donde prioricé el tiempo para reflexionar y un espacio propio para descansar, y que justifiqué por haber vivido ya con su familia en el 2004. En el caso de Lisandro los peros los puso él, dado que en un mismo espacio dormitorio convivían tres matrimonios y una numerosa prole. El espacio propio de reflexión y descanso solicitado también estuvo ligado a un cierto cansancio, al percibir que lo recogido de la implementación del Programa en Pasaquijuyup se repetía en buena medida en Las Barrancas.

Diego y Francisco son k´iche´es y están en los 40 años con familias de 7 y 8 hijos respectivamente. Jovita y Lisandro están en la treintena con cinco y tres hijos respectivamente. Todos ellos están motivados en el deseo de aprender, mejorar sus condiciones de vida y aportar a las comunidades de las que son originarios avalados por historiales personales de fuerte compromiso con las actividades comunitarias y religiosas. La explicación de que mi presencia con ellos respondía a “un trabajo” para recibirme en mis estudios, era algo comprendido por ellos, dado que en Guatemala hacer “un trabajo, trabajos” es parte del proceso educativo en la formación y para recibirse de Bachiller o Licenciado. Ante la pregunta de con qué nombres querían aparecer en el estudio, todos ellos plantearon con sus meros

nombres, viviéndolo como un reconocimiento a su labor, compromiso, y la seguridad del buen uso que se daría al mismo.

Entre los problemas previstos estuvo que alguno de los ASC no quisiera de inicio o una vez iniciado seguir participando, cosa que no sucedió. Como alternativa tenía la aceptación de otros dos ASC que cumplían los requisitos de trabajar en el lugar de origen, pero pertenecían a comunidades y ECOS diferentes entre ellos, con el hándicap que me dispersaba del conocimiento de las comunidades que consideraba importante.

Mi cercanía al Programa y a sus participantes, por haber sido parte de la misma, me ayudaba a conocer la "trastienda", y mi reto personal en el estudio fue pasar de mi mirada médica y de mis primeros pasos antropológicos, en un *Hacia la Inclusión* donde ya reconocí las dificultades para hacer una antropología aplicada que no fuera cooptada por la biomedicina en aras de una mayor eficacia y eficiencia, reproduciendo la desigualdad tras un discurso de inclusión, a una mirada crítica y propositiva.

Junto al agradecimiento a todas las personas que hieron posible este estudio, particularmente los trabajadores de salud del Programa desde los miembros del ECON, EAPAS a los ECOS, agradezco también a Santiago Bastos quien dio su consentimiento para que utilizara sus trabajos sobre la comunidad corporativa y holística así como aspectos de la experiencia histórica. Igualmente a Aura Marina Yoc por su aporte a la comunidad genérica. El apartado de la experiencia histórica utiliza las fuentes secundarias para su desarrollo.

Justificación. Aportes

¿**Cuál es la justificación y aporte** del estudio al conocimiento *Hacia la Salud Incluyente* a partir de la experiencia guatemalteca del "*Programa de Salud Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos*" y ahora transformado en "*Modelo Incluyente de Salud*" (MIS).

En Guatemala aprendí *bastantes* cosas de la gente sencilla, el *mucho* estaba fuera de su vocabulario, de quienes escuché historias, algunas vividas con ellas y ellas, y que si por

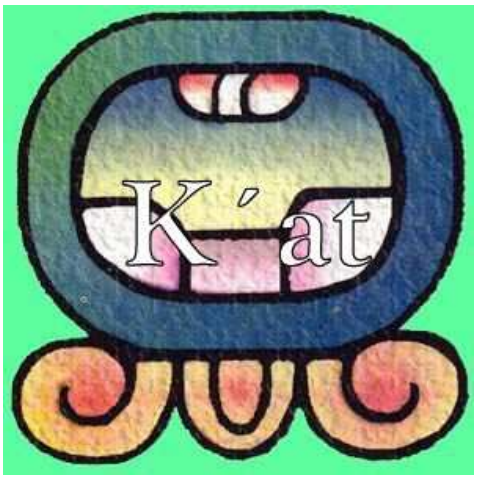
momentos me parecieron heroicas, a ellos y a ellas, les eran naturales, “así es la vida”, “lo de siempre”. Historias que hablan de sobrevivir con el agua al cuello, y de resistir y construir contrahegemonías, de las cuales las Comunidades de Población en Resistencia (1983-1996) fueron un ejemplo de ello. Una historia de la gente “ignorante” para unos y sabia para otros (en los que me incluyo), que nunca pasarán a la historia escrita, sino que serán parte de la cultura oral en su lucha por la Inclusión. Una historia que en Guatemala la escriben los que tienen poder y no los que la hacen, los macehuales (la gente sencilla de la sociedad maya clásica), y este trabajo quiere ser una parte de esas otras historias por escribir. En Guatemala suceden *bastantes* cosas, y pocas se escriben, y cuando se escriben se entra en la contradicción citada por Galeano (2012: 138) que mientras en los EEUU, los académicos de las ciencias sociales están obligados a escribir continuamente:

> “- En mi país, si no publicas estás muerto.
> Y Myrna respondió: - En mi país, estás muerto si publicas.
> La mataron a puñaladas”.

No es el caso del Programa de salud del estudio, pero cuando los significantes van teniendo significados paradójicos y así el Hacia la Salud Incluyente se convierte en MIS, desde el presente estudio se quiere aportar una mirada crítica y fraterna a quienes participan en el reto del Hacia la Salud Incluyente en una Guatemala excluyente. Y junto a esa paradoja principal reconocer que el medicamento globalizado va a ser glolocalizado, el “todos somos guatemaltecos” se transforma en el maya ciudadano de segunda y mientras se proclama el derecho a la salud se aplica como beneficencia. Del dicho al hecho va haber un gran trecho.

El campo de la salud ha crecido más como biomedicina que como ciencias de la salud, más allá del nombre, con hegemonía de la biología como ciencias naturales, y secundarizando cuando no excluyendo otras dimensiones de las ciencias sociales que le son significativas. Otras disciplinas han sido capaces de integrar historia, antropología, sociología, política […]. En el presente trabajo y a modo de **red, *k´at,*** he querido *tejer el campo de la salud con los hilos disciplinarios y dimensiones de la historia nacional y local, la cultura, la religión, la economía, la política y la ideología convirtiendo a la experiencia en la mano que teje ese huipil de la salud guatemalteca herido de violencia* para mostrar que el proceso s/e/a es un espía de las contradicciones del sistema social.

Imagen 5



K´at significa la red para pescar y para guardar el maíz así como
la red de enredos, problemas y desenredos.

Antropología médica aplicada. Antecedentes.

El Programa Hacia la Salud Incluyente, actual MIS, quiere ser integral, con pertinencia intercultural, perspectiva de género y con fundamento en el derecho a la salud en un horizonte de transformación social. El reto es mayúsculo cuando se quiere transformar un modelo de salud con las herramientas del viejo, con quienes han y hemos estado formados en el anterior, y en un sistema social desigual que no permite cambios, más allá de los que mejoren su eficiencia. ¿Qué aspectos son asumibles por un Ministerio de salud de un sistema neoliberal, Ministerio en el que también se reconocen sectores comprometidos con el derecho a la salud y a quienes les toca "volar con las alas rotas"? (Estrada Galindo, 2008: 121) ¿Qué estudios hay en relación a éste tipo de intervenciones en el primer nivel de atención y con afán incluyente y/o intercultural? La antropología médica aplicada tiene siguiendo a Martínez Hernáez (2008: 26-44), como abordajes principales, dos modelos: un modelo pragmático dependiente teóricamente de la biomedicina y otro independiente.

El modelo pragmático adquirió fuerza a finales de los años cuarenta con el objetivo de reducir las altas tasas de morbi- mortalidad en los países del Tercer Mundo y en el caso de América Latina fue dirigido especialmente a la población indígena. Apoyando este modelo estuvieron las nuevas agencias internacionales de salud, las políticas estatales de desarrollo indígena y varias fundaciones norteamericanas. En ella, el papel del antropólogo era instrumental y teóricamente dependiente de la biomedicina, actuaba como mediador entre el conocimiento

biomédico y las concepciones y prácticas médicas de las sociedades indígenas que transmitía a los trabajadores de salud con el objetivo de evitar resistencias y lograr un desarrollo exitoso de los programas de salud. Este modelo pragmático sigue siendo en la actualidad el más utilizado por los Ministerios de Salud, la cooperación internacional y ONGs.

En las décadas de los ochenta y noventa se desarrolló una antropología teóricamente independiente de la biomedicina con Kleinman (1980, 1995), Good y Good (1981), Good (1994), Mishler (1981), Young (1980, 1995), Menéndez (1981), Hahn (1995), o Rhodes (1990) en la perspectiva de que sólo desde una crítica al conocimiento biomédico puede mantenerse el sentido de simetría entre los diferentes sistemas médicos. Por esta razón, una parte importante de la reflexión teórica se ha dirigido al análisis de las presunciones culturales e ideológicas en las que descansa la "cientificidad" de la biomedicina, como que la enfermedad es una desviación de la norma biológica, con una etiología unicausal y un carácter universal, o que la teoría y la práctica biomédicas son neutrales política-ideológicamente (Mishler, 1981). Otras críticas son las apuntadas por Gordon (1988), Menéndez (1981), Seppilli (1996) o Kirmayer (1988) como la dicotomía mente/cuerpo, la autonomía de la biología de la conciencia humana, el atomismo anatómico, la independencia de lo natural frente a lo social, el individualismo epistemológico, el biologismo, mecanicismo, mercantilismo, a-socialidad, a-historicidad y eficacia pragmática. Al desentramar esos caracteres se están configurando los fundamentos teóricos de una antropología médica con una visión cultural y social de la enfermedad, con sensibilidad a la dimensión histórica, al análisis particularista de las enfermedades y a la noción de multicausalidad etiológica, la sospecha de las vinculaciones entre normalidad biológica y normatividad social y a la negación de la neutralidad de la teoría y práctica biomédicas.

Desde una antropología política (Menéndez, 1985: 11-27), el debate ha estado entre una antropología médica centrada en la integración cultural y otra histórico-estructural cuyo punto de partida es en la mayoría de los casos la dimensión económico-política. Si en un primer periodo, la antropología fue utilizada para atender población excluida, sin cobertura médica y donde era costoso extenderla, posteriormente se han instrumentalizado algunas propuestas antropológicas, a través de los programas de extensión de cobertura y el abaratamiento de los costos de atención primaria basados en la comunidad, en el afán de conciliar la legitimidad y

control del Estado. Otros aportes antropológicos sobre la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales tendrán siempre límites establecidos en su aplicación, tanto por el propio modelo médico como por el sistema dominante, límites que no necesariamente se complementan ni son unívocos.

Los primeros antropólogos médicos aplicativos ya plantearon los programas de parteras empíricas, de auxiliares de salud, de recuperación de las terapias populares e incluso de la autorrealización autónoma y colectiva, pero esto no se incluyó en ningún proyecto político autónomo, sino en una estrategia económico-política "desarrollista", en la que podrá funcionar tal vez como paliativo temporal, pero no operará como una estrategia que realmente transforme la producción y reproducción de enfermedades. Desde una mirada política crítica, lo básico a asegurar es que dichas instancias y programas no sean apropiadas en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente las mismas parecieran implicar (Menéndez, 1985: 26). Cuando se quiere incidir en el campo de la salud desde la antropología médica u otras disciplinas, es necesario explicitar en qué y a quienes se aplica, evaluar las relaciones que se establecen entre personas y sus saberes, ya sea en términos de jerarquización y/o exclusión y/o tipo de complementariedad, y ponderar el condicionamiento que sobre las relaciones pueden ejercer los procesos económico-políticos (Ibíd., 18).

En Guatemala, la mayor parte de los estudios antropológicos en el campo de la salud han ido y siguen dirigidos al conocimiento sobre medicina tradicional, etnomedicina, etnobotánica, nutrición infantil en la perspectiva de la recuperación y promoción de los saberes y usos tradicionales y/o de la antropología aplicada pragmática. Los primeros aportes vinieron de antropólogos estadounidenses con monografías sobre la medicina tradicional (Adams, 1952, 1955, 1956) (Gillin, 1959), a la que siguieron numerosos autores y publicaciones, muchas de las cuales publicadas en los EEUU no son conocidas en Guatemala. Sin ser exhaustivos con los autores y publicaciones, en la **medicina tradicional** destacan en la etnobotánica Armando Cáceres (1984, 1996) y Villatoro (1996a); en el trabajo con parteras tradicionales, Cosminsky (1977a, 1978), la Asociación Pies de Occidente (2000), Villatoro (1994, 1996b, 1996c); en medicina tradicional, Rosales (1964), Juan José Hurtado (1968, 1973, 1979), Neuenswander (1977a, 1977b), Asturias (1980, Ghidinelli (1981, 1986), Villatoro (1982, 1984, 1986, 1987), Méndez Domínguez (1983), Reyes Perdomo (1998), Mosquera (2001), ASECSA y Eder

(2002, 2004, 2005), el Ministerio de Salud (2003); y con estudios en ofltalmología y odontología mayas, Amaya Wellington y Oscar Reyes Perdomo, respectivamente.

Hacia una **antropología aplicada** y/o con énfasis en **el pluralismo médico** en la nutrición tenemos a Solién de González (1963, 1966), Cosminsky (1975, 1977c), Elena Hurtado (1986b, 1987a, 1998c); en el trabajo de las parteras a Greenberg (1982), IDEAS (1995), y Elena Hurtado (1998a); en educación a Elena Hurtado (1987b, 1987c), Schieber (1994), Hinojosa (1994), Perreira (2002); e itinerarios terapéuticos a Cosminsky (1972, 1977 b, 1980, 1983), Graves (1973), Delgado (1986), Elena Hurtado (1984, 1986a, 1987c, 1998b), Ward (1991), Barrett (1997), Villatoro (2001), Mosquera Saravia (2003), Cerón Valdés (2006), Richard Adams (2007), Mazariegos (2007).

Referencias institucionales de la antropología médica guatemalteca han sido y son la fundación del Instituto Indigenista de Guatemala (1945-1983), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (1949), el Seminario de Integración Social Guatemalteca (1956-1988) dependiente del Ministerio de Educación, el Centro de Estudios Folklóricos de Guatemala (CEFOL, 1967) cuyo área de Medicina Tradicional (1981-2002) en el 2002 pasó al MSPAS, y el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI). Tanto el CEFOL como IDEI forman parte de la Universidad de San Carlos.

En países como Guatemala con carencias estructurales, donde no se vislumbran cambios profundos a corto y mediano plazo, la atención a la salud requiere respuestas ahora ante las altas y desiguales tasas de morbi-mortalidad, lo que no quita que los aportes antropológicos deban considerar dos elementos. Por un lado que no sean apropiados en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente parecieran implicar, y por otro, que será la totalidad del modelo la que dé cuenta de la real operatividad del mismo, la que determine el verdadero significado y no un aspecto aislado (Menéndez: 1985: 11-27). El Programa de salud y sus Agentes de Salud Comunitaria se inscriben en un modelo pragmático de antropología, y las críticas al mismo son válidas, pero también es necesario analizar estas iniciativas en su singularidad guatemalteca para identificar los aportes que hacen en ese largo camino hacia el horizonte de la Inclusión.

La experiencia y los conocimientos situados

La experiencia es la perspectiva desde la que abordo el estudio, ampliándose mis identidades iniciales, de vasco subalterno y guatemalteco hegemónico, de médico resolutivo y antropólogo reflexivo y propositivo, insider y outsider, en localizaciones cambiantes, llevándome a una revisión del campo y del trabajo de campo. Del *campo como lugar* y del *trabajo de campo como identidad profesional y fuente de conocimientos* al campo como un camino Hacia la Salud Incluyente, espacio político de encuentro desigual, en localizaciones cambiantes en un desplazamiento motivado que genera conocimientos situados, parciales y desiguales, así como al reconocimiento del conocimiento como parcial cuando se construye desde una sola localización. Ello lleva a comprender el trabajo de campo como una experiencia llena de reflexividad que si conlleva un aprendizaje significativa me transforma y se convierte también en un camino para construir una necesaria alianza, una red/*k´at* de conocimientos situados y una "red de interconexiones" (Haraway, 1988) entre sujetos y grupos con diversas identidades y disciplinas pero coincidentes en afinidades, en objetivos políticos, como el derecho a la diferencia sin desigualdades, como la Salud Incluyente.

El *campo* como el lugar donde se realiza el *trabajo de campo* ha sido central en la antropología, tanto como el *lugar de conocimiento*, sobre el cual se construirá la etnografía, como de construcción de la *identidad profesional* (Gupta y Ferguson, 1997: 1) (Pujadas et al., 2010: 15-19) (Rosaldo, 2000: 203), una identidad que le diferencia del otro, del viajero, el misionero, el político o a quien no se adapte al canon malinowskiano (Clifford, 1995). Este prototipo de comprensión del campo, de la metodología, de la experiencia y de la identidad tiene algunas implicaciones en el conocimiento antropológico (Gupta y Ferguson, 1997: 11-18).

Una de las implicaciones está en la distinción del campo, allá, y la casa, aquí, como lugares separados del trabajo, como una experiencia fragmentada. El campo como un lugar al que se va, *estar allí*, con la observación participante como método principal, en el que tras recoger los datos se regresa a la casa/despacho/biblioteca, *estar aquí*, para reflexionar académicamente y escribir la etnografía. Si estando *allí*, se escriben las notas de campo, fragmentes textuales, reacciones subjetivas espontáneas, observaciones; *aquí*, en casa, en el despacho, es donde se

teoriza, se reflexiona, se escribe formalmente de manera distante y objetiva, trabajando sólo, apoyado con la biblioteca y en conversación con otras/otros antropólogos. Uno es el lugar del trabajo de campo, a donde se viaja, la *no casa*, del que luego se regresa a la academia, la *casa*.

Si el campo/lugar era la fuente de conocimientos, el lugar ideal han sido las pequeñas sociedades con culturas locales, que facilitaban la definición clara de las diferencias del antropólogo/a como el sujeto estudioso con respecto a quienes son los Otros, los objeto de estudio. El lugar local llevó a que numerosos estudios fueran *de aldeas y de comunidades más que en aldeas y comunidades*, mostrando una comunidad "tipo isla" e invisibilizando la desigual relación de hegemonías y subalternidades de las sociedades que cada quién representaba y esa construcción del otro por el antropólogo.

La naturalización de la diferencia cultural asociada a lugares geográficos, locales, construyó la antropología en la comparación cultural más que en comparación con otras disciplinas como la ciencia política, sociología, historia y otras. La posterior especialización ha dado lugar a múltiples subcampos como la antropología económica, antropología psicológica, educativa, médica y otras.

En las últimas décadas el trabajo antropológico ha sido motivo de debate desde el concepto central de cultura, como sustantivo o adjetivo (Appadurai 1996; Clifford 1994; Rosaldo 2000; García Canclini, 2004); la etnografía como un género literario (Clifford y Marcus, 1986; Geertz, 1988); la relación con los informantes en el trabajo de campo (Rabinow, 1992). Otros aspectos del debate tienen que ver con este nuevo mundo en el que vivimos conectados, en permanentes transacciones culturales y en donde debemos repensar los nuevos contextos etnográficos (Clifford y Marcus 1986; Appadurai, 1996; Canclini, 2004) o cuando por esas conexiones, los otros diferentes y desiguales no se identifican con lo que los antropólogos escriben sobre ellos (Said, 2002; Wainaina, 2005). Ante la clásica objetividad se reconocen las emociones y subjetividad del antropólogo (Malinowski, 1989) (Rosaldo, 2000) y a través del estudio del Otro, el llegar a comprender el Nosotros, y a la crítica cultural de lo propio y ajeno (Marcus y Fisher, 2000).

La etnografía reconoce que el conocimiento se construye inevitablemente “alrededor y desde algún lugar”, no existe “desde ninguna parte”, sino que es “posicionado”, y que la posición del conocedor y sus experiencias vitales son centrales en el tipo de conocimiento producido. No existe un punto de Arquímedes ni un ojo de Dios que proporcione una mirada objetiva sin que la mirada esté cargada de subjetividad y con una posición particular en las relaciones de poder. No existiendo un conocimiento “desde ninguna parte” podemos comprender que hay un conocimiento en la sociedad que a través del poder, la negociación y persuasión gana legitimidad, donde se privilegian unos conocimientos sobre los conocimientos no-institucionalizados de los Otros, Otros que producen cultura, mitos, pero no teoría ni conocimientos, y que privilegia los conocimientos situados desde el poder (Quijano, 1998, 2000)

El sujeto posicionado va a producir un “conocimiento situado” (Haraway, 1988) en donde la variedad de circunstancias sociales hace que los sujetos sepan lo que saben. En la posición intervienen e integran experiencias, identidades, posiciones disciplinarias. El sujeto posicionado como el “sujeto ubicado (y reubicado)” de Rosaldo (2000: 39-40) está preparado para saber ciertas cosas y no otras, comprender ciertos fenómenos humanos mejor que otros y desde un ángulo particular, por lo que el conocimiento del sujeto va a ser parcial.

Al cambiar los sujetos y las circunstancias, el conocimiento se resitúa y es recreado por los otros actores sociales y políticos, en relación a sus identidades y roles en la sociedad, proporcionándole diferentes significados e interpretaciones. Las identidades por raza/etnia/ nación, clase social, religión, género, generación, y según las circunstancias, unas adquieren más importancia que otras, a la vez que siendo portadores de varias identificaciones y desde diferentes posiciones nos da la posibilidad de construir nuevos conocimientos situados. En una sociedad con relaciones desiguales de hegemonía/subalternidad donde nadie escapa a las jerarquías de clase, de división internacional del trabajo entre centros y periferias, y a su vez al interior de cada Estado, las jerarquías etno-raciales privilegiando a los europeos (incluyendo a los euro-americanos, euro-australianos y otros), de género y sexo, religiosas, epistémicas, la posición del sujeto y sus conocimientos van a ser generadores de diferentes grados de poder y que los conocimientos tengan diferentes significados (Quijano, 2000).

El conocimiento situado es políticamente más complejo que pensarlo dicotómico, pues en las relaciones de hegemonía/subalternidad, las transacciones generan niveles de subordinación a la vez que de resistencia. Esto nos lleva a reflexionar que el conocimiento construido desde una perspectiva de poder o de subordinación es siempre específico y parcial, mostrándonos un amplio abanico de perspectivas e interpretaciones. En esta situación, un cambio de lugar y posición consciente, como la de médico a antropólogo y viceversa, puede ser importante aporte metodológico para adquirir perspectivas que podrían pasar desapercibidas, invisibles. Así *el campo* puede ser entendido como un lugar privilegiado de conocimiento antropológico a través de una posición multi-situada, "localizaciones cambiantes, en movimiento", "un cambio de posición que no se refiere a la adscripción identitaria (clase, sexo […]), sino a una posición estratégica en el trabajo" y que ampliaría la construcción de los conocimientos situados y el trabajo de campo como "un desplazamiento motivado y estilizado" (Haraway, 1988).

"En el campo se amalgaman el tipo de sujeto disciplinario y su conocimiento producido. El sentido de los desplazamientos motivados debe llevar el conocimiento antropológico de una intervención desinteresada por la verdad al servicio del conocimiento universal, a una intervención con un objetivo político y de buscar comunicación con aliados que trabajan líneas de estudio similares y crear unas `web-like interconnections´ entre sujetos con diferentes posiciones sociales y culturales" (Haraway, 1988). El trabajo de campo puede ser ese k´at/nodo y camino donde se hacen alianzas, a partir *de las identidades* subalternas con objetivos locales y nacionales *hacia afinidades* internacionales por el derecho a la diferencia sin desigualdad, y *de sectores* como salud por la equidad y como derecho humano, *a la intersectorialidad* por la inclusión social y la salud incluyente.

La experiencia desde la que abordo el estudio hace que en el debate antropológico sobre el campo y trabajo de campo, la perspectiva de Haraway me resulte muy apropiada, pues por un lado hago un desplazamiento motivado e intencionado, médico, pedagógico y antropológico, para ampliar los "conocimientos situados" a la vez que por las circunstancias, mis identificaciones cambian de subalternas a hegemónicas y van variando, unas veces en conflicto y en otras en diálogo. Ello hace que entienda la experiencia como un proceso de la vida social, un fluir, a veces atropellado y vertiginoso y en otras perezoso, y a las

sociedades como fluyendo continuamente (Turner, 1974: 37). A la vez me lleva a pensar la experiencia no como subjetiva, perteneciente a una sola persona sino en un medio interpersonal, medio compartido, asumido y mediado entre un grupo de personas, es un sentir fluido de ese medio intersubjetivo (Kleinman y Kleinman, 1991: 227).

En ese fluir de las experiencias, las vivencias cotidianas pueden ser percibidas como “meras” experiencias (intrascendentes) a diferencia de “una(s) experiencia(s)” que a través de la reflexividad llevan a aprendizajes significativos. Estas “unas” como aprendizajes significativos pueden modificar la identidad personal y colectiva, la mirada sobre el proceso salud/enfermedad/atención y llevar a un cambio de posición disciplinario. Turner a estas “una(s) experiencia(s)”, como puede ser en algunos casos el paso de médico a antropólogo, de subalterno a hegemónico y viceversa, las caracteriza como “drama social”, procesos personales y sociales de crisis, conflictos, a veces desgarradores, esencialmente transicionales y que alteran, modifican y transforman nuestras formas de existencia conformándola como un proceso constituyente de una nueva forma de representarnos a nosotros mismos (Turner, 1974, 1987). Los dramas sociales tienen una estructura temporal y una narrativa: una fase de ruptura, una de crisis, una de acciones y procedimientos (ajuste desde los mecanismos institucionales y/o reflexividad) y una última de reintegración a partir de los mismos principios o transformados, o bien de otros principios. Si la reflexividad busca significado, la reintegración vendrá cargada del aprendizaje significativo.

La reflexividad se convierte en un elemento clave, como ejercicio intelectual, subjetivo e intersubjetivo, cargada de elementos afectivos, valorativos y volitivos que nos convierte en sujetos activos a partir de nuestro pasado y con propósito de futuro, planteándonos modificaciones de identidades personales y colectivas, las formas de ver determinados fenómenos y reinventando y modificando las tradiciones (Dilthey, 1986: 10) (Bruner, 1986: 6). Por la reflexividad se construye el conocimiento y encuentra sentido y significado a lo que se está conociendo, en un contexto social, cultural e histórico, relacionando la nueva información con los conocimientos y experiencias que ya posee y le llevan a enriquecer, reorganizar, modificarlos. Es un hacer dinámico que resulta de la propia significación de la realidad a través de relaciones consigo mismo (reflexión), con los otros (interrelaciones) y con la realidad circundante (contexto).

Para Salzman (2002: 805-813) la reflexividad está estrechamente ligada a la noción de sujeto ubicado y de ello deriva que los otros son inalcanzables a menos que tengamos sus experiencias, "no podemos entender a la gente hasta que tengamos las experiencias que ellos tienen. No podemos conocer a la gente a menos que seamos como ellos" para posteriormente agregar que "vivir en sociedad, e incluso en nuestras familias, significa que todos nosotros, en algún grado, aprendemos a entender a personas diferentes a nosotros" (Salzman 2002: 808). También para Dilthey (1986: 13), la posibilidad de comprender a los otros surge de la coexistencia en un mundo compartido, pero este mundo experiencial, sustrato intersubjetivo para las formas objetivas del conocimiento, es precisamente lo que es problemático para un antropólogo que ingresa en una cultura extraña. Para superarlo debe establecerse una esfera común, un mundo experiencial compartido en relación con el cual habrán de construirse los "hechos", "textos", "sucesos" y sus interpretaciones.

La integración en un grupo socio-cultural diferente puede dar "la sensación de ser miembros, aunque sea de modo temporal, inseguro e incompleto de una comunidad moral única, puede mantenerse incluso frente a realidades sociales que presionan casi en todo momento para negarla" (Geertz, citado por James Clifford, 1995: 105). Así, Juan de Vos (1997) recoge las diferentes apreciaciones suscitadas en la entrevista de Elisabet Burgos a Rigoberta Menchú y, del que nació: "*Me llamo Rigoberta y así nació mi conciencia*". Mientras Burgos tiene la [sensación] "de haber vivido dentro del universo de la mujer indígena", para Rigoberta: "Necesito mucho tiempo para contar sobre mi pueblo porque no se entiende así. Claro, aquí, en toda mi narración yo creo que doy una imagen de eso. Pero, sin embargo, todavía sigo ocultando mi identidad como indígena, lo que considero que nadie sabe. Ni siquiera un antropólogo, ni un intelectual, por más que tenga muchos libros, no saben distinguir todos nuestros secretos". Juan de Vos acabará considerando que "la tarea del etnógrafo al escribir, no es de arrebatarles su secreto, sino dar vueltas alrededor de él".

Para Rosaldo se requiere de la precaución metodológica para no trasladar temerariamente las experiencias y categorías de uno mismo con los miembros de otra cultura, "es un problema hermenéutico" (Rosaldo, 2006: 179). En un mismo sentido, Geertz (1994: 77) plantea que el problema no es el ser uno de ellos, no es situar la experiencia de los otros en el marco de una

concepción semejante a la del autor, que es lo que usualmente supone la empatía, sino por el rumbo que ha de tomar el análisis antropológico y por la forma de articular los resultados, comprender los conceptos de los sujetos de estudio de un modo lo suficientemente bueno como para colocarlos en conexión significativa con los conceptos del estudioso.

La violencia en el contexto y la experiencia guatemalteca

El contexto en el que se construyen las exclusiones sociales y el proceso s/e/a no es un escenario, sino una experiencia personal y colectiva que marca las vidas, y ayuda a comprender los diferentes conocimientos producidos desde las desiguales posiciones político-económicas, socio-culturales e ideológicas. Y en ese contexto y experiencia, la violencia ha estado siempre presente en la vida e historia de las y los guatemaltecos haciendo de los estigmas culturales y/o bioculturales, la línea divisoria de los auténticos y civilizados guatemaltecos generadores de la ciencia y los otros, indígenas, ciudadanos de segunda y productores de cultura, de cultura subalterna que no de alta cultura.

Las fronteras sociales en base a estigmas van a ser históricamente móviles y su permanencia y cambio "están ligados a significados históricos donde el cambio tiene lugar dentro de un marco limitado y progresivo de sentido" (Wilson, 1999:24-25). Las fuerzas tras las fronteras son estructurales, producto de condiciones históricas particulares, y van a representar y simbolizar las experiencias en un mundo de relaciones asimétricas entre el nosotros-ellos, dando lugar a un "estructuramiento cultural de la desigualdad y del universo social" y "una forma de conciencia, cuyo significado e importancia práctica varían para los grupos sociales, según su posición en el orden social, afectando la experiencia humana y condicionando la acción social" (Comaroff, 1992).

El estigma fue conceptualizado por Goffman (1995: 12-15) como una marca/atributo individual, "un atributo profundamente desacreditador", y ha sido motivo de debate entre quienes enfatizan el atributo y quienes priman "un especial tipo de relacionamiento social" (Ibíd., 12-15). Dentro de ésta última del *etiquetamiento de las relaciones* se encuentran Castro y Farmer (2005: 126) para quienes "Goffman enfatizó analizar el estigma en términos de relaciones y no de atributos" aunque "algunas de las interpretaciones se han centrado en el

nivel individual y se han desligado de las relaciones sociales y particularmente de las relaciones de poder"; "poder que a menudo está en el aparato del Estado, quien puede estigmatizar grupos enteros" (Das, Kleinman, Lock, Mamphela y Reynolds, 2001), desde donde "ligan lo social, político y económico con consecuencias discriminatorias" (Link y Phelan: 2001: 363-385). "El atributo o rasgo devaluatorio se da dentro de un contexto social" (Crocker, Major, Steele, 1998),

Dos perspectivas teóricas, no antagónicas, ayudan a explicar la construcción y reproducción de las diferencias desiguales en base a estigmas de base étnico-cultural o bioculturales en la historia de Guatemala. La primera es la *etnicidad*, que hace referencia a la situación de interacción asimétrica entre dos o más grupos sociales y que remite simultáneamente a diferencias de orden cultural, socioeconómico y de poder en una sola economía política (en general los Estados-nación), donde "la cultura" es el lenguaje mediante el cual se codifican, justifican, simbolizan esas diferencias (Camus, 2002: 9, 23), (Comaroff, 1992). El Estado-nación se comporta como la unidad que no sólo nos contiene sino que también nos construye, desarrollando formas particulares de seres sociales, comportándose los Estados como *aparatos políticos cerrados*, orientados hacia el cumplimiento de fines propios, los que por lo general no incluyen a los sectores culturalmente diferentes, cuya alteridad es vivida como un agravio (Bartolomé, 1997: 190-191). En Guatemala, el rígido sistema de estratificación social de indios y ladinos heredado de la Colonia, se ha superpuesto con una estratificación de clases (etnicidad subsumida en la clase social) que Camus (2000: 21) encuentra en Stavengahen (1968) y González Casanova (1980) sus mejores exponentes.

La otra perspectiva teórica es la del *racismo* y aunque literal e históricamente remeda al término raza, un fenotipo "por medio del cual un grupo de individuos puede reconocerse como *biológicamente* distinto a los demás" (Cavalli-Sforza, 1997:34), o a la "limpieza de sangre" (Williams, 1989) (González Ponciano, 1999), actualmente prevalece el criterio de que "todo racismo es socio-cultural, más allá de que se exprese a través de criterios religiosos, étnicos o biológicos" (Menéndez, 2001:5). Aunque la acción política contra el racismo se ha universalizado, no quita que sea fácilmente perceptible en las relaciones sociales, como "en el etnocentrismo en donde se elevan a categoría universal, los valores de la sociedad a la que se

pertenece, y donde la imbricación de rasgos biológicos (fenotipo) y culturales, se subsumen en la categoría de las relaciones interétnicas" (Todorov, 1991: 21).

Desde la etnicidad, en la construcción de las fronteras étnicas "se invoca al hecho original de la diferenciación cultural, las tradiciones, al supuesto origen común como argumento *primordial*, pero es el etiquetamiento de las relaciones, como contrarias entre sí, lo que resulta *primordial*, y no la sustancia de las identidades" (Comaroff, 1992). El concepto de identidad no alude a una sustancia inmutable, sino a la expresión contextual de las construcciones ideológicas del grupo, pueblo o etnia donde las formas culturales como las ideaciones que las reflejan se transforman con el tiempo; lo que permanece son los campos sociales alternos que construyen. El proceso de configuración de la diversidad no nos remite entonces a entidades esenciales que deban ser preservadas sino a la vigencia de espacios sociales diferenciados cuyos límites tienden a mantenerse (Bartolomé, 1997: 195).

Los grupos dominantes guatemaltecos van a caracterizar negativamente al otro(s), *indio, natural, indígena*, en base a estigmas que los deshumanizan y justifican su discriminación, explotación y exclusión. En este contexto social, las personas y grupos estigmatizados, van a generar autoidentificaciones cargadas de significados negativos, y positivos de pertenencias, emociones, reciprocidades y solidaridades. Las identidades étnicas asumen regularmente, para aquellos que las comparten, una funcionalidad omnipresente en la vida cotidiana política, económica y social, generando una afiliación tras la cual hay una sutil relación entre la experiencia social y las exigencias de la práctica colectiva e individual. El peso de esta identidad étnica, a diferencia de las profesionales y otras que son acumulables y descartables, tiene un carácter "terminal", en el sentido de que abraza e integra toda una serie de estatus, roles e identidades menores de la que no puede desprenderse (Epstein, 1978).

Esta identidad terminal va a "marcar la vida diaria de las personas y sus relaciones personales" (Green, 2004: 319-320), de "experiencias compartidas" (Barth, 1969) desde una "identidad social devaluada" (Crocker, Mayor y Steele, 1998), lo que supone una "experiencia moral" (Kleinman, 2006), que abarca la cultura, las reacciones emocionales, aspectos cognitivos, etiquetas, roles, estereotipos y la vida moral de los estigmatizados (Yang et al. 2007: 1527-1528) (Link et al, 2004).

La producción y reproducción de las desigualdades estructurales en base los etiquetamientos relacionales estigmatizadores se ha realizado históricamente en Guatemala desde la violencia, del predomino de la coerción sobre el consenso, de la dominación sobre la hegemonía. Hegemonía como ese "conjunto de creencias, valores, ideologías, gustos, preferencias, costumbres, normas, principios y valores que van permeando la sociedad civil hasta instalarse en las clases subalternas como `sentido común´" (Martínez Hernáez, 2008: 164). La violencia ha tenido diferentes expresiones, siendo las más reconocidas por el mayor peso de la coerción, la violencia directa y la indirecta, militar y estructural respectivamente, frente a la violencia simbólica (Galtung, 1975) en la que en el campo actual de la salud, hay menor conciencia como parte de la hegemonía de la ciencia.

La violencia directa en Guatemala ha sido y es un continuum de represión selectiva alternada con periodos álgidos que han adquirido carácter de genocidio, como en la resistencia a la conquista española en el siglo XVI y la "tierra arrasada" que el ejército y oligarquía aplicaron en la década de los 80 del pasado siglo XX ante la integración masiva de la población indígena en el movimiento guerrillero. La violencia indirecta o estructural se refiere a la "opresión político-económica y desigualdad social enraizadas históricamente", que está "incrustada en las órdenes sociales represivos, que crea grandes diferencias entre la auto-realización humana real y la potencial" no pudiendo a veces ser atribuida a ninguna institución en particular (violencia institucional) pero siempre teniendo detrás sobre todo la desigualdad del poder (Galtung, 1975: 173, 175). La violencia estructural es también un continuum en la historia guatemalteca y generadora de resistencias como han sido los motines de la época colonial, la formación de los pajuides[7], la resistencia activa y pasiva al trabajo forzado, los movimientos sociales y un largo etcétera de fenómenos sociales más a las que el Estado aplicó la violencia directa. La violencia simbólica ha sido conceptualizada como la correspondiente a la realizada "sin coacción física", "a través de la acción de la cognición y el desconocimiento, del saber y el sentimiento, con el consentimiento inconsciente de los dominados" (Wacquant y Bourdieu, 1992: 162-173, 200-205), campo donde se expresan las relaciones de hegemonía/

[7] Los pajuides o pajuiles fueron los asentamientos de indios huidos de las encomiendas coloniales para evitar su dominación, asentándose en lugares de difícil acceso para evitar ser capturados. Fueron un antecedente americano a los palenques de esclavos africanos que huyeron de las haciendas azucareras y de las más recientes Comunidades de Población en Resistencia (1983-1996) en Guatemala.

subalternidad y transacciones de la ciencia y el saber biomédicos con otros saberes. Y en esta violencia florida se inserta el proceso s/e/a, donde voy a priorizar por los objetivos del estudio, la violencia institucional y simbólica que se expresan a través del Modelo Médico Hegemónico, dejando a un lado que no olvidando las consecuencias nunca suficientemente reconocidas que sobre la salud de miles de personas ha tenido en Guatemala la violencia directa con la represión y las masacres.

El proceso salud/enfermedad/atención es "decisivo para la producción y reproducción social, cultural y biológica de los grupos", y siendo un proceso estructural, toda sociedad en su hegemonía a través de la medicina, no sólo la biomédica, se asegura la adhesión a las normas sociales y usar la medicina para minimizar, eliminar o normalizar desviaciones de la conducta social. Este control es evidente en los servicios de salud, en la relación médico-paciente, en los procesos de socialización médicos, la cultura organizacional sanitaria, en las perspectivas de los pacientes y de los médicos, que no pueden ser aislados del marco más global de las relaciones sociales fuera del ámbito sanitario, y donde se reconoce la relación con los valores y las estructuras sociales (Singer et al, 1995) (Press, 1990). En las últimas décadas, el proceso de control médico social se ha ampliado a través de la medicalización, al asociar y conceptualizar cada vez más las desviaciones sociales en términos médicos (Singer et al, 1995).

En la sociedad hegemónica, y en la guatemalteca, la hegemonía en la medicina está en el Modelo[8] Médico Hegemónico (MMH), entendido como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Medicina que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Y de cuyo análisis, no deberá hacerse en sí mismo, sino en un nivel de autonomía y referido a las condiciones históricas en las cuales opera (Menéndez, 1988: 451-464).

Entre las características estructurales del MMH destacan el biologismo/biologicismo, pragmatismo del modelo, su a-socialidad, su concepción evolucionista-positivista, el

[8] La noción de modelo es un instrumento teórico-conceptual aproximativo a una realidad que es mucho más rica y compleja que lo que intenta representar (Menéndez, 1988: 451-464).

individualismo, la universalidad, a-historicidad y reduccionismo, la falta estructural de la prevención, la mercantilización, la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica entre médico y paciente (Menéndez, 1978: 11-53, 1981, 1983, 1990). Estos caracteres “no van a ser fijos, sino que son dinámicos, y dicha dinámica va responder a los cambios generados tanto en lo económico-político como en los niveles relativamente autónomos de la práctica médica” (Menéndez, 1978: 17).

De entre ellos, el biologismo es uno de los principales factores de exclusión de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad (Menéndez, 2005a: 25). La biología será el nivel de análisis y determinante autónomo de la enfermedad, y en sus funciones “curativas” dominantes encontrará la práctica médica la fuerza ideológica y la potencialidad normatizadora de las conductas frente a la salud y la enfermedad, de lo biológico a lo conductual (Menéndez, 1984: 80-82). La enfermedad será apropiada aisladamente por el modelo y tratada eficazmente a través de determinados indicadores biológicos o biologizantes que servirán como demostración objetiva de la eficacia (Martínez, 2007: 2) y aunque se reconoce la existencia de factores sociales van a considerarse como no decisivos (Menéndez, 2001: 7).

La práctica médica es sólo una parte del conjunto de las prácticas sociales que necesariamente refieren a los procesos estructurales, y en ella a través del modelo médico instituido se escinde lo político, social e ideológico de la problemática salud/enfermedad. El modelo asigna y escinde de una manera “no consciente” de la práctica y teoría médica, una función pasiva a la población y enfermos, a la vez que enfermo y la enfermedad son separados de sus relaciones sociales y abordados como abstractos (Menéndez, 1978). La hegemonía de la medicina no se basa sólo en la ciencia sino también en la articulación con las prácticas políticas e ideología dominante, que se constituye en función de los objetivos curadores, reparadores, preventivos, tanto desde la perspectiva del curador como de los pacientes (Menéndez, 1984: 89).

El Modelo Médico exige en su práctica actual la adecuación de los pacientes a sus servicios, centrada en el personal médico más que en los pacientes, y la violencia estructural a través del racismo, sexismo (Morales, 2005), las desigualdades económicas, políticas, sociales, las relaciones de beneficencia más allá del discurso del derecho van a generar limitaciones

sociales en el acceso a los servicios de salud, acceso que está ligada al conocimiento social y al poder, a la capacidad o no de utilizar esos recursos, un menor acceso al tratamiento eficaz a la vez que estructuralmente a una mayor vulnerabilidad de las personas estigmatizadas a la morbi-mortalidad (Farmer y Castro: 2005: 132-133).

El MMH se ha impuesto en los últimos siglos, y en Guatemala la legislación es clara, en alianza médico corporativa con los intereses político-económico-ideológicos del Estado, prohibiendo y persiguiendo a los médicos de otros modelos de salud, prohibiendo hasta fechas recientes la actuación de ajq´ijab y demás terapeutas tradicionales. Violencia institucional que está más allá de la violencia simbólica, más allá de las desigualdades jerárquicas entre saberes, y que es parte de la desigualdad social, del ocultamiento, "consciente o inconsciente" de las causas estructurales que están detrás de la enfermedad, del control social, de la reificación/cosificación de las personas y personificación de la enfermedad y tecnología, de la exclusión del ser social de su mirada.

La violencia simbólica se va expresar en las relaciones desiguales, jerárquicas a partir de saberes diferentes, unos definidos como científicos y académicos y los otros como populares, unos modernos y los otros tradicionales, términos que ya nos hablan de jerarquías en los valores de la sociedad hegemónica (Menéndez, 1985: 18-20). La exclusión de saberes y factores que supuestamente inciden negativamente en la búsqueda de un diagnóstico objetivo, del mundo natural (biologia), lleva a que el curador excluya frecuentemente los saberes y sentimientos del paciente, expresando desinterés cuando no la negación de la palabra del paciente, y que su prioridad sea el interrogatorio en una especie de *entrevista incruenta*. La atención centrada en la enfermedad lleva a olvidar la mirada sobre el enfermo, a la exclusión del sentido y significado de la enfermedad, a reconocer la cultura como la antítesis de la ciencia y a una visión negativa de la medicina popular y tradicional, desconociendo que en su función cultural está "el sentido y significado de la enfermedad y la atención, más allá de su eficacia específica" (Menéndez, 2005a: 30) y que debe llevar a que "la enfermedad tradicional, sea considerada `no en sí´, sino en función de la cotidianidad de los que se enferman y de la sociedad en la cual se enferman" (Menéndez, 1981: 440).

Para Bartoli (2005: 89-90- 91) la *difusividad* hace impracticable el contraponer y yuxtaponer

la medicina popular y la biomedicina. La medicina popular se configura como un saber difundido y como un conjunto de comportamientos socialmente compartidos, que se insertan sin solución de continuidad en la concepción del mundo de las clases subalternas, de su complejo patrimonio de conocimientos empíricos y "mágico-religiosos", y que toman sentido con relación a sus condiciones materiales de existencia. Tiende a considerar el cuerpo como un conjunto psicofísico inseparable y a establecer una relación muy estrecha entre la esfera psíquica, somática, comportamental y relacional; cada una de las cuales constituye un potencial ámbito de intervención, donde la unidad de la experiencia psico-físico-relacional, que la biomedicina tiende a separar y descomponer en ámbitos separados de intervención, fundamenta la racionalidad y quizás la eficacia de la medicina popular.

El saber popular es en términos comparativos y desde una perspectiva técnico-científica de menor complejidad, corrección y elaboración que el conocimiento médico (Menéndez, 1988) pero ha permitido a la humanidad sobrevivir durante siglos y milenios, y "vendrá a ser marginado, menospreciado y jerárquicamente relegado por la específica modernidad capitalista" (Aguirre Rojas, 2003). Si algo caracteriza a los saberes populares es su dinamismo ante la necesidad de producir estrategias de sobrevivencia, y todo ese conjunto de saberes populares campesinos, obreros, artesanos, y otros, transmitido de generación en generación, por la vía de la tradición oral y conectada con las múltiples formas de la actividad práctica, ha ido cargándose de significados y articulando diferentes formas de atención, condicionadas a "aspectos religiosos, étnico-culturales, económico-políticos, técnicos y científicos" (Menéndez: 2005b: 38), lo que ayuda a entender el pluralismo médico, "como la posibilidad de utilizar diferentes formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud" (Ibíd., 35).

En la atención médica, a través de la palabra, el enfermo va expresar modos de conocimiento del cuerpo, de cómo sentimos y experimentamos los estados corporales y como son percibidos por los otros, conformando "una experiencia social" (Kleinman, 1988). A través de la narración del padecer, además de su rol terapéutico, formula "redes de significado asociativo que asocian la enfermedad a valores culturales fundamentales, redes longevas y resistentes, y que nuevas enfermedades o categorías médicas adquieren significado en relación con las redes semánticas existentes" (Good, 2003: 79-125) y nos ayudan a reconocer que la enfermedad no

es percibida como una realidad puramente biológica, sino también como un producto cultural de un mundo local de significados (Martínez, 2008: 43). Generalmente, el paciente lleva a la consulta un padecer que el curador incluye sólo técnicamente, desconociendo que a través del mismo no sólo se expresa la subjetividad del paciente y los significados culturales de su contexto de pertenencia del paciente sino la posibilidad de incluirlos en la atención (Menéndez, 2000: 314-315).

Tanto para Good como Kleinman el sistema médico es "un sistema cultural", y la enfermedad "una construcción cultural" que contrasta con el enfoque de la antropología médica crítica, que plantea "las cuestiones de salud a la luz de las fuerzas políticas y económicas más amplias, que modelan las relaciones interpersonales, forman el comportamiento social, generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva" (Singer, 1990: 181). Young plantea la importancia de investigar la dimensión social "donde las narrativas de aflicción, las concepciones sobre la enfermedad o los problemas de comunicación clínica con sus significaciones cobran realidad" y agrega la importancia de incluir "las condiciones sociales de producción del conocimiento" (Martínez, 2007: 112-113).

Las transacciones en las relaciones entre las personas y sus diferentes saberes médicos siempre nos refieren a situaciones en las cuales ya está dado un juego de relaciones sociales, económicas e ideológicas y en las cuales podemos reconocer las estructuras de hegemonía/ subalternidad. Las transacciones podrán darse en el nivel consciente, pero también en el no consciente e inconsciente, constituyendo en nuestra situación guatemalteca expresión de que los problemas deben resolverse dentro del marco establecido por las clases dominantes (Menéndez, 1981: 376-380). Pero el proceso de producción de saberes populares y subalternos es dialéctico, no es una copia defectuosa del conocimiento científico, respuestas pasivas a la hegemonía, o por el contrario, lugares puros de resistencia o fuentes últimas de verdad, sino una rica y matizada visión gramsciana de la hegemonía y de la resistencia (Briggs, 2005, 114-118) que variará de los contextos y experiencias colectivas.

Al abordar la experiencia histórica como una continuidad, tendemos a no reconocer que la interpretación y reinterpretación forman parte de la experiencia cotidiana y que cuando hacemos algo que parece tradicional, lo hacemos en condiciones nuevas y recreamos la

tradición en vez de reproducirla (Carrithers, 1995: 23-24) (Menéndez, 1981, 363-369). En esta tendencia a no reconocer los cambios, buena parte de las miradas a la medicina tradicional, lleva a considerarla estática y sin transacciones, y al igual desde la biomedicina, pensar que los pacientes cuando acuden a consulta o se hacen con un medicamento, lo hacen desde la misma mirada que el médico. Cada generación tiende a ser flexible con los conocimientos adquiridos de la generación anterior, para aplicarlo en las nuevas circunstancias, y el sentido que dan a las cosas, a los acontecimientos, reflejará su propia situación. Un signo de una verdadera comprensión es ser capaces de hacer algo nuevo con lo que se ha aprendido, sin limitarse a repetir lo recibido, lo que viene a representar que los actores interpretan los cambios externos e internos, de acuerdo a sus formas de dar significado e intervendrán en ellos para darles una dirección determinada y diferente a la que podrían haber tomado otros pueblos (Carrithers, 1995: 25).

El reto para una atención en salud incluyente pasa en el cómo abordar el proceso s/e en sus múltiples dimensiones. Cómo profundizar en la comprensión de la experiencia vivida, dar sentido a las afirmaciones de la biología sin dejar de hablar de los procesos sociales e históricos, que reconozca la validez del conocimiento local en cuestiones de enfermedad y sufrimiento (Good, 2003: 125-126). Todo ello sin perder la perspectiva de que la salud es en sí misma una realidad profundamente política (Singer 1995, citado por Martínez, 2008: 155).

Las experiencias compartidas son un elemento central en la reflexión incluyente, y núcleo sustancial para interrelacionar teoría y práctica (Ferrari, 2000), siendo la familia y sus procesos de socialización donde se da una primera articulación de saberes procedentes de diversas formas de atención, en las actividades de autoatención (Menéndez: 2005b: 42), articulación que adquiere forma de integración y pluralismo médico. La articulación de saberes populares y académicos, la vamos a observar en todos los sectores sociales, en transacciones de hegemonía/subalternidad que nos acercan a una realidad no polar sino relacional (Menéndez, 1994b: 76) (Menéndez, 1981: 322).

Los principales problemas de articulación se van a dar sobre todo en el nivel de curadores y del sector salud, no sólo en términos culturales, económico-políticos sino también técnico-profesionales (Menéndez, 1994a: 21). El profesional con su saber teórico opera para

diferenciar-controlar la representación-práctica de los conjuntos sociales respecto del proceso s/e/a y por supuesto a partir de su intervención técnica (Menéndez, 1996: 54-58), en donde el proceso de profesionalización conduce a reducir a técnicas, a generar un saber burocratizado que favorece la reproducción de las instituciones, pero reduce la posibilidad de construir saberes estratégicos y disruptivos (Menéndez, 2002: 289).

La biomedicina como la familia, la escuela, los medios de comunicación, la iglesia y otras instituciones, tiene un rol importante en reproducir las relaciones sociales hegemónicas (Waitzkin, 1986), pero la biomedicina no es una institución maquiavélica y atentatoria de la cultura médica local, de los conocimientos locales (Redfield, 1941), más como sugiere Singer (et al, 1988) el reemplazo de las prácticas médicas indígenas o locales por las biomédicas, es el reflejo de la hegemonía de ésta y de las limitadas posibilidades locales para tomar decisiones sobre la salud.

La noción de patología de nuestro tiempo parece alejarse progresivamente de su significado etimológico de *pathos o sufrimiento*, para recortar de forma cada vez más atomizada, las unidades que componen el cuerpo biológico. Más que de un *pathos*, como afirma acertadamente Hahn, la biomedicina trata de un órgano o una estructura biológica (Martínez Hernáez, 2007: 11-43) y olvida a la persona.

Los trabajadores locales de salud y sus conocimientos situados

Las y los trabajadores *locales* de salud van a compartir con las personas con las que trabajan diversas identidades, que en nuestro caso son indígenas trabajando con indígenas, una posición que en una sociedad racista como la guatemalteca les proporciona conocimientos situados socialmente a partir de la experiencia de estigmatización. A ella se suma e integran, los conocimientos compartidos sobre la salud, la enfermedad y atención debido a su procedencia mayoritaria de familias, comunidades y aldeas campesinas, de igual clase y estatus social, con procesos de socialización familiar y comunitaria similares. A su vez, el paso de campesinos, promotores de salud, comadronas, líderes comunitarios a la de trabajadores de salud de una institución sanitaria que desarrolla un Programa de salud, los lleva a otro posicionamiento social, cultural y político con otros conocimientos en el campo de la salud y un cambio de

relaciones con la población a la que prestan un servicio y nuevas relaciones del nivel institucional.

Las experiencias sociales en los ambientes inter-étnicos de los actuales trabajadores de salud indígenas, los sitúan en experiencias compartidas con sus pares étnicos, por las posiciones estigmatizadas en la sociedad dominante. Este conocimiento situado lleva a la población indígena que acude a los servicios públicos de salud, a esperar una relación diferente, de comprensión y apoyo de los trabajadores de salud indígenas, a los que identifica como sus pares y que Goffman (1995: 32-35) define como "personas benévolas". Ante los "no pares étnicos", la relación genera inseguridad, pues caben una gran variedad de interacciones sociales y hasta que el contacto no se ha realizado, "no puede estar seguro en qué categoría será ubicado, sabiendo en su fuero interno, que los demás pueden definirlo en función de su estigma" (Goffman: 25). En esta incertidumbre y en la más que probable identificación por su estigma, "la conciencia del yo y la conciencia del otro, convergen en una interacción patológica" (Ibíd. 30), y paradójica con el objetivo saludable que proclaman los servicios de salud. El estigmatizado también advierte que entre los "no estigmatizados", existe gente sensible que no forma parte del "nosotros", pero con una relación especial que les lleva a estar cercanos e informados de sus vidas, y con cierto grado de aceptación y pertenencia al grupo estigmatizado, los "sabios" (Ibíd., 41).

A su vez, el trabajador local de salud e indígena siendo ASC, auxiliar de enfermería comunitaria, ocupa la base de la pirámide institucional, pirámide en la que el escalafón, el prestigio y las responsabilidades van en el plano de la atención de la mano de los saberes biomédicos. Las características estructurales del actual Modelo Médico Hegemónico (MMH), con su paradigma biomédico y de exclusión hacia las experiencias y saberes populares, aunado a la subalternidad del auxiliar de enfermería en la escala profesional, lleva a que no sean reconocidas las experiencias y saberes de los propios trabajadores. Los pocos indígenas que han accedido a ser profesionales médicos, aun cuando muestren el conocimiento del idioma, son poco abiertos a valorar las "creencias" de sus pares étnicos, teniendo "dificultades en establecer teóricamente puentes entre un modelo biomédico excluyente con sus otros saberes" y hace que "su identidad profesional entre en contradicción con su identidad cultural" (Michaux, 2004: 115-116).

Incluso en los programas interculturales abiertos a los saberes populares y de sus trabajadores locales, la integración "no es un proceso espontáneo, requiere un aprendizaje y el error institucional es pensar que los auxiliares [locales] van a realizar una suerte de síntesis espontánea entre el paradigma biológico y el paradigma local [andino]" (Michaux, 2004: 115-116). La hegemonía del saber biomédico a nivel institucional y en importantes sectores de la población, incluida la población indígena, no propicia la incorporación de otros saberes y en caso de darse, se hace complementando subalternamente al modelo biomédico, en su racionalidad y fines, priorizando los aspectos curativos y en función de eficientar ese modelo.

En el caso de los Agentes de Salud Comunitaria del Programa ¿cómo realizan la interacción entre el conocimiento previo aprendido de manera significativa a nivel familiar y comunitario, conocimiento que incluye transacciones plurales con el conocimiento biomédico entrando ahora en el Programa de salud de hegemonía biomédica con complementariedad de algunos saberes populares y tradicionales? En el caso de las instituciones oficiales, facultades y escuelas de medicina y enfermería, el modelo hegemónico se muestra excluyente con los saberes populares, salvo en los recursos que superen los criterios bioquímicos, y en el caso de las ONG sanitarias, y a través de *las personas sabias*, esos saberes tienen mayor presencia como complementarios. Este será el caso del Programa de salud del actual estudio.

Se reconoce desde la pedagogía que los conocimientos aprendidos de manera significativa, los significados que subyacen en las concepciones primeras aprehendidos en los procesos de socialización familiares y comunitarios, son resistentes al cambio, *aunque estén en contra de la ciencia*, porque son continuamente reforzados por el lenguaje y los contextos cotidianos (Solomón, 1984: 277) (Moreira y Greca, 2003: 301-315). Suponer que los cambios conceptuales son racionales, y se van aceptar los conocimientos biomédicos sin obstáculos, es no reconocer la interacción entre aspectos emocionales, sociales, personales e institucionales.

Los nuevos aprendizajes no pueden entenderse sin referencia al contexto social, histórico y cultural, pues la adquisición de significados y la interacción social son inseparables (Vygotsky, 1995). Este nuevo contexto para los Agentes de Salud Comunitaria es la institución laboral a través de la cual interactúan con sus pares étnicos, en el espacio laboral, pero también fuera

del mismo. Es una interacción donde muestran la coexistencia de varios dominios de conocimiento (Carey, 1985, 1991) (Solomón, 1984: 277) (Moreira 2003) correspondientes a diversos modelos de salud, y en el que el conocimiento-en-acción, les lleva a la comparación de resultados entre unos saberes y otros, a la búsqueda de coherencia, al rechazo de algunos de ellos, a la jerarquización (Moreira y Greca, 2002), a la coexistencia de varios dominios de conocimiento en el que diferenciarán, a cual corresponde cada conocimiento.

¿Hay un reemplazo conceptual? En el caso de los estudiantes de medicina, en el "aprender a ser médico", Good (2003: 129-168) describe cómo el ingresar en la Escuela de Medicina no consiste, simplemente, en la adquisición de nuevos conocimientos. Es como si de verdad se accediese a la experiencia de otro mundo. No se trata sólo del lenguaje médico, un rico lenguaje cultural, sino construir un mundo completamente nuevo. A través de ella, los síntomas de los pacientes son codificados como parte de su lenguaje cultural, y la misión del clínico va a ser descodificar esas expresiones en términos de sus referentes somáticos subyacentes. La cultura médica y su lenguaje son otra forma de analizar y actuar en la realidad, son un cambio conceptual.

A diferencia de los estudiantes de medicina, en Guatemala, a nivel de la población y promotores de salud hay mayoritariamente una coexistencia de varios dominios de conocimiento, donde se mantienen elementos de la concepción previa e incorporan elementos de la nueva (Carey, 1991: 258) (Solomón, 1984: 277) (Moreira y Greca, 2003: 301-315), pero sin precisar jerarquía entre ellos y quien sirve de matriz ideacional y de significados al otro (Albizu et al., 2005). En la integración, también cabe un aprendizaje significativo, reflexivo, no mecánico, donde la nueva información se relaciona de manera relevante (no arbitraria) y sustantiva (no literal) con otra ya existente y que se construya un nuevo conocimiento que no sólo recree el anterior, sino que lo modifique por la adquisición de nuevos significados (Ausubel 1976, 2002) (Moreira, 1997) (Reyzabal, 1992). El conocimiento previo sirve de matriz ideacional y organizativa para la incorporación, comprensión y fijación de nuevos conocimientos generándose una interacción entre el conocimiento existente y el nuevo, modificándose ambos y condicionando los nuevos aprendizajes.

Aprender significativamente implica atribuir significados, y éstos siempre tienen componentes personales e idiosincráticos ligados al contexto, pues no somos hojas en blanco ni pizarras en blanco. El aprendizaje sin atribución de significados, sin relación con el conocimiento preexistente es mecánico, no significativo. Entre aprendizaje significativo y el aprendizaje mecánico, la diferencia está en la capacidad de relación con la estructura cognitiva, pero no se trata de una dicotomía sino de un continuo en el cual éstas ocupan los extremos. Una cosa es aprender qué concepto está representado en una palabra dada y otra aprender el significado del concepto.

Para Vygtosky (1995), en el aprendizaje significativo participan pensamiento, sentimiento y acción, donde la adquisición de significados y la interacción social son inseparables. La atribución de significados a las nuevas informaciones, por interacción con significados ya existentes en la estructura cognitiva, no se produce de inmediato, son procesos de transacciones que requieren una *negociación*, y a través de la interacción social se asegura que los significados captados son los socialmente compartidos en el contexto social, histórico, cultural en el que ocurre.

En el proceso educativo cabe una estrategia institucional inductiva que busca el cambio conceptual o una forma incluyente. En la primera, el cambio conceptual se daría cuando el conflicto cognitivo es lo suficientemente grande, pero no tanto como para abandonar la tarea y se desarrollaría una acomodación cognitiva (modelo de Piaget) o cuando la insatisfacción con la concepción previa, se encuentra una nueva científicamente aceptada que es inteligible y le parece plausible y fructífera (modelo de Posner et al) (Moreira y Greca, 2003). Este es el proceso educativo más generalizado, en el que el docente actúa de manera intencional para cambiar significados de la experiencia del estudiante. El objetivo es aportar nueva información y los significados de la comunidad científica.

En una estrategia educativa incluyente, el objetivo sería enriquecer la comprensión conceptual y significativa de los ASC, considerando las situaciones holísticamente y poniendo en juego los múltiples conceptos, terminologías y significados relacionados, así como los modos de razonamiento involucrados propios y de los diferentes grupos poblacionales, acompañado de las diferenciaciones (Schuster, 1993). Ello comprende un aprendizaje significativo, al agregar

significados a las concepciones ya existentes, sin borrar o reemplazar los significados que ya tenían, y que les enriquecen sin perder identidad. Los conceptos previos del estudiante, en este caso el agente de salud comunitaria (ASC), son muy válidos en un proceso hacia la inclusión, y eficaces en los contextos laborales y extralaborales, donde lo importante es que llegue a establecer los usos diferenciales para la aplicación en las diferentes situaciones. Esta estrategia de inclusión desde el enriquecimiento conceptual es posiblemente ideal y se convierte en referencial pero desde las relaciones desiguales resulta de difícil aplicación y tal va ser el caso del Programa Hacia la Salud Incluyente.

La predisposición de aprender y la experiencia emocional en el proceso de aprendizaje son importantes. Ausubel (1976, 2002) es de los primeros en reconocer el valor de la predisposición por parte del estudiante en el proceso de aprender y en la construcción de significados, pero es Novak (1988, 1998) (Moreira, 2000: 39-40), quien va a destacar el papel de la experiencia emocional en el proceso de aprendizaje, donde "cualquier evento educativo es una acción para intercambiar significados (pensar) y sentimientos entre el estudiante y el profesor". Un evento educativo es también una experiencia afectiva y abre la porosidad del estudiante, sea promotor de salud o ASC, a los nuevos conocimientos cuando éstos se facilitan en un espacio fraterno como lo muestra la práctica.

Los trabajadores locales de salud desde el compartimento socio-cultural y la interacción diaria con la población están bien situados para reconocer y profundizar el significado de los síntomas, padecimientos y tratamientos. La interacción de los ASC con la población incluye el cómo nos hemos relacionado en el pasado y un potencial mutuo entendimiento de la situación actual, donde el lenguaje de los padecimientos se fusiona con el código de la interacción, repercutiendo en la dinámica identitaria de ambos y en la comprensión del padecimiento (Kleinman, 1989). La hegemonía biológista del Modelo Médico irá disipando ese potencial de compartimento de significados y vivencias del padecimiento por parte del ASC y en esa reproducción del MMH se van perdiendo sus aportes potenciales hacia una salud incluyente.

Los ASC como trabajadores de salud, locales o de la misma comunidad étnica, y en interacción diaria con la población son potencial fuente de conocimientos junto a ésta, para multidimensionar el proceso s/e/a y profundizar desde las experiencias y saberes de la

población con la que se trabaja. Las relaciones desiguales atraviesan todos los niveles de análisis, del macro al meso y micro y los ASC van a situarse en una posición dual entre los mandatos del nivel meso institucional y las demandas del micro comunitario, posición compleja y contradictoria en ese “todo sirve” inicialmente compartido entre los ASC y la población, pero que por la hegemonía del modelo médico institucional particular en el que participan acabará convirtiéndose en un “no todo sirve” pues los saberes populares deberán pasar el filtro biomédico para ser usados en la complementariedad subalterna. Esto les irá llevando a los ASC a una posición en la que reconozcan ciertas cosas y no otras, posición cada vez más hegemonizada por el modelo biomédico y perdiendo en buena medida su potencialidad hacia el Programa como fuente de experiencias y saberes compartidos con la población.

La perspectiva analítica del estudio se hace desde las relaciones desiguales, relaciones de hegemonía, subalternidad, resistencias y transacciones desde las que mejor se comprende la historia de Guatemala y su expresión en el proceso salud/enfermedad/atención al ser éste un proceso estructural de toda sociedad. Las desigualdades sociales se expresan en la forma que adquieren las relaciones entre los grupos, grupos que a veces hacen de las diferencias, atributos, la justificación de las desigualdades. Y esto sucede en el campo social y en su extensión sanitaria, desigualdades sociales que van a llevar las desigualdades al proceso s/e/a a través de las políticas públicas de salud, las inequidades/sufrimiento/muerte evitables y el Modelo Médico Hegemónico. Modelo Médico que va excluir buena parte de las experiencias y saberes sociales y médicos de sus trabajadores para hacer de la biología la fuente principal de la atención, con fuerte tendencia a cosificar a las personas y personalizar los instrumentos y las metas. Desde esta perspectiva de desigualdades se estudia la experiencia histórica de Guatemala y la comunitaria, así como la vida en la institución médica y en sus relaciones entre los propios trabajadores de salud y con la población de un Programa que quiere avanzar Hacia la Salud Incluyente pero se encuentra con las paradojas de la eficacia curativa junto a las exclusiones de las experiencias y saberes locales desde el MMH y las limitaciones estructurales del Ministerio de salud de una Guatemala excluyente.

Capítulo 2. La exclusión sanitaria como espía del sistema social y los límites de la inclusión

La experiencia histórica guatemalteca

De la multi a la bipolaridad étnica

La nación imperfecta: una ciudadanía de segunda para los indígenas

La violencia como continuum: De la Gran Enfermedad al Gran Susto

De la caridad cristiana a la beneficencia pública

A la beneficencia neo-liberal versus el derecho a la salud

Una ciudadanía formal que niega el derecho a la salud y la vida

Experiencias de violencia médica o la violencia por tu propio bien

La violencia del racismo

Esos hijos tan queridos

Tan cerca geográficamente, y tan lejos estructuralmente.

La violencia simbólica

La violencia al interior del estamento médico

La brigada médica cubana y el regreso de los médicos guatemaltecos becados en Cuba

Violencia médica directa

El Tratado de Libre Comercio y la muerte anunciada

Los límites de la interculturalidad y de los trabajadores de salud

La Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud y los promotores de salud

De la medicina intercultural a la interculturalidad en salud y salud intercultural

Atención Primaria de Salud y los auxiliares de enfermería locales

La interculturalidad en los Hospitales: Oficinas Interculturales y Hospitales amigos.

Formación de los trabajadores de salud, licenciaturas y postgrados

Del dicho al hecho en las políticas de salud ministeriales

Competencias Culturales

¿Nuevos o viejos paradigmas?

La experiencia histórica guatemalteca o la reformulación permanente de fronteras

La lluvia de padecimientos *desordenados* que relataban algunos enfermos y enfermas
a los que *les daba tiempo* para expresar su motivo de consulta, me desconcertó por años.
La explicación que daban los colegas médicos era de ser un problema de comunicación,
un asunto lingüístico entre un paciente indígena campesino –en una palabra, ignorante- y un médico.
Tras muchas vueltas "me cayó el veinte", el ignorante era yo.

La consulta era un juego de la oca, un juego de saltos entre pasado, presente y futuro
en mi tiempo médico lineal de antecedentes/ motivo de consulta/ diagnóstico/ tratamiento/ pronóstico.
Me encontraba con *relatos en presente* que debía ordenar, más en las personas mayores,
donde tan pronto estaban con el sarampión que no era de ayer sino de la infancia,
la caída de un árbol y su correspondiente fractura, que luego entendía había sucedido hacía 20 años,
la tristeza por la muerte de un familiar, un absceso en la nalga, una tos,
una calentura segmentaria de cabeza caliente y pies fríos,
el dolor de cintura y del brazo por tanta ropa lavada, tanto maíz molido, tanto darle al machete,
un "antes no tenía, pero ahorita sí",
un reumatismo que "ahorita no, pero más delante sí".

Después de darle muchas vueltas, caí en la cuenta,
que no era posible entender el presente sin entender el pasado,
no era posible entender el motivo de consulta sin entender la historia.
Pero además, el futuro se proyectaba haciéndose presente a través de los padecimientos
que con los años llegan, saberes provenientes de la experiencia
y que las personas de cierta edad las tenían muy presentes.
En el relato, pasado, presente y futuro se fusionaban en el ahorita,
y la persona que tenía enfrente relataba los pormenores que le eran importantes
tras de los cuales se traslucía el
¿cómo vas a entender mi consulta, si no conoces mi historia, ni la de mi comunidad?

La experiencia histórica no es un escenario sino un proceso continuo, un contexto-constituyente donde los pueblos interpretan el mundo, construyen significados, y dan salida a situaciones nuevas desde entendimientos previos pero sin ser cautivos de ella (Bastos, 2000). Y en ella es estructural la experiencia del proceso s/e/a como campo de reproducción social, cultural y biológico, donde no es posible pensar la cultura como un todo autónomo sino como parte de una realidad donde se entrelazan procesos derivados del despojo de las tierras, de la explotación, de la incorporación al estado- nación, de las diferencias de edad, sexo/género, clase, pueblo/etnia, política, orientación sexual y otros que moldean la cultura y son moldeadas por ésta (Rosaldo, 2000: 223-235).

Así también, la historia de Guatemala me era significativa para entender cómo el pasado se hace presente y se proyecta hacia el futuro en la reproducción de las fronteras étnico-culturales, fronteras móviles que justificaban la explotación de una mayoría de la población

a base de violencia, y constituyen buena parte de las experiencias y saberes de la población. Las fronteras impregnan el proceso s/e/a, pues resultado del racismo, se construyen ciudadanías de primera y de segunda, con fuertes inequidades en la morbi-mortalidad, sufrimiento y no haciéndose presente efectivo el derecho a la salud, sino una beneficencia que ha ido reformulándose de caridad cristiana a liberal y neoliberal.

La beneficencia religiosa fue siendo sustituida por la liberal como parte de la laicidad y de la expresión del peso del Estado liberal en la vida pública, cubriendo parcialmente necesidades sanitarias que no se resolvían en el ámbito familiar o de las organizaciones religiosas. La beneficencia va dirigida a la población pobre, estando el beneficiario considerado un ciudadano de segunda, opera como una instancia de control social y contribuye a mitigar los efectos de los conflictos sociales en la medida que resuelve algunos de los problemas de los pobres. Se financia con presupuesto del Estado, suele ser barato y de baja calidad, con discrecionalidad en las prestaciones, no cubriendo aquello que asegura el mercado, con quien no hay contradicción, y políticamente cómodo pues permite obtener influencia política (Comelles, 2006-2007).

Las historias personales de los ancianos en la consulta se me manifestaban como las historias de su pueblo, era su manera de recordar que lo que son hoy, es consecuencia de su pasado y condiciona, sin determinar el futuro, a como el "Camino al revés/ *Tz´olq´omin b´e*" de Ak´abal (2001: 20-21):

"De vez en cuando camino al revés: es mi modo de recordar.
Si caminara sólo hacia adelante, te podría contar cómo es el olvido
K´o kuripa´ kintz´olq´omij ri nub´es: xa jewa´ kinna´risaj jun jasach.
Weta xata nutubel kinb´in chonuwach kin kwin nek´uri kinb´ij chawe jas ri´, riucholaj ri sachib´al".

A través de la historia,
el proceso salud/enfermedad/atención se nos mostrará como espía del sistema social.

Imagen 6

Situación de Guatemala en la región centroamericana.

En la historia latinoamericana, Etxeberría (1997) destaca dos “oleadas” de colonialismo que impulsadas por las metrópolis recorrieron el continente. La primera, en el siglo XVI con la invasión y conquista de América con referencias ideológicas religioso-aristotélicas, y la segunda oleada, en el siglo XIX con los ideales ilustrados. Ambas discursionaron con la igualdad, la primera con el “todos somos hijos de Dios” y la segunda con el “todos somos iguales ante la ley”, pero si la primera la matizaban con “pero unos siervos por naturaleza”, los liberales “a través de leyes secundarias” en materia de trabajo, tierra, educación, ciudadanía. Ambas socavaban con el trabajo forzado, la universal dignidad del ser humano.

En los inicios del siglo XXI, dirigentes campesinos del Comité de Unidad Campesina, ya se referían a una tercera oleada: “En la primera ola colonial, por la religión se apoderaron de nuestros corazones; en la segunda liberal, tomaron nuestras tierras; y en la tercera neoliberal se apoderan de nuestro subsuelo. Han explotado nuestro trabajo, nuestra tierra y ahora el subsuelo. Hemos luchado por nuestra tierra, nuestros derechos, y ahora también por Xibalbá”.

Xibalbá, infierno y misterioso subsuelo en donde el grano de maíz se transforma en milpa, mazorca, tortilla, hombres y mujeres de maíz y lugar de procedencia de Ixquic, diosa de la

fertilidad y de las parturientas.

De la multi a la bipolaridad étnica

Guatemala se encuentra en la cintura continental americana y en el corazón de la Mesoamérica maya teniendo una extensión territorial de 108.000 km2 y una población de 12.728.111 habitantes (Censo del 2007) y poco más de 15 millones en la proyección para el 2012 (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Todos los autores coinciden en que "siendo la región centroamericana escasa en minerales que hicieran ricas a las élites coloniales, como fuera en México y Perú-Bolivia, fue y sigue siendo la explotación de la tierra y de sus habitantes, la fuente principal de riqueza para las élites guatemaltecas" (MacLeod, 1990: 39, 54-55).

La llegada de los españoles al Nuevo Mundo trajo consigo un proceso de diferenciación social justificado en la teoría aristotélica de la desigualdad natural. Aceptada por Bartolomé de Las Casas y Juan Ginés de Sepúlveda de que hay siervos por naturaleza, coincidían con respecto al negro africano y diferían en su aplicación al indio, humano para el primero y "hombrecillos" para el segundo.

Si para Las Casas (1951): "Estas gentes, en todas estas Indias, las hallamos en pueblos y grandes pueblos poblados, que es señal y argumento grande de la razón; hayámoslas pacíficas y en sus repúblicas ordenadas y que cada uno de los vecinos tenía y gozaba de su hacienda, casa y estados". Para Sepúlveda (1941):

> "Con perfecto derecho, los españoles imperan sobre estos bárbaros del Nuevo Mundo e islas adyacentes, los cuales en prudencia, ingenio, virtud y humanidad son tan inferiores a los españoles como los niños a los adultos y las mujeres a los varones, habiendo entre ellos tanta diferencia como la que va de gentes fieras y crueles, a gentes clementísimas […] y estoy por decir que de monos a hombres […]. Compara estos dotes de ingenio, magnanimidad, templanza, humanidad y religión [de los españoles] con las que tienen esos hombrecillos en los cuales apenas encontrarás vestigios de humanidad, que no sólo poseen ciencia alguna, sino que ni siquiera conocen letras […] y tampoco tienen leyes escritas, sino instituciones y costumbres bárbaras".

En ese debate ideológico y con trasfondo político-económico, las Leyes Nuevas (1542) inspiradas por Las Casas fueron modificadas tres años después bajo presiones de los encomenderos y con los criterios de Sepúlveda. La sociedad colonial fue dividida en "dos repúblicas", la república de los españoles y la república de los indios, donde quedaron los habitantes originarios convertidos en "indios", un sujeto colectivo y dominado, bajo la tutela legal y política de los españoles. Esta segregación residencial marcó las fronteras espaciales de las que los grupos sociales no podían moverse, "política de no integración que tuvo la desventaja de crear una sociedad dual y de castas, y la ventaja de permitir un cierto grado de autonomía a las comunidades indígenas y en su interior posibilitar la recreación cultural e identitaria" (Casaús, 1999: 47-92).

El instrumento más importante de control español sobre la república de indios fueron las "reducciones" o "congregaciones". Las instrucciones de España fueron de agrupar a los indios en poblados para facilitar el control político, el trabajo forzado y las tributaciones. Ello supuso la concentración forzada de una población que vivía más o menos dispersa, y la vida en común de gentes de diferentes identidades. El hecho de que los indios, aunque políticamente considerados como "menores de edad", fueran vasallos del rey, les dotó de cierto grado de autonomía al interior de sus pueblos y el derecho a elegir a sus autoridades municipales bajo supervisión española, la vigencia de sus *usos y costumbres* mientras no violaran la *ley divina y humana*, no perjudicaran los intereses de la corona, no alteraran el orden colonial ni atacaran la religión católica. La participación indígena en cabildos y cofradías y el mantenimiento del linaje y la nobleza en el interior de las *reducciones o pueblos de indios*, facilitó la recuperación de ciertos espacios de organización y de una autonomía política relativa (CEH, Tomo I, 1999: 87-89).

Estos "pueblos de indios" se convirtieron en la "unidad" básica de la presencia india en la sociedad y economía coloniales. Los pueblos de indios "no fueron los lugares desde los que se salía a trabajar" –a las minas o a las haciendas, también escasas y localizadas-, sino que todo se organizó para que sus habitantes "trabajaran dentro de ellos" para pagar el tributo a la Corona, a la Iglesia y para cumplir con las habilitaciones y tasas que les imponían los encomenderos. El resultado fue comunidades de trabajo y pago y de fuerte homogenización social (Bastos, 2000).

En la primera época de la Colonia, el grupo de referencia para establecer la división étnica de la sociedad no fue el indio sino el poderoso, el español. Frente al español de España, estaban las castas en su diversidad de rasgos españoles, mestizo, castizo, mulato, morisco, coyote, salta atrás, chino, lobo, jíbaro que para finales del siglo XVII se agruparon todos ellos, salvo el indígena y el español, bajo el término *ladino* (Kramer, 1994: 87). El *español* -peninsular o criollo-, el *ladino* y el *indígena* son los referentes étnicos principales previos a la independencia, que una vez establecida ésta (1821), se transforman en *guatemaltecos: blancos, ladinos e indígenas* y con el triunfo de la revolución liberal (1871) en *guatemaltecos* -blancos y ladinos- *e indígenas*.

La segregación residencial, territorial y estamental, con el énfasis en las diferencias culturales fue configurando desde el siglo XVI los prejuicios básicos del criollo contra el indio, convirtiendo la diferencia en desigualdad y en opresión, donde la lengua y la religión se convertirán en los principales instrumentos de aculturación, teniendo el racismo un sesgo mas culturalista que biologista, aunque la pigmentocracia funcionará en la configuración de la pirámide social (Casaús, 1999: 47-92).

El paso de Colonia (1524) a Nación (1821) supuso para la sociedad guatemalteca y su división étnica, una serie de transformaciones. En el primer periodo de independencia, las élites conservadoras y liberales serán herederas de alguna forma, del espíritu iluminista que inició en el XVIII con la hispanización y consiguiente eliminación de las costumbres indígenas que no permitían el progreso de la nación. Para las élites, por un lado estaban ellos, ahora identificados como *blancos* -en vez de como españoles, y por otro, el resto de la población, *ladinos e indios*, el progreso de la nación estará unido a la europeización y blanqueo de la población, a través de la asimilación forzada del indígena y del fomento de la inmigración europea (Bastos, 2000).

Tras la independencia y el ideal de “la nación como comunidad” (Anderson, 1993), la necesidad de contar con mayor base que legitimara el proyecto nacional y la misma política anti-castas, serán aprovechadas por el cada vez mayor sector ladino o mestizo, aunque mantuvo siempre un status de inferioridad frente a la élite blanca, para ir ganando espacios y

crear una base ideológica y legal, que le permitiera el aprovechamiento de los recursos y construido en detrimento de los indígenas (Pinto Soria, 1998: 24). Hasta el triunfo liberal, el término ladino hizo referencia a toda una amalgama de orígenes y formas de vida diferentes, los mestizos, que lo único que cada vez van teniendo más en común es su diferencia con la población indígena y en esa época también con la blanca.

Previo al triunfo liberal cafetalero, en el Occidente del país, un grupo cada vez más importante de población indígena y mestiza fue poblando de forma permanente o itinerante la Bocacosta -sobre todo de los departamentos de San Marcos y Quetzaltenango- ligado a las primeras plantaciones cafetaleras. Una parte de la migración mestiza ya había ingresado a inicios del siglo XIX desde los núcleos ladinos de estos departamentos hacia su Bocacosta (Taracena, 1997) y a ella se sumaron indígenas que al perder el contacto con la comunidad de origen se fueron ladinizando (Adams, 1996). El resultado es que mestizos e indígenas ladinizados, fueron formando un sector relacionado con la actividad cafetalera, que con el aumento de la producción los irá haciendo económicamente fuertes y desarrollando *una cultura regional propia*, que los acabará conociendo genéricamente como los *ladinos de Occidente*.

En la nueva ideología liberal que rige las relaciones sociales, los mestizos dejan de ser los parias del sistema para convertirse en su base, en los *ciudadanos* de la nueva nación. La individualización de los derechos y la preeminencia de la propiedad privada permitieron legalizar su presencia en los pueblos de indios y la propiedad sobre sus tierras, acaparar más tierras y asentar su poder local. De la misma forma, su mayor integración a la cultura occidental los convirtió en la base del nuevo e incipiente aparato administrativo. Los mestizos se beneficiaron de un elemento ideológico clave y es que los indios ya no son visto sólo como los “inferiores”, sino sobre todo como “una de las peores herencias de la época colonial” (Pinto Soria, 1996: 8) y, por tanto, uno de los máximos obstáculos para el progreso de Guatemala.

Con la Constitución liberal de 1879 y posteriormente con el Acuerdo Gubernativo del 31 de mayo de 1927, el Estado fortaleció el poder ladino en regiones indígenas a través de la alcaldía mixta, desplazando a las autoridades tradicionales por autoridades ladinas, que tenían la obligación de saber leer y escribir en castellano, repartiendo la tierra comunal en propiedad

privada y organizando a la población indígena como mano de obra (Pinto Soria, 1996: 17-20). La vida de la *comunidad y municipio indígenas* se irán transformando en la *municipalidad republicana*, legalizándose la presencia de los mestizos en estas localidades, hasta entonces marginal, y finalizando con la conjunción entre espacio socio-cultural y legal y de las dos repúblicas, la de los indios y la de los españoles.

Los indígenas siguieron manteniendo su carácter subordinado y corporativo, pero su vida cotidiana se verá marcada por el tránsito de la *comunidad colonial*, definida por el trabajo hacia dentro y la relativa autonomía de funcionamiento interno, hacia la *comunidad republicana*, proveedora de mano de obra [hacia fuera] y con los mestizos transformados en *ladinos*, *antiindígenas*, dentro y al mando de las instituciones locales.

Para Carol Smith (1990: 85-89) mientras el capitalismo agrario erradicó las distinciones entre indios y no indios en el resto de Centroamérica, creó las divisiones entre indios y no indios en las zonas cafetaleras de Guatemala. La extensión de la economía cafetalera y del aparato estatal asociado, hizo de los ladinos, los intermediarios en el Altiplano Occidental, ya fuera como enganchadores, pequeños comerciantes, agentes estatales o milicianos, controladores de los poderes municipales, con lo que los indios empezaron a identificar a aquellos, con el Estado y con los finqueros. A su vez, los ladinos empezaron a percibirse del mismo lado que los finqueros, porque eran parcialmente blancos y en su papel mediador no desafiaban la ideología tradicional de jerarquía racial.

Si en general, el término ladino o mestizo se aplicaba al no-indio, el ladino de Occidente pasará a convertirse en el antiindígena, el que por activa o por pasiva fomenta la actitud discriminadora hacia el indígena, vive en territorio indígena y de su posición de dominio sobre ellos, obtiene sus formas de vida, tiene una ideología de profundo desprecio y desvaloración del otro con que justifica sus acciones, y una concepción de las relaciones con él, que no excluye la violencia (Solares, 1989: 30).

El triunfo político de los ladinos-cafetaleros del Occidente en 1871 hizo que tomase alcance nacional su particular diferenciación étnica y la mano de obra estacional proporcionada por las comunidades indígenas que previamente sólo se daba en este área. Los cafetaleros del

Occidente buscaron redefinir la sociedad política con el objeto de hacerla coincidir, no sólo con los intereses económicos de la nueva clase propietaria, sino también con la idiosincrasia de ésta, haciendo de la ladinización una ideología concreta a nivel nacional (Taracena, 1997). Así el ladino de Occidente siendo una categoría étnica caracterizada por su heterogeneidad de mestizajes, y sobre todo de poder y riqueza, que no identifica al grupo social más allá de por su negación al indio, acabará tomando un sentido de homogeneidad como ciudadano guatemalteco (Bastos, 2000).

Oficialmente, con el triunfo de la Revolución liberal (1871) se consideró que los criollos fueron expulsados del poder, y que ahora eran los ladinos quienes gobernaban, pero los criollos permanecieron en el poder y no desapareció su patrón cultural pues sus herederos mantuvieron viva la diferenciación cultural con los ladinos. El imaginario criollo fue asumido por "los ladinos de Occidente" y sus gobiernos liberales, que no aceptaban una nación basada en el mestizaje, al contrario, consideraron necesario blanquear al ladino y reforzar su distancia con el indio, creando una nación a imagen y semejanza de la élite criolla con algunas incorporaciones ladinas (Casaús, 1989) (Taracena, 1997:408).

La Revolución Liberal convirtió "la realidad multiétnica de Guatemala al mismo patrón bipolar" que se daba en Los Altos [Altiplano occidental] (Taracena, 1997: 406) y bajo la categoría ciudadana de "ladino" se conjuntaron clase, raza y cultura conformando la "corriente principal de la sociedad civil que acredita la fundación del Estado" (Williams, 1989: 435), construyéndose sobre esa base racista la "nación imperfecta" en cuyo imaginario nacional, "todos somos guatemaltecos" pero sin lugar para lo(s) indígena(s) (Bastos, 1996: 167). El indígena que durante la Colonia era reconocido como tal y gozaba de cierta autonomía es ahora invisibilizado con el nuevo Estado liberal, pasando a ser un ciudadano invisible en base a la homogeneidad e igualdad ante la ley, pero profundamente diferenciado étnica y políticamente.

Los cambios políticos principales de "integración" se dieron desde el Estado en el periodo de la Revolución Democrática (1944-54) y contra el Estado en la década de los 80. En el periodo 1978-1984, se produjo una crisis orgánica en el poder oligárquico, generado por la incorporación masiva de los indígenas a distintas formas de lucha política y social junto a la

la crisis económica del modelo agroexportador. Al no poder legitimar su dominio a través de un Estado de derecho, éste elevó a un grado máximo el racismo y militarización. La violencia alcanzó su clímax en los primeros años de la década de los 80, que para el general, presidente del gobierno y obispo de la iglesia neopentecostal El Verbo de Dios, justificaba el genocidio: "La prosperidad de Guatemala pasa por la aniquilación de la tradición maya o por la exclusión de los mayas de esa prosperidad, lo cual es legítimo, ya que los indios inconversos son los responsables de que Guatemala no haya levantado nunca la cabeza" (Casaús, 1999: 47-92). La confluencia del racismo, la ideología neopentecostal y el sector católico más tradicional de la élite en el gobierno de Ríos Montt fue fruto de las similitudes ideológicas entre nación "civilizada", "integrada", "conversa", de los imaginarios y discursos de estos sectores y construyendo un estereotipo del indio, comunista, infiel, no converso, lo llevó a ser satanizado, justificando el exterminio físico, ideológica, política y religiosamente (Ibíd., 47-92).

La élite guatemalteca, en su conjunto, no ha tenido interés en crear un espacio de unidad política nacional al cual pudieran adherirse no solamente los indígenas, sino también los ladinos pobres, a quienes ha inferiorizado con prejuicios de clase y cultura, semejantes a los utilizados con la población indígena. Si bien la línea simbólica que divide a la sociedad guatemalteca es de indígenas y ladinos, y los contenidos ideológicos asociados a ella han ido cambiando, tal línea está presente y permea la vivencia cotidiana de los guatemaltecos (Taracena, s/f), expresándose en el refrán popular y racista de "soy pobre pero no soy indio".

Como señala el proyecto "¿Por qué estamos como estamos?" del Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, detrás del proyecto nacional en Guatemala, subyace un proyecto económico y político que se ha beneficiado del mantenimiento y recreación de las diferencias étnicas. Esto explica que el Estado y la clase política no hayan tenido la voluntad de construir una nación incluyente y que la construcción del "ser guatemalteco" la haya planteado de forma excluyente, lo cual se traduce actualmente en la dificultad para asumir oficialmente la línea de acción intercultural acordada en los Acuerdos de Paz de 1996 (Taracena, s/f).

La nación imperfecta: una ciudadanía de segunda para los indígenas

Frente a los países de su entorno que se conformaron ideológica y discursivamente como naciones mestizas, la nación imperfecta guatemalteca se construyó con la exclusión del indígena. Aún cuando los Acuerdos de Paz (1996) reconozcan el país como multiétnico, multicultural y plurilingüístico y buena parte de los ladinos ya se reivindiquen como mestizos, la categoría indígena sigue siendo una categoría terminal de subalternidad de la que no escapa el indígena profesional ni el indígena ministro.

Siguiendo el trabajo de Taracena y Ruano (2001), desde la Independencia (1821) a la Revolución de 1944 se produjeron tres modelos de ciudadanía. El primero (1821-1939) fue la "ciudadanía censataria" que buscó la igualdad de ciudadanía para todos los varones mayores de 18 años que ejerciesen una profesión útil o que tuvieran medios conocidos de subsistencia. Sin embargo marcó algunas restricciones por razones de "utilidad común" a causa de tributación y servicios. En 1829 se introdujeron restricciones a la participación de la población en los procesos electorales pasando el debate de la búsqueda de igualdad entre españoles y criollos a la de criollos y ladinos, con la consecuente restricción de los indígenas debido a la tributación y mano de obra.

El modelo de "ciudadanía étnica" (1839-1871) decretado por el régimen conservador con el re-establecimiento de las Leyes de Indias legalizó y legitimó el discurso de "minoridad" de los indígenas en materia ciudadana, estableciéndoles un régimen de protección bajo el argumento de su falta de instrucción y civilidad. Para el resto de ciudadanos continuaron las restricciones por razones censatarias y de analfabetismo.

Con el triunfo de la Revolución Liberal de 1871 se volvió a una "ciudadanía censataria y alfabeta" para los varones mayores de edad con las exclusiones nuevamente de "utilidad común", las mujeres y los analfabetos con excepción de los analfabetos propietarios de un bien raíz valorado en más de 1000 pesos, artesanos con taller en la cabecera municipal, y funcionarios municipales que tenían voto de "viva voz". Sin aparentemente alterar la prescripción de los liberales del respeto a la ciudadanía universal y a la igualdad de todos los habitantes, la segregación fue legitimada por el poder, a través de leyes secundarias. De esta

forma, por necesidad económica –mano de obra -, los liberales mantuvieron de forma solapada, la política segregacionista aplicada por el Estado conservador, y la terminaron de legitimar con políticas educativas y de servicio público (Taracena, s/f).

La Revolución liberal mantuvo el trabajo forzado, los mecanismos coercitivos de mano de obra de origen colonial, como los "mandamientos" que fueron revitalizados y por el que las comunidades proveían de fuerza de trabajo, y las "habilitaciones" basadas en el peonaje por deudas, anticipos monetarios a trabajadores que quedaban obligados a trabajar en las fincas (Pérez Sainz, 2004:24). Entre 1871 y 1944, estas leyes fueron transformándose en la Ley de trabajadores (1884), Ley de Vagancia (1934) por la que se forzaba a trabajar en las fincas, entre 100 y 150 días al año y con muy bajos salarios, a campesinos, sobre todo indígenas, con tierra insuficiente para generar ingresos adecuados. De 1874 a 1944 también estuvo vigente la Ley de Vialidad por la cual se obligaba a los indígenas a realizar trabajos gratuitos en la apertura de caminos y carreteras. La Ley de Vagancia como tal fue suprimida en 1944, pero todavía la Constitución de 1945, se refería a la vagancia como punible y fue hasta la Constitución de 1995 que se suprimió la referencia (Cambranes, 1996) (Palma, 2004).

Todas estas leyes obligaban a trabajar en las fincas y en la construcción de caminos a las personas que no tuvieran bienes en propiedad, así como a los miembros de las comunidades campesinas indígenas bajo la justificación de que la agricultura guatemalteca se encontraba en situación de abandono a causa de la pereza del campesinado. Los finqueros "justificarán el trabajo semiesclavo en las plantaciones, basados en la creencia de que los indígenas y las castas eran inherentemente haraganes debido a su naturaleza racial degenerada" (González Ponciano, s/f, 1-38). La justificación del trabajo forzado es recogido por Cambranes (1996: 162) en boca de los políticos liberales del siglo XIX: "Toda vez existan condiciones que le permitan al indio suplir todas sus necesidades y las de su familia con no más de 60 días de trabajo fácil, será necesario ejercer sobre él cierta presión para compelirlo a trabajar en las plantaciones una parte de los restantes 300 días del año". En el siglo XX, los intelectuales de la década de 1940 eran de esa misma opinión: "nuestro indio no tiene necesidades, por lo cual no se preocupa de mejorar su condición; es indolente y no trabaja" o "el indio es comodón, aunque duerma en tierra pelada y con una piedra puesta de almohada" (González Ponciano, s/f: 1-38) por lo que había que obligarle a trabajar para un patrón. Ese estereotipo se

reforzaba con el del indio rebelde, borracho y vago que promovían las élites, y del que "la élite ladina local se enriquecía alrededor del monopolio de la destilación y amarraba al indio con el endeudamiento por aguardiente castigándolo como borracho", estereotipo que convivía con el contrario del "indio obediente, trabajador y sumiso" que era preferido al del ladino (Palma, 2004).

Cuando los sectores medios urbanos impulsores de la Revolución de Octubre de 1944 se plantearon la caída del régimen liberal, las tensiones étnicas aparecieron bruscamente, como fue el caso de la masacre de Patzicia (1944), mostrando la fragilidad de un proyecto nacional construido en torno a la segregación de los indígenas. La Revolución de 1944, una vez triunfante, apoyó la aplicación del principio de autonomía municipal y de elección popular de las autoridades, en sustitución de la figura del "intendente", dando con ello un mayor protagonismo a las comunidades indígenas en el gobierno municipal y una mayor vinculación con la política nacional.

Los gobiernos de la Revolución (1944-54), desde el Instituto Indigenista Nacional, impulsaron una política estatal de tipo indigenista reforzando la línea segregadora en base al mantenimiento de los espacios diferenciados entre ladinos e indígenas. Con la contrarrevolución de 1954, nace el estatal Seminario de Integración Social Guatemalteca impulsor de la aculturación y ladinización, a la vez que continuó con la diferenciación de los grupos étnicos, para debilitar a sus opositores políticos, y poner un alto a la contaminación comunista de las comunidades indígenas. La proclamada integración social del indio se concretó en políticas que mantuvieron separados a ladinos e indígenas (Taracena, s/f).

Con la revolución del 44, las barreras legales segregacionistas comenzaron a desvanecerse, pero las políticas gubernamentales no cambiaron hasta los debates constitucionalistas de 1956 en que se discutió ampliamente y se introdujo el concepto de "integración" para sustituir al de "asimilación". El significado de integración no estuvo claro pero para unos significaba asimilación, se reconocía cierta participación indígena en la conformación de la nación, una ladinización modulada o de "aculturación" donde la noción de guatemalteco seguía siendo la de ladino. Otros entendían la integración como "adaptación", cambios selectivos que permitieran que la cultura y la sociedad indígenas florecieran y se acompañara de mayor

participación política y económica en la sociedad nacional. Así lo defendió Joaquín Noval (1960: 21) cuando siendo funcionario del Instituto Indigenista Nacional escribió: “La tarea indigenista esencial de la nación, tanto desde el punto de vista humano como desde el de su necesidad de integrar y elevar su nivel de bienestar, consiste en contribuir a que el cambio sea lo menos perturbador y lo más provechoso que las circunstancias permitan”.

Los debates de la Constituyente de 1945, al igual que los de 1956, 1965 y 1985 reflejaron la dinámica de relaciones interétnicas desde el Estado, marcada por una falta de autonomía frente a los intereses de los sectores dominantes y por el peso ideológico alcanzado por la bipolaridad ladino-indígena. En el caso de las mujeres, obtuvieron el derecho al voto pero restringido a quienes sabían leer y escribir en 1945, y se amplió para todas las mayores de 18 años en la Constitución de 1965.

La Constitución de 1985 fue promulgada para dar paso al regreso de los gobiernos civiles y en su artículo 4 señala que “los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos”, indicando la igualdad entre hombres y mujeres pero no haciendo referencia a discriminaciones por razones de raza y religión. En el artículo 58 señala el “derecho de las personas y de las comunidades [indígenas] a su identidad cultural, de acuerdo con sus valores, su lengua y sus costumbres”, haciendo por primera vez un reconocimiento de Guatemala como país multiétnico. En materia de ciudadanía se destaca en el artículo 66 que Guatemala está formada por diversos “grupos étnicos” entre los que se encuentran los “grupos indígenas de ascendencia maya”, sin definir cuáles son los otros. Un notable estereotipo se expresa en el artículo 69, en donde en la protección y legislación contra todo trato discriminatorio en las actividades que requieran el *traslado de los trabajadores indígenas* fuera de sus comunidades, evidencia la idea de que siguen siendo *los indígenas quienes deben cubrir las tareas agrícolas en las fincas* de café, caña de azúcar y otros cultivos de exportación. El artículo guarda todo el contenido del trabajo forzado en un texto que sigue vigente en el siglo XXI (Taracena, 2004: 191-192).

En la Constitución de 1985, se reconoció la validez de todos los decretos leyes emanados de los gobiernos militares a partir del golpe de Estado del 23 de marzo de 1982, entre los que se incluía el de las Patrullas de Autodefensa Civil, piezas claves de la política de tierra arrasada

y que fueron un elemento de desciudadanización de los campesinos, al tener por objetivo la movilización forzada, para tareas contrainsurgentes de casi un millón de hombres mayores de edad en el área rural (Ibíd., 192-193).

La firma del Acuerdo de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas en 1995, marcó un hito en la historia de las relaciones entre los grupos indígenas y el Estado guatemalteco pues se reconocía que "la nación guatemalteca tiene un carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe". Cuando estas modificaciones quisieron llevarse al nivel constitucional, la Consulta Popular de 1999 dio el triunfo al NO, mostrando los límites de la sociedad y el Estado marcados por una hegemonía racista que azuzó el miedo a una revancha india y la vuelta de los brujos anti-cristianos.

La violencia como continuum: De la Gran Enfermedad al Gran Susto

Con la llegada de los españoles al continente y previa a su llegada física a la región mesoamericana, una epidemia de viruela se adelantó a modo de *tropas de asalto* de las tropas españolas muriendo un tercio de la población enferma y facilitando la conquista de los sobrevivientes. Entre 1519 y 1632, en Guatemala se produjeron hasta ocho epidemias masivas que llevaron a "una despoblación indígena catastrófica donde se reconoce que de los diferentes factores, las enfermedades epidémicas fue la más crucial" (Lovell, 2002: 147) y que en algunos escritos de la época aparece nombrado por los indígenas como el tiempo de la Gran Enfermedad.

Entre 1558 y 1559 se desató una pandemia de influenza en la mayor parte de los territorios americanos conquistados produciendo gran mortandad y que una crónica de los indios cakchiqueles de Guatemala refiere como una "enfermedad de sangre de las narices" (Estrella, 1993: 46-47). En Yucatán, las epidemias por su alta mortalidad fueron denominadas como *oc-nakich-il*, enfermedad cuyo significado ha sido traducido por "cuando los zopilotes [buitre negro] entran a las casas" (MacLeod, 1990: 34). Los indios comenzaron a llamar a estas afecciones "enfermedades de Dios", distintas a las suyas "enfermedades del campo", que no se podían curar con sus medicinas ni con sus curanderos ni shamanes, cundiendo la muerte y la desesperanza, a la vez que se destruían las antiguas sociedades y se derrumbaban los valores

y creencias tenidos hasta entonces (Estrella, 1993: 57). El dolor de los vencidos fue grande y entre las voces desesperadas de los cakchiqueles se recoge: “Grande fue el hedor de muerte después que sucumbieron nuestros padres y abuelos, la mitad de la gente huyó a los campos. La mortalidad fue terrible. Nuestros abuelos murieron, y con ellos el hijo del rey sus hermanos y parientes. Así fue como nos quedamos huérfanos cuando éramos jóvenes” (McNeill, 1984:217).

La guerra, las epidemias de viruela, sarampión, influenza, paperas y tifus, el deterioro de las condiciones de vida de la población indígena con la inadecuada nutrición especialmente en los primeros 20 años de mayor explotación, fueron las causas de una alta mortalidad. Si en el año 1520, se estimaban en dos millones de personas [los habitantes del actual territorio guatemalteco], pasó a menos de medio millón en 1550 y a poco más de 100.000 en 1600. En la Sierra de los Cuchumatanes -actuales departamentos de Huehuetenango, Totonicapán y El Quiché de Guatemala-, en los 160 primeros años de conquista se redujo la población en un 90% (Lovell, 1990).

La violencia militar de la conquista se hizo contiuum con la explotación, a través de las leyes dictadas por las autoridades coloniales, y tras la independencia, por los gobiernos conservadores y liberales. La explotación intensiva de la población a través del trabajo forzado, gratuito o de ínfimos salarios, ha sido una permanente estructural que ha combinado política y guerra como respuesta a la resistencia de los subalternos. Denominarlas violencia indirecta o directa es como hablar de muerte lenta (baja esperanza y calidad de vida, morbi-mortalidad evitables) o rápida (del asesinato selectivo al genocidio), es hablar de un contínuum, como la guerra y la política para el general Gramajo, jefe del Estado Mayor del ejército, y artífice de la “transición democrática” de mediados de los 80. “La política no es más que la guerra por otros medios” fue la versión guatemalteca de “la guerra es la continuidad de la política” de Claustwitz (s/f). Gramajo murió en el año 2004, “atacado por un enjambre de abejas [africanas]” que hizo recordar a más de uno, las acciones justicieras de estos animalitos en el mítico Pop Wuj (Chávez, 1997).

El último medio siglo de la historia de Guatemala va estar marcado por la experiencia de la Revolución democrática de 1944-54 y su violenta caída por una alianza de fuerzas dirigida

por “la Embajada” [de EEUU] junto a la jerarquía católica y terratenientes. Le sucedieron 30 años que Figueroa-Ibarra (1990: 108-117) definió de “terror como fenómeno estructural”, caracterizados por la extorsión del trabajo, el racismo, la apelación dictatorial, el síndrome del fantasma del comunismo, el oscurantismo reaccionario, la identificación de la dominación con el terror. Cultura política que es una herencia del pasado, y una necesidad oligárgica del presente, puesto que el modelo de acumulación capitalista vigente en Guatemala, la reproduce ampliamente, ya que se sustenta en la profunda precariedad de la reproducción de la fuerza de trabajo.

Los movimientos sociales y las oleadas de terror se han concatenado, reacción-contrarreacción y a la agitación popular de 1952-62 y de 1973-1978, y a los auges guerrilleros de 1962-1967 y 1979-1983 le sucedieron tres grandes oleadas de terror: la primera al calor de la contrarrevolución de 1954; la segunda entre 1967 y 1971 para sofocar la guerrilla iniciada en 1962; y la tercera entre 1978-1983, convirtiendo a Guatemala en un laboratorio para el ensayo de tácticas y estrategias contrainsurgentes de la Escuela de las Américas y de Israel (*Ibíd.*, 108-117).

Si hasta los 70, las organizaciones de izquierda consideraron a los indígenas la reserva de la reacción, a partir de esa fecha, las nuevas corrientes políticas incorporaron a los indígenas como actores estratégicos de la revolución. Tras los fracasos guerrilleros de los 60, en el oriente del país y de mayoría no indígena, las organizaciones político-militares se desplazaron en los 70, al norte y occidente del país, de mayoría indígena. En los 70, los antropólogos guatemaltecos comprometidos en las organizaciones revolucionarias debatían “quién era el indio”, que Severo Martínez (1998) lo definía como “una construcción social de subordinación propia de la Colonia, servil y para quién la única vía de liberación era dejar de ser indio y hacerse proletario” frente a Guzmán Böckler (1970) para quién la lucha “era contra el racismo fundamentado en la colonización interna del `natural´, único sujeto de la revolución guatemalteca, frente a los otros, ladinos, independientemente de su clase social”.

A finales de la década de los 70, Casaús Arzú (1998: 127) hizo una aproximación al pensamiento de la oligarquía, recogiendo declaraciones, en las que el sector más duro conjugaba ideas de deshumanización del indio y propuestas de su exterminio. De la

deshumanización es muestra la manifestación que a la autora le trasladaron “varias mujeres de la clase dominante” ante el terremoto del 4 de febrero de 1976: “afortunadamente no murió casi ninguna gente” y requeridas por dicha afirmación (el cataclismo había costado la vida a más de treinta mil personas), respondieron: “bueno, ésos no eran gente, eran indios”. En el mismo estudio, un 5% de los encuestados se mostraron partidarios del exterminio indígena y hubo quien (ingeniero, blanco, 55 años): “No encuentro otra solución más que exterminarlos o meterlos en reservaciones como en Estados Unidos. Es imposible meterle cultura a alguien que no tiene nada en la cabeza, culturizar a esa gente es obra de titanes, son un freno y un peso para el desarrollo, sería más barato y más rápido exterminarlos”. Casaús (*Ibid*: 141) concluye que las tendencias y manifestaciones racistas parecen comunes a todo el núcleo oligárquico, independientemente de su edad, género, ocupación, recogiendo que a mayor nivel de estudios se reflejan índices superiores de actitudes racistas o intolerantes, aspecto que se contrapone a otros estudios realizados sobre el tema.

Ante el auge del movimiento social y guerrillero a finales de la década de los 70, y con la incorporación masiva de los indígena a ambos movimientos, la respuesta de la oligarquía y el ejército no se hizo esperar, la represión, que tanto la Comisión de la Verdad con el patrocinio de Naciones Unidas y otras Comisiones de Memoria Histórica y Derechos Humanos caracterizaron como de etnocidio/genocidio (CEH, 1999: Tomos I, IX, III: 314-315, 358-359) (Nota 1) (CIDH, 1994), (CIDH/OEA, 2001), (ODHAG, 1998), (Cabanas, 1999). Algunos de los sobrevivientes de las masacres de los 80 relataron la experiencia vivida con rasgos similares a los que debieron vivirse con la invasión española del siglo XVI, el solapamiento de lo traumático de la vivencia con la incomprensión de lo sucedido y las razones de tal crueldad. El impacto de los hechos vividos llevó a cientos de personas especialmente ancianos a remedar la “pérdida de la presencia” (no por magia sino por muerte de la comunidad, estrés post-traumático) y a la muerte. Para los sobrevivientes, fue tal el cúmulo de enfermedades y penurias que en algunas comunidades lo nombraron como *el tiempo del Gran Susto.*

Para Michael Taussig (1984: 468) el terror “no es solamente un estado fisiológico, sino un hecho social y una construcción cultural cuyas dimensiones barrocas le permiten servir de mediador por excelencia de la hegemonía colonial”. Hegemonía que cuando es cuestionada, muestra los rasgos más violentos de la dominación, y de cuyas cenizas e inframundo de

Xibalbá, vuelven a resurgir como Ave Fénix, los hermanos Hunahpú e Ixbalanqué, personajes mitológicos del Popol Vuh y también el pueblo guatemalteco.

Las áreas y población en donde se desarrolla el estudio, estuvieron inmersas en el conflicto y la violencia política de la década de los 80, teniendo en ambas, características de represión selectiva, de militarización y desestructuración comunitaria pero no de genocidio.

De la caridad cristiana a la beneficencia pública

Uno de los estudiosos de la medicina en la colonia española, Eduardo Estrella (1980:181-189), consideró que el pensamiento médico español y el prehispánico, en los siglos XVI y XVII dieron lugar a tres modelos médicos coloniales interrelacionados: aborigen, popular y científico u oficial; cada uno de ellos, con sus propios conceptos de salud-enfermedad, etiología, ideas sobre el diagnóstico, terapéutica, y su acción asistencial […] modelos que respondieron a la nueva estructura socio-económica y a las relaciones de clase propias del coloniaje imperial.

La medicina aborigen bajo el ropaje católico y el aparente sincretismo, mantuvo la persistencia de valores y saberes articulados con el elemento cristiano. Muchos de los saberes de los que eran portadores las castas superiores del mundo prehispánico se perdieron, siendo quemados junto a la mayor parte de los Códices, pero a nivel rural se mantuvieron toda una pléyade de curadores que fueron tolerados, pues fueron indispensables para el mantenimiento de la salud, no sólo de los indígenas sino en el necesario tratamiento de los propios españoles. La estructura del saber indígena se mantuvo con algunas modificaciones a lo largo del periodo colonial y se entronca con la medicina tradicional de las comunidades campesinas (Crespo-Burgos, 1990). Para Miguel Bartolomé (1996) (Campos, 2009: 286) la conquista española decapitó a la sociedad maya, destrozando y quemando templos y códices, los sacerdotes y chamanes asesinados, pero los huidos o acomodados transmitieron sus altos conocimientos a los campesinos, conformando una especie de “cultura de resistencia”.

En la época colonial, a la vez que se reconocían aspectos de la medicina aborigen, otros eran condenados y perseguidos por hechicería. “En 1570, el rey Felipe II mandó a su médico

personal, Francisco Hernández, con el encargo de catalogar las plantas medicinales, los animales útiles y las alimañas ponzoñosas, así como los minerales y toda la riqueza natural del nuevo mundo" a la vez que otros aspectos de "la medicina tradicional eran condenados como hechicería, y sus representantes sancionados por la Inquisición" (Mignone et al., 2004).

De la confluencia de la medicina aborigen, de la popular española y de algunos elementos popularizados de la medicina científica, se organizó lenta y paulatinamente en el medio urbano, la medicina popular donde estarán presentes las acciones del frío y el calor, las posiciones astrales, la mala conducta, el uso de medallas, escapularios y el agua bendita (Crespo-Burgos, 1990).

La práctica médica oficial o científica europea se desarrolló como práctica privada hacia la élite y en la asistencia sanitaria a la población asumida por las autoridades españolas (por la Cédula Real de 1541) a través de los hospitales recién creados en las ciudades. "En los hospitales, habrá una evidente relación entre medicina y religión, siendo la noción de caridad el elemento ordenador de la práctica médica" en donde "cuidar del enfermo es obligación del buen cristiano, y este cuidado redunda en beneficio del alma de quien lo da" (Estrella, 1980).

"Esta relación entre medicina y caridad con varias órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos impregnó la asistencia médica colonial, e influyó hasta muy avanzada la vida republicana en los conceptos de medicina y beneficencia" (Crespo-Burgos, 1990). La beneficencia pública estatal consistió en el cuidado y socorro de los indigentes, pobres o desvalidos, a través de casas de huérfanos y desamparados, asilos de párvulos y ancianos, casas cunas, institutos de ciegos y sordomudos y hospitales que funcionaron como lugares de refugio en donde se ejercía la caridad cristiana como parte del aparato de control del Estado.

En el periodo colonial, la capital de la Capitanía General fue Santiago de los Caballeros, la actual Antigua Guatemala, y allí se asentaron las primeras casas de la caridad para los enfermos y los posteriores hospitales de Misericordia, el de Indios y Real de Santiago. En 1541 se fundó el Hospital de San Alejo, en 1559 el Hospital de Santiago y de finales del siglo XVII fueron los hospitales de San Pedro y San Juan de Dios, todos ellos dirigidos especialmente a los españoles. En 1666, el Hermano Pedro de Betancur, fundó un hospital

para la población pobre, y a mediados del siglo XIX se organizaron las llamadas hermandades de caridad para colaborar en la administración de los hospitales (Sánchez Viesca et al, 2002: 267-278).

El actual Hospital General San Juan de Dios tiene su origen en 1630 cuando los hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios llegaron de México para fundarla en Santiago de los Caballeros con el propósito de cumplir con lo dispuesto por el Rey de España en 1632, “de atender especialmente a los españoles pero también a los habitantes de América”. Los terremotos de 1773 y 1774 determinaron el traslado de la capital a la actual ciudad de Guatemala y con ella se trasladó el hospital que fue abierto en 1778 y que hasta 1873 fue denominado Hospital General

Demográficamente, a finales del siglo XVII la población indígena tocó mínimos, tanto por las epidemias como por la violencia colonial, y fue hasta el siglo XVIII que se inició la recuperación poblacional gracias a una mayor resistencia de la población a estas epidemias y a una cierta mejora de sus condiciones de vida. Con la primera vacuna descubierta en Inglaterra en 1796, contra la viruela, se organizaron en numerosos países centros y juntas de vacunación. En Guatemala, “fue en 1805 que se formó la primera Junta Central de Vacunación, creándose posteriormente comisiones regionales para supervisar los procedimientos de vacunación en el área rural” (Lovell, 1990: 182).

A pesar de las medidas preventivas asumidas por las Juntas de Sanidad desde 1833, la epidemia de cólera morbus de 1837 con 12 mil muertos, puso en evidencia la desconfianza popular y la pobre participación del Estado en la concreción de políticas públicas de salud. Las epidemias siguieron siendo un mal permanente y tras el terremoto de 1917 en la ciudad de Guatemala se declaró una grave epidemia de fiebre amarilla, a la que siguió entre 1918 y 1919 una de influenza a nivel nacional que ocasionó casi 44 mil muertos, la mayoría indígenas del Altiplano y trabajadores de las fincas de café (Sánchez, 2002: 267-278).

En 1821, año de la Independencia centroamericana, la jurisdicción sobre cuestiones de salud correspondía al Protomedicato de Guatemala fundado en 1770 en el contexto de las reformas borbónicas. Tras la ruptura de la unidad centroamericana en 1839, cada uno de los países

centroamericanos conformó su propio protomedicato republicano que sirvieron como puntos de referencia para intentar ampliar las políticas de las ciudades a todo el ámbito nacional. Como su antecesor colonial, estos protomedicatos estaban formados por los más destacados profesores en Medicina y Farmacia, velaban por la salud pública, revisaban y extendían los títulos de graduados en las artes médicas, servían como vínculo entre el gobierno y la facultad de medicina y a través de las Juntas de Sanidad locales daban consejos en tiempos de epidemias (Palmer, 2005: 59-95).

La creación de los organismos estatales en la sanidad pública latinoamericana fue resultado de la expansión del poder político central, de la secularización de la sociedad, la urbanización y de cierta continuidad de las autoridades médicas que ya existían en el periodo colonial. Uno de los primeros hitos en el desarrollo de la sanidad ilustrada, en el siglo XVIII, fue promover en las ciudades americanas medidas de baja policía, como la recogida de basuras, la creación de parques y alamedas para ventilar las urbes, la vacunación antivariólica, la reforma de los estudios de medicina y la construcción de cementerios fuera del terreno de las iglesias. Un segundo hito fueron los Consejos de Higiene o Salubridad que inspirados en el modelo francés se desarrollaron en las principales capitales durante el siglo XIX. Entre finales del siglo XIX y comienzos del XX aparecieron Direcciones o Departamentos de Sanidad que aspiraron a tener alcance nacional y estuvieron mayormente afiliados a Ministerios de Instrucción o Interior (Cuetos, 2005: 50-54).

En las dos últimas décadas del siglo XIX y con la prosperidad económica ligada al café, las élites de los países centroamericanos buscaron establecer una red moderna de instituciones estatales a la vez que se conformaban organizaciones profesionales de médicos, consecuencia del incremento en el número de médicos en las ciudades y los lazos que tenían con los líderes liberales. En este marco liberal, los protomedicatos dieron paso a un sistema descentralizado de asociaciones de profesionales, siendo Costa Rica en 1894, el primer país centroamericano en abolir el protomedicato y en dar pasos a un sistema nacional de medicina estatal con fuerte presencia de los profesionales médicos.

En Guatemala en 1906 se constituyó un Consejo Superior de Salubridad, pero “la asfixiante dictadura de Estrada Cabrera y la gran barrera social que significaban las diferencias

étnicas, no dio lugar a una política coordinada de medicina estatal" (Palmer, 2005: 66). Ese mismo año fue promulgado el Código Orgánico del Servicio de Salubridad Pública, resultado de las presiones ejercidas por los Estados Unidos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, que pretendía eliminar los focos epidémicos de los puertos del Caribe. Los grupos cafetaleros no tenían un especial interés en los puertos que estaban en los "enclaves" de producción de banano, actitud que se diferenció al ofrecimiento de la Fundación Rockefeller de realizar un programa de lucha contra el ancilostoma y con ello, la posibilidad de aumentar la productividad de sus trabajadores, dando lugar en 1915, a la formación del Departamento de Uncinariasis en el Consejo Superior de Salubridad (García, 1991: 45-46).

César García (1994: 108), en su estudio sobre la conformación de la medicina estatal latinoamericana destaca "la influencia extraordinaria que tuvieron a nivel centroamericano, organismos como la United Fruit Company, el ejército norteamericano y la Fundación Rockefeller, a la vez que constata para la región, las profundas desigualdades sociales y étnicas especialmente en Guatemala". En 1921, Frederick Russell efectuó una inspección de las infraestructuras de salud pública y medicina en cinco de los seis países centroamericanos (sin incluir Belice) en que estaban participando en programas de salud pública patrocinados por la Fundación Rockefeller y encontró "las situaciones polares entre Costa Rica y Guatemala". Las operaciones de la Fundación en Guatemala estaban estancadas y el verdadero control de las cuestiones sanitarias estaba en manos del ejército, el número de médicos per cápita era el más bajo del istmo, la profesión médica estaba llena de problemas, la autoridades de salud pública tenían un papel formal, retórico y débil y disponían de un presupuesto ínfimo (Palmer, 2005: 59-85).

En el periodo correspondiente a la dictadura de Ubico (1930-1944), la política de salud combinó una legislación que no se cumplía, con prácticas represivas por medio de acciones arbitrarias de la Dirección General de Salud Pública, antiguo Consejo Supremo de Salubridad. A pesar de que la propaganda oficial resaltaba constantemente los esfuerzos del gobierno en materia de salud pública, apenas se dieron mejoras sustanciales. Se reglamentó la necesidad de que todos los guatemaltecos fueran vacunados contra la viruela, en especial escolares y soldados, pero la insuficiencia del dinero, la falta de personal médico y el alto grado de inasistencia escolar redujeron al mínimo el alcance de dichas disposiciones. Los

reglamentos eran siempre prosa legislativa pocas veces cumplida o mero requisito formal (Sánchez, 2002: 269). Por otro lado, parece ser que el sistema oficial de sanidad pública sirvió, más que para el bienestar de la población, como una forma de control de los médicos, quienes junto a maestros y abogados pertenecían al grupo de profesionales sospechosos. Los inspectores y médicos de la Dirección General como agentes que eran también de la Policía de Investigación cumplían funciones de espionaje político sobre sus colegas independientes (Ibíd., 269).

Con el triunfo de la Revolución del 20 de octubre de 1944, la Dirección General de Salud Pública pasó a formar parte de la nueva Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Decreto número 46 del 26 diciembre de 1944, dejando la sanidad pública de pertenecer al Ministerio de Gobernación y Justicia y dando fin a la dimensión coercitiva y militarizada de la atención de la salud. La Secretaría de Salud Pública luego fue convertida en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (Ibíd., 267-278).

La Constitución de 1945 fue la primera en establecer que es obligación del Estado procurar el bienestar de sus habitantes y en el mismo año, por el Decreto número 93 del Congreso de la República se creó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los siguientes términos: “El concepto actual de la Asistencia Pública basado en el principio de la seguridad colectiva constituye una obligación pública, puesto que los seres económicamente débiles son acreedores al cuidado de aquellos que tienen a su cargo procurar el bienestar de las mayorías desvalidas. A la luz de estas ideas, es una obligación cívica proteger en forma eficaz a la población menesterosa para garantizar la integridad de la nación y la paz social” (Girón, 1964).

Costa Rica fue el primer país, en 1927, en “cambiar el nombre de beneficencia por asistencia social”, y en la introducción de nuevos términos como “providencia, protección y seguridad social para designar una función estatal diferente” (García, 19991: 76). En Guatemala (1945), “la beneficencia pasó a asistencia social, indicando que la misma categoría social a la que se dirigían estos servicios había cambiado, ya que de pobres o menesterosos se reconocía ahora un grupo de desempleados. Los beneficios no cambiaron de manera sustancial con la nueva terminología de asistencia social, ya que en un principio sólo implicaba que la caridad

pasaba a ser una obligación del Estado. En este tipo de actividad, la prioridad no estaba en la recuperación o mantenimiento de la fuerza de trabajo, sino en la disminución de las tensiones sociales" (González Garza, 1945) (García, 1994).

Otros hitos de la Década Revolucionaria (1944-54) fueron la aprobación de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en 1946 y la fundación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en 1949, a la que posteriormente se sumaron Belice y República Dominicana y cuyo desempeño ha sido notable en la caracterización del problema nutricional y en el planteamiento de alternativas para aumentar la disponibilidad, utilización y consumo de alimentos.

El 17 de junio de 1952 fue aprobada y promulgada la Ley de reforma Agraria del gobierno de Arbenz (Decreto Número 900), sin lugar a dudas la medida más importante en la historia de Guatemala a favor de la salud de las mayorías, a través de la modificación sustancial de una de las determinantes de la salud. La nacionalización de las tierras ociosas de la United Fruit desencadenó, que el gobierno de EEUU y las fuerzas hegemonizadas por la Iglesia católica y la oligarquía cafetalera, junto a la inmovilidad del Ejército, provocaran la caída del gobierno de Jacobo Arbenz y el final del primer intento serio de democratización del país.

La población guatemalteca pasó entre 1824 y 1883 de 633.500 a 1.497.185 habitantes y en los últimos 20 años del siglo XIX la mortalidad apenas disminuyó de 30 a 23 por mil habitantes. El analfabetismo se estimaba en un 90% en la década de 1880 y en un 67% hacia 1940. A esta última fecha la pobreza continuaba siendo un condicionante básico de la situación de salud con una mortalidad infantil donde las enfermedades diarreicas agudas, el parasitismo y la desnutrición eran las causas principales. En el quinquenio 1985-1990, la tasa de mortalidad descendió al 9 por mil, siendo la tasa específica de los menores de cinco años la que más se redujo. Sin embargo, siguen siendo estos menores de cinco años, los que representan, la mayor proporción de las muertes anuales, el 66% en 1950-1955 y el 44% en 1985-1990. En 1967, la encuesta nacional de alimentación y nutrición del INCAP, estimó en 81.5% los menores de edad con algún grado de desnutrición y más del 3% con desnutrición severa. La población en 1950 alcanzó los tres millones, y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía estimó para el quinquenio 1950-55 una tasa de natalidad de 51,3 por mil habitantes y una

mortalidad general de 22,4 por mil habitantes, estando en 26 por mil para los indígenas 17 por mil para los no indígenas, cifras similares a las de medio siglo antes. Si se compara la mortalidad infantil de Guatemala con la de un país geográficamente próximo como Costa Rica, el número de muertes infantiles evitables hubiera sido de 87% (Sánchez, 2002, 267-278)

Entre finales de los años 1940 y mediados de los 50, el nivel de salud de los países de América Latina mejoró notablemente, y entre 1956 y 1966, decreció la mortalidad infantil a expensas de la disminución de muertes por causas infecciosas respiratorias y digestivas, pero "en Guatemala persistieron los graves riesgos de morbi-mortalidad particularmente para las gastroenteritis" (Fiedler, 1985).

Todo ello nos acerca a un país, Guatemala, de fuertes inequidades en el campo de la salud, donde ni siquiera los promedios nacionales son capaces de ocultar las inequidades y morbi-mortalidad evitables con los recursos disponibles, recursos que el Programa de Naciones Unidas sitúa a Guatemala entre los de renta media a nivel mundial desde la década de los 90.

A la beneficencia neo-liberal versus el derecho a la salud

Impulsado por el gobierno de los Estados Unidos se celebró en Uruguay, en 1961, la Conferencia de Punta del Este de la que salió la Carta del mismo nombre con un "Plan de Desarrollo de 10 años para América Latina" y la recomendación de que cada país elaborara un Plan Nacional de Salud, recomendación que "a partir de 1964 fue seguida por la mayoría de países y que en Guatemala hubo que esperar hasta 1974" (Fiedler, 1985).

En la Tercera reunión de ministros de salud de América Latina, en 1972, hubo consenso en que la mejora de los indicadores de salud se debía a un mayor acceso de la población urbana a los servicios de salud, mientras se evaluó en un 25% la población sin acceso, mayoritariamente rural. Por ello, adoptaron una variedad de programas de extensión de cuidados primarios de salud con énfasis en la utilización de personal auxiliar, del entrenamiento de trabajadores locales de salud y nutrición y de la participación comunitaria entre otros.

Cuando en Guatemala, el Plan del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de 1978-1982 formalmente planificaba en base a la Atención Primaria de Salud (APS), Fiedler (1985) concluyó que "no lo hacía sustancialmente, pues no modificaba la estructura de los servicios, sólo agregaba tareas, una *additive reforma*, sin metas, objetivos ni prioridades que no llegaban aplicar la APS". Salubristas guatemaltecos como Verdugo (2003) caracterizan el periodo de 1954-1982 como el de "cuando la política es la no política de salud" y Nuila (Primer director del programa rural del EPS de medicina en Guatemala. Comunicación personal, 2005) de que "no había política de salud, ni la hay, nunca la ha habido. En la década de los 70, el programa materno-infantil estuvo en un 80% relacionado con el control natal; y durante la guerra, el Ministerio apuntaló, si no directamente, sí indirectamente la institucionalidad de un Estado contrainsurgente".

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el modelo de desarrollo guatemalteco de la década de los 60 y 70 fue concentrador en lo económico y excluyente en lo social, produciéndose una creciente polarización política y social que derivó en una guerra de más de treinta años. Tras los *Acuerdos de Paz Firme y Duradera* (1996), el gobierno presentó una Reforma del sector salud justificándola como parte de su cumplimiento. No obstante, la priorización realizada y las metas suscritas en los Acuerdos de Paz (a excepción del numeral 2) estaban pactadas desde 1994 entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Ministerio de Salud, como parte de los resultados esperados de la reorganización del sistema de atención en salud y de un proceso que se había iniciado en 1991-1992 con el Estudio Básico del Sector Salud (Verdugo, 2005a).

El BID a través del apoyo financiero y estratégico determinó las características fundamentales de la Reforma. Este rol central del BID-BM, no sólo en Guatemala, sino a nivel internacional en la formulación y aplicación de las reformas sanitarias fue considerado por autores como Ugalde y Jackson (1998) "un golpe de estado internacional" y a preguntarse: "¿Qué hace un Banco dirigiendo la salud?" concluyendo que "el BM desplazaba la salud del campo de los derechos humanos y sociales al del mercado".

Las líneas de atención en los servicios ya venían explicitadas por el Banco Mundial desde la publicación del "*Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*" (BM, 1993).

Invertir en acciones de salud de alta eficacia y eficiencia, bajos costes económicos y altos resultados, se integraban en un paquete básico para los pobres, a la vez que se promovía un sector médico privado para quien tuviese capacidad de pago o considerase adecuado el gasto en función de la importancia de la recuperación de su salud.

Antes de la Reforma del sector salud, el Ministerio de salud y el sector privado no lucrativo (ONGs, Pastorales, Fundaciones) tenían como población objetivo a los pobres, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) con los trabajadores "formales", y el sector privado lucrativo, seguros médicos, con las clases media y alta. En la nueva reorganización se formalizó y legalizó la anterior tendencia histórica, perfeccionando los mecanismos de exclusión e inequidad de los servicios de salud. El resultado ha sido el traspaso de la población de alto pago y bajo riesgo al sector privado, mientras que en la asistencia pública queda la población de bajos ingresos y altos riesgos (Verdugo, 2005 b).

Muchas de las reformas neoliberales fueron presentadas como un proceso técnico, nacional, de coherencia administrativa absoluta y eventualmente neutral que garantizaría la calidad, la eficiencia económica y la equidad, pero estas reformas tienen un alto componente político. Un componente que renueva debates de si el derecho a la salud se reduce al acceso a los servicios o a la modificación de los determinantes sociales a la salud, si es posible crear un sistema de salud equitativo y solidario en una sociedad donde existe la inequidad y que promueve valores como el individualismo (Cueto, 2005: 57). El dilema parece ubicarse entre ser ciudadanos con derechos, ser consumidores en el mercado de salud o pobres objeto de una beneficencia neo-liberal. Lo que el sistema de salud refleja a través del precario desarrollo de los servicios guatemaltecos es estar distante de conceptos como derechos humanos, la salud como bien público o la responsabilidad del Estado en proveer servicios de salud sin discriminación alguna (Verdugo, 2005b).

Desde las organizaciones de cooperación para el desarrollo, en el que la salud es un derecho humano y derecho social y político, las diferencias entre los enfoques los sintetizamos en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

Desde la Caridad	Desde las necesidades	Basado en Derechos
Se centra en el resultado	Se centra en el resultado	Se basa en el proceso pero buscando resultados más allá
Pone el énfasis en aumentar la caridad	Pone el énfasis en la satisfacción de necesidades	Pone el énfasis en la realización de derechos
Reconoce responsabilidad moral de las personas ricas hacia los pobres	Reconoce las necesidades como reclamos válidos	Reconoce los derechos humanos individuales y colectivos como reclamos ante titulares de obligaciones
La población se reconoce como víctima	La población es objeto de las intervenciones de desarrollo	La población y grupos son sujetos (se empoderan) para reclamar sus derechos
La población merece asistencia	La población merece asistencia	La población tiene derecho a la asistencia
Se centra en la existencia de problemas	Se centra en las causas inmediatas de los problemas	Se centran en las causas estructurales de los problemas y sus manifestaciones

Fuente: Fundamentación y Concepto de Enfoque Basado en Derechos Humanos. Fernández Aller, C. (2009)

En 1995 se estimaba que alrededor del 46% de la población carecía de atención en el primer nivel. Esta población se caracterizaba por encontrarse en áreas geográficas dispersas, de difícil acceso, con altos índices de pobreza y mayoritariamente indígena por lo que el objetivo principal del Ministerio de Salud fue el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el primer nivel de atención (MSPAS, 1999a:1-2).

Si la Reforma del sector salud seguía el modelo neoliberal de la salud como bien privado y mercancía para quien pueda pagarla, tenía en su versión para los pobres, un PEC con un Paquete Básico de Servicios (PBS) mínimo y el *bucle guatemalteco del trabajo forzado* transformado ahora en trabajo voluntario a través de los "guardianes de la salud", al servicio tanto de la comunidad como de la política neoliberal. El modelo de atención impulsado para llevar servicios básicos a la población postergada profundiza las inequidades, pues el tipo de focalización extrema del PBS, no deja sólo fuera a hombres, adolescentes, adultos mayores, los niños y niñas mayores de 5 años y a las mujeres fuera de edad reproductiva, sino que los servicios ofrecidos a todos los usuarios no responde a la realidad epidemiológica ni poblacional tan heterogénea del país (Estrada Galindo, 2008: 121-129) y con un per cápita/año para el paquete básico de siete dólares [quetzales 56,00] (PNUD: 2010: 154-156).

La realidad del PEC ha puesto en entredicho la política del Ministerio y entre las inquietudes

manifestadas han estado; a) el tamaño reducido del PBS y la baja calidad de la atención; b) la atención no continua ni permanente del personal ambulatorio; c) el sentido utilitarista de la participación de la comunidad; d) el uso masivo del personal comunitario voluntario y la alta carga laboral; e) las condiciones laborales del personal institucional, sin prestaciones ni seguro social; f) el enfoque casi exclusivo materno-infantil de la atención; g) el enfoque biomédico de la atención sin considerar el modelo maya de salud y otros modelos presentes en las comunidades (Hernández Mack, 2010: 26).

A las autoridades de salud [al sector comprometido con el derecho a la salud] les ha tocado "volar con las alas rotas" y enfrentar una situación de dualidad, entre las demandas y necesidades de la población, las exigencias de los políticos y las agencias internacionales y por otro lado, un presupuesto reducido, la situación precaria del personal, desprestigiados ante la opinión pública y saboteados desde dentro y fuera del aparato estatal. Los orígenes de esta limitada capacidad de maniobra están en las características del mismo Estado, que si el derecho a la salud está reconocido, simultáneamente no permite garantizarla (Estrada Galindo, 2008: 121-129).

En relación a las comunidades y el personal *voluntario*, los promotores de salud, fueron rechazados por "están muy politizados" (Albizu et al., 2005: 203) y a sus reemplazos locales, los "guardianes de salud", se les organizó verticalmente y con desempeños normados desde las oficinas centrales del Ministerio de Salud. La incorporación del personal local fue proclamada como "voluntaria", *pero tenía carácter obligatorio*, pues para que las comunidades fueran receptoras del paquete básico, debían elegir guardianes de salud que trabajaran una hora diaria con el apoyo económico de 50.00 quetzales (seis dólares) mensuales. Sin guardianes de salud no había acceso al paquete básico, ni a la consulta quincenal del médico itinerante. Las tareas les eran mensualmente trasladadas por un facilitador comunitario, estando varios de éstos bajo la responsabilidad de un facilitador institucional y un médico. En esta pirámide institucional de la extensión de cobertura, el voluntariado suponía el 92% del personal implicado en la atención, frente al 8% contratado a medio o tiempo completo (MSPAS, 1999b).

La atención en salud en la comunidad ha sido en las últimas décadas un puzle de coordinaciones y descoordinaciones, colaboraciones y deslegitimaciones entre numerosos

actores y cosmogonías/modelos de salud, del familiar al vecino/a, curanderos, comadronas, ajq´ijab (sacerdotes mayas, guías espirituales), promotores de salud, vendedores de medicamentos, sanitarios oenegistas y de las diferentes iglesias cristianas y del Ministerio de Salud. Los numerosos actores y su trabajo febril muestran la necesidad de la atención pero a su vez una muy difusa conciencia del derecho a la salud como derecho humano o derecho social y político frente al derecho a la vida tras el antecedente traumáticos de la década de los 80. Es sabido que la Constitución de la República habla de derechos ciudadanos, y como la Biblia, es libro de texto y lectura en las casas y buses, *la fuerza de lo escrito*, pero apelar a la Constitución o a la Biblia no salvó a nadie en las masacres de los 80, poniendo en vigencia el dicho colonial de que "las leyes están hechas para no ser obedecidas". Frente a la violencia estructural y el incumplimiento permanente de las leyes, la comunidad se conformó en el espacio privilegiado de reproducción social, para la defensa del grupo étnico y de la tierra ante el Estado, a la vez que de una "ciudadanía intracomunitaria" en la que "el respeto" no es algo innato, sino ganado a través del cumplimiento de las normas comunitarias, del trabajo y servicio a la comunidad.

Refiriéndose a las comunidades lingüísticas k´iche´ [quiché] y cakchiquel [kaqchiquel], Esquit y Ochoa (1995) consideran que no existe el concepto de derecho en abstracto, y se necesita recurrir a la paráfrasis de "lo que uno recibe al cumplir con sus obligaciones". "Cuando una persona cumple con sus responsabilidades sociales será acreedora del respeto, de derechos. El respeto se adquiere progresivamente a lo largo de la vida, como parte del proceso de crecimiento físico y moral y que sólo se alcanza con la madurez de los abuelos" (Pitarch, 2001). A nivel comunitario, la reciprocidad y el *patanij* (servicio) han sido las claves para ser digno de respeto. En otros aspectos y relacionado con las normas comunitarias se apela al derecho consuetudinario, a la normativa tradicional de las comunidades indígenas, a "la costumbre".

Ante la ausencia de ciudadanía y de derechos humanos, con el derecho a la vida siempre en riesgo, la atención en salud como beneficencia y baja calidad, ha llevado a la sospecha de la medicación *gratuita* y de que "lo regalado no es bueno" a como el Dr. Behrhorst, en Chimaltenango, recogía de la década de los 70 y 80, que para los campesinos del lugar, "cualquier cosa que merezca la pena, deba ser pagada o ganada" (Behrhorst y Seltzer,

1983). En paralelo pero con otros intereses, en la actualidad, buena parte de los profesionales de la salud expresan que “el Estado guatemalteco es paternalista” debido a que en los servicios públicos, la asistencia y medicamentos son gratuitos (si hay atención y medicamentos disponibles), tras de lo cual lo que quieren manifestar es que la salud es un *bien privado*, el de ellos, que en la mañana te veo en el Centro de salud y en la tarde en mi Clínica privada, y también el de la nación imperfecta sin el derecho a la salud.

El término “derechos humanos” y como parte de los mismos el derecho a la salud, pero menos visibilizado ante el reciente y aún no logrado derecho a la vida, se ha extendido con la lucha de las organizaciones de defensa de los derechos humanos y la presencia de la Misión de de Verificación de Naciones Unidas en Guatemala (MINUGUA). El derecho a la salud se difumina por la falta de antecedentes de una atención pública de calidad y que se correlacione con una efectiva ciudadanía social, el contraste entre el carácter innato que tiene para los organismos internacionales y del respeto a ganar en las comunidades, pero también por la experiencia comunitaria de que la atención de la comadrona y el curandero se paga o corresponde algún tipo de reciprocidad, reciprocidad que deberá ir ligada a la ciudadanía.

El derecho a la salud y una mayor calidad de la atención está en las demandas de las organizaciones sociales, pero es una demanda y necesidad expresada más por las mujeres, más atentas a los cuidados y curaciones en la familia. Del conjunto de derechos, el derecho a la vida y los derechos a la tierra y el subsuelo, el derecho a la educación son, hoy por hoy, más movilizadores que el derecho a la salud y a la atención.

Por otro lado, en el país existe “un imaginario fuertemente instituido de que la institución pública de salud está significada como *ineficiente, sin recursos, descoordinada, corrupta, infuncional, centralista, dispersa, incoherente, incongruente, usurera, discriminadora, excluyente y contradictoria*, por mencionar sólo algunas de las valoraciones más relevantes”, lo que reduce la posibilidad de comprender la salud como un derecho social y refuerza el imaginario neoliberal que reduce a su más mínima expresión la cosa pública. El imaginario es coherente con el Modelo Médico Hegemónico y la triada representada por el médico, la tecnología (diagnóstica/terapéutica) y el medicamento están firmemente ancladas en el imaginario de las instituciones y de las personas comunes, donde tener una buena

terapéutica significa esencialmente tener acceso a esa triada. Salud significa escapar de la enfermedad y la atención de la salud se concibe en función del acto médico y el uso de medicamentos (Estrada Galindo, 2008: 96-104).

Estos imaginarios se concretaron en la Reforma del sector salud, el Programa de Extensión de Cobertura y su Paquete Básico. La reacción de los sectores comprometidos con el derecho a la salud no fue inmediata, "tanto por la falta de información como por los mecanismos de presión y autoritarismo desde el Ministerio" (Icú, 2000: 295-297). La reacción comenzó recabando información con el posterior debate del cual un sector se conformó como coalición política en la Instancia Nacional de Salud (INS), coalición desde la que se elaboró el Programa de salud del presente estudio. La INS reconocía la combinación de subsidiaridad neoliberal y mercado en esta versión guatemalteca de la Reforma del sector salud, planteando en la editorial de su revista (INS, 2005) que "el altruismo y la beneficencia como tales, jamás podrían considerarse como peligrosas, si contribuyeran a reforzar las acciones del Estado, pero lo son cuando empiezan a ser consideradas como una forma de política social", y que "la defensa de la vida y la salud, exige vernos como ciudadanos del Estado, y no como meros clientes del mercado".

Una ciudadanía formal que niega el derecho a la salud y a la vida

El Informe del Programa de Naciones Unidas en Guatemala (PNUD, 2005: 294-295) abordó la construcción de "la ciudadanía en un estado plural" y caracterizó los modelos de nación, como cultural y político. La primera con génesis en una comunidad cultural previa, con estructuras étnico-lingüísticas más o menos homogéneas, un pasado común y otras manifestaciones culturales y espirituales. La segunda, es el caso de Guatemala, como iniciativa de un grupo nacional dominante, económica y/o políticamente, sobre el resto de la población, homogénea o no pero en condición subordinada. En la nación política de Guatemala el destino común se impone desde el Estado, desde una oligarquía con un estilo dominante patrimonial, violento y excluyente. La "ciudadanía en un estado plural" (Ibíd., 298) sería "el reconocimiento individual que hace el Estado sobre la igualdad de todos los nacionales como portadores de derechos y deberes. En la versión liberal, la ciudadanía es igualdad formal, pero ¿cómo puede un indígena sentirse ciudadano frente a otros que lo dominan? Cuando el concepto de igualdad

de todos, se enfrenta a las profundas desigualdades reales existentes en la sociedad, termina afectando la naturaleza misma de la igualdad".

En el funcionamiento efectivo de la ciudadanía dos parámetros básicos, "la desigualdad y la exclusión", son organizadores de sistemas de pertenencia jerarquizada y nos aproximan a la calidad de esa ciudadanía. "En relación a la desigualdad, la pertenencia se da por *integración subordinada*, mientras que en la exclusión, la pertenencia se da por *inclusión marginal*, se pertenece por la forma en que se es excluido. En la primera, priman las razones de clase, en la segunda, las étnicas. En las sociedades multiétnicas como Guatemala, ambos ejes se solapan dando lugar a una *ciudadanía de baja intensidad* para la mayoría de la población indígena" (PNUD, 2005: 298).

La Constitución guatemalteca de 1985 reconoció la igualdad jurídico-formal de la ciudadanía pero tras la igualdad discursiva permanecen las brutales diferencias (PNUD, 2005: 300). Las políticas de salud y el estado de salud de la población, los programas y actividades que desarrollan los servicios, las relaciones que se establecen con la población indígena quien acude con temor a los servicios, reflejan el déficit de ciudadanía y de los derechos sociales.

En la historia de Guatemala, *el dicho basado en lo escrito*, sea en las Leyes Nuevas de la Colonia o en las diferentes Constituciones desde la Independencia, han sido siempre un referente discursivo de los poderosos y de los subalternos, pero la letra chiquita, las leyes secundarias o simplemente desobedecer las leyes han hecho de ellas papel mojado para los poderosos y sin embargo los subalternos, hasta hace no tantos años mayoritariamente analfabetas, han seguido apelando a la letra grande de las Leyes. Si en las camionetas es frecuente encontrarse pasajeros que uno cree van leyendo la Biblia, al acercarse uno aprecia que es la Constitución de la República; igualmente en las casas no es raro que posean un libro de la Constitución, lo que no es habitual en otras latitudes. Al poder de lo escrito y su contradicción con *el hecho real* de la ciudadanía y el derecho a la salud, le sobran palabras.

El derecho a la salud como los derechos humanos, como innatos a las personas, y rasgos de la ciudadanía social y política contrasta en Guatemala con una realidad en la que se discute la

salud como bien privado, mercancía para quien pueda o haga el esfuerzo de pagarla, con neo-beneficencia para los pobres, los excluidos o la atención de la salud como bien público, derecho y ciudadanía para todos. No está demás recordar que:

> "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica […]" Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948, París)

A modo de conclusión del apartado, se reconoce el proceso salud/enfermedad/atención, la política pública de salud trenzados estructuralmente con el sistema social, y prueba de ello, como la atención sanitaria se ha correspondido con el de ciudadanía. A los "otros", de indios a gualtemaltecos de segunda, pobres y excluidos de la nación imaginada, les va corresponder desde el Estado una atención siempre de beneficencia, que si inicia siendo cristina, de caridad, pasa con la Revolución iniciada en 1871 a la beneficencia liberal, con la Revolución democrática de 1944 a la asistencia social y más recientemente, finales de la década de los 90, a la beneficencia neoliberal con un paquete básico de servicios públicos para los pobres y de la salud como mercancía para quien pueda pagarla.

Los diferentes cambios programáticos introducidos a lo largo del último medio siglo en el MSPAS han mantenido el divorcio entre *el dicho*, la Atención Primaria y los programas de salud, el derecho a la atención de la Constitución de la República convertidos en una "reforma aditiva" permanente que poco cambian *el hecho*, en donde sigue pendiente el pasar a la aplicación del derecho efectivo y a una atención en salud de calidad.

Experiencias de violencia médica o la violencia por tu propio bien

> "El derecho a la salud es un derecho inclusivo que comprende no sólo
> el disponer de instalaciones, bienes y servicios oportunos y apropiados,
> sino una amplia variedad de factores que determinan la salud,
> como el acceso a alimentos seguros y nutrición adecuada,
> agua limpia y potable, saneamiento adecuado,
> vivienda adecuada, y acceso a educación e
> información relacionada con la salud.
> Los pueblos indígenas han afrontado sistemáticamente
> el racismo, la exclusión, la discriminación y la marginación,
> así como la falta de respeto hacia sus prácticas culturales en la prestación de servicios de salud.
> Por ejemplo, las mujeres indígenas son reprendidas por tener muchos hijos,
> ni esfuerzo por proporcionar servicios a los pueblos indígenas en sus propios idiomas".
>
> Informe del Relator Especial de Salud de las Naciones Unidas en Guatemala
> (2010: 163-164)

Hablar de violencia médica en los servicios de salud pareciera una contradicción con la razón benéfica y altruista que se le atribuye, pero esta aparente contradicción no es tal, sino la expresión de la sociedad y sus exclusiones en una más de sus instituciones. Y a mayor exclusión social, es previsible una mayor violencia también en los servicios de salud.

Para Restrepo y Espinel (1996: 217-229) "por definición, una actividad como la medicina, que se declara portadora de intereses altruistas, quedaría por fuera de la esfera de la violencia, a no ser que se tratara de señalar la existencia de algunas excepciones, que corresponderían a profesionales cuya conducta los colocaría en el campo de lo delictivo". Pero en las instituciones médicas, además de esas violencias explícitas y delictivas, reconoce hay una "amplia gama de violencias implícitas, silenciosas, que anidan en la dinámica propia de las instituciones, y que llevaron a ser nombradas por Alice Miller, como la `violencia por tu propio bien´".

La violencia estructural en Guatemala con sus condicionantes políticos, económicos, culturales es parte constituyente de los diferentes niveles macro-meso-micro sociales y estructuralmente se hace presente en el proceso salud/enfermedad/atención. Así en el nivel internacional, el costo social del Tratado de Libre Comercio se manifiesta en el campo sanitario con la prohibición de medicamentos genéricos y la consiguiente multiplicación de precios, poniendo en riesgo no sólo la vida de los pacientes con VIH+, sino también de personas con otras

infecciones que generan alta mortalidad. En el nivel nacional, con las políticas gubernamentales socio-económicas, el bajo gasto o inversión en salud, la APS selectiva. Estas políticas macro, internacionales y nacionales, van a generar inequidades en salud y el mantenimiento de las muertes evitables[9] (Benach y Muntaner, 2005:18), como consecuencia de desiguales condiciones de vida y del no acceso a unos servicios de salud de calidad. La muerte evitable es también una muerte diferencial entre las clases sociales dentro de un mismo país pues nos indica las desigualdades entre las mismas, al igual que la morbilidad e invalidez diferenciales, el desarrollo y maduración diferenciales, el estado nutricional diferencial, la esperanza de vida diferencial, la enfermedad ocupacional diferencial y otras. Todos ellos indicadores que evidencias la incidencia diferencial según clase social, grupo étnico o grupo ocupacional (Menéndez, 1987).

La violencia estructural en Guatemala ha hecho posible la impunidad de violencias explícitas en la institución sanitaria, como las investigaciones sobre las enfermedades venéreas con presos, enfermos mentales y trabajadoras del sexo llevadas a cabo en la década de los 50, reconocidas por el gobierno de los EEUU en el año 2011, y las aún no reconocidas esterilizaciones masivas de mujeres en el Altiplano, actuaciones que se hicieron sin información ni consentimiento. Igualmente es conocida la participación de médicos en las denuncias y torturas en tiempos de los gobiernos más represivos, no ya del tiempo del general Ubico, sino más recientemente en la década de los 80. Aunque el Ministerio de salud no estuviera implicado en la denuncia y represión, sí fue percibida por muchos promotores de salud y de la población, como una extensión del Estado contrainsurgente, a la vez que se vio afectado por la represión y muerte de decenas de trabajadores de toda su pirámide institucional, el cierre temporal de la Escuela de técnicos de salud rural de Quiriguá debido a su compromiso social y al cierre y/o destrucción por la guerra de buena parte de la infraestructura sanitaria rural.

A la violencia estructural se le suma la violencia del modelo médico hegemónico (MMH) y de las instituciones sanitarias, violencia que incluye “desde el sexismo y el racismo hasta las expresiones íntimas del poder de clase y que se ejerce a través de la acción de la cognición y el

[9] Aquellas muertes, “innecesarias, injustas y evitables”, pues hay los recursos para superarlas (Benach y Muntaner).

desconocimiento, del saber y el sentimiento, con el consentimiento inconsciente de los dominados" (Bourgois, 2005: 12-14). Violencia que está inserta en el MMH como sistema de expertos excluyente con otros saberes, y en donde "bajo el rubro del bien común médico, hay tres puntos de peligro en las instituciones de salud: El primero es *la tentación de homogeneización*, negando la singularidad humana. El segundo, *el dogmatismo*, negando la existencia de otras formas de entender el proceso salud-enfermedad que se insertan en un universo cultural, lingüístico y valorativo. El tercero, *pensar la práctica médica como un sistema de cuidados obligatorios*, negando la necesidad que tienen individuos y comunidades de ser autónomos en la manera cómo abordan el nacimiento, el dolor, la salud, la enfermedad y la muerte" (Restrepo y Espinel, 1996: 217-229).

La violencia médica en Guatemala es un "síndrome de la experiencia" de cómo las relaciones sociales se manifiestan en los servicios públicos de salud.

La violencia del racismo

Hasta trabajar con la población indígena maya en Chiapas y Guatemala, mi bagaje cultural sobre la violencia médica, estaba ligado al dolor de algunas extracciones dentales, a las denuncias sobre la participación de médicos en torturas en diversos países y a las lecturas de Frantz Fanon, facilitadas éstas por mi trabajo médico en 1979 en Argelia. Posteriormente, la experiencia en los centros de salud y hospitales públicos de Chiapas y Guatemala, me llevó a releer el trabajo de Fanon, pues su relato del paciente como colonizado y el médico como colonizador, reflejaba situaciones similares a las que se vivían en estos centros y que con mayor o menor crudeza se presentaba según las características de los pacientes, las actitudes de los trabajadores y el tipo de instituciones.

El Hospital de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, fue el primer lugar que me mostró el temor generalizado de los indígenas a la hospitalización y la culpabilización que especialmente los médicos, hacían a los pacientes y familiares, por la tardanza de su llegada al hospital y que dada la extrema gravedad con que ingresaba el paciente, llevaba a un final fatal. Final que no hacía más que alimentar la identificación del hospital con la muerte. Por otro lado, la culpabilización de los médicos a los familiares, mostraba el desconocimiento de los

obstáculos y vivencias que tenían estos a la llegada al hospital, y también la vivencia por los médicos de la muerte como fracaso médico, que en su intento de alivio derivaban las responsabilidades a los familiares.

El Centro de salud contiguo al Hospital no escapaba a aspectos que llamaron mi atención, y que eran denunciados por diferentes sectores sociales, como que el programa de planificación familiar tuviera más recursos económicos y de personal que el de tuberculosis, enfermedad de alta prevalencia en la región. También que detrás de la libertad de información sobre la planificación, hubiera metas a cumplir, que subían de año en año, y no referidos a hombres y mujeres informados, sino hombres y mujeres planificando fuera temporal o definitivamente. Las campañas de inmunización que en unidades móviles realizábamos en las comunidades indígenas, tampoco estaban exentas de violencia, pues al llegar los equipos médicos, las madres que hacían fila con sus hijos, dejaban escapar a éstos. Nosotros corríamos detrás de los niños que una vez "capturados" eran vacunados entre sus gritos y las risas de las madres. Eran los días que en las comunidades corría la voz, que "con las vacunas se estaba esterilizando a los niños".

La difícil comunicación idiomática, cada quien con su monolingüismo, pero también de los dolores y malestares que se escapaban a la anatomía-fisiología que uno había estudiado, el permanente esfuerzo de los familiares comprando los medicamentos de las nuevas indicaciones, tantas veces el maltrato, donde "el regaño está a la orden del día" (Meneses, 2005), revelaba la relación tan desigual que se establecía intramuros y que fácilmente era observable tras los cristales del hospital era una extensión de la desigualdad extramuros. Desde las ventanas se observaba "la fila india" con que los indígenas caminaban en la calle, y que llevaba a desplazarlos como un ciempiés de la acera a la calle, para dar paso al ladino, y volver de nuevo a la acera.

La condición en que se encontraba la población indígena frente a los no indígenas, me llevó varias veces a que un escalofrío recorriera mi cuerpo. Y es que el "diagnóstico social de violencia" tantas veces referido por Fanon, me llevó a pensar que la prescripción médico-social podía pasar también por la violencia, aspecto que si no era deseable, parecía inevitable

como había sucedido un siglo antes, en la guerra de las castas y que se haría presente con los zapatistas al tomar la ciudad el 1 de enero de 1994.

¿Qué había tras el temor del ingreso hospitalario y el trato diferenciado entre quienes eran indígenas y no? Fanon llevó las relaciones del ámbito social al de los servicios médicos, los servicios de salud como espías sociales, y su texto "*Medicina y colonialismo*" (Fanon, 1986: 97-119), referido a la Argelia francesa, décadas después de su primera publicación en 1959 seguía vigente en Chiapas y Guatemala:

> "El colonizado que visita al médico está siempre un poco rígido. Responde con monosílabos, es parco en explicaciones y muy pronto provoca la impaciencia del médico.
>
> Los médicos afirman: el dolor en ellos es protopático, mal diferenciado, difuso como en el animal: es más bien un malestar general que un dolor localizado.
> Los enfermos dicen: Ellos me han preguntado qué tengo, como si yo fuera el médico; se creen superiores y no son capaces de saber lo que me pasa. Desde que entramos, nos preguntan cuál es nuestro mal.
> Los médicos opinan: Esas gentes son vulgares.
> Los enfermos: Ellos no me inspiran confianza. Sabemos cómo entramos en sus consultorios, pero ignoramos cómo saldremos, e incluso si llegaremos a salir.
>
> El médico y el enfermero elaborarán una regla de acción: con esas gentes no se practica la medicina, sino el arte de los veterinarios.
>
> Para el colonizado, la consulta es siempre una prueba. Si el colonizado es un mal paciente, es peor aún como enfermo. Irregularidad en la toma de las medicinas, error en las dosis o en la forma de su administración, incapacidad para apreciar la importancia de las visitas médicas periódicas, actitud paradójica, frívola, frente al régimen alimenticio prescrito; tales son las particularidades más notables y comunes señaladas por el médico colonizador. El médico no tiene ningún dominio sobre el enfermo. Comprueba a cada instante, a pesar de las promesas y juramentos, la existencia de una actitud de fuga e

irresponsabilidad. Los esfuerzos del médico y su equipo de enfermeros se estrellan no ante una oposición coherente, sino ante la `desaparición´ del enfermo".

En el texto pude reconocer mi propia experiencia ante esos dolores difusos que se desplazan de manera incomprensible para los saberes académicos y las respuestas monosilábicas. Ante las preguntas disyuntivas de ¿le duele en el brazo o la pierna?, las respuestas siempre repetían el "sí", evitando el políticamente incorrecto "no", generando confusión no sólo en el paciente sino también en el médico con la sensación de estar en el lugar y con el paciente equivocado. Con el tiempo se aprende que hay que evitar las disyuntivas y preguntar por separado: ¿le duele el brazo?, y después ¿le duele la pierna?, aumentando así las posibilidades de obtener sí o no.

Desde una perspectiva que quiere ser más incluyente y pertinente, cuando el médico pregunta: "Y usted ¿qué cree que tiene?", el primer sorprendido es el paciente, quien mas de una vez, en Guatemala como cita Fanon en Argelia, responde con: "¿No es usted el médico? usted debe saberlo". En el modelo biomédico como sucede en el modelo *tradicional*, una de las distancias entre el médico y el paciente es la de entre *quien sabe y quien no*, así que a veces, la pregunta de acercamiento, paradójicamente se revierte, al menos en un primer momento, contra el médico *pertinente*.

Igualmente en las exploraciones, la dificultad del examen físico es habitual. El paciente temiéndose la provocación de un dolor sin previo aviso, se mantiene rígido, con el "vientre en tabla" que en el caso de los exámenes ginecológicos, la rigidez puede ser tal, que los sufrientes son tanto la paciente como el personal sanitario. Fue el caso de María, esposa de don Bartolo, hombre de gran sabiduría en la historia de su pueblo q´eqchi´, que me pidió examinara a su esposa. Los malestares indicaban un problema ginecológico, y tras hablar entre ellos, ella estuvo dispuesta a un examen ginecológico, y como siempre en presencia de su esposo. La rigidez de María limitaba el examen y ni las palabras de su esposo eran suficientes para que se tranquilizara, siendo finalmente su vivencia y la mía, lo más parecido a una violación.

De la violencia médica y del temor de los pacientes, el hospital será paradigmático, y en Guatemala ha sido el espacio privilegiado de los pocos estudios que lo abordan (Acevedo,

1986), (Schambach Morel, 2003), (Villaseñor, 2003), (PNUD, 2005) recogiendo expresiones habituales como el "sólo a morirse va uno al hospital" en boca de la población indígena y marginada, o "prefieren morirse en sus casas que llegar al hospital" desde los trabajadores de salud.

La condición de subalternidad en la que se entra al hospital, y de sumisión a la que se exige al paciente, el miedo a un ámbito predominantemente ladino en donde hasta los propios trabajadores indígenas ocultan su identidad y conocimientos idiomáticos, en donde la cultura indígena es reconocida como obstáculo, el hospital genera temores al identificarlo con la peor representación del ladino: el de ladrón y asesino. Temores que hoy en día siguen vivos en expresiones como: "se comen nuestras partes", "quieren abrirnos y dejarnos incompletos", "quieren asesinarnos, quieren acabar con la población maya" (Acevedo, 1986), (Schambach Morel, 2003) y de las que participaba la población de Bocacosta de Sololá hacia el hospital de Mazatenango, según recogían sorprendidos y asustados en su trabajo de campo, dos estudiantes norteamericanos que residían en el verano del 2007 en la Clínica Maxeña. El miedo a la facilidad con que el hospital, cortan y dejan incompletos a los pacientes, fue el expresado por Francisco, presidente del Concejo de Comités de Desarrollo de Pasaquijuyup, y también por su familia. Entre el "te van a cortar la mano" de los familiares, y el de "si no vas al hospital, vas a perder la mano", del maestro y del promotor de salud, aceptó este segundo consejo en caso extremo y finalmente le amputaron varios dedos.

Las cirugías como invalidantes, temporal o permanentemente, "ya nunca quedan igual", es otro de los temores constantes, especialmente de las embarazadas frente a las cesáreas. Cirugías que llevan, bajo el criterio popular, "a cuidarse de un año sin realizar trabajos pesados como cargar el agua, la leña y otros", que limitan a las mujeres en su *deber* ser de cuidadora del hogar y que llevan a evitar al extremo el parto hospitalario, por temor a la cesárea e incluso cuando ésta es indicada por los médicos de su confianza.

Son también parte de esa violencia, la insensibilidad hospitalaria al cuidado del equilibro frío-caliente, tanto en la alimentación como en el baño; la falta de intimidad en las exploraciones ginecológicas y la percepción de desnudez por el tipo de batas que se proporciona a las mujeres; las demandas de donación de sangre a los familiares ante una cirugía y el temor a

que su extracción y pérdida irremplazable para el donante, pueda poner en riesgo su vida (UNICEF, 1993), y si es padre de familia, la sobrevivencia familiar, así se comprende que cuando uno como donante universal trasfundía su sangre, en caso de sobrevivir el paciente fuera cuasi incorporado a la familia; la dificultad o prohibición hasta hace pocos años, del acompañamiento familiar nocturno, incluso cuando los pacientes eran niños, con la consiguiente tensión que no ayudaba a la recuperación del niño, y a un sentimiento de culpabilidad familiar por dejarlo sólo; los malos tratos hacia el familiar acompañante quien "estorba"; y el gasto de dinero que supone el ingreso en el hospital, tanto por los gastos de la medicación como por la estancia de los familiares fuera de la casa. Para Diego Tzaput, ASC de Pasaquijuyup, una combinación de todos ellos era el temor de Elena y su marido para ir de emergencia al hospital de Mazatenango.

Otra forma de violencia para algunos y de gran consuelo para otros, es la presencia masiva y militante de pentecostales, que Biblia en mano buscan a los pacientes hospitalizados en sus camas, pasillos, para comunicarles "el poder de Dios", el "ponerse en las manos de Dios", "sólo Dios cura", el "arrepentirse de sus pecados" y la necesidad de "convertirse a la verdad, para curarse". Una población de hondo sentimiento cristiano y en una condición de fuerte dependencia, por la enfermedad y el hospital, se rinde a Cristo salvador o se enoja ante la insistencia de un discurso cristiano distinto al suyo.

El hospital también se acompaña del miedo a morir lejos de la casa, por la pérdida del espíritu, por el incumplimiento de los rituales de entierro, los gastos del traslado a la comunidad y cuando no, como a Natividad Sales (2005), en el Hospital San Juan de Dios, poniendo en duda que ella fuera la madre del adolescente fallecido. Natividad (ex promotora de salud) había acompañado a su hijo de 14 años por dos semanas en el servicio de pediatría, pero el hecho de que el joven hubiera nacido como refugiado en México y trasladado su documentación de residencia a Guatemala, era la excusa para que el responsable del depósito de cadáveres planteara la duda y la posibilidad de que ella no fuera su madre sino una traficante de órganos. A pesar de presentar la documentación exigida, solicitar la presencia de los médicos y enfermeras que le habían atendido en el hospital, amenazarle con una denuncia en la Procuraduría de Derechos Humanos, no fue posible recuperar el cuerpo de Gerardo hasta pagar una *mordida* de Q 100,00 (aprox. 10 euros) por mi parte, al responsable del depósito

de cadáveres. Para Natividad era una suma más al dolor del que 10 años antes hubiera salido herida con Gerardo en la masacre de Xamán (1985), masacre realizada a escasos metros de su casa por una patrulla del ejército guatemalteco, y que la anemia perniciosa que había llevado a la muerte a su hijo era una iatrogenia fruto del antibiótico, cloranfenicol, con el que había sido tratado por sus continuas *anginas*.

En el departamento de Totonicapán, colindante al de Quetzaltenango, y con un 97,5 % de población indígena, el Jefe de Área transmitió a la misión exploratoria de Médicos Sin Fronteras en la que yo participaba (Albizu, 1999a):

> "Contrastan las necesidades de la población, un elevado nivel de pobreza y de los peores indicadores de salud del país con una notable accesibilidad geográfica a los servicios de salud y la escasa utilización que se hace de los mismos. Nuestra tasa de consulta y vacunaciones es baja; la población no acude a los servicios por un problema de calidad, especialmente de calidad humana. La asistencia es algo mayor en los programa de extensión de cobertura de las ONGs, y más alto en los servicios de la Pastoral de salud"

A pesar de la mejor accesibilidad geográfica de los servicios en relación a otros departamentos, la atención médica gratuita y los medicamentos a bajo costo, el Jefe de Área atribuía la baja asistencia a:

> "La discriminación y mal trato es conocido y reconocido, hasta por el propio Ministerio. Es una queja permanente de la población y se expresa abiertamente por los promotores de salud. Cuando acuden a los puestos o centros, no hay atención, se mantienen muchas veces cerrados, sin personal o sin medicamentos o cierran a media tarde, y pocas veces se atiende fuera de horarios. En el Centro de Salud de Nebaj (departamento de El Quiché) han cambiado esa situación con la llegada de los doctores cubanos; han pasado de atender 8 a 80 pacientes diarios. Los cubanos están garantizando la atención médica las 24 horas, y con gran probabilidad no hay mal trato ni discriminación, aún cuando pueda haber desconocimiento de las pautas culturales de la población ixil y del idioma.

Nuestros médicos y muchos trabajadores de la salud desconocen la vida en las comunidades, el idioma y la cosmovisión sanitaria de la población convirtiéndose en una barrera importante que lleva a que algunos sectores de población le tengan más confianza a sus sistemas tradicionales. Los malos indicadores tienen que ver no sólo con la inasistencia a los servicios y la falta de coordinación con los médicos tradicionales y comadronas, o a las limitaciones en la educación sanitaria, responde también a la pobreza de nuestra gente.

A nivel departamental la atención priorizada son las vacunaciones, pero afrontamos una gran resistencia entre la población. En algunos centros, para ser atendidos en consulta, se exige la vacunación previa y en algunos municipios para poder registrarlos, se les exige la cartilla de vacunación. La resistencia tiene que ver con el temor a los rumores de esterilizaciones masivas bajo la cobertura de vacunación y a las creencias de que `las vacunas enferman a los niños´, `¿para qué vacunar a los niños? Si nuestros abuelos nunca se vacunaron y llegaron a ancianos´”.

El Hospital departamental José Felipe Flores estaba en buen estado de mantenimiento, y para sus 100 camas, había 70 en funcionamiento y según su director con un 80% de rendimiento. En el momento de la visita tenía 40 camas ocupadas y una consulta externa diaria total de 25 pacientes. Estas bajas cifras contrastaban con el personal hospitalario compuesto de 18 médicos, 10 enfermeras graduadas, 10 estudiantes de medicina en su EPS y 59 trabajadores más entre auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios. La productividad del hospital probablemente era de las peores del país, en donde la relación era de tres trabajadores por paciente. Informaciones de años posteriores, y sin explicación de las causas de mejora, daban ya una mayor asistencia.

La misión exploratoria estaba interesada en cubrir una zona del municipio de Santa Lucía La Reforma para implementar un programa de MSF, el “Distrito de salud”. La visita a su Centro de Salud tipo B, atendido por dos estudiantes de medicina en el EPS y varias auxiliares de enfermería, tenía un promedio de 8-10 consultas diarias para una población de 12.827 habitantes (MSPAS, 1998) y que ascendía a 60 en los días de mercado. El trato era respetuoso

con la salvedad de que pocos trabajadores hablaban el idioma local, y la población era mayormente monolingüe k´iche´.

Posteriormente visitamos Centros de otros municipios, causándonos fuerte impresión el blanco resplandeciente del recién pintando Centro de salud de San Cristóbal Totonicapán, en medio de unas calles de tierra convertidas en lodazal por las fuertes lluvias. La llegada de varias mujeres de las aldeas circundantes, con niños a consulta, descalzas y con barro hasta las rodillas, enojó a una de las trabajadoras que comenzó a gritarles y a exigirles se lavaran los pies antes de entrar en el Centro. Sí, pero ¿alguien sabía dónde había un chorro de agua? Acabando la visita al departamento y despedirnos del Jefe de Área le comentamos del suceso, no le extrañó, "tengo reportes de trabajadores que han pateado a los pacientes, pero no puedo hacer nada" (Albizu, 1999a).

Una situación similar refiere Mazariegos (2005: 37) en un municipio de Quetzaltenango en el que los campesinos tenían fuerte rechazo a la auxiliar del puesto de salud pues aparte de ausentarse con frecuencia del puesto, les regañaba por la forma de vestir, hablar y su supuesta falta de higiene, lo que llevaba a que incluso estando graves demoraban su salida mientras juntaban el dinero para pagarse una atención privada. También en un Coloquio sobre racismo (2005: 41-42), Curruchiche Gómez una académica cakchiquel, recuerda como en una visita al Centro de El Estor, departamento de Izabal, el doctor les aseguraba dar "una atención de acuerdo al contexto idiomático y cultural y para ello tenía un traductor pues la señora que iba a atender no sabía expresarse y era una urgencia. Lo grotesco fue cuando llegó la enfermera y dice: por favor, todos los familiares de la señora háganme el favor de esperar allí fuera ¿No vieron que el piso estaba limpio cuando ustedes entraron a ensuciar?".

El impedimento para sancionar a un trabajador que maltrate a los pacientes, encuentra las dificultades en una institución donde prima el corporativismo, la defensa de su superioridad jerárquica y su sentido de beneficencia. El maltrato no es únicamente hacia el paciente indígena sino se extiende a la población pobre de las áreas populares de la capital, donde los pacientes y familiares insisten en "el mal trato por el personal que va desde una `mala mirada´ de rechazo hasta dilación y regaño, tanto en el hospital como en el centro y puesto de salud.

Nos hacen sentir como si fuéramos de regalado, bien diferente a la buena atención en los

servicios privados". Esto lleva a los pacientes, haciendo un gran esfuerzo económico, a acudir a los servicios privados, evitando los partos en los servicios públicos por la "mala experiencia de la gente, al mal trato recibido por las mujeres por parte de los médicos y enfermeras" y de lo contrario "a acudir muchas veces con resignación a los servicios públicos". Esta experiencia de la población subalterna socialmente por su pobreza entraba en contradicción con "la percepción de los prestadores, de negar el mal trato: `eso no es cierto´" (Miranda, 2006: 40-48).

La combinación público-privada generalizada en los países latinoamericanos lleva en buena parte de los países latinoamericanos a evidenciar un trato diferencial por parte del mismo personal sanitario y pacientes en los ámbitos privados y públicos. Esta diferenciación lleva a Ramírez (2006: 122) a preguntarse "¿por qué el personal sanitario, capaz de ser amable y delicado cuando atiende en el servicio privado, cambia su manera de comportarse cuando atiende en el servicio público?", lo que lleva a pensar en la diferencia sustancial de la condición de cliente en el privado frente a la de beneficencia del servicios público.

Esta situación de estigmatización y violencia en que vive buena parte de la población indígena y sectores populares en los servicios públicos de salud, en Guatemala, Bolivia y otros países, llevó en México a que entre las demandas de los médicos tradicionales al IMSS-Solidaridad (González, 1999) estuviera:

> a) Que no haya discriminación; que se brinde servicio las 24 horas y fines de semana;
> b) Que el personal sea bilingüe, respete y valore la cultura indígena, tomen en cuenta las costumbres de la comunidad y den mejor trato a la población;
> c) Que el enfermo cuente siempre con un familiar acompañándole en el servicio de urgencias y hospitalización para que lo cuide y le dé más tranquilidad;
> d) Garantizar que los auxiliares conozcan el idioma, pero sobre todo las costumbres y la identidad del grupo indígena, para que los servicios se brinden con respeto y calidez;
> e) Dotar de gafetes de identificación a los terapeutas tradicionales para que puedan acompañar a sus pacientes en las Unidades Médicas Rurales, Hospitales Regionales, y compartan la responsabilidad de la atención.

Los cambios sociales, extramuros a los servicios de salud, y la importante llegada, en términos cuantitativos, de personas benévolas a los servicios, más como auxiliares de enfermería todavía, abren una potencial vía, para unas relaciones benévolas aún cuando ésta sea insuficiente. Y es que siendo los malos tratos, una de las quejas permanentes, "los médicos aclaran que esto deviene de las cargas estresantes a las que se ven sujetos en hospitales no equipados, y sin suficiente personal, pero tal explicación no explica el porqué del uso del lenguaje racista, clasista o de marginación hacia la mujer, constructos prejuiciosos que se encuentran en el diario vivir del guatemalteco promedio" (Aziz Valdez, 2008).

Esos hijos tan queridos

La estigmatización social a la población indígena y la justificación para un sector de población ladina, de que la marginación se debe "a su cultura, y a porque no quieren cambiar", convierten a ésta, para los servicios públicos de salud, en la causa de sus hábitos insanos y enfermedades, en la tardanza de llegar al hospital y en obstáculo para la aceptación de la ciencia médica. La condición de subalternidad y sumisión que se les exige es respondida según los médicos con actitudes "de fuga e irresponsabilidad" (Fanon, 1986), dificultad para la exploración por la rigidez corporal y en la comunicación por el idioma, por sus extraños síntomas para el biomédico. Es frecuente que "los otros culturales" acaben siendo vistos como "infantiles", cuando no "son como animalitos" o deshumanizados por su insensibilidad, con comentarios que he escuchado en Chiapas y Guatemala: "Cuando se les mueren sus hijos, las indias ni lloran, tienen tantos, les quedan los otros y siempre pueden hacer más. Lo más, unas lagrimitas y ya está".

Ante respuestas de: "Mijita, ¿Por qué no viniste antes? ¿Por qué esperaste tanto? Ya no se puede hacer nada" del trabajador de salud, la del indígena es el silencio, la contención, el hermetismo, no queriendo mostrar sus sentimientos ante quienes se han manifestado como dominadores y los acusan de ser culpables, padres que de víctimas son transformados en victimarios. Si el finado es un niño, su permanencia en el hospital tenderá a ser breve, en el mejor de los casos, se les facilitará la salida: "Cárgatelo en tu rebozo y llévatelo para casa, como que estuviera vivo". La madre como ausente, guarda silencio y se van. La actitud de las familias y en particular de las madres, ante el cadáver de su hijo, será especialmente

contrastante entre el silencio e introversión en el hospital y los gritos, lloros y extroversión en el hogar familiar.

En la década de los 80, el Ixcán guatemalteco era una zona de guerra y la muerte una posibilidad cercana por los asesinatos, bombardeos, enfermedades. En 1980-82, la política de tierra arrasada había llevado a cruzar la frontera mexicana en busca de refugio a decenas de miles de campesinos indígenas y no indígenas. En el Ixcán mexicano, se ubicó el mayor de los campamentos de refugiados guatemaltecos, Puerto Rico, hasta su desalojo violento en 1984 por la Marina mexicana. En los tres años de su existencia, varios cientos de niños y ancianos murieron. Los sucesos vividos escapaban a la comprensión, la muerte masiva y extremadamente violenta de familiares, amigos, vecinos además de la pérdida de sus recursos materiales, recursos obtenidos con el alto sacrificio que significó colonizar la selva, llevó en voz de los refugiados a que "los pechos se secaran, los niños murieran de hambre y los ancianos de tristeza".

Los ancianos ante el derrumbe de su mundo moral me preguntaban: "¿Qué mal hemos hecho para qué se nos trate peor que a los perros?", llevándoles primero a la muerte social, y luego a la física. La reacción fue el "retraimiento súbito y total de los múltiples sistemas de referencia proporcionados por la connivencia del grupo […] en donde la integridad física no resiste a la disolución de la personalidad social" remedando a la "muerte por vudú" (Cannon, 1942), (Lévi-Strauss, 1992: 151-152). Posiblemente el proceso fisiológico de muerte física tras la muerte social, sean similares en ambos casos, con la diferencia que si en la muerte por vudú, la muerte social estaba ligada a la expulsión individual para que viviera la comunidad, a la muerte del anciano guatemalteco le precedía la muerte de la comunidad.

El estado de estupor disociativo o depresivo, como "bolos", "atarantados", en el que entraban algunos refugiados, remedaba a la "crisis de la presencia" y a que "su ser en el mundo" perdía sentido (De Martino: 2005), pero a diferencia de las causas mágicas de ésta, en Guatemala, los sobrevivientes tenían razones explicables aunque estaban más allá de lo humanamente comprensible: "nos trataron peor que animales", "nada debíamos" [sin motivo], "por darles comida, por ser colaboradores" o "tenían el campamento [los guerrilleros] cerca de nuestra comunidad", "porque querían asustarnos" [y meter a los sobrevivientes en las Patrullas de

Autodefensa Civil] o fue “el castigo de los ejércitos y de los ricos por habernos alzado” (Falla, 2011).

En 1989-1990, una epidemia de sarampión arrasó las comunidades de refugiados en Chiapas y las Comunidades de Población en Resistencia (CPR)[10], en el departamento de El Quiché, llevándose cientos de vidas de niños y de algunos adultos. La gente le denominó el “sarampión negro”, por el tono oscuro que adquiría la piel de los enfermos y para diferenciarlo del otro, el “rojo”, para el que habían sido vacunados pero al que “el negro, no respetaba”. El mundo moral volvió a ponerse a prueba en una familia amiga kanjobal de las CPR, en donde sus tres hijos se enfermaron y dos murieron. El primer hijo murió en la casa familiar, y ante la gravedad del más pequeño, lo trasladamos al puesto de salud donde murió a los dos días. Tras su muerte, los padres abandonaron con las primeras luces el puesto de salud, dejando al niño conmigo ante mi incomprensión de cual podría ser la causa de ello. El baño con limón, vestirlo con la mejor ropa, preparar sus cositas para el camino, la caja, los rezos, eran rituales que no podían faltar salvo en condiciones excepcionales y ésta parecía ser una de ellas pero no sabía el porqué. En una comunidad cercana trabajaba un jesuita antropólogo, Falla, y me acerqué a preguntarle de posibles explicaciones. También mostró su extrañeza, pero respondió: “puede ser su forma de protestar, de mostrar su inconformidad ante Dios, ante quien nos da la vida y la muerte”. Esta vez no eran “los ejércitos” los violadores del mundo moral, sino que podía ser Dios, al provocarles un dolor que escapaba a su aceptación.

A finales de la década de los 80, la vida en las Comunidades de Población en Resistencia (CPR) del Ixcán, se había relativamente *normalizado* dentro de lo que se anunciaba como una guerra larga. Las comunidades volvían a tener celebraciones religiosas, puestos de salud y escuelas con sus respectivos promotores de salud y educación, fiestas patronales y campeonatos de fútbol. La *normalización* había sido precedida por años de movilización

[10] Las CPR del Ixcán y la Sierra, del departamento de El Quiché y las aldeas clandestinas del departamento de El Petén fueron campesinos indígenas y mestizos, que ante la política de tierra arrasada de principios de la década de los 80, se resistió a salir de sus tierras. Vivieron hasta mediados de los 90, “bajo la montaña”, escondiéndose en la selva o en la sierra, en movimiento y construyendo sus propias formas organizativas. El estudio “Política Institucional hacia el Desplazado Interno en Guatemala” (1990) de la antropóloga guatemalteca Mirna Mack, demostró la existencia de esta población civil ante el discurso gubernamental de que en la selva sólo había guerrilleros y tigres. Ello y la posterior salida pública de un documento de estas Comunidades en septiembre de 1990, llevó a que Mirna fuera asesinada por órdenes del Estado Mayor Presidencial.

constante de la población en la selva, ante las numerosas incursiones del ejército para capturar y matarlos, pero ante el fortalecimiento de la guerrilla, las dificultades y costes que para el ejército tenían estos movimientos, habían limitado las incursiones con la consiguiente tranquilidad para la población que vivía "bajo la montaña". La nueva situación llevaba también a mostrar una re-normalización en la relación con la muerte de los hijos.

En esta vuelta a la *normalidad*, en la que ni antes ni ahora faltaron los nacimientos y las muertes, las parejas sin hijos comenzaron a plantearlo como problema. Tal fue el caso de una joven pareja mam, que tras un primer hijo que ya tenía 5 años, ella no había vuelto a embarazarse y vivían ansiosos por ello. Cuando finalmente quedó embarazada, a los 5-6 meses de embarazo, la joven reconoció que el abdomen había dejado de crecer, y temía lo peor. Me tocó revisarla y no logré escuchar el latido fetal. Al no tener más recursos que el oído para diagnosticarla, esperamos un par de semanas y de seguí sin escuchar el latido fetal. Al mes nos avisaron de que llevaba 24 horas con dolores de parto, y llegamos a tiempo para atenderla y ver que el producto resultante fue una mola hidatiforme logrando evitar fuera vista por los miembros de la comunidad, ante el temor que diera lugar a interpretaciones más dolorosas.

A los meses, quedó de nuevo embarazada, y nació una niña que se convirtió en la alegría de toda la familia, especialmente de la mamá. Tenía tres meses cuando se enfermó de bronconeumonía, que resultó resistente a la penicilina, y a los pocos días murió. La muerte de la niña derrumbó a la madre y sus gritos, gritos que salían de lo más profundo de su corazón llegaban a los confines de la selva. La niña mam fue la primera de una serie de muertes infantiles por bronconeumonías, de "no lograditos", y en todas, las emociones se expresaban antitéticas a las de los hospitales de San Cristóbal y Guatemala.

Las categorías del "no logradito" y del "logradito" siguen vigentes en las comunidades como etapas de la vida infantil, teniendo a los dos años como frontera y situándose en otra categoría independiente y por mí, nunca oída en las comunidades, la de los "angelitos". La categoría de "angelitos" en Guatemala es referida por el Dr. Hurtado (pediatra y antropólogo) (2004)[11] en San Juan Sacatepéquez, municipio cakchiquel cercano a la ciudad de Guatemala, que en la

[11] Comunicación personal y citada en sus clases de antropología médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín.

década de los 60 “cuando en una familia detectaban a un niño con *debilidad*, categoría que se acercaba al desnutrido del médico, invitaban a otros niños del barrio a una *cena de angelitos*, un convidio con alimentos sabrosos, con el objetivo de motivar al niño inapetente a comer, por imitación y estímulo de los otros niños”.

Imagen 7

Retrato mortuorio de bebé angelito (Estudio Yas-Noriega, 1998) (CIRMA, 2005)

También “dentro de la tradición cultural católica se llamó `angelito´ a quién murió después de bautizado y antes de tener `uso de razón´ […] poniendo de manifiesto […] la firma convicción de que el niño […] entrará de manera inmediata en el Paraíso” (CIRMA, 1998: 10) (Aceves, 27-28). El Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA), en Antigua Guatemala, dispone de una amplia colección de fotos de finales del siglo XIX y principios del XX, en donde los niños muertos eran vestidos como angelitos.

En mi experiencia, independiente de la categorización de los niños como *escuincles* [denominación compartida con un perro comestible en la época precolombina], no lograditos, angelitos, en ninguna de las *Guatemalas* que he conocido he percibido demostraciones de falta de afectividad hacia los hijos que mueren, a diferencia de las respuestas de algunas madres de “muerte sin llanto” de Bom Jesus da Mata en Brasil (Scheper-Hugues, 1997). Las condiciones de sobrevivencia y muerte infantil han sido en Guatemala, en otras épocas, probablemente similares en frecuencia a las de esta ciudad brasileña, pero si en ésta “ni siquiera las campanas de la iglesia se molestan en sonar cuando muere un niño”, pues caen como moscas, y “las

vidas de estos bebés muertos prematuramente son ejemplos extremos de antibiografías", "antibiografías de antibiografías" (Romero Noguera, 2004), en Guatemala y con los niños mestizos, he sido testigo de cómo suenan las guitarras y los cánticos religiosos acompañando al féretro hasta el cementerio junto a los sollozos de todos.

.

En una interpretación diferente a la de Nancy Scheper-Hugues, para Romero Noguera, las madres de Bom Jesús sufren como cualquier madre que pierde su hijo, pero al ocurrirles con frecuencia han de encontrar alguna explicación que las justifique y exima de culpa de no ser capaces de proporcionarles lo necesario para vivir. Ello no reduce la relación afectiva con sus hijos que se deduce de la tesis de Scheper-Hugues de que a la justificación materna de que esos niños "'querían o incluso necesitaban morir" (una vez el niño ha muerto), no implicaba negligencia ni dejadez eutanásica, no siendo lo mismo mostrar humildad ante la impotencia, que desdeñar o descuidar (Ibíd., 2004).

En Guatemala, el angelito muerto tenía una interpretación similar a la de Scheper-Hugues, en el aspecto de "quienes no tenían pecado irían directamente al cielo", pero no iba ligado a connotaciones o estrategias de desafecto como se pueden deducir de las apreciaciones de algunos trabajadores de salud, "las madres indias no lloran cuando se mueren sus hijos". La respuesta de las madres ante los dominantes, como son percibidos tantas veces los trabajadores de salud, es de mostrarse rígidas (Fanon, 1986) y no mostrarles sentimientos humanos, humanidad que se reservan para el ámbito familiar y comunitario donde van a ser acompañadas en su sufrimiento.

Tan cerca geográficamente, y tan lejos estructuralmente.

De la pobreza, Amartya Sen (2001), destaca además de la carencia de ingresos y recursos materiales o necesidades básicas insatisfechas, la "carencia de capacidades, como la imposibilidad estructural del desarrollo de nuestras capacidades para actuar con eficacia sobre el entorno natural y social, y por lo tanto construir nuestro destino histórico como pueblo". Así el fracaso no es sólo escolar, universitario, sanitario u otro, es el fracaso del Estado en su incapacidad de formar ciudadanos, es el fracaso de una sociedad, un fracaso histórico-social. Este fracaso, José Martí (1998), lo echa en cara a la élite dominante: "Se pide alma de

hombres, a aquellos a quienes desde el nacer se va arrancando el alma. Se quiere que sean ciudadanos, los que para bestias de carga son únicamente preparados".

En esta perspectiva de carencia de capacidades, Farmer y Castro (2005) sitúan la sinergia de la pobreza, el racismo, la violencia política como generadoras de una limitación social en el acceso a los servicios de salud ligada al conocimiento social y al poder, a no tener la capacidad de utilizar esos recursos "y mientras se exige a las personas adecuarse a los servicios, determinados sectores sociales o personas con estigmas de padecer VIH +", en su estudio en Haití, "tienen dificultades en el acceso a los servicios y a un tratamiento eficaz".

La pobreza también ha sido abordada como "cultura de la pobreza", en donde la condición material, sería tanto productora, como resultado de "un complejo de factores, que se ubican en el campo de una manera de pensar, sentir y actuar que no hace más que producir y reproducir las situaciones que denominamos pobreza", que entre sus rasgos relevantes están "el fatalismo, conformismo, falta de motivación al logro, autodesvalorización, indolencia, apatía y desesperanza" (Rodríguez, 2004: 42-50) (Lewis, 1975).

En uno de los estudios de pobreza en Guatemala realizado desde el Instituto de Estudios Interétnicos de la USAC se preguntaban "¿De qué manera y en qué grado se puede decir que una vida en extrema pobreza influye en la manera de vivir y la personalidad de la gente? ¿De qué manera se puede enfocar la personalidad y el carácter de los pobres sin provocar una mayor estigmatización, responsabilizando a los mismos pobres por la pobreza?" (Midré, 2005: 116). Entre las conclusiones destacaban que "mientras unos hablan de las limitaciones dentro de las personas, en su mente y en su constitución moral, la mayoría pensamos que las limitaciones se encuentran en la estructura social" (Ibíd., 97).

La pobreza constituye en términos generales la exclusión de sectores de la población de los derechos humanos, del derecho a la vida, a un nivel adecuado de calidad de vida, al desarrollo de la persona, el derecho a la educación, a la salud, a los servicios básicos y otros, y de la carencia de capacidades como constitutivos de la violencia estructural. Carencia de capacidades que en Guatemala pueden generar una limitación estructural en el acceso a los servicios de salud y aún cuando éstos estén geográficamente cercanos y con los "programas

adecuados y pertinentes”, hay sectores que se encuentran tan lejanos por la violencia estructural, que han naturalizado su situación de pobreza, subalternidad, enfermedad y la incapacidad de acudir a un servicio público de salud.

Tal fue el caso de la familia de Antonia, una familia k´iche´, monolingüe y pobre, de Bocacosta de Sololá, que vivía a pocas decenas de metros del Centro de salud de Xejuyup. Antonia era la última hija de una familia de 12, tenía 12 años, y llevaba seis meses con episodios intermitentes de diarrea, sin haber acudido nunca al Centro de salud, cuando en estado de inconsciencia fue llevada a la Clínica Maxeña, distante a 5 kms de su vivienda.

Los miembros del EAPAS y los ASC participaban en un curso de formación en la Clínica, cuando al mediodía se me acercó la directora, y enfermera, para avisarme que la víspera habían ingresado una niña, que el doctor de la Clínica la había visto pero se había ido a un curso de tres días y posiblemente no regresara hasta la noche. La Clínica Maxeña tenía encamamiento para situaciones como la de Antonia, y por ser todo su personal benévolo y sabio podía caracterizarse como una Clínica benévola. Me acerqué a verla y estaba inconsciente, con una desnutrición severa que le llevaba a aparentar 8 años, y una deshidratación de tercer grado con una parálisis de la peristalsis intestinal, un “íleo paralítico”. Durante el tiempo de su internamiento, ninguno de los doctores de base de la Clínica se comunicó o acercó, tampoco el del EAPAS, a pesar de que la gravedad de la niña era conocida por todos. La niña falleció al día siguiente y la directora acompañó a sus padres con el cadáver hasta su vivienda. Al regreso estaba sorprendida de que “vivían pero tan cerca, tan cerca del Centro de salud y nunca se habían llegado a él”.

Los ejemplos eran tantos, pero recuerdo en Pasaquijuyup, a Isabel, una niña de tres años, que llevaba una semana con fiebre, su mamá la había estado bañando con limón, y al no mejorar, fue su otra hija, Francisca de 8 años, quién tomó la iniciativa de ir juntas a la Casa de Salud Comunitaria. La mamá tosía y Francisca con su “carita de viejita” y delgadez denotaba una “desnutrición marasmática”. Varias veces los ASC les habían proporcionado bolsas de incaparina, y la mamá respondía con el “sí sí, muchas gracias”, pero luego no las preparaba con la excusa de que “las niñas así nacieron, el varón es igual, así son”. El ASC me había manifestado que “el papá de la señora tiene un picop, tienen pisto, pero el marido tomaba

bastante y no se preocupa de la familia", y nadie en ella, salvo la niña de 8 años tenía capacidad de reaccionar ante la enfermedad.

A esta falta de capacidad de reacción, de utilización de los servicios de salud, se une con frecuencia la naturalización del "así somos", no sólo ante la delgadez, sino ante el "chaparrismo", "los niños de la calle", las *mordidas* y las muertes violentas, pero también la invisibilidad de las desiguales esperanzas de vida y muertes evitables.

La violencia simbólica

El modelo biomédico hegemónico con la biologización de sus saberes y prácticas, la secundarización o la exclusión de otras dimensiones, de otros saberes y prácticas, convierten al personal sanitario en expertos y maestros de la salud frente a la ignorancia del resto. En mi experiencia educativa, como docente/facilitador y en los espacios de capacitación en salud, en general y en el mejor de los casos, la sesión solía empezar *dando la palabra* a los participantes, promotores de salud, comadronas, población o pacientes en la sala de espera sobre sus saberes alrededor de una problemática. Posteriormente, el trabajador de salud, facilitador, educador, pasaba magistralmente a contar su verdad, la verdad, que subalternizaba lo dicho por y a los participantes, pasándolo al catálogo de creencias, medias verdades o ridiculizaciones, como "una embarazada no come guineos *coaches* [gemelos], pues sino […], va tener niños coaches".

Igualmente, en la labor educativa en salud, no pasan desapercibidos los carteles, afiches, que empapelan el interior de los Centros de salud y que se convierten en referentes a reproducir en las Casas de Salud Comunitaria (CSC). Carteles para informar a la población de las bonanzas del control prenatal, la detección de riesgos graves en un embarazo, el esquema de inmunizaciones infantiles, la sala situacional, algoritmos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y otros. Los afiches con mensajes son una buena idea, pero las salas se convierten en un puzle tal, que ponen no sólo en cuestión su efecto educativo, sino la de reforzar la idea de "ignorancia" de la población ante el no poder entenderlos.

Se procura que los carteles tengan fotos o dibujos de personas con las que puedan identificarse, bien porque llevan cortes y huipiles, o por situaciones y condiciones similares de viviendas y trabajo. Pero la falta de criterio en la selección, hace que siempre se cuelen afiches inadecuados, no sólo en los Centros del Ministerio sino también en las CSC de Pasaquijuyup y Las Barrancas. Así el de una mujer blanca urbana mostrando desnudo su abultado abdomen por el embarazo y recomendando la asistencia al control del embarazo, reforzaba la identificación del hospital con la desnudez y de que las mujeres blancas no tenían pena en mostrarse desnudas. Otro cartel quería mostrar las bondades de la leche materna, pero el texto culpabilizaba directamente a las madres del riesgo en el uso de los biberones o pachas.

La estética del empapelado se palpa con toda intensidad en los Centros de salud del Ministerio, entremezclando los afiches destinados a la población con los algoritmos para los trabajadores, con el aparente único criterio de colocar en la pared todo cartel que llegue al Centro y en esto, el Centro de salud de Guineales era la Capilla Sixtina. En su pasillo central de diez metros de longitud, cuesta reconocer la pintura original de la pared, pues a un cartel le sigue otro y otro, hasta llegar al techo. Un auténtico museo del cartel con un bombardeo de mensajes, en contraste con las decenas de mujeres k´iche´es monolingües y analfabetas, en espera de consulta, para quienes se hacían ilegibles. Ante tal contraste, me preguntaba si tras la estética del empapelado, no había inconscientemente una demostración del poder del saber, un saber que se mostraba en los carteles, desconocido para las pacientes, ignorantes por tanto, que los ponía en evidencia, en subordinación, frente a los trabajadores del Centro que sí sabían, pues ellos sí entendían los carteles. Mi conclusión era paradójica, pensando en la buena intención educativa de los trabajadores, el efecto resultante era mostrar a las pacientes su ignorancia y que fueran sumisas a los mandatos de los trabajadores de salud.

En las CSC el agobio de los carteles es menor pero es más una cuestión de dosis que de fondo. La contradicción entre carteles con mensajes en castellano e imágenes no siempre claras, contrasta con el “no se les dan recetas, pues son analfabetas”. ¿Cómo interpretar las gráficas de la sala situacional, con sus altibajos, colocadas permanentemente en la sala de espera para los pacientes? Para la mayoría de la población era incomprensible, pero al igual que los carteles de algoritmos, respondía más a la necesidad de los ASC de mostrar sus lógicas diagnósticas y trabajos que a una real labor educativa.

La estética del empapelado se extiende a las viviendas familiares, con paredes llenas de afiches, hojas de periódico con futbolistas y noticias, calendarios y fotos familiares, las chicas de las páginas centrales de los periódicos gráficos, diplomas de cursos e imágenes religiosas en lo más parecido a un puzle con las dos caras del mundo, el propio, familiar y cercano y el inalcanzable, los futbolistas famosos y las chicas impresionantes. Sólo las iglesias/capillas se escapaban a las encarteladas pero respondiendo a otras hegemonías como que fueran los mejores y más grandes edificios de las comunidades.

También las construcciones, viviendas y CSC, siguen modelos hegemónicos aún cuando no sean los más adecuados a cada región. El ideal de vivienda y de CSC en Pasaquijuyup y Las Barrancas, tierra fría y caliente respectivamente, toman sus modelos de sus ciudades referenciales, Santo Tomás y Ostuncalco, tierra caliente y tierra fría respectivamente, que si en estos son pertinentes climatológicamente, no lo son en las comunidades por tener los climas contrarios.

Así las nuevas viviendas y la CSC de Las Barrancas son edificaciones cerradas con pequeñas y escasas ventanas, techos bajos y azoteas que en espera de un futuro segundo piso, dado el coste del terreno, se mantienen empozadas en la época de lluvias. Las edificaciones son buenas para guardar el calor y por tanto propias de tierra fría como lo es la mayor parte de Ostuncalco de donde toman el modelo, pero en Las Barrancas, tierra caliente, se convierten en auténticas saunas con ambientes calientes y húmedos. El color verde apastelado del edificio e interiores toma su referente de los colores de los puestos del Ministerio de Salud en la región a los que se quiere parecer.

Lo contrario sucede en la CSC de Pasaquijuyup, tierra fría, en donde las nuevas viviendas responden al modelo de la tierra caliente de Santo Tomás. La CSC es algo fría, tanto por los amplios ventanales por donde entra la luz y el aire, como aireadas por la falta de cierre del techo con las paredes. El color blanco denota que estamos ante un Puesto de salud, significando la limpieza e higiene del modelo biomédico, aunque significativamente frío desde los colores mayas.

La violencia al interior del estamento médico

La institucionalidad biomédica guatemalteca se conforma con las Escuelas de medicina y enfermería, públicas y privadas, el Ministerio de salud (MSPAS) rector del sistema de salud y prestador de servicios, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, (IGSS) con servicios para sus derecho-habientes, el Colegio de Médicos y la medicina privada, que se hace presente en todas las instituciones, por activa o pasiva.

Entre la institución formadora pública principal, la Universidad de San Carlos (USAC), y las instituciones prestadoras, MSPAS e IGSS, ha habido una permanente descoordinación entre el perfil de competencia con el que se forma el personal médico en el primero, y los perfiles de desempeño que necesitarían las segundas. La Universidad como verso suelto, tuvo aproximaciones en la década de los 70 a "la realidad nacional como ambiente para el aprendizaje, y el médico que Guatemala necesita", teniendo enfrente a un Ministerio cuya política sanitaria ha sido el "no tener una política sanitaria", en correspondencia con una sucesión casi inconclusa de gobiernos militares y ahora con una política sanitaria neoliberal.

Históricamente, los estudiantes de la Facultad de Medicina han tenido un papel protagónico al interior de la Universidad y en su proyección social. "En épocas de atropellos y abusos por los gobiernos de turno, sus estudiantes han desempeñado un papel de liderazgo opositor, siendo durante los 36 años de guerra civil, una de las Unidades Académicas que más puso la cara por el pueblo, y sufriendo por ello, la pérdida de muchos de sus miembros" (Ronaldo de la Roca: 2006).

Fue en las décadas de los años 1960-70 cuando se desarrolló posiblemente el mayor esfuerzo "por aproximar el quehacer de la Universidad de San Carlos a la realidad nacional de Guatemala, y las Facultades de Medicina y Odontología", en palabras del Dr. Otto Raúl Menéndez, "fueron pioneras en esos cambios" (Albizu, 2005: 199). Los cambios fueron difíciles, tanto por la oposición de una buena parte del estudiantado como de los profesores. "La profesión médica se sintió amenazada por tantos jóvenes estudiantes que no podían contestar la tradicional pregunta de ¿cuántas ramas tiene la arteria maxilar interna?, pero que entendían los fundamentos sociales de la enfermedad" (Luna, 1982).

Varios de los profesores de la Facultad eran a su vez jefes de departamentos en los hospitales, como el Dr. Rosal (patólogo), llevando los cambios de los perfiles de competencia a los desempeños, a través de tener "conferencias con los otros departamentos del hospital, y más que estudiar *casos* raros, hacíamos auditorias de cómo se trataba a la gente. Entre otras, promovimos la mejora de relaciones entre médicos y estudiantes, abriendo la posibilidad de hacer preguntas a los jefes y que desaparecieran los *regaños"* (Albizu, 2005: 199).

De la experiencia, el Dr. Jorge Rosal extraía las siguientes reflexiones: "Creímos que desde medicina íbamos a cambiar el país. Pensamos que íbamos a cambiar el sistema de salud del país y aprendimos que para ello debe haber un cambio político. Nos marcó para toda la vida. No resolvimos, pero sí impactamos profundamente poniendo estudiantes y profesores en lugares alejados del país. Siempre se ha dicho que los indígenas sospechan de los ladinos, yo no lo vi con los estudiantes, fueron muy bien recibidos. […] pero la *inteligencia militar* se dio cuenta del despertar de la conciencia que se estaba desarrollando, no eran cosas ortodoxas en una Facultad de Medicina y comenzaron las amenazas y la represión por la revolución académica que estábamos impulsando" (Albizu, 2005: 202). En los primeros años de la década de los 80, el asesinato y exilio de cientos de estudiantes y profesores acabó con los programas comunitarios y se volvió a modificar el currículum de medicina de la USAC.

Pero el gremio médico como tal, no eran los estudiantes de la USAC ni algunos de sus profesores, sino una corporación muy clara de sus intereses y con una distribución del personal médico siempre muy desigual en el país. Los profesionales se concentraban en las grandes ciudades, donde la población tenía capacidad de pago. Ya en 1921, en la capital residía el 44% de los médicos. En la década de 1920-30, el departamento de Izabal se colocó tercero en número de médicos debido a que allí se desarrollaban las actividades de la United Fruit Company. La mercantilización de la medicina y la competencia entre los médicos por llevarse a los enfermos, llevó a la elaboración de un Proyecto de Ley reglamentaria del Ejercicio de la medicina en 1926, el Código deontológico, y la inclusión de esos contenidos, en los artículos 32 y 35 del nuevo Código de Sanidad en 1932 (Sánchez, 2002: 267-278).

En la presidencia del general Ubico (1931-1944), el sector médico junto a los abogados y maestros fueron considerados profesionales opositores, y la sanidad pública parece sirvió más para el control político de los médicos que al bienestar de la población, ya que los inspectores y médicos de la Dirección General de Sanidad Pública como agentes que eran también de la Policía de Investigación, cumplían funciones de espionaje política sobre sus colegas independientes (Sánchez, 2002: 169).

La posición liberal de los profesionales, los llevó como gremio en la década de los 40, a oponerse a la seguridad social, porque a su juicio, el IGSS significaba un instrumento de la medicina socializada, que absorbería a todos los médicos y enfermos y dejaría a las clínicas privadas sin clientes. La Federación Médica fundada en 1947 salió en defensa de la práctica médica liberal y ante el Seguro Social promovió la "dignificación profesional". La Federación dio paso en 1947 al Colegio de Médicos y Cirujanos, "promovido entre otros por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, y que se pronunció por la defensa de la medicina como profesión liberal" (Girón, 1964). En contraste con las posiciones liberales, un estudio afirmaba que de los 317 médicos existentes en la época en que se estableció el Colegio, 200 de de los 232 profesionales en activo, trabajaban en organismos públicos, de los que la mayor parte distribuían su tiempo entre la práctica pública y privada y dos tercios de los médicos se concentraban en la ciudad capital (Sánchez, 2002: 267-278).

Cuando el Dr. Rosal destacaba en el año 2004 que en las transformaciones de las décadas anteriores estaba la promoción de la mejora de las relaciones entre médicos y estudiantes, abriendo la posibilidad de hacer preguntas a los profesores y que desaparecieran los regaños, el problema no era baladí. La violencia en la formación de internos y residentes es aún, una construcción de jerarquía interna, *a sangre y fuego*. En Guatemala como en Bolivia, a condiciones similares de historia y discriminación, Ramírez (2009: 122) recogía de una paciente boliviana: "no solamente sufrimos el maltrato nosotras como pacientes, sino también sus internos, que también reciben malos tratos de sus licenciados o de los jefes, eso yo he visto".

El Dr. Ignacio Fuentes (comunicación personal, 2009) era un residente[12] de cirugía de primer año, R1, en el IGSS, con un horario de trabajo de 8 a.m. a 4 p.m. y guardias de 24 horas cada tres días, lo habitual en la formación de los médicos residentes con el consiguiente riesgo, por el poco descanso, para los pacientes. En su experiencia quedó grabada la relación entre los médicos:

> "La relación entre los residentes de primero y segundo año, R1 y R2, era cercana. Los de tercer año, R3, eran serviles con los de cuarto grado, R4, ofreciéndose a comprarles la refacción y los R4, a veces, exigían a los R1 y R2 que les compraran y regalaran las refacciones. Las relaciones eran verticales con las características de mando, miedo y odio, pues los de arriba castigaban a los de abajo.
>
> Entre los R4 se seleccionaba el jefe de residentes del siguiente año, que se mantenía siempre en guardia y era el único que podía llamar de urgencia a los especialistas. Los residentes estaban organizados en última instancia para no molestar a los especialistas. Estos trabajaban medio día, se despreocupan de los residentes y eran intocables.
>
> Rotaba en cirugía pediátrica cuando tras un día de guardia y el siguiente de jornada normal, 36 horas de trabajo continuos, el R4 a quien entregaba la guardia a las 5 pm se llegó con tres horas de retraso. La tardanza se debió a que había estado *operando una vesícula biliar* que la programó en su guardia, por lo que estaba en el hospital y no pasó a recibir la guardia. Me quise ir a casa al saber que el R4 estaba en el hospital –haciendo una operación que no le correspondía en ese horario- . Esperé y cuando el R4 salió del quirófano, no se disculpó. Sus únicas palabras fueron: `Ya te podés ir´.
>
> Presenté una queja al director del hospital: `Tenemos sólo deberes, no se respetan horarios ni nada, quiero preguntarle si tenemos algún derecho, pues es un abuso con nuestro tiempo. Quiero saber si ustedes avalan que los R4 castiguen con más guardias. ¿Tengo derecho a protestar?´ El Director disculpó todos los excesos de los R4.

[12] Los médicos residentes son comunmente denominados R1, R2, R3 y R4 según el año en que cursan su residencia.

Que un R1 protestara de un R4 resultó un escándalo y nadie se solidarizó conmigo. Sólo otro R1 me recomendó aguantar pues sino no podría hacer allí la especialidad. Fue el único que se me acercó. Había un R4 que iba para jefe de residentes en el siguiente año, y ya iba encarnándose para jefe, era el más duro. Si todos eran cerotes, éste era un hijo de la gran puta. Este R4 se ofendió cuando fui con el director, aunque no era él el afectado, pues consideraba una insubordinación y que el R1 no había aguantado suficiente.

La relación jerárquica llevaba un alto grado de violencia y buscaba la humillación de los de abajo. Así el R4 en varias cirugías manifestó a los R3 por mí: `déjale operar a éste, previo machaque´ refiriéndose con ello al hazle preguntas hasta humillarlo, hacerle ver que no sabe. El resultado era una fuerte tensión entre los residentes, no era común que te trataran de `cerote´, pero si cometías un error, ahí sí, `cómo sos de mula´, `la gran puta, te has cagado en todo´ […].

La relación entre R1 y R2 era de cercanía y ayuda mutua, y un consejo habitual de los R2 con los R1 pasaba por cómo relacionarse con los enfermos: `con el paciente tenés que darte tu lugar, hacerlo bien, pero no darle confianza. Si no lo haces bien, te puede demandar [en el IGSS son derecho-habientes]. En vez de pedir que por favor abran la boca, ¡diga A!, a puro mando´.

A mayor grado entre los residentes médicos, el trato al paciente empeoraba, una de las veces el trato a un paciente con SIDA y homosexual fue denigratorio, el médico se puso tres guantes para observar la irritación anal y la maltratada y culpabilización fueron continuas”.

A los 3 meses de permanencia en el hospital, el Dr. Fuentes renunció y con ello a la especialidad, trasladándose como médico general a un hospital departamental del MSPAS:

“El director del hospital [del Ministerio de Salud] gozaba de prestigio por haber sido jefe de residentes, pero quiso que los trabajadores funcionaran como sus residentes, por lo que chocaba con el personal de todos los estamentos. Su gestión era prototipo de

la *ética chapina*, que hubiera un buen trabajo técnico y no robara, pero pasando del trato humano. Una parte de los médicos se rebeló, pues no permitía sus trapicheos y el lema de éstos era: `Si quieres hacerte rico, hazte médico´.

Esporádicamente, especialistas de la capital venían a trabajar por un tiempo al hospital. El trato que recibíamos de ellos era de achichincles [siervos], pendejos, putos […] y les parecía una insolencia que un médico general les marcara el terreno. Mi no aceptación del maltrato, me llevó a que fuera considerado guerrillero y menos mal que ya se habían firmado los Acuerdos de Paz, sino, a saber cómo me hubiera ido, era peligroso".

Al año y medio, el Dr. Fuentes renunció el trabajo como antes había tenido que renunciar a la especialidad.

La brigada médica cubana y el regreso de los médicos guatemaltecos becados en Cuba

A los pocos días del paso del Huracán Mitch, en noviembre de 1998, llegó la primera brigada médica cubana de apoyo a la emergencia, y a finales de mes, 31 profesionales de una segunda brigada se instalaron en el Centro de salud de La Tinta. Meses después la Brigada médica cubana llegó a 600 miembros, y hasta al menos el año 2008 se ha mantenido entre los 300 y 500 profesionales de diferentes especialidades médicas, salubristas y de asesoría al Ministerio.

La Tinta, en el departamento de Alta Verapaz, lo conocí dos días después del huracán Mitch, formando parte de una pequeña brigada médica que llegó en una avioneta, aterrizando en una pista de tierra, en la que separadas por una alambrada, miles de cabezas de ganado observaban curiosas los constantes aterrizajes y despegues. Llegando a la municipalidad se nos hizo saber que la primera y más urgente necesidad era solicitar alimentos al gobierno y la cooperación internacional. La población no tenía qué comer por la pérdida de las cosechas. Visto lo visto en el aterrizaje, me quedó claro que el problema del hambre, no era por falta de alimentos sino de distribución.

Algo similar sucedió en el Centro de salud tipo A donde una imponente infraestructura de policlínico con quirófano y encamamiento incluido, se encontraba vacío. Al llegar al

Centro nos encontramos con una auxiliar de enfermería atendiendo a una mujer q´eqchi´ en trabajo de parto con “una presentación de mano”. El médico no había llegado a trabajar, la enfermera responsable de las llaves de farmacia y quirófano tampoco, por lo que el Centro sólo daba atención en el cuarto de urgencias pero sin recursos. Nuestra pequeña brigada médica aún teniendo la capacidad técnica de atender a la paciente, no tenía acceso a los recursos bajo llave, por lo que la paciente fue evacuada, no en avioneta, sino por tierra a través de una carretera llena de derrumbes que si abierta llevaba seis horas llegar al Hospital Regional de Cobán, ésta vez fueron 36 horas para la mujer q´eqchi´. No llegué a saber si la señora salvó su vida.

Tras una semana desparasitando y antianémicos (fumarato o sulfato ferroso) entre la población nos retiramos, al normalizarse la situación, la vuelta a la situación previa al desastre. Un mes después, llegó a La Tinta una brigada cubana que en el plazo de 48 horas, transformó el Centro A que funcionaba con cuatro trabajadores, en un Policlínico con 24 profesionales cubanos a pleno rendimiento.

La eficacia biomédica cubana en los centros hospitalarios como La Tinta encontraba su otra cara, en el área rural, en donde los médicos cubanos estaban desplazando a promotores de salud y comadronas, con una difícil perspectiva de sostenibilidad en cuanto los cubanos se fueran. El gobierno de Cuba ofrecía becas a los estudiantes guatemaltecos que reunieran condiciones, como ser de una familia de bajos ingresos, indígena o no, para formarse como médicos y que acabado su periodo de formación en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de La Habana, sustituyeran a los médicos cubanos en el área rural. Cuando en el 2005 regresó la primera promoción de estudiantes tras los seis años de estudio, se encontró con dificultades para ejercer la medicina, por la inacción del Ministerio, los obstáculos de la Universidad y la inhibición del Colegio de Médicos.

Los gobiernos de Guatemala y Cuba, tras el Mitch, firmaron unos acuerdos de cooperación mutua en materia de salud y educación, en el que se incluían las becas del gobierno cubano para que guatemaltecos pudieran estudiar medicina en Cuba. Los estudiantes debían firmar un contrato por el que al finalizar los seis años de estudios deberían volver a trabajar un tiempo

similar en Guatemala. Pablo García (comunicación personal, 2010) fue uno de esos primeros estudiantes que regresó en el 2005 a trabajar en Guatemala y se encontró que:

> "El gobierno de Guatemala no desarrolló condiciones para nuestro regreso, ni laborales, de inserción o de aceptación. No existía nada escrito para facilitar nuestra incorporación a Guatemala, ni a las comunidades postergadas donde íbamos a trabajar, que finalmente se fueron resolviendo con la ayuda de la brigada médica cubana. Con respecto al contrato que Guatemala nos hizo firmar, existían ciertas anomalías en el contenido del mismo y a nuestro regreso no tenían nada preparado. Nosotros como grupo estudiantil estructurado y representativo, insistimos en muchas ocasiones al Ministerio de salud, en cómo sería nuestra incorporación, y siempre nos decían que estaban trabajando en eso.
>
> La USAC es la reguladora de las incorporaciones de cualquier extranjero o connacional que quiera regularizar su titulo, nosotros no fuimos la excepción en iniciar dicho proceso. Existían dos formas de homologar nuestros títulos, como médicos cubano-guatemaltecos sometiéndonos a un examen, al que siempre se nos negó el derecho a realizar, o por medio del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), que es el sinónimo del sexto año de la carrera que tiene que realizar cualquier estudiante guatemalteco de medicina, con seis meses de área hospitalaria y seis meses de área rural. La opción fue de hacer el EPS, pero nos pusieron de condición el pago personal de seis mil quetzales [600 euros] a la USAC por realizar dicha incorporación. Ello era incongruente, pues por un lado habíamos recibido la ayuda del gobierno cubano para el estudio, y la USAC que no nos había dado nada, nos exigía una cantidad que superaba en mucho el costo de matriculación y anualidades por los seis años de la carrera. Pero más vergonzoso y decepcionante fue cuando nos reunimos con el presidente de la Asociación de Estudiantes Universitarios y nos respondió que al no estar inscritos en la Universidad no nos podía ayudar.
>
> El Ministerio no sabía cómo incorporar a los 250 médicos guatemaltecos recién graduados en Cuba, la USAC ponía obstáculos y el Colegio de médicos, a pesar de tener un representante en el Consejo Superior Universitario, tampoco hizo nada para facilitarnos el título, estuvieron al margen de todo.

Mi EPS lo inicié en el hospital de Santa Cruz, El Quiché, y en los 6 meses únicamente tuvimos una supervisión. Luego en el semestre rural, tuvimos más supervisión y estuvo un poco mejor. Demoraron un montón en darnos el título impreso, pero lo dieron. Ya con el título de la USAC pudimos irnos a colegiar y ejercer como médicos *libremente*. Lo de libremente, es un decir, porque el hecho de venir de Cuba era lo que podría ser un *estigma social y profesional*".

En el 2010, los médicos guatemalteco graduados en Cuba ascendían a 482, y en enero del 2011 eran 591 estudiantes en la ELAM (periódico cubano Granma, enero 2011). Tal número de médicos no ha dejado de ser visto con inquietud por un sector del Colegio de Médicos y Cirujanos, que aún cuando es poca e ineficiente la asistencia médica en el ámbito rural, exigieron pagos adicionales por la colegiatura y en voz no tan baja, llegaron a mencionar "competencia desleal", dibujando la posibilidad de que algunos laboraran en el sistema de salud cobrando por debajo de los estándares locales. A pesar de reconocer la calidad del sistema de salud cubano, para ellos no significaba necesariamente que los médicos guatemaltecos formados allá, tuvieran las calidades que supuestamente se solicitan a un nacional (Aziz Valdez, 2008).

Violencia médica directa

La violencia médica ha tenido también en Guatemala manifestaciones relacionadas con la tortura y el asesinato, investigaciones y prácticas en donde los participantes no dispusieron de información, ni dieron su consentimiento.

La documentación conocida hasta el momento, sobre la presencia de personal sanitario en las torturas de la policía y ejército guatemalteco, no es más que la punta de un gran iceberg. La tortura física posiblemente no requirió siempre de personal especializado pues "las mutilaciones de miembros, de los dedos de los pies o las manos, la mano entera, o partes de la cara, era algo común a muchos torturados. Arrancar la lengua y los ojos, era una práctica común y los cadáveres eran botados posteriormente en las calles o plazas para infundir terror.

La mutilación de órganos sexuales de los hombres fue aplicado sistemáticamente" (CEH, Tomo II: 484).

Donde fue obvia la participación del personal médico es en la utilización de drogas y tratamientos psicológicos. El Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH, Tomo VII: 232-233) cita:

> "Informaciones verídicas señalan que Bámaca [comandante guerrillero] fue trasladado a la zona militar 8 de San Marcos, donde fue torturado por militares y médicos asignados a la enfermería de esa zona, que le aplicaban drogas durante los interrogatorios. La información coincide con la de otro testigo, que asegura que el comandante Bámaca se encontraba en estado de semiinconsciencia […] donde un oficial ordenó el traslado del equipo médico hasta la habitación donde estaba Bámaca. Entre los métodos de tortura que se le aplicó incluyó el enyesado completo del cuerpo, que según los documentos desclasificados del Gobierno de los EE.UU. se realizó para evitar su fuga".

Los torturadores sabían que la tortura podía anular la voluntad y transformar la personalidad de la víctima. Sólo cuando la víctima podía ser descrita como "muerto vivo" los torturadores consideraban alcanzado su objetivo (CEH, Tomo II: 465-466): "El Ejército concebía la reeducación de la personalidad como una especie de recuperación […]. Tal fue el caso del jesuita Pedro Pellicer y el dirigente del Comité de Unidad Campesina (CUC) Emeterio Toj Medrano, donde ambos fueron sometidos a intensos interrogatorios bajo tortura, a procesos de desorientación sensorial y a métodos que llevaban hacia la reducción de la personalidad en un proceso lento y penoso".

La participación médica se también se puso en evidencia en la declaración de Emeterio Toj: "Llegados los altos militares de Huehuetenango que eran coronel médico y cirujano, este señor les inyectaba no sé qué ácidos en el hospital y los mataba. Luego decían `no aguantó la operación´" (CEH, Tomo II: 484) o el de otra víctima: "Me acuerdo cuando me bajaron con capucha y me ingresaron como XX, en el hospitalito en el Segundo Cuerpo, lo cual me aterrorizó […]. Ahí estuve en manos de varios médicos" (Tomo II: 507).

Otro capítulo de la ausencia de ética médica se dio a conocer el 2010 bajo el título de "*Cutler creía que sus estudios eran una mina de oro*" (El Periódico, 10 de octubre). Traducido del estudio "*Sífilis por 'exposición normal' e inoculación: un médico de PHS [Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica] 'Tuskegee' en Guatemala, 1946-48*" elaborado por la investigadora Susan M. Reverby, sobre los experimentos con enfermedades venéreas en Guatemala. El estudio fue corroborado por el gobierno de los EEUU y llevó a su secretaria de Estado, Hillary Clinton, y a la secretaria de Salud y Servicios Sociales, Kathleen Sibelius, a ofrecer disculpas por los abusos cometidos a todas las personas afectadas y al pueblo guatemalteco.

> "Mientras conducía una investigación histórica acerca del `Estudio Tuskegee sobre la sífilis sin tratamiento´, Alabama, EEUU, entre los documentos archivados del fallecido doctor Cutler, un funcionario médico del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos e investigador del estudio clínico Tuskegee, encontré los documentos que describían otro estudio antiético, apoyado por el gobierno de Estados Unidos, en el cual poblaciones altamente vulnerables en Guatemala fueron intencionalmente infectadas con enfermedades de transmisión sexual. El estudio realizado entre 1946 y 1948, se realizó con el conocimiento de los superiores del Dr. Cutler y fue financiado por una subvención de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos otorgada a la Oficina Sanitaria Panamericana (actual OPS) y a varios ministerios del gobierno guatemalteco. El estudio nunca se publicó.
>
> El `Estudio Tuskegee sobre la sífilis sin tratamiento´ inició en 1932 como un estudio de `la sífilis no tratada en el varón negro´. En 1944, los médicos del Servicio Público de Salud estadounidense, PHS, habían realizado experimentos con profilaxis en la gonorrea en el Penitenciario Federal de Terre Haute en los Estados Unidos pero ante dificultades de que los `voluntarios´ mostraran síntomas de infección, el estudio fue abandonado. Con el objetivo de continuar el trabajo y ampliarlo a la sífilis, el PHS volteó la mirada más al sur, más allá de la frontera estadounidense.
>
> Guatemala parecía ser el lugar ideal para realizar el estudio. Por un lado el Dr. Funes, destacado especialista en enfermedades venéreas del servicio de salud público

guatemalteco, había sido capacitado por el PHS y facilitaba los lazos de cooperación. A diferencia de Alabama, donde el PHS esperaba encontrar un gran número de sujetos en los cuales ya se manifestaba la enfermedad en su fase latente tardía, Guatemala ofrecía sujetos que no habían contraído la sífilis. Estudios previos de serología en el Altiplano guatemalteco mostraban pocos síntomas de sífilis, y Cheever Shattuck, del Colegio de Medicina Tropical de Harvard compartía la opinión de las autoridades de salud guatemaltecas, de que `la sífilis es más común entre los ladinos, especialmente en la Ciudad de Guatemala, que entre los indígenas, y cuando la enfermedad se manifiesta en el indígena, ocurre de manera leve´. Los supuestos sobre la enfermedad de corte racial, que jugaron un papel central con los negros en el proyecto de Alabama, se transfirieron a Guatemala.

La intención inicial del estudio era buscar nuevas maneras de prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, el chancro blando y la sífilis. El estudio se realizó con cerca de 1500 sujetos: soldados, presos y enfermos mentales. El gobierno revolucionario del presidente Arévalo había legalizado la prostitución y permitía a las sexoservidoras visitar regularmente a los reos de los centros penitenciarios. Con la cooperación de los funcionarios del Ministerio de Justicia y el director del Penitenciario Central de la Ciudad de Guatemala, se permitió que prostitutas que habían dado resultados positivos para la sífilis o la gonorrea, ofrecieran sus servicios a los reos, con el financiamiento del PHS.

En otra serie de experimentos, prostitutas que no estaban infectadas fueron inoculadas en el cérvix, antes de que visitaran a los reos. Los reos fueron sometidos a exámenes serológicos, antes y después de que se permitiera la entrada de las prostitutas al penal, para comprobar si habían sido infectados. Los hombres fueron divididos en grupos, y varias técnicas químicas y técnicas biológicas profilácticas fueron probadas después de la supuesta infección. Cuando se advirtió que pocos hombres quedaban infectados, la investigación cambió a la inoculación directa de soldados y presos.

La serología para detectar la sífilis siempre había sido problemática, ya que el balance entre la sensibilidad y la especificidad creaba muchos falsos positivos y falsos negativos.

Falsos positivos habían sido detectados ante el padecimiento previo de enfermedades como la malaria, y en Guatemala, los resultados de la prueba eran positivos, a pesar de que no se encontraban evidencias de la enfermedad clínica, crónica o curada espontáneamente. Para resolver el problema, los investigadores tuvieron que realizar diferentes y repetidos exámenes de sangre, lo que generó resistencias entre los reos. En el reporte se cita que `la mayoría de los reos tenían un bajo nivel educativo y eran supersticiosos, creían que las frecuentes extracciones de sangre los estaban debilitando´. Incluso cuando se les prometían pastillas de hierro y penicilina `en sus mentes no existía ningún vínculo entre la pérdida de un gran tubo de sangre y los posibles beneficios de una pequeña píldora´.

Esta resistencia y la dificultad que suponía manejar a los presos […] se recurrió a los enfermos del único Hospital mental del país a los que se les inoculó, en lugar de un estudio de `exposición sexual´. También se recurrió al Orfanato Nacional, donde se hicieron exámenes serológicos, sin inoculaciones, a 438 niños en edades de 6 y 16 años.

En Tuskegee y en general en esos años, se buscaba la cooperación con la institución, no con los sujetos o sus familiares, y la mejor manera de asegurar esa cooperación era ofrecerles donaciones. El PHS proporcionó al Hospital mental: drogas anticonvulsionantes, una refrigeradora para los materiales biológicos, una pantalla para proyectar películas que era la única fuente de entretenimiento para los pacientes, tazas de peltre, platos y cubiertos para suplir las enormes carencias del lugar. A los sujetos de la investigación se les ofrecían cigarros: un paquete completo a cambio de una inoculación, extracción de sangre o de materia espinal, y un solo cigarro a cambio de una observación clínica.

El engaño jugó un papel importante en este caso, al igual que en el de Tuskegee. A Arnold, médico del PHS, quien supervisaba a distancia el trabajo de Cutler, le preocupaba más la dimensión ética del proyecto que a este último. Ocho meses después de que los `Juicios de los Médicos´ en Nuremberg concluyeron, le dijo a Cutler: `El experimento con los dementes, me produce más que un poco de desasosiego. Ellos no pueden dar su consentimiento, no saben lo que sucede y si alguna organización

benéfica llegara a enterarse, armarían una gran alharaca. Creo que sería mejor realizar los experimentos con soldados o reos, ya que ellos sí pueden dar su consentimiento. No veo porqué el informe deba detallar dónde y qué tipo de voluntarios se emplearon´.

Aunque funcionarios de las instituciones tenían conocimiento del estudio, a los sujetos de estudio no se les informó del propósito, ni tampoco dieron su consentimiento. Los investigadores afirman que la mayoría de las personas que contrajeron gonorrea, chancros y sífilis fueron tratadas, pero en el caso de la última enfermedad, algunas sólo recibieron un tratamiento parcial o no recibieron tratamiento alguno. No está claro si las sexo-servidoras recibieron un tratamiento”.

Al ser publicado el informe en julio del 2010, el 1 de octubre del mismo año, la Secretaria de Estado de los EEUU, Hillary Clinton declaró: "El estudio de la inoculación de esta enfermedad de transmisión sexual llevado a cabo desde 1946 hasta 1948 en Guatemala era claramente poco ético". En el Informe del Gobierno de EEUU, las violaciones éticas reconocidas incluyeron: “1) el uso de sujetos de estudio que pertenecían a poblaciones altamente vulnerables; 2) la realización de una investigación sin el consentimiento informado del participante y 3) el engaño en la conducción de los experimentos. La correspondencia entre los investigadores indica que tanto ellos como sus superiores reconocían la naturaleza antiética de la investigación”.

El gobierno de Guatemala formó una comisión presidida por el vicepresidente de la República, representantes de cuatro ministerios y el Colegio de médicos, para buscar a los responsables de las instituciones nacionales que estuvieron implicados en los experimentos. Los documentos revelan que Cutler realizó los experimentos con el conocimiento de sus superiores, la subvención de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos otorgada a la Oficina Sanitaria Panamericana, actual OPS, y con los acuerdos del ministro de Salud, doctor Julio Bianchi; el director de Sanidad Pública, doctor Luis Eduardo Galich; el director del Hospital Militar, doctor Carlos Tejada; así como de los médicos, Abel Paredes Luna y Juan Funes, especializados en enfermedades de transmisión sexual en EE.UU.

A los tres meses de la anterior denuncia, el Equipo de Investigación de El Periódico (3 de enero 2011) publicó un informe bajo el título "Guatemaltecas fueron esterilizadas sin su consentimiento debido a políticas de EE.UU." basado en el Informe de Embid (2008) y vox pópuli en el país (Eulalia, comunicación personal, 1984)[13]. Esta vez, el Gobierno de Estados Unidos no reconoció haber tenido "políticas para promover o apoyar esterilizaciones masivas" (El Periódico, 4 de enero 2011), y denunció el informe como falso, ya que las denuncias "están basadas en alegatos no verificados ni sustentados, de un individuo español [Embid] que se identifica como doctor de medicina alternativa".

El Informe abarca el periodo de 1974-78, bajo la presidencia del general Laugerud García, no descartándose que el periodo haya sido mayor. Las autoridades sanitarias de la época eran el doctor José Trinidad Uclés, quien fue ministro de Salud de 1970 a 1974, y lo sustituyó en el cargo en 1975 el doctor Julio René Castillo. De acuerdo a las investigaciones, desde 1965 se intentó llevar a cabo estos "experimentos", pero las autoridades del Ministerio de de Salud se negaron, debido a lo cual tuvieron que esperar hasta 1974.

La agencia católica "Noticias Aliadas" y otras, en 1975, denunciaban la esterilización masiva e involuntaria, sin conocimiento, de mujeres indígenas guatemaltecas que habían ido a hospitales estatales a consulta médica. En 1984 el obispo católico Flores también denunció prácticas de esterilizaciones masivas de mujeres, especialmente indígenas, al ser atendidas en sus partos. El Dr. Gehlert Mata, ministro de Salud durante el gobierno de Vinicio Cerezo, 1986-1989, aseguró tras las denuncias periodísticas, que antes de llegar al ministerio tuvo conocimiento sobre estos experimentos realizados antes de la década de los ochenta, y que: "Este problema es una irresponsabilidad y una supuesta política de Estado, que puede considerarse como criminal. Viola no solo principios éticos y morales, sino también los derechos humanos de las personas".

Según el Informe de Embid, en 1974, en el Hospital general San Juan de Dios, financiados por la organización internacional Population Council, hubo experimentos de esterilización en mujeres guatemaltecas. El ofrecimiento era de atención médica gratuita y nunca les

[13] Comunicación personal de una mujer de las CPR a partir de su experiencia personal en el que tras un examen ginecológico realizado por un equipo de médicos en Huehuetenango nunca más quedó embarazada, al igual que otras amigas y vecinas.

informaron de lo que se les hacía. Durante las exploraciones ginecológicas se les inyectaba paraformaldehído, produciéndoseles tras una grave inflamación bloqueante del endometrio, una esterilización química. Tras ello, al menos a 48 mujeres posteriormente se les extrajo el útero, para comprobar el éxito de la esterilización.

Estas prácticas se consignan en el Informe como políticas implementadas por Estados Unidos en países del Tercer mundo. No preguntaban a las mujeres si estaban de acuerdo, sino que se les hacía la práctica con engaños o, en otros casos, se les condicionaba la ayuda que les brindaban los organismos internacionales. En el mismo informe se detallan prácticas similares en Filipinas, Indonesia, la India, Bangladesh, Colombia, República Dominicana, Puerto Rico, El Salvador, Panamá, Bolivia, Brasil y Perú. Esta práctica impuesta quedó impune, siendo los peores casos conocidos en Filipinas, y lejos de condenar a los médicos que realizaron ese tipo de experimentos, fueron llevados a Estados Unidos para protegerlos.

En ese periodo, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y organizaciones privadas supeditaban la ayuda financiera a los Estados del Tercer mundo, a que llevaran sus políticas demográficas. En 1967 la concesión de ayudas alimentarias ya había sido casi reducida a casos de grandes hambrunas o catástrofes naturales, y bajo la condición de que los gobiernos tomaran medidas de control de población, lo que significaba, que si no se esterilizaba, la gente que padecía hambre no recibía alimentos.

Tras conocerse la publicación, la Embajada de los EEUU en Guatemala negó los informes que afirman que su Gobierno apoyara o participara en experimentos de esterilización en Guatemala en los años setenta. La Oficina Regional para América Latina de Population Council, con sede en Nueva York, también mostró el rechazó ante las acusaciones. Por parte gubernamental guatemalteca, el vicepresidente Dr. Espada, indicó que sólo van a investigar el caso de las esterilizaciones, si se presenta una denuncia de manera formal, “lo que procede es que se haga la acusación formal del hecho […] ustedes que lo escribieron, yo no sé nada de eso”. Por su parte, Jorge Solares, antropólogo y coordinador Ejecutivo de la Comisión que investiga los casos de contagios de sífilis, opinó que son temas totalmente diferentes y “se debe corroborar la veracidad de los datos vertidos en este informe. No puedo opinar mientras no esté seguro de la veracidad de los datos” (El Periódico, 3 de enero 2011).

El Tratado de Libre Comercio y la muerte anunciada

El Tratado de Libre Comercio, TLC o por sus siglas en inglés DR-CAFTA, República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos de Norteamérica, es además de comercial un Tratado que afecta a la legislación laboral, a aspectos relativos a las medidas sanitarias, fitosanitarias, protección al medio ambiente, los derechos de propiedad intelectual e inversión pública y privada, situándose por encima de cualquier otra disposición en la integración regional. El TLC fue aprobado con urgencia mediante el Decreto 31-2005 en el Congreso de Guatemala en marzo del año 2005, con la oposición extraparlamentaria como el Consejo Superior Universitario de la USAC, sindicatos, la Conferencia Episcopal y otros, que exigían fuera sometida a referéndum popular.

En una investigación preliminar a la entrada del TLC, Miranda (2005: 7-73), en el apartado de impactos sobre los servicios de salud, cita que "sus efectos pueden observarse ya, en al menos tres expresiones concretas: el bloqueo a la competencia entre productos, la generación de exclusividades a favor de productores transnacionales, y el impacto negativo en el presupuesto del IGSS tras los sobreprecios de los medicamentos, todos ellos aspectos directamente relacionados con el capítulo 15 de Derechos de propiedad intelectual". Agregando: "Las estructuras jurídicas y administrativas desarrolladas en los últimos años tanto por el Ministerio de Salud y el Seguro Social, como parte de los lineamientos de la Reforma del Estado y de la Modernización de la Administración Pública, `coinciden´ con los requerimientos que se exigen en los Acuerdos del DR CAFTA, lo cual no es extraño, pues obedecen a la misma concepción ideológica y económica neoliberal".

De acuerdo a la OPS/OMS Guatemala, el efecto de la falta del Contrato Abierto por el TLC, repercute en el presupuesto del Ministerio para la compra de medicamentos y como ejemplo el acetaminofén jarabe pasa de Q 1,86 a Q 23, 45 [ocho y diez Quetzales guatemaltecos vienen a corresponderse con un dólar americano y un euro respectivamente]; el antibiótico amoxicilina de 5,52 a Q 59,00; el antidiabético glibenclamida de 0,05 a Q 5,25. (OPS/OMS, 2005b: diapositiva 12). La consecuencia inmediata es que el MSPAS e IGSS gastarán más en la adquisición de medicamentos básicos.

“Otro aspecto del capítulo 15 del TLC, se refiere a la prolongación `extra´ por cinco años de productos farmacéuticos y de diez para productos químicos agrícolas con patente, que se suma a los 20 años reconocidos por el Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio y que repercute directamente en los medicamentos antirretrovirales. En el caso de las patentes, cuya duración será por 20 años a partir de la fecha de presentación de la solicitud, confiere al titular los derechos exclusivos de explotación e impide que `terceros sin su consentimiento fabrique, usen, hagan ofertas de venta, vendan o importen el producto objeto de la patente´. La Declaración de Doha (2001), reconociendo la gravedad de los problemas de salud pública de muchos países en desarrollo, prevé el uso de excepcionalidades por parte de los Estados Parte del Tratado al advertir que los mismos no han de impedir la protección de la salud pública, incluidas las epidemias de VIH/SIDA, la Tuberculosis, el Paludismo y otras que representen una emergencia nacional”.

Lo que no se reconoce son las dificultades que tienen los gobiernos para poder declarar una excepcionalidad y ser aceptada en última instancia por las multinacionales farmacéuticas como es el caso de los enfermos con VIH (+). Los altos costes dificultan la ampliación de coberturas a las instituciones públicas e inaccesibles a la mayoría de los pacientes, lo que les conduce inevitablemente a la muerte.

Las políticas económicas e ideológicas, aunadas a las políticas sociales y sanitarias, de servicios mínimos para los pobres, 80% de la población guatemalteca, y un Tratado de Libre Comercio con condiciones draconianas, como las de imposibilitar el cumplimiento de los Acuerdos de Doha, no hacen mas que confirmar la declaración de Pollack (1972) (De Souza Minayo, 1995:150): “Se puede decir, sin paradojas, que el capital fija previamente la duración media de la existencia para los diferentes estratos sociales y distribuye técnicamente su sentencia de muerte”.

A modo de conclusión del apartado, la violencia estructural de largo recorrido en la historia guatemalteca tiene en los niveles macro internacional y nacional, en el meso institucional sanitario y su modelo médico hegemónico una presencia determinante en el nivel micro, en la vida cotidiana.

El marco de relaciones internacionales en que el Banco Mundial (BM), con sus políticas

económicas neoliberales, el desplazamiento de la Organización Mundial de Salud por el BM, los financiamientos condicionados vía Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Tratado de Libre Comercio para Centroamérica y Caribe (DR-CAFTA) han condicionado y siguen condicionando la dirección de las reformas políticas, económicas y sanitarias. La supeditación de los poderes de facto en Guatemala a las políticas neoliberales ha llevado a la actual beneficencia neoliberal y a la firma de un TLC que es la muerte anunciada para las personas con determinadas enfermedades por el encarecimiento de sus tratamientos.

El nivel médico institucional a través de su MMH aplica también la violencia de la *homogenización*, el *dogmatismo y sistema de cuidados obligatorios* que lleva a relaciones asimétricas entre los expertos biomédicos y los *ignorantes* pacientes. En Guatemala estas relaciones desiguales adquieren con el racismo y la ciudadanía de segunda de los estigmatizados, caracteres que van más allá de la violencia simbólica, con violencia física, pues la estigmatización en los servicios y su deshumanización se acompaña de malos tratos. La sinergia entre el sistema social con sus estigmas culturales se reproduce en el sistema sanitario con un MMH que excluye lo cultural pero no a quienes son estigmatizados socialmente por ella, a los portadores de otra cultural diferente a la "nacional" y a los que se identifica con obstáculos y resistencias para hacer suyo el MMH.

La violencia estructural social se ha expresado también en la atención de salud de manera directa, cuando hace menos de medio siglo se han violentado los derechos humanos con esterilizaciones masivas de mujeres indígenas y pobres rurales y en investigaciones sobre enfermedades venéreas, todas ellas no informadas ni consentidas. A la violencia social no se escapa el personal médico, que al interior del estamento la aplica en su periodo de especialización profesional con un maltrato en cadena por grados de titulación; y hacia el exterior por haber sido un sector comprometido socialmente y que pagó con decenas de estudiantes y médicos asesinados al pretender transformar el sistema social en el final de la década de los 70 y principios de los 80 a la vez que otro personal médico participó impunemente en las torturas.

América Latina: Los límites de la interculturalidad y de los trabajadores de salud

La experiencia guatemalteca del "Proyecto Chimaltenango" y su director el Dr. Carrol Behrhorst fueron reconocidos por su labor pionera tanto en la preparación de la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1977), en Ginebra, donde se proclamó la "Salud para Todos en el año 2000", la salud como derecho humano y en la posterior Conferencia de Atención Primaria de Salud y su Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978a). En los compartimientos de experiencias, previos a la Asamblea y Conferencia, Behrhorst (OMS, 1975) declararía:

> "Doce años después [del inicio del Proyecto Chimaltenango], las prioridades han cambiado.
> El listado refleja las opiniones y sentimientos de la gente a la que servimos:
> La justicia social y económica, la tenencia de la tierra,
> la producción agrícola y su comercialización, el control poblacional,
> la malnutrición, el camino de la salud (educación en salud)
> son más prioritarios que la medicina curativa.
>
> No nos tomó mucho tiempo darnos cuenta
> que estábamos intentando vaciar si no el Océano Atlántico,
> sí buena parte de un lago con una cucharita médica
> ¡Dios mío, que hermosa cucharita!"

El proyecto inicialmente sanitario fue ampliándose con actividades que incidían en los condicionantes de la salud y Carlos Xoquic (1983), indígena cakchiquel y uno de los promotores de salud más destacados, declararía:

> "Curar sin atacar sus causas es un error.
> Una malnutrición se puede curar en el hospital,
> pero al regresar a su comunidad volverá a enfermarse.
> Si la enfermedad es resultado de problemas económicos,
> la solución está más difícil".

Si la Guatemala excluyente, con sus altos porcentajes de analfabetismo tiene un Premio Nobel de Literatura, Miguel Ángel Asturias; con sus altos grados de violencia, tiene una Premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú; en el campo sanitario, también tuvo su notable aporte con experiencias participativas de personal local que trabajaron directamente la salud y sus condicionantes, anunciaron la Atención Primaria de Salud y que la *política de tierra arrasada* (1982-1983), desde sus años previos y los coletazos estructurales posteriores, pusieron en evidencia la paradoja de promover la participación en un Estado excluyente.

La Inclusión y Salud Incluyente nos remiten en un sentido amplio a una mirada que integra múltiples dimensiones de las que en esta revisión y tomando en cuenta que el referente de análisis es el Programa de salud "*Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente – bases y lineamientos"*, voy a tomar como punto de partida su conceptualización de la Salud Incluyente como "la articulación de conocimientos y prácticas institucionales y comunitarias locales complementándose en la curación, prevención, rehabilitación y promoción dirigida a la transformación de los condicionantes-determinantes de la salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la población" (INS, 2002: 13), en una *Hacia* "procesal y multidimensional" (Ibíd., 19) que en relación a los condicionantes-determinantes será intersectorial o no será. Agregaré que la articulación incluyente de saberes debe acompañarse de un uso que promuve la equidad entre las personas con saberes diferentes y no reproducir las relaciones desiguales en base a saberes diferentes propias de los modelos biomédico, tradicional y otros.

La violencia estructural y las cenizas aún calientes en las vidas personales y en la sociedad guatemalteca han llevado a asumir el carácter procesal de las transformaciones con mayor prudencia dentro de la urgencia. Y en ese proceso en el que las transformaciones de los condicionantes-determinantes están en el horizonte del desarrollo del Programa, y desde el limitado nivel de autonomía de la institución sanitaria, la integración en ella de los excluidos iniciando con las experiencias y saberes personales y comunitarios de sus trabajadores locales, serán en la historia sanitaria y social guatemalteca, pequeños-grandes pasos. Pasos que pocas veces se realizan pues la interculturalidad se interpreta la mayor parte de las veces como relación entre modelos, al margen de las personas. Aún así, la interculturalidad entre modelos que si en países del entorno se realizaron hace décadas, en Guatemala resulta incluso novedoso en lo público. En el presente apartado, el énfasis estará en como la integración del personal local en los servicios de salud y los pasos en la inter-multiculturalidad son una expresión de la estrecha relación entre el sistema social y el campo de la salud.

La Atención Primaria de Salud

El proceso salud/enfermedad/atención ha tenido en las últimas décadas a la Atención Primaria de Salud (APS) como referencia obligada en los programas desarrollados por las

instituciones sanitarias internacionales, estatales y no gubernamentales. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra (OMS, 1977) adoptó una resolución, “Salud para todos en el año 2000”, estableciendo que “la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) será alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que les permita una vida social y económicamente productiva”. Para el logro de esas metas se realizó al año siguiente, en la extinta URSS, la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud con la consiguiente Declaración de Alma Ata (OMS, 1978a) firmada por 134 países y 67 organizaciones internacionales que hicieron suya la estrategia de APS y en las que también participó el Gobierno y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La APS es un punto nodal en la estrategia de atención en salud a la que todos se refieren y de cuya interpretación y puesta en práctica se difiere ante la ambigüedad de sus aspectos ideológicos, sociales, políticos, económicos, culturales y sanitarios. Ante la diversidad interpretativa, la diversidad operativa se puede resumir en una *APS selectiva* como conjunto de actividades con un número limitado de servicios de alto impacto; una APS como *primer nivel de contacto* de la población y punto de entrada al sistema de salud; una APS *integral* como estrategia que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en trabajadores de la salud locales y médicos tradicionales; una APS *incluyente* como filosofía en el que la salud es un derecho humano con la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de salud (Vuori, 1984) (OPS/OMS, 2005a).

En la diversidad, van a ser las APS integral e incluyente las que muestren con mayores énfasis, los condicionantes sociales, culturales y nuevos perfiles de trabajadores de salud para poner en práctica la salud como derecho humano. La APS selectiva se vincula con la propuesta de servicios esenciales fundamentados en el coste-beneficio y en la salud como mercancía (BM, 1993) y la APS como *primer nivel* y puerta de entrada muestra la centralidad de los servicios de salud y la institucionalidad médica en la consecución de la salud. El término *nivel* en los servicios de salud se refiere a la organización de los mismos en base a capacidad resolutiva biomédica y a la complejidad de sus técnicas curativas.

En el mismo año de la Declaración de Alma-Ata, la OMS reconoció que 800 millones de personas en el mundo vivían en la absoluta pobreza y un tercio de los fallecimientos eran

niños menores de cinco años. Que por malnutrición, hambre y enfermedades infecciosas morían cada año, once millones de niños menores de cinco años. Que el 80% de la población en los países del Tercer Mundo no tenía acceso a servicios [biomédicos] de salud y la situación se agravaba con las crisis recurrentes del sistema económico; que los milagros económicos en boga no llegaban a todos, pues había sectores sociales de estos países con *milagros*, que tenían aumentos en la mortalidad infantil (Navarro, 1984a).

Estas condiciones que llevaron a las conferencias de Ginebra (1977) y Alma Ata (1978) para la definición de las metas y estrategias sanitarias fueron analizadas por Der Geest (1990: 1025-1034) recurriendo también al término *nivel como metáfora*, y refiriéndose a las interconexiones entre los niveles de las organizaciones sociales internacional, nacional, regional y local y de dimensiones como la economía, la política, la religión, el lenguaje y la salud.

En este trenzado de niveles y dimensiones de Der Geest, en el nivel internacional consideró que la OMS aplicó la APS para corregir un sistema que tenía al hospital y a los centros urbanos como referentes principales del servicio sanitario y una realidad económica que reconocía los altos costes de la atención curativa, considerando que en el área rural era más eficiente y económica, la prevención y el trabajo con personal menos cualificados que los médicos. Los cuidados básicos podían ser realizados por y para la comunidad, incluir la medicina tradicional y la promoción de una mejor nutrición, un buen suministro de agua con saneamiento básico, cuidados materno infantiles, planificación familiar, inmunización contra las principales endemias locales, prevención y control de las enfermedades endémicas, educación y prevención en salud.

En el nivel nacional, para buena parte de los países del Tercer Mundo, estuvo la necesidad de, sin atajar las causas estructurales, dar respuesta a los bajos niveles de salud por medio de servicios de bajo costo. En el nivel meso, instituciones de salud y sus profesionales, hubo poco interés en la APS por su escaso financiamiento, su insuficiente formación para tareas preventivas, así como los pocos beneficios y satisfacciones que suponían las incomodidades de la vida personal y familiar en el área rural. La estrategia de APS era una propuesta subalterna para los profesionales de salud, que hacían de la especialidad médica, profesional y

económicamente, una fuente de prestigio, ante el perfil generalista y más social del profesional de la APS.

A nivel local, tampoco faltaron las *contradicciones* entre los organismos extracomunitarios que determinaron las necesidades locales y las actividades mayormente preventivas, frente a las prioridades curativas manifestadas por las mujeres, y la de mejora de ingresos económicos y proyectos productivos por parte de los hombres; la promoción de plantas medicinales frente a la demanda de acceso a los medicamentos de farmacia de comprobada eficacia curativa por la población; y contradicciones mortales como la de promover la participación comunitaria abierta en países con gobiernos antidemocráticos y altamente represivos.

La Declaración de Alma Ata en esa diversidad de interpretaciones y prácticas es un exponente de las relaciones de hegemonía/subalternidad entre las instituciones relacionadas con el campo de la salud. Aunque tanto la Declaración como el reporte de la Comisión Willy Brandt (1980) coincidieron en proclamar una política dirigida a cambios organizacionales y tecnológicos donde la centralidad estaba en el sistema médico, aún así significó un cuestionamiento del modelo flexneriano centrado en la salud como un producto del sistema médico, al reconocer que en los países subdesarrollados la prioridad eran los cambios en las estructuras económicas y sociales (Navarro, 1984b: 159-172).

La OMS, aunque se presenta como una agencia técnica de Naciones Unidas, es también una agencia política que reproduce posiciones políticas e ideológicas a través del discurso tecnológico y en las prácticas, fijando una serie de relaciones dominantes a través de las instituciones universitarias, de los servicios sanitarios y otros (Ibíd., 159-172). Así, con antelación a la Declaración de Alma Ata, la Office of Health Economics (1971), centro intelectual de la industria farmacéutica británica, y el Banco Mundial (1975) recomendaban un cambio de prioridades en los servicios de salud hacia los servicios primarios, el control de agua y saneamiento, la nutrición, la transferencia de tecnología médica de baja sofisticación, el énfasis en los autocuidados y participación comunitaria en la planificación e implementación de los programas de salud (Navarro, 1984b: 159-172).

Bajo los términos de desarrollo y participación comunitaria, en las colonias británicas ya se había trabajado por motivos políticos y económicos, en las áreas de educación básica y bienestar social. Estas fueron incorporadas a finales de los 60 a los proyectos de desarrollo, ante el fracaso de modelos de crecimientos y proyectos "técnicamente correctos, pero con poco conocimiento de la realidad sociocultural"; también el sector salud llegó a estar "progresivamente interesado en el desarrollo y la participación comunitaria, debido a la toma de conciencia de que las causas de la enfermedad estaban en las condiciones de vida" (Turabián, 1992).

La publicación de "*Health by the people*" (WHO, 1975) ya destacaba la importancia de la participación comunitaria en salud, recogiéndose en uno de sus capítulos como experiencia exitosa, la dirigida por el Dr. Carroll Behrhorst en el "proyecto Chimaltenango" de Guatemala.

El proyecto de Vicos-Cornell en Perú (1951-1966) fue otra experiencia previa a la APS, con la particularidad de que fue liderada por un grupo de antropólogos norteamericanos, Allan Holmberg, Henry Dobyns y Paul Doughty de la Universidad de Cornell, que quisieron modificar la subalternidad de los colonos quechuas y mejorar la vida y salud de estos campesinos indígenas. La intervención quiso demostrar que el factor clave para estimular el progreso económico entre los colonos quechuas de una hacienda serrana tradicional era "inculcarles confianza en sí mismos", un espíritu de iniciativa y superación. El proyecto incluía aspectos de organización social, salud, nutrición, mejora en las condiciones de vida y para llevar adelante este proyecto, los antropólogos promotores de la iniciativa arrendaron una hacienda en Vicos para convertirla en una cooperativa campesina y poder desarrollar el proceso de cambio social (Viola, 2000: 24-25). El proyecto "fracasó al partir del viejo estereotipo de la comunidad campesina aislada" de la sierra peruana. La causa fundamental de la pobreza se atribuyó al aislamiento y no a los mecanismos sociales y económicos de explotación en que se integraba en la estructura capitalista (Stein, 1987).

La mayoría de las experiencias por mejorar la atención de salud y las condiciones de vida de los grupos excluidos reconocen la relación entre sistema social y el proceso s/e/a, pero menos con las sinergias entre aquel con el modelo biomédico y el poder de los grupos instalados en este modelo. Los límites de la intervención sanitaria en torno a las causas estructurales –

cuestión de Estado y su seguridad- han llevado a relacionar los obstáculos con la accesibilidad geográfica, económica, cultural, lo selectivo de los programas y dirigir hacia ellas las intervenciones incluyentes.

Basada en última instancia en el modelo biomédico, la APS hace del biologismo el factor explicativo principal de su intervención pues parte de que la enfermedad es un hecho natural, biológico, y no un hecho histórico-social. La práctica médica en la APS ha evidenciado la posibilidad de mantener situaciones de vida con una baja inversión especialmente cuando se trata de padecimientos infecciosos y parasitarios que requieren de un personal y recursos de poca complejidad técnico-profesional y en donde el personal médico y de enfermería son personal de referencia. Aquí es cuando aplica un conjunto de estrategias básicas (GOBI-FFF), las cuales evidencian su enorme capacidad para limitar la mortalidad infantil sin cambiar las condiciones de vida de las poblaciones (Menéndez, 1988: 451-464).

Las experiencias latinoamericanas en condiciones próximas a la guatemalteca han dirigido sus intervenciones a la inclusión en los servicios de salud del personal local y la perspectiva de interculturalidad a partir de primar la cultura como obstáculo. Las intervenciones han contribuido, en general, a una mejora de los indicadores de salud de la población más excluida, y donde las autoridades sanitarias han asumido la interculturalidad, ésta ha tenido poca o nula incidencia en la teoría y práctica médica. La complementariedad de “los otros saberes” con el modelo biomédico se ha dado desde la subalternidad de aquellos, reproduciendo el modelo social en los servicios de salud y en el mejor de los casos, eficientando el modelo hegemónico. Uno de sus mayores logros ha sido la formación de un sector crítico entre trabajadores de salud que a pequeños pasos posibilitan futuros cambios.

La Atención Primaria de Salud y los promotores de salud

Al abordar el proceso s/e/a, los programas de APS, dirigidas por instituciones sanitarias, gubernamentales o no, con mayor o menor énfasis, han integrado aspectos sociales, culturales, personal local o cambios en la formación de los trabajadores, manteniendo la dimensión biológica su hegemonía. Esta hegemonía no era ni es exclusiva del nivel institucional

sanitario, sino extensible a la expectativa que la mayoría de la población tiene con respecto a los servicios biomédicos.

La estrategia de APS ha sido implementada tanto por organizaciones sanitarias gubernamentales como no gubernamentales y una de sus mayores coincidencias en los países del Tercer Mundo, ha sido la inclusión de personal local, en una figura que internacionalmente ha sido conocida como los *community health workers* o promotores de salud.

Una de las experiencias inspiradora de los promotores de salud, de gran impacto por la participación del personal local en salud, fueron los médicos descalzos en China, experiencia que precedió a la APS. Para Muriel Skeet (1984) el programa de los médicos descalzos trató de responder a la atención de necesidades básicas de salud, abordando medidas de salud pública y ampliación de cobertura de servicios con personal no profesional. Los seleccionados eran del lugar, tenían bachillerato y recibieron un adiestramiento de cuatro meses antes de volver a la aldea provistos de un equipo básico y los conocimientos para atender aspectos preventivos, educativos y curativos básicos. Su adiestramiento tenía continuidad en los tres años siguientes y contaban con el apoyo de equipos móviles o clínicas que les ofrecían asesoramiento y atención a los pacientes referidos. Los médicos descalzos combinaban medicina tradicional y moderna, estando su deseo en llegar a ser médicos.

Las circunstancias de la época no permitieron conocer la experiencia en profundidad y sólo se oía hablar de la eficacia de la campaña para erradicar las cuatro principales plagas, de las mejoras en el saneamiento, de las cooperativas de servicios médicos, de la regularización de la natalidad, de la revalorización de su milenaria farmacopea y de los médicos descalzos cuya acción permitía llevar la atención a toda la población. La información filtrada contribuía a idealizar el modelo chino tanto en resultados sanitarios como en la articulación de la medicina china tradicional con la occidental. Articulación que posteriormente ha sido reconocida como de *complementación* de la tradicional con la *hegemónica occidental* y donde *la* construcción de una medicina tradicional china oficial se ha dado a partir de la sistematización y selección de fragmentos de un cuerpo muy heterogéneo de conocimientos y prácticas tradicionales en salud (Knipper, 2006: 423-424).

Para autores como David Werner (2000), autor del “Donde no hay doctor”, los logros sanitarios de China no pueden remitirse, al igual que en la Cuba de la década de los 60, a la integración de médicos descalzos o personal auxiliar a nivel rural, sino a los millones de personas que fueron movilizados en campañas de salud preventiva y educativa, y a las mejoras en las condiciones de vida en alimentación, vivienda y saneamiento ambiental entre otros.

Guatemala es uno de esos países en donde los promotores de salud han sido parte de las estrategias de intervención sanitaria tanto por el MSPAS, como especialmente por las ONGs. La experiencia guatemalteca con promotores inició en los primeros años de la década de los 60, en dos programas no gubernamentales, tuviendo ambos notable relevancia y llegando a ser referencia en la formulación internacional de la APS. El Dr. Carroll Behrhorst fue el promotor de una de ellas, teniendo su inicio en un consultorio clínico urbano, que al poco se proyectó al área rural a través de los promotores de salud y luego se amplió en la coordinación con asociaciones de extensión agrícola y nutrición, de comercio y mercadeo, de compra de tierras, de créditos y ahorro, saneamiento rural y otros, constituyendo el “Proyecto Chimaltenango”.

El Dr. Behrhorst (1975) (Seltzer, 1983) relató al presentarlo en la OMS en Ginebra que al comienzo del trabajo en 1962, las prioridades fueron curativas, y doce años después las prioridades debían incidir en los condicionantes de la salud. En el aspecto médico, consideró que la mayoría de los pacientes no necesitaban un doctor sofisticado y eran más imprescindibles los promotores, pues al ser de su propia gente aceptaban mejor la medicina moderna, la salud pública y el desarrollo de otros servicios comunitarios. También que “la salud pública debe iniciar por el diálogo con la gente, tienen sus propias formas de entender la vida y el buen médico, primero escucha. *Cualquier técnico es extranjero entre la gente pobre campesina*, mientras el técnico tiene ciertas comodidades, el campesino lucha diariamente para vivir, y esas diferencias explican las diferentes percepciones”.

La relación con los curanderos y la integración de algunos de ellos en la red de promotores de salud no fue considerada conflictiva por Behrhorst (1975), no así con una buena parte de los médicos de Chimaltenango, que para el doctor Salazar (Albizu, 2005: 86), quien trabajó con Behrhorst entre 1982-1987, “se opusieron por celo profesional, pues se transmitía el secreto de la medicina a personal no profesional. La excusa eran las iatrogenias, pero sólo se

manejaban medicamentos esenciales y para los promotores era maravilloso acceder a los secretos de la medicina, que era parte del pago a su voluntariado".

Además del carácter pionero con promotores de salud y de las transformaciones de las condiciones de vida y salud a través del "Proyecto Chimaltenango", otra actividad de gran impacto fue el hospital del programa de salud. El hospital de Chimaltenango, luego hospital Behrhorst u "hospital del gringo" se construyó en 1973, y estaba abierto a todas las clases sociales, colaborando en él, los médicos de la capital. El costo total por paciente incluida la medicina era de tres dólares diarios, pero se recibía a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Entre las cualidades apreciadas por los pacientes y familiares estaba el acompañamiento de los familiares en tareas de cuidado y alimentación, aspectos que Behrhorst promovió no sólo para economizar sino para humanizar la relación hospitalaria. El hospital se transformó en "una prolongación del ambiente familiar, al que se sumaba que buena parte del personal hospitalario era indígena y bilingüe, manteniendo una buena relación con los internados, aspectos todos que facilitaban el acceso y la curación de los enfermos" (Steltzer, 1983).

La otra experiencia relevante fue de las Hermanas Maryknoll en Jacaltenango, departamento de Huehuetenango. La Congregación llegó a Guatemala en 1957, pocos años después que la orden fuera expulsada de China que iniciaba una revolución, y a la labor religiosa sumaron actividades como la formación de "educadores de la población" y más tarde de promotores de salud. "Los primeros promotores pasaron en pocos años, del semianalfabetismo y monolingüismo maya a estar alfabetizados, adiestrar y supervisar a las siguientes promociones de promotores de salud, así como en llevar un control de calidad sobre el diagnóstico y tratamiento" (Cabrera, 1995) y en palabras de uno de ellos, Gonzalo Ross, a llevar adelante "la promoción de la vida humana" (Albizu, 2005: 81). Para unos, lo más destacado del programa fueron el hospital de Jacaltenango y el control y erradicación de la tuberculosis con los promotores (Díez, 1988), mientras que para directores de programas similares, lo más novedoso fue su metodología de educación participativa y liberadora (Cabrera, 1995), (Albizu, 2005: 80).

Ambos programas iniciaron en los primeros años de la década de los 60, fueron dirigidos por norteamericanos, Dr. Behrhorst y Hrnas Marycknoll, y combinaron asistencia médica, participación y organización comunitaria con gobiernos militares que combinaban represión y permisividad en la búsqueda de legitimidad. La experiencia de los promotores de salud en los 60-70, fue un espacio más para la participación y empoderamiento de indígenas y campesinos *al despertar ciudadano*, como parte de los cambios que fueron operándose desde la dimensión religiosa con la teología de liberación, los cambios socio-económicos a través de las cooperativas y asociaciones campesinas, y tras el terremoto de 1976 con el trasvase político de las bases de la Democracia Cristiana a las organizaciones revolucionarias.

Los programas crecieron hasta principios de los 80, cuando para el Dr. Behrhorst "llegó la *tormenta política*, y nuestra institución que siempre fue *apolítica* y de abierto trabajo con la población, logró mantener los programas en las comunidades pero reducidos, pues los promotores de salud fueron vistos como sospechosos y desarrollaron su trabajo con riesgo para sus vidas" (Seltzer, 1983). Decenas de promotores fueron asesinados, algunos de ellos en la masacre de la Embajada de España (31 de enero de 1980), y desaparecieron varias asociaciones bajo la política de tierra arrasada, mostrando las contradicciones entre una APS participativa e integral y regímenes políticos represivos.

Desde el Ministerio de salud guatemalteco, los programas con promotores rurales de salud se iniciaron en 1972 y tuvieron la finalidad de apoyo a sus planes y programas (Díez, 1988), en una combinatoria que se mantiene en la actualidad *entre servir a la comunidad y servir al Ministerio de salud*. Las actividades eran esencialmente preventivas, y el desfase era notorio con la percepción de la población de sus necesidades en términos curativos.

En la década de los 80, la División de Recursos Humanos del MSPAS llegó a plantearse que una de las posibles soluciones a las problemáticas enfrentadas, sostenibilidad económica del promotor y ampliar la cobertura del MSPAS, era la formación de "Promotores Rurales Polivalentes (de desarrollo integral) que convertiría al personal local en institucional y profesionalizado" (Díez, 1988). Según el Dr. Octavio Ángel, durante el gobierno del Partido de Avanzada Nacional (1996-2000) firmante de los Acuerdos de Paz, hubo grandes discusiones sobre la posibilidad de integrarlos como personal institucional, salario mínimo

y con la posibilidad de ascender en el MSPAS, pero “se optó por hacer un uso tradicional del personal comunitario. Los promotores de salud [antes] y vigilantes de salud [ahora], siempre han estado en función de las metas institucionales, tanto para el Ministerio como para la mayoría de las ONG” (Albizu, 2005: 200).

Los programas con promotores de salud en Guatemala, gubernamentales o no, fueron dirigidos por personal médico o de enfermería, salvo excepciones, y la perspectiva biomédica fue hegemónica, ocupando los saberes de la población y de los promotores, un lugar subalterno. En los cursos con promotores, el énfasis era biomédico articulado con causas sociales y periféricamente culturales donde se expresaban los saberes y experiencias de los participantes. Las evaluaciones de los cursos sólo recogían los saberes biomédicos. Aunque para la población *todo servía*, el personal médico y religioso, reconocía los saberes populares en el apartado de herbolaria y lo explicable desde la biomedicina, considerando el resto como perteneciente al ámbito de las creencias, de efecto dudoso o de placebo, y tolerado más que respetado, siempre que no hubiera iatrogenias reconocidas.

En un estudio de servicios de salud en Guatemala para AID y el MSPAS, Sheldon (1980) consideró a los promotores “una expresión de la creciente necesidad de la aldea de aprender más, y de obtener más del mundo exterior”. Fueron portadores de un nuevo discurso que a los equilibrios ancestrales del caliente-frío agregaron los microbios y parásitos, el agua hervida y las injusticias sociales. Promovieron y popularizaron la biomedicina en las comunidades en los que “la eficacia de los medicamentos de farmacia o químicos” pronto se hizo hegemónica en los tratamientos. Hicieron de su subalternidad con las instituciones un camino de empoderamiento, de cambio social. En una evaluación del Programa de Extensión de Cobertura de Guatemala Sur (Albizu, 2005: 197) también se recoge fueron portavoces de “denuncia del *mal trato recibido por los pacientes* en los servicios públicos”.

En las comunidades, las relaciones entre promotores y curanderos fueron general y visiblemente de competencia, en base al mayor poder de curar, la consiguiente autoridad ante la comunidad y conflictos entre los modelos explicativos de enfermedades y tratamientos. Los promotores tenían también el apoyo de instituciones externas que a su vez eran fuente de recursos para las comunidades y se integraban en las nuevas organizaciones comunitarias

como comités de salud, de desarrollo y otros. Eran agentes de cambio tanto como expresiones de los cambios comunitarios. A finales de la década de los 90 y con un mayor reconocimiento y prestigio de la cultura maya, una parte notable de promotores se reconocieron también como curanderos y/o *ajq´ijab´* (guías espirituales, sacerdotes mayas) haciendo valer sus saberes y revalorizando la importancia del calendario y las ceremonias mayas en el camino de la salud.

Las instituciones que trabajaron con promotores de salud aplicaron discursos de horizontalidad y prácticas verticales en las ONGs, laicas y religiosas y formas autoritarias floridas en el MSPAS. Al *patanij o servicio a la comunidad*, como práctica de una comunidad basada en la reciprocidad y sobrevivencia, en la que la comadrona y el curandero tenían un pago por su servicio, con el promotor se transformó en buena medida por la filosofía de los programas religiosos -pioneros en Guatemala-, en voluntariado y gratuidad por amor al prójimo y solidaridad con sus vecinos. Este servicio voluntario y gratuito a la comunidad se convirtió en identitario para los promotores y fue utilizado por las instituciones, ONG y MSPAS, que naturalizaron –otra vez más- el trabajo gratuito de las comunidades y lo reivindicaron como bandera identitaria de la cultura comunitaria al margen de los cambios contextuales que se fueron dando en Guatemala.

La evaluación sobre los programas de la década de los 70, variaron entre el "no hay firme evidencia que los esfuerzos con promotores hayan reducido la morbi-mortalidad en las áreas rurales de Guatemala" (OMS, 1978b); "la dificultad para opinar cómo afecta a los indicadores de morbi-mortalidad, pero sí se valora que los esfuerzos son impresionantes" (INDAPS, 1979); o el desempeño adecuado, integral y multidisciplinario que tuvo para sus directores, el "*Programa de Salud y Comunidad*" de la Universidad , el Ministerio de Salud y promotores en Chimaltenango, hasta que en 1980 debió ser suspendido por la represión (Sánchez Viesca et al, 2002: 271). En la investigación que desarrolló la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud en Guatemala (Cabrera, 1995: 62) se constata que "las necesidades eran tan abrumadoras que aunque no podía contrarrestar la deficiencia estructural en cuanto a condiciones de vida y servicios, sí podía paliar sus efectos, aliviar un poco el sufrimiento de la gente y sobre todo evitar el paso a la muerte".

Para Albó ((2004) desde Bolivia, una de las experiencias positivas de promotores de salud [a nivel latinoamericano] fue en Guatemala, “como aprendizaje de la validez del personal auxiliar surgido del propio campo y de su cultura, cercano a la gente y a la vez abierto a médicos y enfermeras frente a las dificultades irresueltas, para que estos manejen las lenguas de cada lugar con la debida soltura y de las relaciones interculturales asimétricas fruto de la estructura socioeconómica”.

La evaluación del trabajo, y tomando en consideración la diversidad de experiencias, es más positiva desde los mismos promotores y la población, que desde las instituciones sanitarias, pues además de la ingente labor realizada en aspectos preventivos, curativos y de promoción de la salud, su evaluación no puede limitarse a los aspectos sanitarios. Los promotores y sus asociaciones, los cursos y encuentros, llevaron a espacios de compartimento entre promotores de salud, campesinos y urbano-marginales, indígenas y no indígenas, y profesionales sanitarios que favorecieron procesos de empoderamiento reconociendo que frecuentemente los promotores integraban diferentes liderazgos como varios de los campesinos quemados en la Embajada de España en enero de 1980 (Albizu, 2005). Las experiencias de los promotores y sus asociaciones fueron otra expresión más de los cambios vividos por las comunidades guatemaltecas en la segunda mitad del siglo XX.

En la experiencia guatemalteca han sido los programas no gubernamentales de salud mental que trabajan con las víctimas de la violencia política, quienes más han integrado los saberes y experiencias de los “otros”, las víctimas del genocidio. La palabra de las víctimas, la escucha y el diálogo son procedimientos básicos en la atención, así como el reconocimiento de los recursos culturales para la elaboración de los procesos de duelo, el apoyo y acompañamiento en la movilización de los sobrevivientes en la recuperación de los cadáveres de los enterramientos clandestinos, los rituales de entierro, la lucha por la reivindicación de la memoria de los muertos, la lucha en los tribunales contra la impunidad como parte del resarcimiento que han tenido como pilares la cultura y la participación de los afectados (Cabrera et al, 1999), (Cabrera, 2006).

Para José García Noval (1993): “la APS en Guatemala pasó de noche, dadas las políticas sanitarias y los límites estructurales en contradicción con la APS”. Aún siendo la APS

subalterna en el modelo biomédico, tanto el MSPAS como las ONGs apelaron a ella como Salud Comunitaria y una buena parte de los promotores y profesionales, que participaron en estas experiencias aportaron a la formulación del Programa *Hacia la salud incluyente* (INS, 2002).

De la medicina intercultural a la interculturalidad en salud y salud intercultural

Las peores condiciones de vida e indicadores de morbi-mortalidad entre la población indígena de los países latinoamericanos llevó a gobiernos como el mexicano, a desarrollar programas de ampliación de cobertura a través de la medicina rural en los años 40 y de medicina intercultural en la década de los 50-60.

A finales de los 80 y principios de los 90, la perspectiva intercultural se formuló indistintamente como *interculturalidad en salud* o salud intercultural aunque hay quienes las diferencian considerando la primera mas como interpretación de *una realidad transaccional –de hecho- y como estrategia desde las instituciones sanitarias para una interacción equitativa –de derecho-*. En ésta última acepción como estrategia, una de las conceptualizaciones más referenciada es como "la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud, enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional; percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas" (Ibacache, 1997). En esa diferenciación, la *salud intercultural* serían los *servicios con pertinencia cultural*, "la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los pacientes (y sus familiares) en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto sean satisfactorios para ambas partes" (Citarella, 2009: 15-16).

Otra definición que se presenta como intercultural pero muestra una perspectiva multicultural es la de Cunnigham (PNUD, 2005: 179) cuando: "todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción". Y la reconozco como multicultural pues el énfasis está en la

igualdad de condiciones, oportunidades de todos los sistemas, y al refererirse a los intercambios entiendo se refiere a los intercambios dentro de cada sistema para su propio desarrollo más que a los intercambios entre sistemas diferentes.

En buena parte de las versiones de interculturalidad en América Latina predomina una fuerte identificación de cultura con etnicidad (García Canclini, 2004: 20), asignando un modelo étnico de salud a cada grupo étnico, y no reconociendo las transacciones *de hecho* de esa población, a la vez que se secundarizan y/o invisibilizan las dimensiones ideológicas, políticas, económicas e históricas que han llevado a las inequidades por ser "culturalmente diferentes al ser nacional". En el campo de la salud esa diferencia cultural será visibilizada como un problema de comunicación lingüístico y de significados, que no se extiende al resto de la población que por hablar el idioma nacional tiende institucionalmente a invisibilizar los problemas de comunicación en los significados y en la vivencia de la enfermedad.

La salud intercultural para Fernández Juárez (2010: 25) debe ser referente transversal de interés, aplicado a cualquier sociedad, pues todos somos emigrantes e indígenas en las instituciones de salud. Los inflexibles protocolos, su jerga médica, sus códigos con respecto a colores y espacios, la pérdida de autonomía y otros, constituyen parte de una cultura sanitaria donde el enfermo adquiere un rol pasivo. Pero en la práctica de los servicios, "sólo que el nacional sea estigmatizado y marginal –heroinómanos, alcohólicos, prostitutas, VIH + […], al ver su ineficacia, se interesarán por su cultura y contexto social, e incluirán personas benévolas y sabias en sus intervenciones" (Ibíd., 31).

El enfoque de interculturalidad en salud en América Latina se traduce en dos ámbitos fundamentales de intervención (Citarilla, 2009: 15-16), por un lado en acciones cuyo propósito es la *valoración* de la medicina tradicional y su *recuperación y uso* en el sistema de atención público *y por otro* en acciones de *adecuación intercultural* que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria (indígena).

Pionero en la introducción de la dimensión cultural en salud en Latinoamérica fue el Dr. Aguirre Beltrán (1994 [1955]: 19-20, 384-400) quien desde el Instituto Nacional Indigenista (INI) se planteó a través de la "medicina intercultural", integrar a la población indígena en

el México nacional, reducir las discriminaciones y morbi-mortalidad diferencial, y facilitar el acceso a los servicios de salud partiendo de que la diferencia cultural con las instituciones médicas se reducía a la población indígena.

La medicina intercultural era una “ciencia interdisciplinaria” en donde el antropólogo informaba a los profesionales de los patrones culturales y particulares, sin pretender sustituir a la medicina pública, sino establecer las condiciones para su ulterior establecimiento en una población indígena con creencias y patrones de conducta sanitaria, que representaban obstáculos insalvables para el acceso a los servicios y al derecho a la salud. Su función era la introducción de conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de la comunidad, la sustitución progresiva de los conceptos y prácticas mágico-religiosos y evitar el trato discriminatorio. Se reconocían espacios de intercambio entre ambas medicinas, como la parte natural de la medicina indígena, pero otros como las causalidades místicas, la hacían irreductible a la combinación fuera del contexto de las comunidades tradicionales, pues entre ciencia y magia no era posible la integración universitaria.

La relación entre el doctor y el paciente eran para Aguirre Beltrán un “drama terapéutico” debido a la diferencia cultural y la estructura social responsable del distanciamiento entre ambos universos. Para salvar estos obstáculos, propuso a los promotores sanitarios o auxiliares de enfermería indígenas como intermediarios, refiriendo como antecedente exitoso, a los auxiliares indígenas del médico colonial Hydrick quien a partir de 1924 inició en Java un programa de adiestramiento con jóvenes indígenas como visitadores sanitarios. Para ser auxiliar indígena se requería ser bilingüe, sin que representara ventaja ser practicante de la medicina nativa, adquiriendo los conocimientos y habilidades en el contacto directo con el médico, en la observación de sus procedimientos, y la aplicación de sus instrucciones más que en el aprendizaje formal. Sería el intermediario médico-cultural entre el personal técnico y la comunidad, “traduciendo la cultura del médico y la estructura social de su relación en términos de la cultura de comunidad y de la situación subordinada del paciente”.

Al profesional se le debía adiestrar en la comprensión de las “culturas en contacto” con independencia de los conocimientos y destrezas técnicos necesarios y siendo un hándicap que a las ciencias sociales se les situaba en un *status* menor respecto a la ciencia de la salud, se

dificultaba su inclusión en la enseñanza de la medicina a la vez que pocos eran los interesados. Ante ello, la alternativa era preparar a los propios indígenas, pues eran quienes llenaban los rasgos del médico intercultural.

Esta propuesta de Aguirre Beltrán de medicina intercultural para ampliar el acceso a los servicios públicos de salud, además de en México ha tenido influencia en los demás países latinoamericanos que cuentan con población indígena, igualmente excluida, y que en los últimos 50 años han conocido tantos movimientos por los derechos sociales incluida la atención de la salud y el reconocimiento político y cultural.

Una de las mayores experiencias, al menos por extensión y duración, ha sido en México por parte del Instituo Nacional Indigenista (INI) y posteriormente continuadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social con el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar), creado en 1979, que "con una orientación pragmática, desde un principio intentó la complementación entre la atención médica académica y la adecuación del servicio a las culturas rurales, sobre todo indígenas" (Campos, 1999). En 1979, IMSS-Coplamar oficialmente atendía 10 millones de personas, mayoritariamente indígenas, a través de 2000 unidades médicas rurales y 52 clínicas-hospitales de campo. En 1981, eran 14 millones a través de 3024 unidades médicas rurales, obteniendo logros significativos en padecimientos gastrointestinales, deshidratación oral y enfermedades prevenibles por vacunación. En 1990, el Programa se convirtió en IMSS-Solidaridad.

El "Programa de Interrelación" (Campos, 1999) tuvo varias etapas con diferentes procesos simultáneos. Por un lado se modificó la formación del médico que en su último año de carrera realizaba el servicio social del Ejercicio Profesional Supervisado, contemplando "el reconocimiento y respeto a la cultura local y la aplicación de programas acordes con las características culturales de los pueblos a los que se quería transformar. Paralelamente se promovía la organización de los terapeutas comunitarios, la sistematización de sus conocimientos y experiencias y encuentros de intercambio con los médicos".

En 1984, la capacitación del personal médico en servicio social se convirtió en un objetivo primordial creándose una metodología secuencial de capacitación a través de los llamados

“desempeños”. La primera secuencia consistía en un bagaje teórico mínimo de la medicina tradicional, y en elaborar un directorio de los terapeutas tradicionales de su zona. La segunda secuencia, ampliar la información sobre curanderos, parteras y la profundización de los padecimientos y su atención. El tercero, la identificación de las plantas medicinales de la región. El cuarto la participación de los terapeutas tradicionales en la consejería de la Unidad Médica Rural y el quinto el intercambio sobre saberes y prácticas con los terapeutas tradicionales y el sexto, la capacitación de las parteras rurales.

En la siguiente etapa, 1990-95, los propósitos fueron consolidar y ampliar el trabajo conjunto y la coordinación en el trabajo cotidiano de los equipos de salud con los médicos indígenas y parteras, el diálogo directo con las organizaciones de médicos indígenas, destacar la acción comunitaria, el autocuidado y la prevención. El Programa respondió a algunas demandas de las organizaciones de médicos indígenas, que ella misma había promovido, como distribuir gafetes de identificación como muestra del reconocimiento, un aval oficial, material de curación, intercambio de experiencias y conocimientos entre los médicos indígenas, terrenos para sembrar plantas medicinales y otros, pero “siempre evitó proponerles su integración como auxiliares de enfermería en los servicios públicos”.

La Coordinadora Nacional de Médicos Indígenas (CONAMIT) formada por 57 organizaciones presentó al IMSS en 1994 un listado de reivindicaciones que tenía como objetivo impulsar el sistema médico indígena tradicional fortaleciendo la estructura organizativa de los médicos indígenas, la sistematización de conocimientos, la coordinación para participar en la planificación de salud en las áreas, el financiamiento, respeto y valoración de la cultura indígena, y “que no hubiera discriminación ni malos tratos a los pacientes” en los servicios (CONAMIT, 1994) (González, 1999). En 1995 se estableció un Convenio IMSS-CONAMIT con el reconocimiento institucional de las organizaciones de médicos indígenas, apoyo financiero, permiso de visitas de los médicos indígenas a las Unidades Médico Rurales y Hospitales Regionales, así como la referencia y contrarreferencia.

A juicio de las autoridades del IMSS, entre los beneficios de la relación fue el fortalecer el autocuidado de la población con sus recursos y valores culturales propios, acercar los servicios de salud adecuándolos a sus necesidades y características socioculturales. Entre las

limitaciones, la falta de continuidad de la capacitación sobre medicina tradicional dirigidos al personal institucional y la persistencia de la desconfianza de algunos terapeutas tradicionales acerca de las intenciones últimas del “Programa de Interrelación” (Campos, 1999).

Entre los principales obstáculos estuvieron “los diferentes marcos conceptuales y las formas de aprehender, el etnocentrismo de los médicos y el desconocimiento de la cultura de la población a la que atendían” (Freyermuth, 1991). También, los relacionados con el insuficiente tiempo de permanencia de los médicos del EPS y los cambios entre los auxiliares bilingües, que no daban lugar a generar relaciones de confianza, pero también en la dificultosa relación entre los médicos indígenas tradicionales, sin antecedentes de relaciones y con escasa homogeneidad de criterios por el modo en que aprenden. El Programa acabó privilegiando la investigación de los recursos tradicionales para beneficio de la medicina institucional, sin favorecer la reflexión entre ambas prácticas, ocasionando el desencanto de los médicos indígenas pues ni ellos ni las comunidades obtuvieron beneficio reconocido.

En Sudamérica, una de las experiencias más difundidas es la llevada a cabo en Chile, en el Hospital Makewe (Ibacache Burgos, 2001), gestionado por la Asociación Indígena para la salud Makewe-Pelale con un destacado desarrollo teórico-práctico donde “el conocimiento central en salud corresponde al de la comunidad y sus especialistas, mientras el de complementación corresponde al occidental”. Atiende a una población en la Araucaria Sur en la que el 80% son mapuches y como propósito está el mejorar la calidad de la atención en salud y la vida de la población, a través del fortalecimiento de la Identidad Cultural Mapuche, por lo que sus estrategias y fundamentos son el Pensamiento Mapuche. Existe un Consejo de Sabios -*Nielukuyfikekimün*- que asesora tanto a la asociación como a la dirección técnica del hospital con ideas de cómo hacer que las gestiones administrativa y técnica se diseñen e implementen tomando en cuenta la realidad sociocultural. El Hospital ha ido adecuando su infraestructura y recursos a la pertinencia cultural, tiene protocolos de consulta que incluyen explicaciones de todos los procedimientos que se van a realizar y aclaración de dudas. La farmacia tiene “medicamentos occidentales junto a productos elaborados con yerbas medicinales”, la señalización y el material de información está en *mapuchezugun* y español, y se trabaja “de modo bilingüe incluida la entrega de remedios para el mejor entendimiento”. Se coordina la referencia y contrarreferencia y “el personal médico de ambos modelos se

visitan para acordar modos de complementación terapéutica tanto al interior del hospital como en sus hogares". El equipo de salud se capacita a partir de la experiencia diaria.

En otra experiencia de servicios de salud, de la misma IX Región Araucaria Sur/Temuco (Alarcón et al., 2004: 109-114), el equipo de salud realizó un estudio que mostraba las diferentes perspectivas de los proveedores de servicios y los usuarios mapuches. Mientras desde los servicios no se percibe que la población mapuche tenga mayores problemas de acceso, los usuarios consideran que es "manifiesta su falta de acceso, su condición étnica y la inequidad en la atención, siendo razones fundamentales para crear una política de salud intercultural que supere esos problemas". Desde ambas partes sí se considera necesaria la incorporación de Facilitadores Interculturales, la inclusión de la lengua mapuche, la integración de prácticas terapéuticas de la medicina mapuche y de agentes tradicionales al sistema de atención público dirigido a la población mapuche. Para los usuarios eran de gran importancia, el respeto y actitud flexible frente a las prácticas de salud de la cultura mapuche y establecer sistemas de referencia y contrarreferencia entre agentes de ambos sistemas médicos. Los obstáculos que señalaron fueron que los equipos de salud y estudiantes de medicina tienen escasa formación sobre los divergentes modelos explicativos de la salud y enfermedad; las condiciones de dominación social y política de un modelo sobre otro y la falta de voluntad de los directivos de salud; la indiferencia de la población chilena a los problemas de la población mapuche; y la discriminación de los equipos de salud hacia los indígenas.

Para el equipo de investigación, la construcción colectiva de un modelo de salud con enfoque intercultural pasa "por una mayor participación de los pueblos indígenas en la elaboración de los programas de salud y posterior gestión, y se dificulta por la ausencia de referentes teóricos al respecto y sus implicaciones prácticas".

En el municipio de Tinguipaya del departamento de Potosí, de población quechua y uno de los más pobres de Bolivia, se desarrolló un Modelo de Salud Intercultural Municipal (Tapia y Delgadillo, 2009: 412-437) donde el objetivo principal fue fomentar la articulación entre el modelo tradicional y biomédico, a fin de mejorar los indicadores de salud. Los ejes fueron la capacitación del personal biomédico y tradicional, la construcción de infraestructura con enfoque intercultural, implementar un laboratorio de medicamentos a base de plantas

medicinales y la elaboración de material didáctico sobre embarazo, parto y puerperio. Integrado en el Modelo estaba el Hospital municipal pero no se logró entrara en la dinámica social de las comunidades rurales, y después de haber contado por dos años con la presencia hospitalaria de los médicos tradicionales -con el financiamiento de la municipalidad-, se valoró que había intensificado su subalternidad y que en el trabajo comunitario se les utilizaba para cargar el termo o los medicamentos. Otras dificultades fueron trasladar la atención de los médicos tradicionales a la infraestructura hospitalaria y el involucramiento de la familia, al extraerlos del espacio familiar y comunitario; por otro lado su presencia generó conflictos con grupos cristianos, que dejaron de acudir al Hospital, al acusar a los médicos tradicionales de estar con el diablo.

El proyecto apoyó la conformación de una organización de médicos tradicionales, COMETRAT, para poder coordinarse con la contraparte biomédica y para el fortalecimiento de la medicina tradicional. De la experiencia se consideraron meritorias, las actividades de apoyo a la medicina y médicos tradicionales, y entre las limitaciones que la mayoría de los médicos tradicionales nunca participaron en la organización, al no ser una necesidad sentida e incluso las acreditaciones que se daban por asistir a las reuniones fueron motivo de conflicto. La organización tuvo cierta funcionalidad y regularidad mientras duró el apoyo externo internacional, desapareciendo junto a ésta. Otras limitaciones fueron la falta de apropiación de las autoridades sanitarias y gubernamentales, la ausencia de un marco normativo, la poca apertura del personal médico a la interculturalidad y su falta de concreción operativa.

En Bolivia, la inter y multiculturalidad son parte de la bandera política del gobierno de Evo Morales y la vía de hecho elegida es la de multiculturalidad a través del “rescate y fortalecimiento de la medicina tradicional” (Zangari: 2009a: 372). En la práctica se ejecuta prácticamente sin presupuesto ministerial, dependiendo de los municipios y la cooperación externa, como modelo en paralelo al biomédico público el cual no se siente implicado en la coordinación ni cuestionado en su práctica y poder. En el Ministerio de salud se habla de articulación de sistemas médicos, pero no se concreta en acciones operativas que impliquen al personal biomédico.

En Ecuador, son múltiples las experiencias de interculturalidad, promovidas desde el Ministerio de Salud y organizaciones de salud ligadas al movimiento indígena. En general se ha combinado el rescate y fortalecimiento de la medicina tradicional y médicos tradicionales (MSP, 2009a, 2010), y/o la coordinación de médicos de ambos modelos de salud incluso en el mismo espacio físico, dando la opción al paciente, a la libre elección del médico. En esta libre opción está la Clínica Jambi Huasi de la ciudad de Otavalo, donde se da la *aparente paradoja* de que los indígenas acuden más al biomédico que no encuentran en las aldeas, y el no indígena solicita con el médico tradicional que le es más difícil encontrar en el área urbana. Aparente paradoja que también se da en otras clínicas situadas en centros urbanos, y que muestran el difuso límite entre los itinerarios terapéuticos de los indígenas y no indígenas. La paradoja no es tal pues como recoge Ramírez (2009: 157), para Bolivia, la presencia del terapeuta tradicional es más importante en los centros de salud y hospitales de las ciudades que en la zona rural, pues en éstas todos saben dónde encontrarlos mientras que en la ciudad es más difícil.

Las valoraciones positivas en Ecuador de este compartimento de infraestructura, tanto en las clínicas públicas y privadas es atribuida a la apertura y reconocimiento que el personal médico laborante de esas clínicas tiene hacia la medicina tradicional. Por el contrario, IMSS-Solidaridad en México ha abandonado estas estrategias, “al no mejorar la cobertura, no ser el espacio más adecuado para la intervención del médico tradicional, acabar éste desarrollando actividades de vacunación y otras del modelo biomédico, y reproducir la subordinación del saber y poder tradicional con respecto al saber y poder biomédico” (Campos, 1999).

La interculturalidad en buena parte de los programas ministeriales latinoamericanos se está limitando a la “adecuación cultural del parto y de la sala de atención”. La priorización nacional e internacional de la disminución de la mortalidad materno-infantil y la identificación de que las mujeres no acuden a los servicios por “obstáculos culturales”, la ha convertido en la actividad intercultural por excelencia. Su operativización es de bajo coste económico, pues la adecuación se reconoce en dotar al puesto, centro de salud u hospital de una sala de parto, donde la parturienta tenga la opción de elegir entre el parto vertical y horizontal, de tomar infusiones, asegurarle un parto “caliente” y a cargo, en general, de una partera empírica que

recibe no un salario sino un pequeño apoyo económico. Si forma parte de la atención habitual comunitaria, en algunas ocasiones, se agrega un temascal a la infraestructura.

La presión institucional porque las mujeres en parto sean atendidas institucionalmente, con adecuación o sin ella, contradicen esa interculturalidad "amistosa" y siempre inequitativa, que van desde medidas políticas en Bolivia como "el Bono Juana Azurduy de Padilla que incentiva económicamente a las mujeres que den luz en establecimientos de salud, restando valor y reconocimiento a las parteras tradicionales" (Tapia y Delgadillo, 2009: 434); negando a las comadronas de la selva amazónica peruana, tijeras y antisépticos, para obligarlas a que lleven a las parturientas a los centros de salud (Albizu, 2010); y en paralelo y con alta frecuencia, el establecimiento de salud tampoco garantiza una mayor capacidad resolutiva en caso de emergencia en el parto.

En Ecuador, los Centro de salud de Saquisilí (Cotopaxi), los Subcentros de Naranjal y Hospital de Borbón (Esmeraldas); en Chile, el Hospital Regional de Iquique, el Hospital Juan Noé, el Servicio de salud en Valdivia; en Bolivia, el Hospital de de Patacamaya o Achacachi (Fernández Juárez: 2010: 23) son ejemplos de adecuaciones culturales al parto, que se anuncian exitosos.

Atención Primaria de Salud y los auxiliares de enfermería locales

La Carta de Punta del Este (Andrade, 1979: 70) para América Latina elaborada en la reunión de gobiernos de 1961, junto al reconocimiento de "las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar" y que "los programas de salud pública son esenciales y complementarios de los económicos", recomendó la formación de profesionales y auxiliares para la prevención y curación de las enfermedades.

El escaso personal institucional dispuesto a vivir en las comunidades indígenas alejadas de los centros urbanos y sus familias, llevó a promover al personal local para ocupar puestos de salud alejados, dado que la alternativa era mantenerlos cerrados la mayor parte del tiempo. El personal auxiliar local presenta la ventaja que siendo del lugar viajará menos por razones familiares, una atención más permanente, evitando ausencias largas de fines de semana, y

de confianza por continuidad en el puesto, en contraste con la dificultad de contar con "profesionales y técnicos que acepten radicarse en el medio rural, y en particular en zonas de población indígena, aspecto que es estructural y difícilmente modificable" (Menéndez, 1994: 11). La opción de personal local "integrado en los servicios" es también la deseable en el área andina por ser el más estable y ante las salidas de éstos para entrega de informes, cursos, vacaciones, proponen que se trabaje "en equipo de dos o tres auxiliares para asegurar una atención permanente" (Flores Martos, 2004: 202).

En el caso de Guatemala, una de las dificultades para integrar personal local en el MSPAS, ha sido el requisito de disponer del grado escolar de Secundaria para acceder a los estudios de auxiliar de enfermería. Requisito que para la Escuela Nacional de Enfermería es necesario para asegurar la calidad de la atención, pero donde el resultado paradójico es previsible, pues quien logra la Secundaria procura trabajar en el área urbana, continuando el área rural con puestos de salud cerrados por falta de personal, y otros abiertos parcialmente por las ausencias justificadas o no de sus trabajadores.

La posibilidad de integrar personal local como auxiliares de enfermería en los servicios del MSPAS en Guatemala, ha tenido en los últimos años, dos experiencias promovidas por el MSPAS y OPS, y ambas con la población afectada e implicada en el "conflicto interno" que demandaba estos cursos. La primera fue antes de la firma de los Acuerdos de Paz (1996), en las áreas ixil y del Ixcán, ambas zonas de conflicto del departamento de El Quiché, con población desplazada y de la resistencia y que en Ixcán se sumaba población retornada desde el refugio mexicano. Para dar respuesta a las demandas sociales de todos ellos donde eran casi inexistentes los servicios públicos de salud y del Estado, salvo los militares, se desarrollaron dos cursos, uno en cada área, de nueve meses de duración por los que personal local con cierta experiencia en salud, generalmente promotores de salud, se titularon como auxiliares de enfermería. Posterior a lograr el título, buena parte de ellos y ellas, al no abrirse nuevas plazas para la ampliación de cobertura, tuvieron que esperar varios años para lograr un puesto de trabajo en la región. La segunda experiencia y también ligada a la guerra, fueron los dos cursos, de tres y un mes respectivamente, posteriores a los Acuerdos de Paz, por el que sanitarios de guerra con formación próxima a los promotores de salud, fueron titulados como

auxiliares dentro de las negociaciones llevadas entre la guerrilla y el gobierno, para la inserción de los ex guerrilleros en la vida social.

Para la OMS (2008a: 54-55), “la integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona” son fundamentales para el mejor logro de los resultados sanitarios, y los tres exigen “un personal estable”, considerando de dos a cinco años el tiempo necesario para alcanzar la confianza de la población. El estudio de la OMS considera que en ese tiempo “los profesionales tienden a respetar y entender mejor a los pacientes que conocen bien, lo que genera una interacción más positiva y una mayor comunicación, pero frente a esto, la oferta sanitaria se organiza en especialidades y subespecialidades y en el caso del ejercicio profesional supervisado, el tiempo de estancia varía de tres meses a un año”.

El personal médico que atiende las comunidades indígenas y rurales son mayoritariamente médicos en servicio social, ejercicio profesional supervisado o EPS, cambiando anual (México) o trimestralmente (Bolivia), tiempo insuficiente para generar relaciones de confianza (Fernández Juárez, 2010:33) (Freyermuth (1991). El resultado es que la población considera a estos médicos y enfermeros como estudiantes, generando desconfianza en su capacidad resolutiva y limitando el acceso a los servicios (Ramírez, 2009: 169, 172). Todas ellas situaciones que les reafirman en su exclusión social y ciudadanía de segunda con respecto a la atención prestada en el área urbana.

Una experiencia que tomó a los auxiliares en proceso de formación como punto de partida de conocimientos se realizó en Bolivia (Dibbits y De Baer: 2002). Los auxiliares en su formación se convirtieron en los sujetos de investigación a partir de sus propias experiencias en el proceso s/e/a, sus apreciaciones del trabajo cotidiano y sus percepciones de la comunidad. El objetivo era a través de la reflexión, convertir la experiencia en aprendizaje junto al desarrollo de capacidades de comunicación interpersonal. La reflexión sobre sus experiencias les confrontó conscientemente con vivencias, prácticas y explicaciones que cotidianamente enfrentan en los lugares de trabajo con las personas que atienden, y reconociendo que entendemos a otras personas y sus expresiones, sobre la base de la comprensión de nosotros mismos.

Se consideraron fundamentales: el respeto a la diversidad cultural, la “indivisibilidad entre la competencia técnica y las capacidades de comunicación interpersonal”, la incorporación de metas cualitativas acompañadas de monitoreo, seguimiento y evaluación; estrategias para involucrar, la promoción de relaciones equitativas al interior de las instituciones, la participación comunitaria real y responder a “las necesidades de los grupos excluidos en los servicios como son los hombres adultos y adolescentes”.

Las prioridades de estudio estuvieron en la interculturalidad, en la que a través de la experiencia del cuidado familiar entre trabajadores y usuarios se reconocieron fronteras difusas entre lo propio y ajeno, y el impacto del trato y formación recibido en las prácticas cotidianas. Se reconoció que el trabajador local comparte patologías y tratamientos locales con el usuario, y que la asimilación de nuevas prácticas para el trabajador, no significa la desaparición de aquellas que se socializaron durante la niñez y juventud. Que el ascenso social obliga, a veces, a una adecuación cultural al modelo hegemónico, y el ascendido asume una actitud cautelosa ante la “posibilidad de ser confundido con la población usuaria” (Ibíd., 37-69).

El compartir saberes experienciales supuso “un destape” al mostrar lo que durante la normalidad laboral se procura ignorar, censurar u ocultar. En el análisis colectivo surgieron muchas asociaciones con situaciones vividas en la propia familia, en la comunidad y en los servicios de salud y al no vincularse ambos saberes en la educación y atención formal de salud, como puede expresarse un conflicto entre lo aprendido en la familia y lo académico. Lo que antes se consideró un saber de mucho valor, de pronto se convirtió en ignorancia, en algo nocivo. La enseñanza formal se valoró que suministra en el mejor de los casos, herramientas para abordar lo que es constante, homogéneo y ordenado, regular e inmutable [la enfermedad], pero poco lo inesperado, lo paradójico y lo complejo [las personas] (Ibíd., 69-101).

En la experiencia boliviana con el personal auxiliar, Albó (2004: 65-74) reconoce que si con ellos se quiere trabajar la interculturalidad, una “condición sine qua non es que en su formación se respete y valore su origen y experiencia cultural, incluida la del campo de la salud”. En la misma línea, Michaux (2004: 116-118) considera que es un error pensar, que los auxiliares indígenas van a realizar espontáneamente una síntesis entre el paradigma

biomédico y el paradigma andino. Ambos autores reconocen que “la estructura socioeconómica y política es el punto más complejo de la interculturalidad positiva”, pues de la estructura social se generan las relaciones interculturales asimétricas, así como la insuficiencia de la formación de los profesionales en ciencias sociales, la poca sensibilización del personal a la dimensión subjetiva y humana y las relaciones jerarquizadas en la institución médica. En las experiencias de interculturalidad con base en el modelo biomédico, el personal sanitario está inmerso en un modelo jerárquico que reproduce la verticalidad de saberes, pero también de género y de etnicidad llevando frecuentemente al potencial personal benévolo a ocultar su identidad étnica especialmente en los medios hospitalarios.

La formación del personal auxiliar local e indígena reproduce los paradigmas biomédicos hegemónicos institucionales, y como base de la pirámide institucional se supedita al poder y saber académico del médico y de enfermería, que tienen a la academia como fuente de saberes. Estos trabajadores son para la institución sanitaria un personal de bajo coste económico, que además de realizar su trabajo técnico como auxiliares, facilitadores para el acceso a servicios básicos, o mínimos, son también traductores linguísticos para el personal médico y de enfermería que en su inmensa mayoría desconocen el idioma local.

Mientras las anteriores funciones de los auxiliares locales e indígenas son sobradamente reconocidas, contrasta con el nulo reconocimiento que de la dimensión política inter-étnica de inseguridad y conflicto con el que la población indígena acude a los servicios de salud, puedan tener estos trabajadores una consideración de personal benévolo. Al considerarlos la población “de los mismos”, las relaciones pasan de un ámbito inter- étnico e inseguro, al ámbito intra-étnico, con expectativas de que desaparezcan las hirientes aristas de la estigmatización. Relaciones intra que por lo demás, mientras no haya modificaciones sustanciales en el modelo médico, reproducirá las relaciones de poder, entre el que sabe y el que no sabe, pero en los idiomas mayas, quechua, aymara u otros.

La interculturalidad en los Hospitales: Oficinas Interculturales y Hospitales amigos.

El hospital es el ámbito de la atención médica donde el Modelo Médico Hegemónico se explaya con mayor fuerza en la biologización de la enfermedad –y de su eficacia curativa- y en la subordinación del paciente ante el poco espacio para negociación con el poder médico, salvo el pedir su baja voluntaria o la no asistencia. Y la no asistencia ha sido una estrategia de resistencia frecuente entre la población indígena. Ante ello, la estrategia de interculturalidad ha llevado a gestionar Oficinas Interculturales con Equipos de Apoyo y Facilitadores Interculturales u Hospitales amigos. Los objetivos principales de ambas estrategias han sido mejorar la calidad de los servicios, calidad que incluyera pertinencia cultural y satisfacción del usuario, así como el de un trato amable, no estigmatizante, como reconocimiento del derecho a la atención. Por otro lado, para mejorar el acceso se han acompañado de acciones extrahospitalarias como de promoción de los servicios y contactos e intercambios con los médicos tradicionales.

Una de las primeras Oficinas Interculturales en América Latina fue en el Hospital de la Araucaria en Temuco (Chile) bajo la denominación de Oficina Amuldungun, término con el significado de "llevar la palabra, intérprete". Tras ella se abrieron, siempre en la región mapuche, Oficinas en los Hospitales de Imperial, Carahue, Puerto Saavedra, Galvarino, Lautaro, Vilcún y Consultorio Miraflores de Temuco. El objetivo de las Oficinas ha sido el mejoramiento de la calidad de atención hacia la población mapuche a través de la conformación de Equipos de Apoyo integrados por profesionales de la salud y ciencias sociales que participan en las acciones y gestión de los establecimientos y la incorporación a ella de Facilitadores Interculturales. Los Facilitadores conocen la lengua y cultura mapuche así como la lógica del establecimiento hospitalario para acompañar a los usuarios, siendo el nexo de facilitación entre los usuarios mapuches y el Equipo de Salud. En un inicio, el rol y funciones del Facilitador fueron de suplir las carencias de los establecimientos y donde posteriormente se ha integrado como asesor en la gestión, con participación activa en la toma de decisiones, en la priorización y adecuación de actividades en función de la satisfacción del usuario mapuche, estando integrado en todas las líneas de acción del programa y del establecimiento.

Una herramienta básica de la Oficina es la *co-producción de conocimiento* en temáticas que involucran el contacto interétnico y la relación de las cosmovisiones en torno al proceso s/e/a, para lo que se propician encuentros con líderes comunitarios, organizaciones y agentes de medicina tradicional, a la vez que busca coincidir en problemáticas de estudio con las entidades académicas de la región y los niveles locales y centrales del Ministerio. La Oficina de Temuco también ha desarrollado esfuerzos por incorporar herramientas de conocimiento, habilidades y valores de respeto, reconocimiento y valoración de los diversos sistemas médicos, en los currículos de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera (Temuco) y en pre y postgrado de diversas carreras de las ciencias humanas. Igualmente difunde las actividades del Programa de salud y de las Oficinas a través de programas radiales, material audiovisual e impreso junto a la producción y difusión de material de promoción de salud relacionada con las enfermedades más frecuentes, los derechos de los usuarios en la utilización de los servicios de salud e instituciones del Estado.

En Bolivia, la experiencia de la Oficina Intercultural Willaqkuna en el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí (Zangari, 2009b: 393-408) se inició en el año 2000 y nació como respuesta a la necesidad de mejorar la calidad y eficacia de las acciones de salud, ante la "baja calidad percibida" por los indígenas y campesinos. Willaqkuna significa "informar, avisar, orientar" y la Oficina tenía como objetivos mejorar la calidad de la atención, adecuar los servicios a los usuarios, sensibilizar y capacitar a los equipos de salud hospitalarios de la problemática de salud de la población indígena, mejorar la comunicación, difundir la lengua y cultura de la población originaria, desarrollar un sistema de gestión de reclamos y fortalecer el vínculo entre el hospital y las comunidades urbanas y rurales.

Inició con un equipo multidisciplinario formado por un médico, un antropólogo y un trabajador social y tres facilitadores interculturales, seleccionados éstos con los requisitos de ser indígena, trilingüe –hablar español, quechua y aymara- y conocer los sistemas biomédico y tradicional. Los facilitadores entraban en contacto con los usuarios desde su admisión y los asistían en todas sus dificultades en la estancia, así como en la relación con trabajo social para el apoyo en medicamentos y gastos de atención. En su inicio, el personal hospitalario fue reacio a esas labores de intermediación y no les permitió la entrada en los consultorios, aspecto básico que fue posteriormente superado. En la primera fase se trabajó la sensibilización del

personal hospitalario enfatizando la relación de calidad con interculturalidad. En la segunda fase se divulgó la iniciativa entre las organizaciones comunitarias, sindicatos y otros, y se canalizaron sus demandas, inquietudes, quejas hacia ese centro médico. Finalmente se trabajó el aspecto institucional, local y nacional, de autoridades sanitarias, municipales y gubernamentales.

La Oficina pretendía ser una instancia que debía producir "cambios en la calidad de los servicios" y no una ventanilla de atención al usuario. El primer reto fue generar el clima adecuado para la introducción de la Oficina en el Hospital y superar la oposición y resistencia del personal médico a los cambios, para quienes introducir la interculturalidad era "una vuelta al pasado". Otro aspecto que causaba miedo y desconfianza era que la Oficina "representaba otra forma de relacionarse con los usuarios, y recibía denuncias de los usuarios al ejercicio de sus derechos".

Se logró la integración de algunas prácticas terapéuticas tradicionales aceptadas por la institución hospitalaria que entraban en la racionalidad biomédica, y fuera del Hospital se realizaron "rondas rurales" con el personal sanitario en labores educativas y de promoción de los servicios hospitalarios. Se promovieron encuentros entre médicos tradicionales y la creación de una organización regional de medicina tradicional, se facilitaron "coloquios interculturales" con el personal sanitario, para mejora de la calidad de los servicios, pero con el tiempo decayeron por falta de asistencia y la Oficina fue quedando "en ventanilla". Cuando el apoyo económico de la cooperación internacional finalizó (2007), la Oficina se cerró por falta de presupuesto, aunque todas las instituciones la valoraran favorablemente.

Como aprendizaje de la experiencia se recomendó que hubiera una carrera de Facilitadores Interculturales dentro del propio sistema sanitario, así como contar dentro del personal del centro, con una red de trabajadores que además de sus funciones también pudieran realizar actividades de facilitación. Se vio necesario que el Equipo de salud del centro y los Facilitadores debían trabajar bajo un común denominador de interculturalidad, "de derechos de los usuarios y calidad de los servicios, calidad que también tiene que ver con la interculturalidad".

En el 2007, la cooperación internacional promovió la Oficina Intercultural en otros hospitales bolivianos de segundo nivel, en Villazón, Tupiza, Uyuni y Llallagua, lográndose la incorporación de los Facilitadores Interculturales sólo para la comunicación lingüística. En el año 2009, se han abierto Oficinas Interculturales en otros países, en el Hospital Luis Razzeti de Tucupita (Venezuela) con Servicios de Atención y Orientación al Paciente Indígena y Centros Interculturales de Hospedaje; y en el Hospital chileno Dr. Juan Noé C. de Arica en la provincia de Parinacota (XI Región de salud) (Zangari, 2009: 393-408), (Fernández Juárez, 2010).

La estrategia de Hospitales amigos surge igualmente para mejorar la accesibilidad para la población indígena ante la conciencia "discriminación social" que sufre fuera y dentro de los servicios de salud (Zangari, 2009: 376). En 1997, en México se iniciaron los "Hospitales amigos del indígena" con capacitación intercultural obligatoria para todo el personal institucional, mayor participación indígena en la administración y organización hospitalaria, alimentos regionales en la dieta usual, interrelación positiva con la medicina indígena, creación de huertos medicinales demostrativos, uso de arquitectura y mobiliario regional, adecuación de la relación médico-paciente, directivos sensibles a la interculturalidad, uso del idioma local, y hospedaje a familiares de los enfermos hospitalizados entre otras (Campos, 2004b: 129-149), (2010: 114-122). El hospital de Hecelchakán (Yucatán, México) vino a representar de alguna manera esa posibilidad de hospital modelo, con indicadores y criterios objetivos desde el punto de vista sociocultural, e independiente de la certificación desde un punto de vista técnico biomédico (Ibíd., 136).

En Guatemala, la experiencia del "hospital del gringo" [Dr. Behrhorst] en Chimaltenango, un "hospital sin paredes" desde 1973 puede ser consideraba pionera de Hospital amigo aunque no fuera nombrada como tal. En él se solicitaba el acompañamiento familiar al enfermo (obligatoria según cuentan algunas personas), la participación en la preparación de sus alimentos, donde el personal auxiliar era indígena o bilingüe, abierto a los promotores de salud con quienes conformaba un proyecto de salud hospitalario y comunitario. Con la represión militar de la década de los 80, el hospital fue perdiendo esas características.

A finales de la década de los 90 y con apoyo internacional, el Hospital departamental de Sololá (Guatemala) se ha promocionado como “Hospital amigo de las comadronas” para incidir en la alta mortalidad materno-infantil en un departamento de mayoría indígena –k´iche´, tzutuhil y cakchikel- y con fuertes resistencias que por las “malas experiencias” hospitalarias tenían madres, familiares y comadronas. Entre los objetivos estaba que las comadronas desarrollaran el rol de promoción del hospital y de acompañamiento a su interior, intentando disminuir las resistencias de las mujeres a la atención hospitalaria. Inicialmente se promovieron encuentros entre comadronas y personal médico, facilitando que las primeras acompañaran a las embarazadas con riesgo en la atención hospitalaria del parto. También se promovió que el personal auxiliar hospitalario llevara gafetes indicando el idioma maya del que era hablante y que anteriormente ocultaba. Las comadronas iniciaron con turnos hospitalarios de 24 horas y reconocimiento económico. Las limitaciones detectadas fueron, tanto las resistencias médicas como el rol pasivo [subalterno] de puras espectadoras asignado a las comadronas, aspectos que junto al económico, llevaron a su no continuidad en la maternidad (Villaseñor, 2003).

El hospital se muestra como el espacio de poder médico por antonomasia en donde la intervención biologista es más reconocida y donde al paciente y familiares se les exige mayor subordinación. Si en el primer nivel de atención, puestos y centros de salud, a las actividades curativas se unen las preventivas y de promoción de salud y el control sobre el paciente se difumina extramuros, los profesionales médicos necesitan negociar y convencer ante la mayor autonomía de la población. En el medio hospitalario es la autonomía del paciente la que se difumina. La resistencia médica y del personal hospitalario hacia los saberes populares es general, salvo casos particulares, pues el modelo médico hegemónico va identificar los saberes médico populares e indígenas como pertenecientes al mundo no científico, al mundo de las creencias y cultura que se auna a la desigualdad social y política del médico y trabajadores de salud ante los indígenas.

Formación de los trabajadores de salud, licenciaturas y postgrados

Para la OMS (2006) “el trabajador sanitario” se refiere únicamente a las personas que llevan actividades remuneradas y cuyas tareas tienen como principal finalidad promover la salud. En su formación/educación médica, desde el siglo XX, sobresalen dos paradigmas: el flexneriano y el crítico.

El *paradigma flexneriano* surge del Informe “*Medical Education in the United Status and Canadá*” (1910) o Informe Flexner promovido por la Carnegie Foundation. El Informe identificó a través del estudio en 155 escuelas de los Estados Unidos, una mala enseñanza y la necesidad de mejorar la formación médica. En sus recomendaciones fueron destacados el rol del médico, la dimensión biológica de la enfermedad y la atención del individuo basada en la departamentalización del conocimiento y la especialización de la práctica médica, así como la necesidad de acreditar la escuela de medicina a través de su afiliación a una Universidad y contar con un hospital universitario para la enseñanza práctica (Borrell, 2005: 22-24). Otras recomendaciones fueron menos visibilizadas, como la integración de las ciencias básicas y clínicas, y el aprendizaje activo del estudiante (Pinzón, 2008: 33-41). La operativización del Informe trajo como consecuencia una nueva organización del trabajo médico y de la enseñanza de la medicina (Jarillo Soto: 1999: 95).

El *paradigma crítico* reconoce los factores políticos, económicos, sociales y culturales como determinantes de los procesos de salud y enfermedad, y frente al modelo hospitalario como centro de atención y de formación, propone la atención primaria basada en el trabajo en equipo, la incorporación de la comunidad y con ella una forma distinta en el “aprender a aprender” (Borrell, 2005: 28). Dentro de este paradigma y a nivel norteamericano, se identificaron dos corrientes educativas que enfatizaban la primera en el “currículo basado en la comunidad” y la posterior en el “método orientado a la solución de problemas”.

La Escuela de Medicina de la Universidad Western Reserve (Cleveland, Ohio) inició en 1952 el “currículo basado en la comunidad” en un plan de estudio que introduciría el concepto de enseñanza integrada de las ciencias básicas (Andrade, 1979: 79-80), con la finalidad de “enseñar la medicina como un todo coherente y significativo, en vez de partir de una serie

de disciplinas aisladas" (Carreras, 1985: 1547). El plan de estudios trabajaba temas específicos integrados en módulos o unidades de enseñanza integrada, diseñados para definir las características, evolución y solución de las enfermedades o problemas de un sistema humano en lo biológico, clínico y social.

Esta perspectiva –con limitada inclusión de los aspectos culturales- gozó en Guatemala de especial predicamento y se desarrolló en la década de los 1960-70, cuando desde la Universidad Nacional San Carlos (USAC) se planteó que "la realidad nacional debe constituirse en ambiente para el aprendizaje" (Otto Menéndez, 2001) y "el médico que Guatemala necesita" del Dr. Julio de León Méndez (1976 [1968]), decano de la Escuela de Medicina (1966-70) (Nota 2). La experiencia guatemalteca llegó a convertirse en un referente internacional, al ser la primera que cambió el currículo en una escuela ya establecida, y sobre la base de un análisis sistemático de diversos aspectos de la realidad, su alto grado de maleabilidad, capacidad de mantenerse en un proceso continuo de transformación a medida que la experiencia se iba desarrollando y llevada a cabo con amplia participación de los integrantes de la Facultad (Andrade, 1979: 83-84).

Una idea clave fue romper con la idea del hospital como único centro de atención y aprendizaje, llevando la medicina a las comunidades rurales y urbanas, y aún cuando no se lograron concretar en todos los cursos (Otto Raúl Menéndez, 2005)[14] dio lugar a que en el último año se implementara el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS). El Dr. Rolando Luna, uno de los promotores del cambio en la USAC se preguntaba y respondía: "¿Qué hizo de especial la Facultad de Medicina? Preguntarse de qué se moría la gente, y de cada una de esas once enfermedades prevalentes, se hizo una unidad integrada. La primera, la desnutrición nos llevó a hablar de las clases sociales". Para el Dr. Soto Urbina: "se introdujeron las ciencias sociales aplicadas a la salud-enfermedad desde el primer año, siendo una revolución en la academia" (Albizu et al., 2005: 198). En la década de 1980, el proceso transformador iniciado en la USAC y en particular de la Facultad de Medicina, acabó como el resto de la sociedad guatemalteca bajo la violencia directa que llevó a la muerte, exilio o al silencio a cientos de estudiantes, profesores y trabajadores de la salud. Los programas de formación médica cambiaron y aunque se mantuvo el EPS, el espíritu del mismo ya fue otro.

[14] Comunicación personal.

La corriente orientada a la “solución de problemas” se inició en la Univ. McMaster (Canadá) y seguida por la facultad de medicina de la Universidad de Harvard. En ella se plantea el conocimiento como una construcción del ser humano e incluye la construcción por los estudiantes de “aprendizajes significativos en el contexto social”, el establecer correlaciones activas entre los conocimientos preexistentes y los nuevos conocimientos (Pinzón, 2008).

Bajo el paradigma crítico se desarrollaron programas de formación en universidades de países como Brasil, Cuba, Venezuela, Chile, Colombia y México (Borrell, 2005: 28). En México destacaron la Universidad Autónoma de México con el “Plan A-36” iniciado en 1974 y posteriormente la Escuela de Medicina del Politécnico Nacional y la Unidad Xochimilco de la Univ. Autónoma Metropolitana del D.F. de México. En esta última, la Unidad de Xochimilco (UAM, 1978) se desarrolló la formación médico-social donde el eje vertebrador fue el diseño curricular convertido en “Objeto de Transformación”, organización modular del conocimiento en torno a problemas, priorizando el abordaje a través de los aportes parciales que hacen distintos enfoques disciplinarios para conocer y transformar el objeto; la articulación teoría-práctica temprana uniendo a la comprensión multidisciplinaria del objeto, una cultura de acción y colaboración entre diferentes profesionales junto a nuevas habilidades y actitudes.

Mientras en el sistema tradicional, los contenidos equivalen al currículo y son estáticos, la relación profesor-alumno es autoritaria, vertical y sin afectividad (Jarillo Soto: 1999: 121-125), en la educación crítica se postula la reflexión entre maestros y alumnos, intentando revelar lo que permanece oculto y condiciona la forma de ver el mundo, su ideología, declarando que el problema básico de la educación, no es técnico sino político. En la educación crítica es relevante el contexto, pues “se ejerce en una sociedad concreta que la afecta y la determina, y la formación profesional no debe aislarse de las condiciones sociales, ni circunscribirla a la dimensión biológica” (Ibíd., 129-141). Entre ambas propuestas educativas, flexneriana y crítica, y para los profesionales que se abocan a la atención primaria, la Declaración de Edimburgo de 1993 (Cumbre Mundial de Eduación, 2000) señala la necesidad de “poner atención en la elevación del estatus del médico de atención primaria” y Andrade (1979: 72) plantea que la tendencia creciente a la especialización, las condiciones materiales y mayor prestigio que la acompaña, lleva a un desdén por la medicina general.

OPS (2008: 22) reconoce haber un “estigma por la atención primaria entre los estudiantes”, recomendando que siendo una necesidad la atención primaria, deben construirse “nuevos escenarios de aprendizaje, promover la construcción colectiva del aprendizaje con metodologías basadas en el estudiante y en el aprendizaje experiencial, la capacidad de reflexionar sobre la práctica y una apreciación crítica de la realidad”.

En una perspectiva más integradora de la dimensión cultural, en los EE.UU., una corriente liderada por médicos de formación antropológica, desde la década de los 70, vienen proponiendo la necesidad de que el médico no sólo posibilite que el paciente narre su enfermedad, sino que el facultativo aprenda a decodificar cultural y profesionalmente, el significado de dichas narrativas (Menéndez, 2005b: 49). En 1984, se dio inicio en la Harvard Medical School un programa de formación médica bajo esa perspectiva, siendo presentada como “*The New Patway in General Medical Educación*” y la más significativa reforma en la educación médica en varias décadas (Good, 1993: 85). Tras varios años de trabajo, Kleinman consideró que sus estudiantes de este novedoso programa, acabaron convirtiendo “lo cultural en un ítem políticamente correcto, pero sin que contribuya a una producción dialéctica de saberes” (Comelles, 2004).

La formación antropológica del personal de enfermería y medicina, bajo la denominación común de postgrados de interculturalidad, ha sido otra estrategia de incorporación de lo cultural en Bolivia, Nicaragua, Chile, Perú, Ecuador, México y otros. Así los postgrados de Maestría en Salud Intercultural Willaqkuna en Potosí (Bolivia), la Maestría en Gestión Intercultural de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), el Curso de Formación en Salud Intercultural de Ayacucho (Perú, 2006), el Diplomado Internacional en Salud Intercultural de la Universidad de La Frontera en Temuco (Fernández Juárez, 2010), el curso de la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz (Bolivia) (Zangari, 2009a). En México también se ha introducido la antropología médica en las licenciaturas de enfermería y medicina, y desde 1987, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma (UNAM) tiene un programa de antropología médica dentro del departamento de historia y filosofía de la medicina (Campos, 2004b: 129-149).

En Bolivia, el postgrado de Willaqkuna uno de los más conocidos en América Latina, ha tenido dos cursos (2001/2002 y 2005/2006), con la coordinación entre la Universidad Autónoma de Tomás Frías en Potosí (Bolivia), la Universidad de Castilla La Mancha (España), la UNAM y CIESAS de México. El objetivo de los cursos ha sido "mejorar el nivel de competencias de los profesionales sanitarios en interculturalidad, formar un grupo de docentes locales que puedan hacerse cargo del curso, y extender la iniciativa, así como crear un polo de referencia a nivel latinoamericano para temas de salud intercultural" (Campos, 2004a: 93-106). Los cursos han conjugado contenidos teórico-conceptuales y proyectos de investigación-acción, todo con el enfoque de interculturalidad en salud. Se pretendía que la formación de recursos humanos tuviera su impacto en la realidad sanitaria local, y que no fuera sólo una experiencia individual, sino que propiciara cambios en el sistema de salud del departamento de Potosí (Zangari, 2009a: 376). Resultado de los mismos, se ha generado una masa crítica de agentes de cambio en el sistema sanitario boliviano, departamental y del país, contribuyendo a introducir la salud intercultural en las agendas de las instituciones regionales y nacionales que se ocupan de la salud pública.

El postgrado de Willaqkuna interesó al Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia) que promovió cursos de salud intercultural también en La Paz y Cochabamba con profesionales de diferentes departamentos. También generó una importante reflexión acerca de la necesidad de mejorar la formación de pregrado de las Facultades de Medicina y Enfermería. La Universidad Autónoma de Tomás Frías (Potosí) cuenta con una cátedra de antropología médica, que entre sus propósitos no logrados está el transversalizar el enfoque intercultural en cada materia de medicina, y mayores avances de transversalización en la carrera de enfermería. Entre las debilidades del postgrado se identificaron las resistencias corporativas médicas de las instituciones universitarias y del Colegio de médicos, con mayor apertura por parte de enfermería y trabajo social. Una limitación básica ha sido "la priorización política por parte del Ministerio de Salud y Deportes a nivel nacional, del rescate y fortalecimiento de la medicina tradicional más que la calidad de atención y la articulación de sistemas" (Zangari, 2009a: 384).

A nivel latinoamericano, la Universidad Indígena Intercultural (UII) promovida por el Fondo Indígena, organismo multilateral de cooperación internacional, promueve el "desarrollo con

identidad- buen vivir- vivir bien, y el reconocimiento y aplicación de los derechos indígenas, coadyugando a la formación de recursos indígenas y contribuir a mejorar las condiciones de vida de los pueblos" (UII, OPS, 2009: 13). La UII tiene asociadas a 24 Universidades latinoamericanas y una española (Univ. Carlos III). La UII tiene seis maestrías de interculturalidad, siendo una de ellas la Maestría en Gestión de Salud Intercultural que se desarrolla a través de la URACCAN (Nicaragua). Esta Maestría se plantea, "formar integralmente, a profesionales indígenas y no indígenas, para construir una nueva visión sobre la salud en contextos multiétnicos y pluriculturales, sobre la base de un diálogo intercientífico, y con vistas al desarrollo e impulso de una gestión intercultural de los sistemas de salud" (UII, OPS, 2009: 17). Al finalizar el curso, se espera puedan impulsar el derecho a la salud intercultural, capaces de construir nuevos paradigmas, diseñar y gestionar políticas adecuadas a las necesidades de la población y del fortalecimiento de la salud intercultural, roles de gerencia y sistematización de experiencias e investigaciones desde una perspectiva intercultural y que faciliten nuevos conocimientos (Ibíd., 20).

El centro coordinador en la Subred de la temática de Salud Intercultural es la URACCAN, y tiene como centros asociados la Universidad de la Frontera en Temuco de Chile; la Universidad Autónoma Tomás Frías de Bolivia; la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco de Perú y la Universidad de La Habana, Cuba. Con el apoyo de la URACCAN, la Universidad Indígena Amawtay Wasi de Ecuador propone organizar una Licenciatura en Salud. En esta red, Guatemala participa a través de la Universidad Rafael Landívar, como centro asociado en las temáticas de Educación Intercultural Bilingüe y Revitalización lingüística, pero no hay presencia universitaria en la subred de salud.

Del dicho al hecho en las políticas de salud ministeriales

La legitimidad y demanda de la inter y multicultural por razones políticas, culturales y sanitarias por los movimientos indígenas, las organizaciones de médicos tradicionales y *personas sabias*, viene apoyada en foros internacionales por la Organización Internacional del Trabajo con el Convenio 169 (OTI, 1989), la OMS/OPS con la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) (OPS, 1993), la OMS (1994) con el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo y las resoluciones de la OMS sobre

Medicina tradicional (2002) (2008b), reconocimientos que están todos ellos, más en la perspectiva multicultural.

Mientras la multiculturalidad expresa la simultaneidad espacial de diferentes culturas [personas con diferentes culturas] y la no incorporación de elementos de la(s) otra(s) prescindiendo de sus mutuas implicaciones, la interculturalidad nos remite al conjunto de procesos debidos a las interacciones [entre personas] de dos o más culturas en un mismo espacio geográfico. La perspectiva de multiculturalidad suele reconocer las desigualdades entre los diferentes modelos de salud y sus actores, y suele ser justificada [al menos por los grupos subalternos] como etapa previa de empoderamiento para en un futuro, poder establecer relaciones de equidad.

En varios países andinos se han creado instituciones específicas dentro de los Ministerios de salud para "la inclusión en sus políticas de la medicina tradicional y la interculturalidad". En Bolivia se ha concretado en un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, en Ecuador en una Dirección Nacional de Medicina Intercultural, y en Perú en una Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud adscrita a la Dirección General de Promoción de la Salud. En Perú, el Centro de Salud Intercultural (CENSI) es el órgano técnico-normativo del Ministerio con el propósito de proponer políticas y normas en salud intercultural. En Chile, el Ministerio de salud ha formulado una "*Política de Salud y Pueblos Indígenas*" (2003) con los objetivos de "promover la equidad en salud que viven una situación de pobreza económica y marginalidad social y la interculturalidad como proceso de cambio cultural que contribuya al reconocimiento de la diversidad de modelos médicos de la población indígena".

Estas iniciativas ministeriales responden a diversos aspectos como el interés político de los gobiernos de hacer suyo el discurso de multi-interculturalidad, tanto con vistas a reforzar su legitimidad ante los pueblos indígenas y excluidos, como a la presión de los movimientos indígenas por el cumplimiento de los Derechos Económicos. Sociales y Culturales (ONU, 1966), de los Convenios internacionales de reconocimiento de los pueblos indígenas firmados por buena parte de los países latinoamericanos y también a la presión de la cooperación internacional.

Las iniciativas ministeriales de Bolivia, Perú y Ecuador, con sus particularidades, expresan el reconocimiento político-cultural de los pueblos indígenas a través de la medicina tradicional, que se constituye en elemento identitario y de autoestima, al mostrar sus saberes ancestrales frente a la ignorancia con que se les estigmatiza. Las prioridades se concretan en la recuperación de los saberes y la continuidad de los médicos originarios, ya en su forma multicultural -en paralelo-, o intercultural -como complemento- del modelo biomédico. En ambas situaciones, no se cuestiona el modelo biomédico ni sus profesionales e intereses, lo que ha evitado a las autoridades ministeriales y políticas hasta ahora, el enfrentamiento con un sector poderoso como es la corporación médica, las multinacionales farmacéuticas, tecnológicas, de seguros médicos y otros.

Desde la cooperación española en América Latina se promueve el Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) que tiene como objetivo coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela para mejorar la salud de sus pueblos. Uno de los objetivos del ORAS es fortalecer las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales de Salud, contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo el incremento de disponibilidad de los servicios con adecuación intercultural -que las políticas e instituciones sanitarias se adapten a las culturas indígenas- y en definitiva, mejorar la salud de la población indígena de los países miembros. Sus líneas estratégicas son: Inclusión de indicadores diferenciados en los sistemas de información de los países; Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanas y competencias en salud intercultural; Elaboración y ejecución de proyectos de adecuación intercultural en tres zonas con base territorial en pueblos originarios; Formulación y desarrollo de políticas públicas con perspectiva intercultural; Identificación y establecimiento de Alianzas Estratégicas; Monitoreo y evaluación del Plan Andino de Salud Intercultural.

En todos estos países, la interculturalidad hegemónica es una relación bipolar entre terapeutas de uno y otro modelo, estando ausentes e invisibilizadas la población con sus prácticas de autoatención y de transacciones, así como una ausencia de reflexión sobre los aportes y limitaciones de cada modelo desde una mirada multidimensional y de cara a una atención

de mayor calidad. Hay una fuerte tendencia a identificar grupo étnico con el modelo tradicional, con grupo homogéneo e inmovilidad cultural, a la vez que hacer de la barrera cultural el problema central, ignorando los estigmas bioculturales, las desigualdades políticas, económicas e ideológicas que dan sustento a esa exclusión histórica.

Desde la interculturalidad de hecho, aunque se hable de relaciones equitativas entre sistemas de salud, como reto y derecho, su versión hegemónica no llega a cuestionar la unidimensionalidad biomédica ya que los aspectos de la medicina tradicional que se integran lo hacen desde la subalternidad y biomedicalizados, no cuestionando el modelo médico ni el poder médico e intereses, a la vez, que el reconocimiento de los médicos originarios y la medicina ancestral tiene un carácter simbólico y es fuente no más de legitimación política gubernamental a bajo coste económico.

Las estructuras intra-ministeriales de la medicina originaria/ancestral manifiestan abiertamente su subalternidad dentro de los Ministerios de salud, por las asignaciones económicas –simbólicas- que disponen, su notable dependencia en múltiples aspectos de la cooperación internacional y la escasa relación que tienen con los otros ámbitos ministeriales. Estas nuevas estructuras de medicina ancestral, originaria, tradicional o interculturalidad tienen hoy, un carácter testimonial cuando no apendicular, siendo los trabajadores de salud comprometidos con ellas, un sector crítico minoritario pero de gran vitalidad. La interculturalidad como transversalidad y crítica al modelo biomédico es patrimonio de un sector minoritario –bastantes provenientes de los postgrados- que no ha logrado permear a los profesionales de la medicina y es que “la verdad biocientífica no da para adecuarse a las necesidades de los usuarios, y no se logra pasar del enfoque centrado en el médico al enfoque centrado en el paciente” (Caprara, 2009: 206).

Los nuevos modelos/programas de salud de Bolivia, Ecuador y Perú, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI- en Bolivia, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural –MAIS-FCI- en Ecuador y el Modelo de Atención en Salud Intercultural –MAIS- en Perú declaran la interculturalidad como sustantiva en su denominación, pero la realidad es que se plasma como adjetivo y se limita a la población indígena. La interculturalidad se proclama transversal, pero se suma como Programa de

Salud de los Pueblos Indígenas, a los 10, 20 o 30 programas ya existentes y se asigna a nivel provincial a personal que ya es responsable de otros programas o con insuficiente preparación sobre la misma.

En el caso boliviano, el modelo de salud ha priorizado a nivel rural la participación política de las autoridades y de las autoridades sanitarias en la elaboración de planes de salud, delegando en las autoridades municipales, la contratación de médicos originarios para actividades ligadas a la herbolaria. Paralelamente, no ha mejorado la capacidad resolutiva ni la formación y recursos disponibles para el personal sanitario a nivel rural, que en buena parte son estudiantes e internos rotando trimestralmente (Ramírez, 2010: 160-161).

En Ecuador, la prioridad ministerial con el MAIS-FCI, está en la mejora de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención estando en estudio, la atención familiar a domicilio para una atención integral que incorpore la interculturalidad, junto a "una asignación presupuestaria y contratación de nuevo personal, como nunca antes se había realizado". La experiencia del primer año de implementación del MAIS-FCI fue que "el llenado de fichas familiares se convirtió en el objetivo evaluatorio del Modelo, y no ha habido capacidad de análisis de la información recogida ni incidencia en la salud familiar" (Viceministro de salud, 2010)[15], lo que ha llevado a las autoridades a una revisión de la formación, acompañamiento y prácticas del personal sanitario del modelo.

En los tres países, el paradigma de la interculturalidad se ha concretado en el parto institucional culturalmente adecuado, donde se conjugan las prioridades ministeriales de reducir la mortalidad materna y neonatal convertida en trazadora de la eficiencia de los servicios y la resistencia cultural de las mujeres a esa institucionalización. Los ministerios tienden a abordar el parto como un acto médico aislado y con riesgos, al margen de otras consideraciones importantes como las responsabilidades familiares que asumen las mujeres, los acompañamientos que tiene en el parto y postparto, además de la frecuencia con que el hombre toma las decisiones al respecto. La operativización del parto y la sala como culturalmente adecuados dan una idea de la subalternidad con que son integradas las experiencias y saberes de las mujeres y de las comadronas, al simplificar el problema en parto

[15] Comunicación personal.

horizontal o vertical, frío o caliente. Esta presión por el parto institucional no ha mejorado sustancialmente la mortalidad materno-infantil pues si por un lado no ha modificado las condiciones de vida de las comunidades, tampoco ha adecuado la capacidad resolutiva de los establecimientos a las emergencias obstétricas.

El Ministerio de Salud Pública ecuatoriano reconoce en las mujeres indígenas un menor acceso a la atención sanitaria de calidad, debido a razones geográficas y económicas, pero también a la discriminación de género, etnia y cultura; y en la atención del parto, identifica como obstáculo principal el trato del personal de salud, la falta de amabilidad y paciencia, su desconocimiento del idioma de la mujer, la falta de privacidad, falta de confianza e información hasta manifestaciones más explícitas de maltrato físico y verbal, irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio (MSP, 2008: 15-16). El Ministerio con el fin de lograr unas políticas públicas interculturales en salud, tanto para la atención del parto como de la atención y consulta en general, está articulando una "Red de Modelos Interculturales" (Ibíd., 16-21).

En Perú, varios decretos ministeriales introducen la transversalización cultural en buena parte de los programas y procedimientos, pero no logran ser implementados y la práctica política es contradictoria con lo que anuncian los decretos. Así en el departamento de Cusco, el personal es amonestado por todo parto que no es atendido por personal institucional, a domicilio o en el puesto, lo que lleva a negar a las parteras hasta el antiséptico y tijeras, para obligar a las embarazadas al parto institucional (MdM España, Parteras matsiguengas de Camisea, 2010).

En Bolivia, a nivel hospitalario y de centros de salud se han promovido algunas "salas de parto culturalmente adecuadas", a la vez que se estimula a las mujeres acudan a los establecimientos a través de incentivos económicos como el Bono Juana Azurduy de Padilla, del que las parteras tradicionales protestan por la pérdida de su espacio de trabajo. Las propuestas de llevar la interculturalidad a las "infraestructuras, equipamientos y procedimientos" a nivel nacional, indígenas o no, se encuentran en el mejor de los casos con la indiferencia, y en el peor con las resistencias del personal sanitario en general.

En Guatemala, aunque el Estado ratificó en 1982 la "*Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*" y en 1985 promulgó la

Constitución Política de la República reconociendo la diversidad étnica y lingüística de la población, el tema de salud de los pueblos indígenas no tuvo mayor presencia en los planes gubernamentales de salud del periodo 1985-1990 (Hernández Mack, 2010:31). Los "*Acuerdos de Paz Firme y Duradera*" (1996) acompañados por los compromisos internacionales pueden considerarse como un arranque para la discusión pública de la pertinencia intercultural y la interculturalidad. En 1995 se firmó el "*Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas*" con compromisos contra la discriminación y el "*Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria"* que en el apartado de salud indica se debe valorar la medicina indígena. En 1996, Guatemala ratificó el "*Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo*" y la "*Iniciativa de salud de los pueblos indígenas*" (SAPIA) en donde se establece que los gobiernos deben poner a disposición de los pueblos servicios de salud adecuados y la preferencia en la formación y empleo del personal sanitario local. El "*Código de Salud"* de 1997 en su artículo 161 reconoce los *sistemas alternativos* –de la medicina tradicional y natural a la homeopatía- que debe incorporar, regular y fortalecer (*Ibíd., 32*)

En el 2003, se presentó el "*Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa*" (PNMTA) (MSPAS, 2003a) en vísperas de una evaluación internacional de cumplimiento de los Acuerdos de Paz y de cuyo dictamen dependía importante ayuda financiera al gobierno. El gobierno lo presentó pocos meses antes de acabar su mandato y estaba partidariamente dirigido por el general Ríos Montt responsable de la política de tierra arrasada en la década de los 80, lo que todo hacía poco creible su interés en la PNMTA. El Programa (MSPAS, 2003b, 2003c) se plantea contribuir en la creación de condiciones políticas y estratégicas para el reconocimiento, valoración y rescate de la medicina popular tradicional y alternativa de atención; y del desarrollo del enfoque intercultural en salud, desde un abordaje en los niveles políticos, técnico normativo y operativo. Promover la prestación de servicios culturalmente accesibles, adaptados y aceptados con un enfoque de atención primaria en salud en los diferentes niveles de salud y la incorporación de elementos sociales, espirituales, psicológicos y biológicos en la atención brindada por los servicios de salud, contribuyendo para que estos sean culturalmente accesibles, adaptados y aceptados.

En el 2006, la Universidad de San Carlos publicó el "*Vademécum nacional de plantas medicinales*" y a partir de él, se ha propuesto que con enfoque intercultural, los servicios de salud en sus normas de atención incluyan la preparación y utilización de plantas medicinales y la capacitación del personal que brinda la atención. Como parte de este enfoque se promueve la atención del parto vertical en algunos de los establecimientos (Ibíd., *32*)

En el 2009 se creó la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala (UASPIIG) como dependencia del Despacho Ministerial del MSPAS para contribuir a crear las condiciones políticas y estrategias para el desarrollo de la medicina indígena. Entre otras se plantea el "construir relaciones horizontales (sin jerarquías o subordinación) entre los diferentes modelos de atención, más allá de adecuar los servicios a las características sociales y culturales locales" (PNUD, 2009/2010: 162). El trabajo de la UASPIIG y del PNMTA se ha concretado en fortalecer las capacidades de las comadronas tradicionales, la incorporación de facilitadores culturales bilingües en varios municipios, la apertura del Sagrado Altar Ceremonial Maya en el MSPAS, la contratación de auxiliares de enfermería con especialidad en materno-infantil para la atención de mujeres indígenas y la realización de la primera feria de conocimientos y sabidurías de los pueblos indígenas en la sede del MSPAS (Ibíd., *162*).

La mayoría de las organizaciones y líderes de los médicos tradicionales son partidarios de la propuesta multicultural, expresada en el trabajar "juntos pero no revueltos", "coordinados pero no integrados", debido a la desigual relación de poderes y al temor de ser asimilados. Esta perspectiva política choca con el día a día de la perspectiva de sobrevivencia de la mayoría de los médicos tradicionales que trabajan en las comunidades, que a título individual, sumidos en la pobreza y reconociendo la hegemonía de la biomedicina en las comunidades, buscan mejorar su legalidad, legitimidad y recursos, a través de su reconocimiento por las instituciones religiosas, ONGs o el Ministerio de salud, para que les asigne un gafete y los reconozcan como autoridades.

En Guatemala y demás países latinoamericanos en los programas de inter y multiculturalidad en salud se reconocen teóricamente que las desigualdades culturales son expresión de las históricas desiguales relaciones políticas, económicas, ideológicas, pero la práctica de los

programas interculturales no llega a cuestionar el modelo biomédico hegemónico y el poder médico, y por tanto tampoco a transformarlos con lo que el modelo sigue manteniendo sus caracteres estructurales. La inclusión de elementos culturales se hacen en complementariedad subalterna a la cultura biomédica y desde su racionalidad biologista, y aún así, al ser el referente hegemónico "netamente científico, no cultural", el personal médico se muestra contrario al mismo, al no pertenecer a su cultura y posicionándose ante esos cambios mayoritariamente con fuerte resistencia y en el mejor de los casos indiferencia.

Competencias Culturales

Una perspectiva más reciente y proveniente de los EE.UU. es el de las competencias culturales en los servicios de salud. Tuvo su inicio como respuesta "a los cambios demográficos en los Estados Unidos para reducir las desigualdades en salud" (Teal y Street, 2009) y es definida como "un conjunto de comportamientos compatibles, conductas, actitudes, políticas, estructuras y prácticas que se agrupan en una organización para permitirle a esa organización trabajar efectivamente en situaciones entre culturas" (California Childcare Health Program, 2006) (Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989).

Para Teal y Street (2009: 534) el más básico nivel del encuentro entre paciente-médico es un encuentro intercultural, que pone en intersección la cultura del paciente con la cultura médica del doctor, generalizable a todo tipo de encuentro, y ampliable a otros factores como la etnicidad, el género, la edad, la condición socioeconómica, el estatus. La competencia comunicativa médica para un buen relacionamiento debe considerar la información, la evaluación y dirección de los problemas del paciente. Los pacientes evalúan el relacionamiento en función del tiempo que se les dedica, las preguntas y explicaciones realizadas, el interés por ellos, y el médico individualiza la comunicación a las características y necesidades del paciente. Los doctores responden mejor a la comunicación cuando los pacientes son activos, y éstos lo son, cuando los doctores dan facilidades; también la relación es más dinámica, cuando perciben similitudes con los pacientes. En la comunicación, es importante conocer el "corazón cultural del paciente sin caer en estereotipos" basados en etnicidad, género y otros, y reconocer que la comunicación es verbal, pero también no verbal (Ibíd., 535). El U.S. Departament of Health and Human Services y la Office of Minority

Health (2001) desarrollan 114 estándares para una competencia cultural y lingüística apropiada en el cuidado de la salud, mientras otros autores como Kleinman y Benson (Teal y Street, 2009: 541) destacan el tomar en cuenta las narrativas y palabras locales de los pacientes en el encuentro.

En México y desde los Servicios de Salubridad y Asistencia (Alcina, s/f), competencia intercultural es la "habilidad para negociar los significados culturales y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes". Las competencias se desarrollan a partir de un "Mapa Funcional de cinco competencias": en donde la competencia 1 es la capacidad para identificar y distinguir los elementos que constituyen la identidad cultural en la diversidad, aplicados a la salud, el idioma, la alimentación, la vivienda, la agricultura, la religión entre otros elementos del contexto social y ambiental. La competencia 2 es la capacidad para aplicar el concepto de cosmovisión en la comprensión de las identidades culturales y de los sistemas y modelos de atención a la salud. La competencia 3, la capacidad para identificar barreras propias de la cultura regional y de género, en el ámbito de las instituciones de salud que violentan el marco ético, bioético y de los derechos humanos. La competencia 4, la capacidad para establecer una escucha intercultural en la interacción con las personas, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica religión u otro tipo de identidades. La competencia 5, la capacidad de aplicar explícitamente los elementos de la competencia cultural en la relación con los usuarios de los servicios de salud y los profesionales de otros modelos de atención a la salud.

Una buena parte de los autores consideran las competencias culturales, una estrategia para mejorar la comunicación a través de la comprensión de la perspectiva del paciente para su satisfacción y adhesión al tratamiento. Mientras para unos, con ellas se logra superar las barreras culturales y eficientar el modelo biomédico, para otros, es sólo un paso para profundizar en el contexto socio-cultural de la población con la que se trabaja. Fernández Juárez (2010: 26-27) considera las competencias culturales como el conocimiento de los aspectos culturales relativos al proceso s/e/a en poder de los profesionales médicos, constituyendo un factor necesario pero insuficiente para la correcta praxis intercultural en el ámbito de la salud. La competencia cultural y lingüística facilita la comunicación, pero no

siempre cumple los criterios de interculturalidad, pues puede estar traduciendo la riqueza simbólica y cognitiva del mensaje a los datos técnicos del la biomedicina, y seguir negando al otro su conocimiento. La interculturalidad debe estar caracterizada por el diálogo entre iguales, en donde se ponen en movimiento múltiples dimensiones; si su uso es sólo para eficientar el modelo biomédico, *para salirnos con la nuestra*, es un fraude a las razones del diálogo intercultural y de la salud incluyente.

¿Nuevos o viejos paradigmas?

En estos últimos años y como parte de los procesos socio-políticos en el mundo andino, en Ecuador y Bolivia, se plantea como nuevo paradigma de sus modelos de salud, el Sumak Kawsay o Suma Qamaña, en quechua y aymará respectivamente. Esta categoría de conocimiento andino es conceptualizada en el Plan Nacional del Buen Vivir (MSP, 2009b: 8-9) de Ecuador como "la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la Naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas". Ello se interpreta como un *biopluralismo* –relación de respeto con la naturaleza de la que se es parte- en contraposición al antropocentrismo, como un horizonte de justicia y equidad social, diálogo de pueblos y sus culturas, saberes y modos de vida.

El Sumak Kawsay se ha convertido también en la bandera de un movimiento de intelectuales indígenas, ecologistas, políticos y grupos de base que reivindican las raíces ancestrales andinas, las relaciones de reciprocidad y respeto a la naturaleza, en una alianza que entienden es de resistencia y contrahegemonía al mundo capitalista, cuestionando la traducción de la categoría andina al Buen Vivir, por no integrar la multidimensionalidad.

En Guatemala, en una perspectiva diferente y que podría dar lugar a saberes más abiertos, Mazariegos (PNUD, 2008) recomienda que los equipos que estén construyendo un conocimiento crítico sobre la salud, deben trabajar sus problemas de investigación en un marco de "co-construcción del conocimiento científico" con los sujetos más excluidos del sistema de salud, sin olvidar que es fundamental investigar a los grupos de poder que deciden sobre la salud. No se trata de construir conocimiento para los sujetos sino con los sujetos, en el

que se den procesos de transacción de saberes, para “co-construir una mirada más amplia, compleja y heterogénea” de la salud en Guatemala, un saber más real siendo para ello necesario crear las condiciones reales de participación ciudadana y que los excluidos decidan políticamente sobre su salud y sobre la salud de sus comunidades.

En América Latina, los pueblos indígenas han sufrido el racismo y la exclusión cultural junto a la explotación económica y la pobreza, por lo que la hipótesis más plausible es pensar como procesos relacionados y no como autónomos, pero no es de esa opinión el BM. Para los primeros, “las exclusiones económicas, políticas, culturales siempre van juntas aunque se trata de fenómenos distinguibles” estableciendo una jerarquía clase/economía y otra de status/cultura, que les lleva a posicionarse por el reconocimiento de lo cultural y de *redistribución* en cuanto a la exclusión económica y frente se sitúan quienes consideran que “la exclusión cultural debe combatirse mediante políticas de reconocimiento y la exclusión económica mediante políticas de *reducción* de la pobreza” (Kymlicka (2003) (Torres-Rivas, 2005: 3) (Hale, 2004, 2006). En ésta última perspectiva, The Economist (2004) presentó como dilema la diversidad cultural y el bienestar socio-económico, “la no relación causal entre ambas esferas o en todo caso de ser inherentemente opuestos” e igualmente desde el BM (Fisk, 2004) se expresa el temor de que: “La etnicidad puede ser una herramienta muy poderosa para fomentar el capital social y humano, sin embargo, si la etnicidad se politiza, puede destruir el capital […] y la diversidad étnica se vuelve disfuncional cuando genera conflicto”.

Los organismos internacionales distinguen claramente entre “las políticas públicas enfocadas a la *reducción de la pobreza*—ampliamente apoyadas por el neoliberalismo—, y las que tienen como objetivo la *redistribución de la riqueza*”. El proyecto cultural del neoliberalismo combina abrir espacios a la participación indígena, al mismo tiempo que marca los límites a sus aspiraciones más transformadoras, marca “los límites entre el *indio permitido* y el *indio rebelde*, no refiriéndose ambas a personas concretas, sino a categorías socio-políticas”. La diferencia entre los derechos culturales y el empoderamiento político-económico son un reto para los nuevos Estados latinoamericanos recién bautizados como *multiculturales* (Hale, 2006: 166-280).

En los últimos años, el Banco Mundial (BM, 1993) se ha convertido en la ideóloga principal de las políticas de salud, de la necesidad del libre mercado, a la vez que fuente principal de préstamos y ayuda para el sector salud, superando a la OMS y a la UNICEF, y arrebatando el liderazgo de las políticas de desarrollo y salud al PNUD y OMS (Ugalde, 1998). La recomendación del BM para la implementación actual de la APS es la de servicios clínicos esenciales, aplicándose de manera diferente, según el país esté en desarrollo o sea industrializado. Para los primeros, los servicios esenciales son prestaciones de bajo costo, mientras que para los industrializados puede incluir hasta el nivel terciario, estando detrás de las recomendaciones para cada país, el análisis del costo/beneficio como base en la formulación de las políticas de salud. El "concepto de servicio de salud esencial carece de significado fuera de contexto", y todas las intervenciones que salvan vidas son esenciales para aquellos pacientes que morirían, y algunas también para quienes las sufren. La decisión sobre qué tipo de servicios de salud de alto costo debe ofrecerse a todos los ciudadanos, tiene "implicaciones económicas, pero también éticas y de justicia distributiva". El BM considera que la salud es un bien en el mercado, si hay personas dispuestas a pagar su recuperación, no reconociendo que "para todos, incluidos los pobres, recuperar la salud es una prioridad" y que los pobres hacen lo imposible por pagarse los servicios (Ibíd., 45-59).

En este debate, el BM sigue hegemonizando cuando no imponiendo, el tipo de servicios de salud y la formación de los trabajadores de salud como objetivos y patrones universales de educación, donde es central la enfermedad como alteración biológica mientras que las ciencias sociales tienen un carácter secundario, de la que resulta una atención más centrada en el médico que en el paciente. Los trabajadores de salud formados en que la ciencia tiene un método y que los resultados de aplicarlo llevan a verdades únicas e inalterables, a menos que por ese mismo método se avance en nuevas explicaciones, dificultan el diálogo con interpretaciones fuera de ese método científico. El problema es estructural en el que no cabe más que adoptar un(os) nuevo(s) paradigma(s) y no quedarse con competencias adicionales. Esto no significa que las políticas de salud intercultural [y de otras dimensiones sociales] deban postergarse a que ocurran los cambios estructurales, por el contrario, esas políticas favorecerán el proceso de cuestionamiento y cambio de los actuales paradigmas (Salaverry, 2010).

¿Qué puede aportar la antropología médica a este debate y transformaciones? “En los últimos años, se habla de lograr la equidad en términos del proceso s/a/e a la vez que se incrementa la desigualdad socioeconómica. ¿Será acaso en el reconocimiento de la legitimidad de por lo menos una parte de las prácticas populares, donde el Aparato Médico Sanitario coloque algunos de sus objetivos de equidad?” (Menéndez, 1994a: 13-14).

Del presente apartado concluyo que en América Latina los pueblos indígenas han sufrido las exclusiones económicas, políticas, culturales como procesos relacionados y no autónomos, aunque sean fenómenos distinguibles. Ante las exclusiones de los pueblos indígenas y de otros grupos sociales, los organismos internacionales bajo la égida del Banco Mundial plantean una intervención separada sobre la exclusión cultural y la exclusión económica, de una manera que se asemeja a una intervención sanitaria que mejora la salud pero sin modificar las causas determinantes de las mismas y las inequidades sociales y de salud.

Así la APS selectiva bajo el patrocinio del BM, se aboca a servicios esenciales de bajo costo, donde el parámetro de costo/beneficio está en la base de la formulación de las políticas de salud y con pertinencia cultural pues la cultura se visualiza como un importante obstáculo en el acceso a los servicios biomédicos. Frente a ello, la APS en los países industrializados oferta un paquete básico que puede incluir hasta el nivel terciario. El concepto de servicio de salud esencial carece de significado fuera de contexto, y todas las intervenciones que salvan vidas son esenciales para aquellos pacientes que morirían, y algunas también para quienes las sufren. La decisión sobre qué tipo de servicios de salud debe ofrecerse a todos los ciudadanos, tiene implicaciones económicas, pero también éticas y de justicia distributiva.

En este debate, el BM sigue imponiendo el tipo de servicios de salud y la formación de los trabajadores de salud con objetivos y patrones universales de educación, donde es central la enfermedad como alteración biológica mientras que las ciencias sociales tienen un carácter secundario. El resultado es una atención más centrada en el médico que en el paciente.

Los trabajadores de salud formados en que la ciencia tiene un método y que los resultados de aplicarlo llevan a verdades únicas e inalterables, a menos que por ese mismo método se

avance en nuevas explicaciones, dificultan el diálogo con interpretaciones fuera de ese método científico. El problema es estructural en el que no cabe más que adoptar un(os) nuevo(s) paradigma(s) y no quedarse con competencias adicionales. Esto no significa que las políticas de salud intercultural [y de otras dimensiones sociales] deban postergarse a que ocurran los cambios estructurales, por el contrario, esas políticas favorecerán el proceso de cuestionamiento y cambio de los actuales paradigmas.

¿Qué puede aportar la antropología médica a este debate y transformaciones? ¿Será acaso en el reconocimiento de la legitimidad de por lo menos una parte de las prácticas populares, donde el Aparato Médico Sanitario coloque algunos de sus objetivos de equidad?

En la mayoría de las experiencias estudiadas se reconocen que las desigualdades culturales van históricamente de la mano de las desigualdades políticas, económicas, ideológicas, pero en la práctica, *la cultura* está siendo abordada como sustantivo, desligada de los condicionantes-determinantes de la salud, corriendo el riesgo de ser una cortina de humo ante la urgente necesidad de acabar con el sufrimiento y muertes evitables, y de perder la necesidad estratégica de la transformación del modelo de salud y del modelo social.

Desde los servicios públicos ministeriales, mayoritariamente, los programas de interculturalidad y multiculturalidad están siendo desarrollados desde una perspectiva en el que la *cultura* es parte de lo *políticamente correcto*, y fundamentalmente para dar respuesta a las demandas del movimiento indígena y su presencia creciente en la sociedad. Los programas de interculturalidad más avanzados integran la cultura como ítems culturales de manera subalterna logrando en el mejor de los casos una mayor eficiencia del MMH; otras veces, los programas inter son paralelos a los biomédicos, sin ninguna incidencia sobre estos, ante la resistencia y hostilidad de los médicos que consideran sería dar entrada a las creencias en su mundo científico, y viendo todo lo cultural como parte de las maniobras de los gobiernos de turno en su afán de cooptación de los pueblos indígenas. Los servicios interculturales han sido una pertinencia de bajo costo que pocas veces han mejorado la capacidad resolutiva que ayude a reducir el sufrimiento y muertes evitables.

La inclusión de personal local ha sido parte de las estrategias para mejorar y facilitar la accesibilidad de los excluidos en los espacios rurales de difícil acceso. Este personal local no ha sido reconocido como fuente de conocimientos, como sujetos con conocimientos multisituados, sino que han sido incorporados como auxiliares de enfermería o cualificaciones similares, situados en la base de la pirámide institucional, para dar respuesta a una serie de actividades básicas curativas y/o preventivas y/o educativas en salud trabajando desde la racionalidad biomédica.

La variedad de intervenciones en las perspectivas de inter y multiculturalidad en salud, la inclusión del personal local en la base de la pirámide institucional, la formación de profesionales con mirada más amplia, aún con todas sus limitaciones, van conformando una masa crítica en todos los países latinoamericanos y abriendo una perspectiva crítica al Modelo Médico Hegemónico.

Capítulo 3. Contextos y experiencias comunitarias

Pasaquijuyup y Las Barrancas, dos comunidades diferentes y complementarias en la historia de Guatemala

Hombres y mujeres de maíz. El maxán que envuelve Pasaquijuyup como un tamal.

Primera hoja de maxán

Segunda hoja del tamal

Tercera hoja del tamal

Para llegar o salir de Pasaquijuyup hay que pasar por Santo Tomás La Unión

Pasaquijuyup sin envoltorios. Alimentos para el cuerpo y el espíritu: Es más fácil cambiar de religión que de comida

Hombres y mujeres de café. Las cáscaras que envuelven el grano de café de Las Barrancas

Primera cáscara de café y el café pergamino

Segunda cáscara de café y el café oro

Para llegar o salir de Las Barrancas hay que pasar por Quetzaltenango.

Las Barrancas sin cáscaras. Alimentos para el cuerpo y el espíritu: Maíz y McDonald´s, cerros-altares y capillas.

Comunidades en ebullición volcánica

La comunidad indígena

La comunidad religiosa

La comunidad genérica

La comunidad violentada

Viejas y nuevas divisiones intracomunitarias

Los cambios generacionales: Tierra, migración y estudios

Comunidad moral

Pasaquijuyup y Las Barrancas, dos comunidades diferentes y complementarias en la historia de Guatemala

Las dos comunidades en que se desarrolla el estudio se ubican en la región de Bocacosta guatemalteco, dos comunidades indígenas con historias diferentes, de comunidad y finca, de minifundio y latifundio, pero complementarias en la historia guatemalteca. Pasaquijuyup formada por comunitarios, en tierras frías no cafetaleras, que antes emigraban temporalmente a las fincas de café y Las Barrancas formada por ex colonos de fincas de tierra caliente cafetalera, y ahora como nueva comunidad tras la crisis del precio del café, la salida de las fincas y la compra de las tierras a los finqueros.

La vida económica de Pasaquijuyup, comunidad k´iche´, se basa en la producción de maxán, un vegetal cuyas hojas sirven para envolver la masa de maíz con la que se hacen los tamales. Pasaquijuyup a modo de tamal se envuelve de la Bocacosta de Sololá con sus tierras frías y calientes, compartiendo la identidad k´iche´ y las municipales de Ixtahuacán y Nahualá con una larga historia de conflictos entre ambas. También se envuelve por la ciudad de Santo Tomás La Unión, en tierra caliente, frontera étnico-cultural, a donde se dirigen las vías de comunicación, la mayor parte de servicios y en donde entra en relación con el ladino.

Las Barrancas es hoy una comunidad mam, formada por ex-colonos de las parcelas compradas a sus antiguos patronos, donde el café es parte vital de su experiencia y saberes y su único cultivo, donde la tierra y el clima tienen las mejores condiciones para el café que económicamente les reporta más que sembrar maíz. Las Barrancas como el café, también tiene sus cáscaras envolventes, la municipalidad de Ostuncalco como parte de su identidad mam y la ciudad de Quetzaltenango como lugar de encuentro y desencuentro interétnico-cultural del occidente guatemalteco.

Ambas son comunidades asentadas en las faldas volcánicas, en los magmas que constituyen la Bocacosta, y como el paisaje son comunidades en ebullición social, política, económica, religiosa, identidad, en remodelación permanente con viejas, nuevas divisiones y encajes, y con una violencia cada vez más a flor de piel.

Se denomina Bocacosta a la región situada entre los 500 y 1800 metros de altura sobre el nivel del mar en la cara oeste –frente al Océano Pacífico- de las faldas de la cadena volcánica que conforma la Sierra Madre. Cadena que con una cintura de 80-100 kms recorre el país de norte a sur -380 kms- y es parte central de la cordillera que recorre el continente a modo de columna vertebral.

Imagen 8

Paisaje de la Bocacosta guatemalteca

Hacia el este de la cadena volcánica se encuentra el Altiplano donde habita la mayor parte de la población guatemalteca e indígena, así como las dos ciudades más importantes del país, Guatemala capital en el Altiplano central y Quetzaltenango en el Altiplano occidental. El norte de la Bocacosta se continúa con el Soconusco ya en el Estado mexicano de Chiapas y hacia el sur con el Oriente guatemalteco. Al oeste de la Bocacosta, la franja costera del Pacífico o Costa Sur.

La Bocacosta, como su nombre sugiere, es la entrada del Altiplano a la Costa Sur, de las ciudades de Quetzaltenango y Guatemala capital, centros del “poder nombrar” a su región como central y desde la que se divisa y entra a la costa. Estas regiones periféricas en los tiempos coloniales a los centros de poder han pasado a ser las más dinámicas en el sistema agroexportador, la Bocacosta con el café desde hace ya 150 años y la Costa Sur con el ganado,

hule y azúcar desde hace 50 años, siendo sus propietarios los gestores del poder político, económico e ideológico nacido con la Revolución Liberal de 1871.

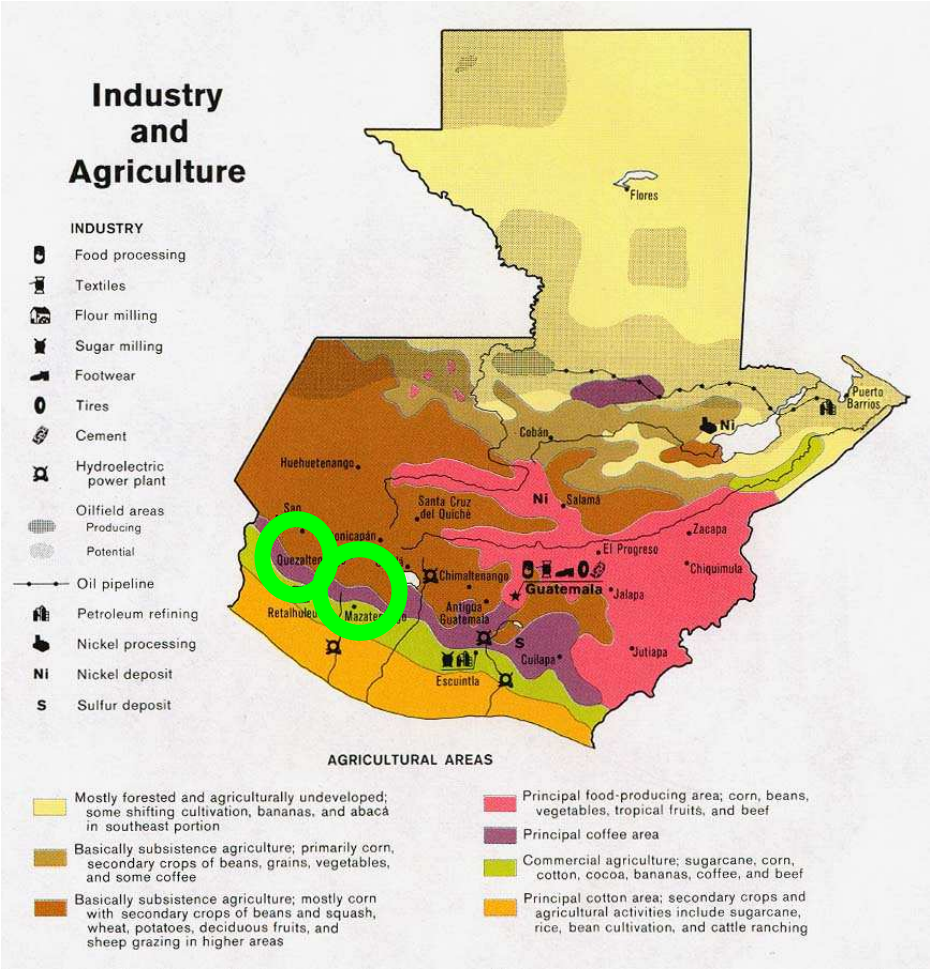
Desde la carretera Panamericana de la Costa Sur, la Bocacosta se observa como un paisaje volcánico, de picos áridos y faldas boscosas, en donde a primera vista no se aprecia presencia humana. Es necesario acercarse y adentrarse en ella, para observar bajo los árboles, las plantaciones de café y de maxán y la intensa vida social alrededor de ellas. Al igual que estos cultivos, las comunidades tienen sus viviendas agrupadas o aisladas, simulando bajo el bosque su invisibilidad, como la masa de maíz bajo las hojas de maxán, o como el azúcar diluido en el café.

En la Bocacosta se desarrolla el Programa de salud en dos experiencias piloto, una en la Bocacosta Central con población perteneciente a los municipios k´iche´ de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá del departamento de Sololá, con seis Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y un Equipo de Apoyo (EAPAS) atendiendo a 9.282 habitantes (INS, 2004). La otra experiencia piloto se ubica en Bocacosta Occidental en el municipio mam de San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango, con cuatro ECOS y un EAPAS atendiendo a 5.985 personas (INS, 2004). Al primer área pertenece la comunidad de Pasaquijuyup y al segundo Las Barrancas.

La Bocacosta no es una región uniforme pues debido a su desnivel de 500 a 1800 msnm[16] se diversifica el clima y la vegetación. Entre los 500 y 1500 msnm se considera tierra caliente, y a partir de ésta se inicia la tierra fría. Siendo comunidades que tienen en la agricultura su principal fuente de sustento, la relación clima - producción agrícola les imprime dinámicas socio-económicas diferenciales. El caserío de Pasaquijuyup se sitúa en tierra fría con viviendas relativamente dispersas entre 1500 y 1800 msnm. La aldea de Las Barrancas está en tierra caliente con la mayor parte de su población concentrada y a 1400 msnm.

[16] Msnm o metros sobre el nivel del mar.

Imagen 9



Regiones y áreas agrícolas guatemaltecas.
En morado, la Bocacosta guatemalteca, área productora de café por excelencia.
En círculos verdes la localización de ambas experiencias pilotos.
A la izquierda la correspondiente a Ostuncalco y a la derecha, Ixtahuacán-Nahualá.

Las estaciones climatológicas en la Bocacosta, como en la mayor parte de Guatemala, se identifican como época seca y época de lluvias. La primera abarca de febrero a mayo y la segunda el resto del año, pero a diferencia del Altiplano, en la época seca también llueve. Y al frío-calor, tierra caliente y fría, hay que agregar como elemento diferencial, las nieblas de tierra fría, en el Tizate (Ostuncalco) y en Pasaquijuyup (Sololá), donde el mediodía puede convertirse en oscuridad y una vez desaparecida la niebla, convertir la noche en un claro mirador desde donde se observa la continuidad entre las luces de las estrellas con las luces de la Costa Sur.

La mayor parte de tierra caliente de toda la Bocacosta guatemalteca ha sido acaparada por los finqueros –Las Barrancas es un ejemplo- para el cultivo del café, siendo excepción la Bocacosta de Sololá perteneciente a los municipios de Ixtahuacán y Nahualá, municipios que

lograron defender sus tierras comunales. En Pasaquijuyup la tierra es propiedad municipal en calidad de usufructo privado con capacidad de ser transferible “sólo entre nosotros mismos, entre los k´iche´s de ambos municipios” en palabras de un vecino o para que “no se enajene la tierra con personas de otros municipios” en los documentos municipales (UTM de Nahualá, 2009). En Las Barrancas, toda la tierra es propiedad privada, estando la mayor parte y las mejores tierras en manos de los finqueros, y adosadas a ellas las pequeñas parcelas y la aldea, ahora propiedad de los antiguos colonos que se hicieron con ellas a través de su compra en la crisis de café de los 80-90 del siglo XX.

El caserío de Pasaquijuyup pertenece administrativamente al municipio de Nahualá pero sus habitantes k´iche´es se reparten identitaria y administrativamente entre los municipios de Nahualá e Ixtahuacán. En la Bocacosta perteneciente a estos municipios, la identidad no la da el territorio sino la familia, no el lugar de nacimiento sino el de inscripción municipal. Esta identidad familia/municipio es independiente del lugar de nacimiento y de vivienda. Y ello tiene onda repercusión en las formas organizativas y administrativas pues los grupos se organizan identitariamente y lleva a la duplicidad de los comités escolares y otros. La conflictividad entre ambos grupos identitarios es de la larga historia, y apela a la propiedad de las tierras desde tiempos de la Colonia y quizás antes (Cardona, 2002: 40).

La aldea de Las Barrancas pertenece administrativa e identitariamente al municipio de San Juan Ostuncalco, uno de los más municipios mames más importantes. No hay división identitaria en la aldea, pero sí luchas entre líderes y grupos locales de poder que llevan a la duplicación de algunos comités como el del agua. Las disputas internas desaparecen cuando es de enfrentarse al caserío cercano de Granadillas, también mam, pero de menor población y que no se pliega a Las Barrancas cuando le quiere imponer sus decisiones.

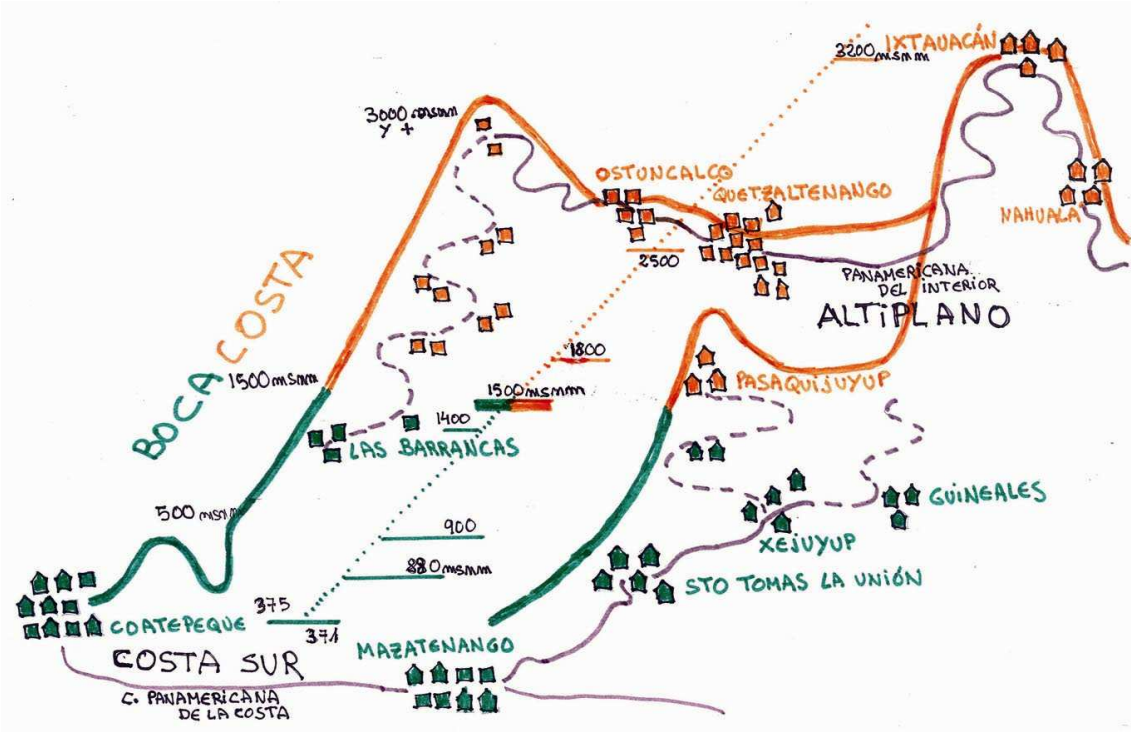
Pasaquijuyup es una comunidad con tres generaciones de historia, un asentamiento sobre tierras municipales desde principios del siglo XX. La población es campesina de tradición comunitaria y sus siembras principales son el maxán y el banano para el mercado nacional. Hay producción local de maíz que se complementa con la siembra en tierras alquiladas en la Costa Sur, donde la producción es mayor por calidad de tierra y clima por lo que su nivel de autosuficiencia alimentaria es notable. Las comunidades vecinas con las que se tiene mayor

contacto por comercio y medios de comunicación se sitúan hacia la tierra caliente de Bocacosta, también población k´iche´ de Ixtahuacán y Nahualá y son pequeños productores de café. La Bocacosta del departamento de Sololá se continúa geográfica y económicamente en el municipio de Santo Tomás La Unión, en la frontera departamental y ya en Suchitepéquez, departamento de la Costa Sur con hegemonía de comerciantes y finqueros ladinos.

Las Barrancas ha sido área exclusiva de fincas desde finales del siglo XIX hasta años recientes. Los finqueros ante la sindicalización de los colonos en los años 70-80 y la crisis del café de los años 80-90, expulsaron a los colonos o éstos salieron anticipadamente construyendo su aldea en las escasas tierras compradas a los finqueros. Han pasado de ser colonos –trabajadores de las fincas a tiempo completo, y residentes en ella- a semiproletarios, combinando el trabajo en sus pequeñas parcelas de café con el trabajo parcial en las fincas –limpias y recolección- o como obreros temporales en la cabecera municipal o Quetzaltenango y últimamente como emigrantes en los Estados Unidos. El café, lo comercializan a través de intermediarios y necesitan comprar el maíz para su subsistencia o sembrarla en tierras alquiladas en la Costa Sur, siendo muy vulnerables a las oscilaciones del precio del café y el maíz en el mercado nacional e internacional. Uno de los ingresos más importantes en la aldea y que marca diferencias económicas internas son las remesas familiares de los emigrados a Estados Unidos.

Las comunidades vecinas de Las Barrancas son también mames, se sitúan en la tierra fría de Bocacosta –de 1600 a 2300 msnm- y son productoras de *papa* [patata]. Estas comunidades vecinas lograron conservar en buena medida la propiedad [privada] sobre las tierras debido a que no eran adecuadas para el café, y su economía es en buena medida dependiente de los precios impuestos por las empresas de comida rápida, McDonald´s y Pollo Campero, sus mayores compradores. La salida geográfica y económica del área es continuar por tierra fría hasta la cabecera municipal de Ostuncalco. Esta es la salida natural de Las Barrancas, denominación que ya sugiere nos encontramos con una orografía difícil y que no va permitir la salida hacia la Costa Sur. Desde Las Barrancas son visibles las luces nocturnas de la Costa Sur pero inalcanzables por los barrancos que se les interponen.

Imagen 10



Ubicación de Pasaquijuyup y Las Barrancas en relación a la tierra caliente (en verde oscuro) y fría (naranja), la salida obligada vía carretera (línea discontinua de terracería y continua de asfalto), así como sus respectivas cabeceras municipales (Nahualá y Ostuncalco).

La autoidentificación de los habitantes apela a la comunidad y al municipio, comunidad que se conforma administrativamente como caserío en el caso de Pasaquijuyup y aldea en Las Barrancas. La categorización de los grupos de población en Guatemala van según el artículo 4 del Código Municipal del 2002 (Decreto # 12 del 2002) en orden descendente de cabecera municipal o villa, a aldea, caserío, paraje, cantón, barrio, zona, colonia, lotificación, parcelamiento y finca.

Aldeas son Las Barrancas y Xejuyup -aldea de referencia de Pasaquijuyup [perteneciente a Nahualá]- y van a contar con un alcalde auxiliar que realiza las funciones administrativas de la cabecera municipal, como la certificación de defunciones, “cuando alguien se enfrió”, la inscripción de nacimientos, cobro del boleto de ornato [impuesto municipal], la corrección de pequeños conflictos por malas conductas, disputas entre novios y de familias, herencias, venta de tierras, participación en emergencias locales (Guarchaj, Subdirector de la Clínica Maxeña en Santo Tomás La Unión, 2009)[17]. Independiente de ser aldea o caserío, identitariamente se autoreconocen como comunidades.

[17] Comunicación personal.

Cuadro 2. Datos comparativos entre ambas comunidades

	Pasaquijuyup	Las Barrancas
Categoría administrativa	Caserío	Aldea
Administrativamente pertenece a	Municipio de Nahualá y en Bocacosta a aldea de Xejuyup	San Juan Ostuncalco
Habitantes (año 2004)	1484 h	1245 h
Pueblo	K´iche´	Mam
Identidades municipales de sus habitantes	Ixtahuacán y Nahualá	Ostuncalco
Altura sobre el nivel del mar	1500-1800 msnm. Tierra fría	1400 msnm. Tierra caliente
Antecedentes con la propiedad de la tierra	Propiedad municipal despoblada y colonizado hace 70 años	Propiedad privada de finqueros a quien los campesinos iniciaron la compra de tierra hace 40 años
Propiedad actual de la tierra	Propiedad municipal en calidad de usufructo privado	Privada
Producción principal	Maxán y maíz	Café
Duplicación de proyectos por	Divisiones identitarias entre Ixtahuacán y Nahualá	Divisiones entre líderes/ grupos internos
Comunidades vecinas por carretera y con buena comunicación	Comunidades k´iche´es de tierra caliente y productoras de café	Comunidades mames de tierra fría y productoras de papas

Organizativamente, caseríos y aldeas, comparten las Coordinadoras Comunitarias de Desarrollo (COCODES) que coordinan los proyectos de mejoramiento de la infraestructura comunitaria, bien directamente o a través de los comités específicos pro-camino, pro-escuela, pro-salón comunal, seguimiento de obras y otros. En ambas comunidades, todas las familias disponen de electricidad y chorro de agua domiciliar.

Una representación del “progreso” la dan las nuevas viviendas, construidas con las características de los centros hegemónicos. Así en Pasaquijuyup -tierra fría-, las nuevas viviendas tienen como prototipo las viviendas de tierra caliente de Santo Tomás y las nuevas viviendas de Las Barrancas -tierra caliente-, se construyen al estilo de tierra fría de Ostuncalco. Estas características de las viviendas van a reproducirse en las Casas de Salud Comunitaria, y la de Pasaquijuyup remedará los Centros de salud del Ministerio en Xejuyup y

Guineales, mientras la CSC de Las Barrancas remeda la de Ostuncalco y La Nueva. En la CSC de Pasaquijuyup correrá el aire frío por la deunión entre el tejado de lámina y las paredes, mientras que en Las Barrancas, herméticamente cerrada y con una azotea convertida en un pozo de agua, asemejará por momentos una sauna.

Las viviendas de los migrantes, con los dólares ganados en el Norte, especialmente manifiesto en Ostuncalco, serán el paradigma del nuevo estatus, combinando nueva estética externa con pocos cambios al interior, fachadas de aires californianos con balcones de fantasía y ventanas con cristales reflectantes, a la vez que en su interior la cocina de leña, cuando no en el suelo, recuerda que estamos en Guatemala.

En el mar de identidades, los hombres y mujeres de Pasaquijuyup, por su cultivo y alimentación de maíz, comparten por antonomasia la identificación de ser hombres y mujeres de maíz. En el caso de las mujeres y hombres de Las Barrancas, se le agrega la de ser también hombres y mujeres de café (Nota 3).

Hombres y mujeres de maíz. El maxán que envuelve Pasaquijuyup como un tamal

El maxán es la planta que da vida a Pasaquijuyup y que envuelve la masa de maíz molido que se convertirá en tamal tras un proceso de cocción al vapor. Si Pasaquijuyup fuera esa *masa de maíz del tamal*, la primera hoja de maxán que la envuelve sería su entorno histórico-socio-cultural más próximo, la Bocacosta de Sololá. La segunda hoja correspondería a Santo Tomás La Unión y como tercera, por la distancia geográfica que no simbólica, las cabeceras municipales de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán.

Imagen 11

Hojas de maxán y tamales

El maxán es una planta herbácea de la división Angiospermae y género Calathea (APG II, 2003)[18] que es exclusivo de América y cuyas hojas además de para envolver tamales, se utilizan en los techos, paredes y cercados de las construcciones rústicas temporales.

Primera hoja de maxán

La primera hoja que envuelve a Pasaquijuyup es la Bocacosta de Sololá y la aldea de Xejuyup o Xejuyub a la que se llega a través de una carretera de terracería de 10 kms, en buen estado y con una fuerte pendiente que pasa de los 1500-1800 msnm de Pasaquijuyup, según el barrio, a los 900 msnm de Xejuyup.

[18] Angiosperma Phylogeny Group. Grupo para la Filogenia de las Angiospermas. 2003. El maxán pertenece a la división Angiospermae, clase Monocotyledonae, orden Zingiberales, familia Marantaceae y del género Calathea.

Pasaquijuyup pertenece administrativamente al municipio de Nahualá, pero sus habitantes reparten sus identidades k´iche´es diferencialmente, entre los adscritos a Nahualá y realizan sus inscripciones de nacimiento y trámites municipales en Xejuyup, y los adscritos a Ixtahuacán que los realizan en Guineales. Debido a la distancia en que se encuentran ambas cabeceras municipales, en el Altiplano, ambas aldeas de Xejuyup y Guineales actúan como delegaciones. Esta división identitaria- municipal en la misma etnia/pueblo k´iche´ lleva a que cada grupo tenga sus propias organizaciones comunitarias y relación con diferentes autoridades municipales. Esto se repite en numerosos caseríos de la Bocacosta de ambos municipios, en donde la identidad no se adquiere territorialmente sino familiarmente y que en un siguiente paso lleva a inscribir a sus niños al municipio identitario. El mapa del territorio municipal, lo oficial, es fácil de identificar, pero el funcionamiento administrativo real, por familias y grupos identitarios es un calidoscopio en movimiento continuo.

La Bocacosta de Sololá perteneciente a los municipios de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán tiene una extensión aproximada de 250 kms² y unos 60.000 habitantes (MSPAS, 2005) –46.700 h en el censo de 1999- repartidos en 10 aldeas y 82 caseríos, la mayor parte de los cuales vive en tierra caliente entre los 800 y los 1500 metros. A partir de esta altura se encuentra la tierra fría donde se sitúan los caseríos de Pasaquijuyup, Pakamán y pocos más. La diferencia climática condiciona la vida de sus habitantes pues la principal fuente de ingresos, la agricultura, va tener en tierra caliente al café y bananos mientras que en tierra fría el producto estrella será el maxán. Tanto los productores de café como de maxán, lo comercializan mayoritariamente de manera individual, salvo pequeños grupos caficultores que lo hacen en cooperativas para lograr mejores precios. Otros productos regionales son las flores ornamentales, la granadilla, el banano, los cortes de telares industriales y los huipiles de telares de cintura.

La Bocacosta de Sololá hasta principios del siglo XX había sido habitada en su tierra caliente por población k´iche´ productora de cacao y alimentos básicos como maíz, frijoles, y no fue hasta 1930-40 que se introdujo el café, “con la oposición de los abuelos para quienes lo primero era la producción de maíz y frijol sobre un producto que no era alimento y que los hacía dependientes de la compra del maíz” (Miguel Guarchaj, 2009).

La tierra fría en su zona norte, colindante con el departamento de Quetzaltenango, se mantenía hasta hace 50 años, sólo como lugar de tránsito comercial a cargo de los indígenas, “con al menos cuatro posadas que posteriormente se transformaron en caseríos. El transporte se hacía con mulas y mecapal, con una duración del viaje de 19 horas en un sentido y tres días entre la ida y la vuelta. Del Altiplano frío de Cantel y Quetzaltenango a la tierra cliente de Santo Tomás La Unión traían para la venta, cocinas de barro y frutas de tierra fría, de regreso se llevaban plátanos, bananos, plantas medicinales. Es hasta los años 1940-50 que la población comienza a asentarse en tierra fría, en lugares como Pasaquijuyup en donde anteriormente hubo al menos dos posadas” (Miguel Guarchaj, Vice-director de la Clínica Maxeña, comunicación personal, 2009), (Francisco Sac Guarchaj, Agente de Salud Comunitaria, 2007).

Dada la lejanía a las cabeceras municipales del Altiplano, las aldeas de Xejuyub, Xojolá y Guineales han sido candidatas a cabecera de un nuevo municipio que agrupara a la Bocacosta de Ixtahuacán y Nahualá. Las dos primeras aldeas apostaban porque el nuevo municipio siguiera perteneciendo al departamento de Sololá –donde el 96% de la población es indígena (INE, 2002) -, mientras Guineales –con presencia ladina y a 7 kms de Xejuyup- aspiraba a serlo del departamento de Suchitepéquez de hegemonía ladina. El proceso se mantiene estancado dados los intereses enfrentados y el equilibrio de fuerzas.

Sobre aspectos organizacionales, todos los caseríos de Bocacosta, como en el resto del país, tienen las Coordinadoras Comunitarias de Desarrollo (COCODES) y comités específicos para necesidades priorizadas. Algunas particularidades las encontramos en el caserío de Pak´ib donde los ancianos son reconocidos como “principales”, autoridad de gran prestigio proveniente de las cofradías y alcaldías, y actúan como consejeros del Comité de Promejoramiento; y en Pasac y Guineales donde hay cooperativas para la comercialización del café.

La mayoría de las casas disponen de chorro de agua domiciliar (Asociación Intervida-Terra, 2001), pero las excretas siguen siendo un problema no resuelto, dado que mientras unas familias disponen de letrinas aboneras familiares o pozos, otras defecan al aire libre con el consiguiente riesgo de contaminación de los arroyos que luego se convierte en agua entubada, y no potabilizada por el rechazo que genera la cloración del agua. Está generalizada la

cocción diaria del agua de bebida, fruto de las pláticas continuas y por años de los promotores de salud. Las basuras orgánicas son consumidas por los animales domésticos, de los cuales los *coches* [cerdos] se mantienen mayormente enchiquerados. Las basuras no orgánicas son depositadas en las cercanías de las viviendas y quemadas. Desde hace pocos años casi todas las viviendas disponen de electricidad.

Todos los caseríos disponen de escuelas de enseñanza primaria desde mediados de los años 90, pero no se asegura que todas tengan los seis grados y sean bilingües. En la mayor parte de las públicas, los maestros son contratados por el Ministerio de Educación que tienen un sindicato nacional fuerte y reivindicativo. Otra parte de las escuelas son gestionadas por PRONADE, un programa nacional gubernamental de educación que deja en manos de los padres de familia, el pago y la contratación de los maestros, estando éstos en peores condiciones laborales y pendientes de renovaciones anuales de contratos. Xejuyup cuenta con un Instituto de Enseñanza Media y una Escuela de magisterio bilingüe pertenecientes a la iglesia católica y por parte del Ministerio de Educación hay Institutos de Básico en las aldeas de Xojolá, Guineales y en el caserío de Chirijmazá.

La división laboral por sexo/género en palabras de la gente es de “aquí la separación de trabajos es nítida” y el hombre, como padre y jefe de familia, es el responsable principal de generar los ingresos familiares. De inicio, a los hombres los visibilizan trabajando en el campo y a las mujeres en la casa y tejiendo huipiles, aunque a lo largo de las conversaciones sale constantemente la presencia de las mujeres en todo tipo de trabajos en el campo, salvo los que requieren una gran fuerza física que podría suponerles “la caída de la matriz”. La fuerza física tiene su medida local que poco tiene que ver con las urbanas. El analfabetismo y monolingüismo que diferenciaba a las abuelas y abuelos de la generación de su hijos, diferenciada ésta a su vez por la desigualdad entre hombres y mujeres, está dando paso a nuevas generaciones que participan paritariamente en las escuelas de primaria, no así en el básico y diversificado donde son mayoría los hombres. En las organizaciones comunitarias es cada vez mayor la presencia de mujeres líderes con liderazgos en las áreas de salud, educación y religiosa.

A nivel religioso, la anterior hegemonía del "catolicismo sincrético" (Hermanas de Elena - Montana, 2007)[19] ha dado paso en los últimos 30 años a una gran pluralidad religiosa como se manifiesta en la aldea de Xejuyup que con 2004 habitantes (INE, 2001) tiene 11 iglesias, mayoría pentecostales, y la iglesia católica con su propia pluralidad de una capilla para cada una de sus corrientes ortodoxa, carismática y progresista. La dimensión religiosa y la sanación de enfermos van de la mano, tanto en la cultura ancestral como en su versión actual. El alcohol en forma de aguardiente y cerveza, protagonista de las fiestas, de las evasiones, de la sociabilidad y masculinidad, se transforma con frecuencia en alcoholismo y es identificado por los grupos pentecostales y carismáticos como vicio y/o posesión del diablo, frente a la de enfermedad del Ministerio de salud. La eficacia de los grupos religiosos supera la de los grupos de Alcohólicos Anónimos que trabajan la problemática del alcoholismo y de la incapacidad o inhibición de su abordaje por los servicios biomédicos.

Cuando se habla de atención en salud, el Ministerio de salud y las ONG se refieren a poblaciones con cobertura y sin cobertura, refiriéndose a la primera como la pública y proyectando, una imagen invisibilizadora de otras formas de atención, como la autoatención y la atención por terapeutas y sanadores comunitarios. Tiene el aspecto favorable de reconocer el Ministerio de salud su responsabilidad en la atención de salud a la población.

El Ministerio de salud para la cobertura de la atención divide administrativamente la región en dos distritos de salud, el distrito 9 y 10. El distrito 9 corresponde al sector 1 de Xejuyup de Nahualá. El distrito 10 al sector 2 en La Ceiba y al sector 3 en Guineales, ambos pertenecientes a Ixtahuacán. En el distrito 9 se dispone de un Centro de salud tipo B –sin encamamiento- y 2 Puestos de salud (uno cerrado), y en el distrito 10 hay un Centro de salud tipo B y 3 Puestos de salud (uno cerrado). Los datos locales del MSPAS (2001) para la región era que 43 caseríos pertenecían a Nahualá y 39 a Ixtahuacán, siendo 21.192 los nahualeños y 32.176 los ixtahucanecos, datos que no coinciden con otros informes del propio MSPAS y de las Unidades Técnicas Municipales.

La pobreza y exclusión social de la región se expresan en el perfil de la morbi-mortalidad registrada por el personal del Ministerio de salud, que no deja de ser la punta visible del

[19] Comunicación personal.

iceberg, pero también en el bajo presupuesto, el escaso personal y las prioridades ministeriales. La dirección de los distritos y sus trabajadores encuentran grandes dificultades para lograr cumplir con las metas de planificación familiar, inmunizaciones, la consulta a demanda y la reducción de la mortalidad materno-infantil exigidas por el Ministerio.

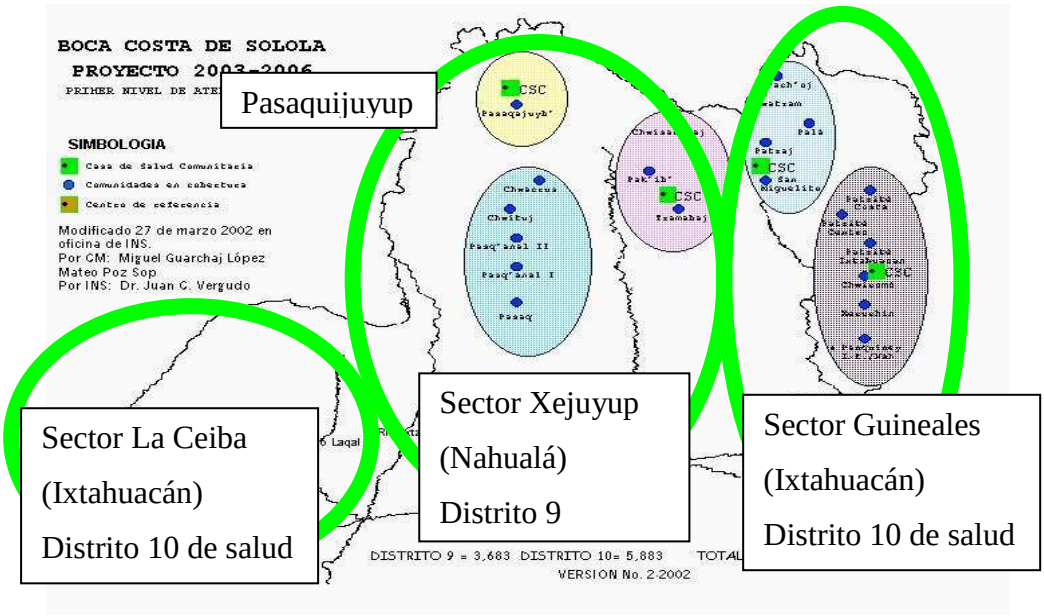
El trabajo del Dr. González Flores (2001)[20], director del distrito 9, "es fundamentalmente gerencial pues debo desarrollar el trabajo con un per cápita anual de 10,86 quetzales [poco más de un euro], mientras que el propio Ministerio destina para desarrollar el mismo programa del SIAS a una ONG un per cápita de 37,50 quetzales", aún así, "el Estado guatemalteco es paternalista y la población es gran dependiente, lo quiere todo gratis. Dudo que la población no tenga capacidad de pago, pues sus gastos de luz, de transporte y en las fiestas evidencian que sí la tiene". No disponen de ambulancia y los traslados de urgencia los realizan "contratando ruleteros".

Para la directora del distrito 10, la Dra. Rodríguez (2001)[21], de las pocas médicas ladinas que ha aprendido k´iche´ para comunicarse con los pacientes, considera que "las diferencias económicas dentro del sector Guineales son mayores que en el sector Xejuyup, pues es más la gente que solicita exoneración del pago de consulta". La información empírica sobre una mayor pobreza se corrobora -a falta de otro tipo de estudios- con la "mayor afluencia de trabajadores a las fincas de Costa Sur, campesinos sin tierra, que luego consultan por el paludismo allí adquirido".

Para la doctora, "debido al escaso personal no logramos atender a las comunidades más alejadas de tierra fría. El mayor problema es la falta de educación sanitaria de la población y últimamente se nos ha dificultado la campaña de vacunación por la muerte de un niño recientemente vacunado y de un adulto por sepsis debida a un absceso". En el Centro de salud de Guineales junto a la doctora, responsable de la gestión y las consultas, trabajan dos auxiliares de enfermería y dos técnicos de salud rural para atender a 14.000 personas.

[20] Comunicación personal.
[21] Comunicación personal.

Imagen 12



Los círculos verdes corresponden a los 3 *sectores* del MSPAS pertenecientes a sus dos *distritos* 9 y 10 de Sololá. Desde el Programa "Hacia la salud incluyente", a diferencia del MSPAS, *sector* es el área de trabajo atendida por un Equipo Comunitarios de Salud, ECOS y cada sector corresponde en este caso a cada círculo pequeño coloreado, excepto el morado de Guineales que corresponde a dos.

En Guineales también hay una Clínica de Ojos, dependiente del Hospital Rodolfo Robles de la capital e independiente del Centro de salud, que da consulta y tratamiento a las personas afectadas por el tracoma, padecimiento que sufre la población del sector distrital que se sitúa a una altura superior a los 1200 msnm. Por su vecindad a la Bocacosta de los municipios de Santiago Atitlán y San Lucas Tolimán, también de Sololá, con prevalencia de oncocercosis, también mantienen la alerta a esta enfermedad. Otra particularidad del distrito son los numerosos casos de paludismo -300 en el año 2000- entre los temporeros en las fincas de la Costa Sur, y por lo demás "no hay diferencias epidemiológicas dentro de la aldea Guineales pero sí con los caseríos del sector a causa de su mayor pobreza".

Ambos doctores coinciden en que "el programa estrella es la Planificación familiar". Para el Dr. González, "ha sido uno de los más exitosos y hay libre elección y tutoría. Para su desarrollo hemos contado con la ayuda de la Agencia de Cooperación Norteamericana –AID- que está ya por terminar" y para la Dra. Rodríguez, "el éxito está en que se ha logrado planifiquen el 11% de las mujeres en edad fértil". El perfil epidemiológico común (MSPAS, 2001a) para ambos distritos sanitarios está ligado a la pobreza como la desnutrición crónica y aguda, parasitismo intestinal, enfermedades diarreicas, así como en tierra fría, las enfermedades respiratorias -neumonía y bronconeumonía- que la población las considera

resultado del desequilibrio frío-caliente. Los trabajadores del MSPAS reconocen la presencia de padecimientos como *el susto y el ojeado* pero no se registran en las consultas y por tanto tampoco en los informes epidemiológicos.

En el campo de atención sanitaria y desde hace 40 años está presente la Clínica Maxeña, perteneciente a la iglesia católica e institución implicada en la implementación del Programa de salud (2003-2008). La Clínica está dirigida por religiosas norteamericanas de la diócesis Elena-Montana de EEUU. La clínica fue construida en un terreno donado por la familia Bonifassi, los más ricos de la región, prestando consulta a demanda y encamamiento de urgencias. Disponen de un pequeño laboratorio y farmacia con *medicina de patente*. Coordinado con la USAC mantienen casi permanente un pasante de odontología –estudiante de última año de odontología en su Ejercicio Profesional Supervisado- para la atención dental y una o dos veces al año llega un equipo de oftalmólogos norteamericanos que realiza cirugías electivas de su especialidad.

Una de las actividades más importantes para la dirección de la Clínica es la promoción de las plantas medicinales a través de huertos familiares. Cuentan junto a la Clínica de un jardín de plantas medicinales y un laboratorio, en donde las procesan para su posterior venta. En sus programas de capacitación con promotores y comadronas, las plantas medicinales tienen un lugar importante como rescate del conocimiento ancestral, por su validez y una cierta dosis de prevención porque es vox pópuli que “la medicina de farmacia o química por un lado cura y por otro hace daño, lo que no sucede con la medicina natural”.

En su proyección comunitaria dispone de un equipo de trabajo formado por un médico y varias auxiliares de enfermería que se coordina con la red de comadronas, curanderos, guías espirituales/ajq´ijab´ y promotores de salud de buena parte de los caseríos, estando una parte de las instalaciones de la Clínica destinadas a los encuentros y capacitaciones con ellas y ellos. Tanto en el personal contratado como de comadronas, promotores, pacientes se observa una gran pluralidad religiosa y aunque la Clínica no haga proselitismo religioso directo, para algunos grupos no católicos, su presencia en las comunidades es mirada con recelo. Los promotores de salud están presentes en casi todos los caseríos de la Bocacosta y coordinan con el Ministerio de salud y/o con la Clínica Maxeña, recibiendo de ambas instituciones apoyo

en la formación y en botiquines básicos. La Clínica realiza seguimiento y formación de los promotores a través de su equipo comunitario. Las comadronas son las protagonistas de la atención a las mujeres embarazadas y en algunos casos también de niños. En la región, el 90% de los partos son domiciliares y atendidos por las comadronas y familiares, habiendo una gran resistencia, aún en caso de alto riesgo, a ser trasladadas al hospital de Mazatenango.

Los ajq´ijab´ están presentes en muchas comunidades, aunque no siempre reconocibles para las personas externas a la comunidad. En general, son muy discretos ya que fueron acusados de brujos malos -pues también los hay buenos- en las décadas pasadas, primero por los católicos y ahora por los evangélicos. Ha habido iniciativas externas para su organización, pero tras décadas de persecución y por la gran edad de la mayoría, generalmente han optado por seguir trabajando individualmente hacia las personas que solicitan sus servicios. Algunos de ellos son reconocidos como curanderos pues en sus prácticas realizan curaciones con plantas medicinales, pero los ajq´ijab´ también trabajan la espiritualidad y sus sanaciones entran en el mundo moral y socio-cultural más allá de las plantas y sus principios activos.

Desde la década de los 90, en que tuve mis primeros acercamientos a la Clínica Maxeña, escuché que el río Nahualate era la frontera entre el mundo civilizado y esotérico, el mundo cristiano y el pagano, y la jaculatoria de “esa gente no está evangelizada, prevalecen los ritos de sincretismo, allí no ha pasado Dios, está llena de brujos”. Ello me intrigó, y cuando por el Programa de salud tuve acceso al sector, y distritalmente perteneciente a Guineales, la respuesta de los ASC fue de “son iguales que nosotros, no hay diferencias”, la diferencia estaba en un más peligroso acceso, pues la carretera tiene tramos tallados en piedra caliza que con la lluvia se convierte en un resbaladero para los autos.

Las carreteras de la región llegan a casi todos los caseríos, siendo excepción un par de ellos en tierra fría. En los últimos años se han construido varios puentes de cemento que permiten el paso de las quebradas, cuyos ríos en época de tormentas antes no permitían el tránsito. Ha sido un avance en la accesibilidad por carretera a los mercados, centros y puestos de salud que ahora se ven sólo limitados con los desprendimientos de tierra, difíciles de controlar, por la orografía del terreno.

Segunda hoja del tamal

Todas las carreteras de terracería, piedrín y asfalto de la Bocacosta confluyen a modo de afluentes en el pueblo de Santo Tomás La Unión, en el departamento de Suchitepéquez. Para llegarse a las cabeceras municipales de Ixtahuacán y Nahualá, la alternativa está entre cruzar a pié la cadena volcánica y llegarse al Altiplano en donde se vuelve a conectar con otra red vial o la más utilizada de bajar a Santo Tomás y dar una vuelta de 157 kms en carretera asfaltada para llegar vía Quetzaltenango, a la carretera Panamericana del interior en cuyos kms 170 y 160- con respecto a la capital- se encuentran respectivamente ambas cabeceras municipales.

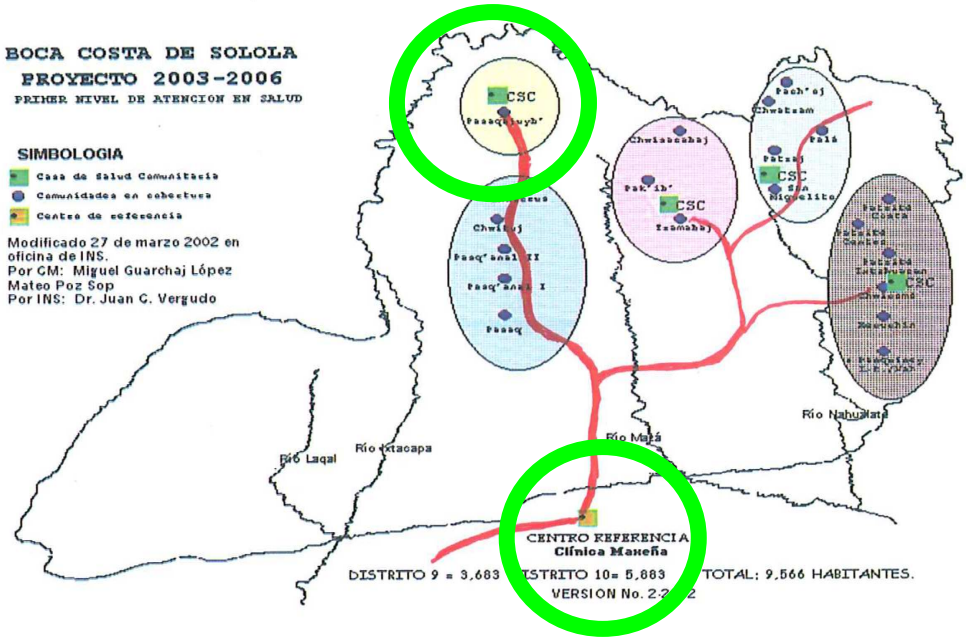
A 6 kms de la aldea de Xejuyup y por carretera de terracería se llega a Santo Tomás La Unión, en la misma línea fronteriza interdepartamental de Sololá y Suchitepéquez al que pertenece y que hacen de ella, una versión de "ciudad colonial y liberal" por concentrar el poder, económico y simbólico, el mercado, las iglesias principales, las secadoras de las grandes fincas de café de Santo Tomás y también residencia de una población mixta de indígenas y ladinos. En Santo Tomás entran en contacto directo, los administradores de las fincas y de los secaderos de café, los intermediarios de la compra-venta de productos agrícolas, los comunitarios parcelistas indígenas de 50 a 300 cuerdas[22] de la Bocacosta y los colonos de las fincas. Los grandes propietarios son los grandes ausentes, al menos físicamente, pues su residencia está en la capital, pero se respira y palpa su poder, delegado en sus administradores e intermediarios y en el tipo de relaciones entre todos los actores.

Santo Tomás se encuentra a 25 kms de Mazatenango, capital del departamento de Suchitepéquez donde se encuentra el hospital regional de referencia para la Bocacosta, a 90 kms de Quetzaltenango, la ciudad más importante del occidente guatemalteco y a 130 la capital Guatemala. Todas estas ciudades, representan un poder lejano y desconocido, ladino y hostil, al que a veces hay que recurrir por el mercado y cuando se agravan los enfermos, y en el caso de los jóvenes, por los estudios y la búsqueda de trabajo. La movilización de la población es constante, la Bocacosta es como un río diario de gente hacia Santo Tomás, que los fines de semana por ser día de mercado, se convierte en un hervidero de gente. De

[22] Según los lugares la cuerda varía entre 16, 20, 25 o 28 varas cuadradas -la vara tiene 33 pulgadas- siendo ésta última la más utilizada en Bocacosta. Comunicación personal de Miguel Guarchaj, subdirector de Clínica Maxeña.

Pasaquijuyup a Xejuyup la movilización se realiza en *picops* particulares que realizan viajes combinados de carga y de pasajeros, y que cobran menos en el descenso que de subida, por el diferencial gasto de combustible. De Xejuyup las *combis* –pequeños buses- son continuas a Santo Tomás y lo mismo sucede con combis y *camionetas* –autobuses- entre Santo Tomás y Mazatenango.

Imagen 13



En círculo verde brillantes superior el sector y comunidad de Pasaquijuyup y en el inferior, Santo Tomás La Unión. En colores, los 6 sectores del Programa, donde el morado incluye a dos. En rojo las carreteras abiertas todo el año con únicamente salida a Santo Tomás La Unión.

En Santo Tomás, "cuentan los abuelos, que la mamá de los actuales propietarios de la hacienda Bonifassi, una de las mayores de todo el país, fue levantada a golpe de *guaro*, pues la señora se fue haciendo dueña de las tierras vendiendo esa bebida alcohólica, y los campesinos acabaron pagando con sus escrituras, las deudas contraídas o robados bajo los efectos del alcoholismo" (Mateo Poz, 2001)[23]. La tierra en Santo Tomás –y en su departamento de Suchitepéquez- es de propiedad privada, mayormente de finqueros ladinos, mientras que los k´iche´es de la zona son parcelistas minifundistas. Debido a que la propiedad de la tierra en la Bocacosta de Sololá de Ixtahuacán y Nahualá es *municipal en usufructo* no ha podido ser comprada o robada por los finqueros. Ambas formas de propiedad, privada y municipal-comunitaria, se articulan como latifundio/minifundio, en donde la propiedad privada de latifundio cafetalero necesitado de trabajadores temporales, tres meses al año, encuentra abundante mano de obra en los minifundistas, sean privados o comunitarios, pero que

[23] Comunicación personal. Antiguo trabajador de la Clínica Maxeña.

disponen de insuficiente tierra para sobrevivir todo el año. El sistema latifundio/ minifundio tiene su origen en la Revolución liberal y ha sido y es un factor estructural para explicarse la historia moderna de Guatemala. Santo Tomás viene a constituirse en un municipio frontera y liberal en cuanto a la tenencia de tierras y relaciones étnico-culturales entre las haciendas ladinas de la Costa Sur y las tierras indígenas de la Bocacosta de Ixtahuacán y Nahualá.

Santo Tomás era un pequeño poblado cuando en 1773 quedó destruido por el terremoto de Santa María, la iglesia incluida y con pérdida de la imagen del santo. Tras varios días de búsqueda fue hallado y el poblado pasó a denominarse Santo Tomás Perdido. Había sido fundado por pobladores k´iche´es provenientes de Zunil y Totonicapán, por lo que étnicamente eran más cercanos al Altiplano indígena que a la Costa Sur, donde el poder lo tenían los ladinos que controlaban la producción y comercialización del cacao. De 1836 a 1872, por su cercanía geográfica y vial perteneció al "Circuito de Mazatenango", pero en 1872 por su etnicidad de origen pasó al departamento de Totonicapán. En 1905 perdió la categoría de municipio y se convirtió en aldea de Zunil -departamento de Quetzaltenango- debido a que el presidente Manuel Estrada Cabrera era oriundo de allí y quería aumentar su territorio departamental. La pertenencia a departamentos de fuerte presencia indígena fortalecía que en Santo Tomás se rigieran por el derecho consuetudinario y los indígenas aplicaran la justicia, pero el aumento de población mestiza llevaba a que éstos no quisieran sujetarse a esas reglas ni a la autoridad de Zunil. El conflicto acabó con una negociación, resultado de la cual llevó a cambiar el nombre del poblado a Santo Tomás La Unión, y en 1944 el presidente Ubico lo convirtió de nuevo en municipio y del departamento de Suchitepéquez.

Santo Tomás (INE, 2002) tenía 9.429 habitantes repartidos entre el poblado y 8 caseríos. Se encuentra a 880 msnm y es el principal centro de mercado –jueves y domingos- para la compra y venta de productos básicos para la Bocacosta de Sololá, disponiendo de sucursales bancarias, un Centro de salud tipo B (desde el año 2001) del Ministerio de Salud, la Clínica Maxeña y consultorios médicos privados. De aquí parte el transporte – picops, combis y camionetas- con el que se desplaza desde la madrugada hasta media tarde la población a las aldeas y caseríos y desde la madrugada a media noche a las ciudades de Mazatenango, Quetzaltenango o Guatemala capital. El movimiento de gente y el numeroso transporte no dejan de llamar la atención al recién llegado.

Tercera hoja del tamal

Las hojas de maxán llegan con gran fuerza a las cabeceras municipales de Ixtahuacán y Nahualá que van a diferenciar internamente la identidad k´iche´ de sus habitantes. Nahualá es la municipalidad *oficial y formal* a la que pertenece el caserío de Pasaquijuyup y la mayor parte de sus habitantes, pero un tercio de sus pobladores tienen como referencia identitaria y administrativa a Ixtahuacán. La referencia identitaria además del elemento simbólico se refuerza con aspectos prácticos cotidianos que van desde las elecciones municipales, en donde cada quién votará en su municipio identitario, puesto que en él habrán hecho su inscripción de nacimiento, a los trámites administrativos municipales.

Nahualá –"el espíritu del agua" sería su significado- se conformó como municipio en el año 1884 tras un conflicto y separación (en 1872) del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán al que pertenecía. Este aspecto es fundamental para conocer las dinámicas de relacionamiento entre ambos grupos que conviven territorialmente en los mismos caseríos y aldeas de Bocacosta, lo que no sucede en el Altiplano donde territorialmente están separados.

El título de propiedad de las tierras en Nahualá e Ixtahuacán es municipal pero se reconoce la propiedad privada de los terrenos y la vivienda en calidad de usufructo, pero sin ser legalizados en el registro de propiedad. Para la municipalidad, esta forma de propiedad de la tierra se mantiene por los litigios con Ixtahuacán y como una manera de defensa ante aquellos. La propiedad en usufructo exige que "no se enajene la tierra con personas de otros municipios".

A destacar de los dos municipios, Ixtahuacán y Nahualá, es su capacidad en la defensa de la tierra frente a españoles y ladinos así como entre ellos mismos. Las diferencias entre ambas identidades parecen tener origen prehispánico (Cardona, 2002: 40). Los españoles en tiempos de la Colonia conformaron los pueblos de indios con población proveniente de diferentes linajes, y uno de esos pueblos fue Ixtahuacán, donde es posible suponer que la segregación posterior de Nahualá, pudo responder a la permanencia de los linajes y de la propiedad precolombina sobre las tierras.

Nahualá e Ixtahuacán son mencionados en los Anales de los Cakchiqueles, y en los tiempos de la colonia fueron sometidos a fuertes presiones para la enajenación de sus tierras, pero lograron un estatus especial por el que no fueron forzados al servicio de los mandamientos, ni a la venta de tierras (Cambranes, 1996: 227). La lucha en tiempos coloniales también tuvo forma de motines contra los cobradores de los tributos y los caciques indios que aplicaran abusivamente las Leyes de Indias. Martínez Peláez (1985) documenta dos motines, en 1743 y 1814, en contra de las autoridades indígenas en Ixtahuacán que todavía incluía a Nahualá. El primer motín inició cuando un grupo de indígenas comunes o maceguales se enfrentaron a varios indios nobles que ejercían cargos de cabildo, sus colaboradores y el alcalde mayor. El motivo era que estos caciques imponían tareas exorbitantes a las mujeres hiladoras, exageraban el precio al que obligaban a comprar el ganado, azadones y otros, porque no querían seguir yendo a la costa a traer el algodón pues en dicho viaje, de ida y vuelta, les llevaba seis días y tenían que hacerlo sin remuneración (Ibíd., 57-59). El segundo motín, 1814 (Ibíd., 109-110) también fue contra los cabildos, por sus injusticias y atropellos cometidos bajo efecto del alcohol, según los acusaba Francisca Ixcaptá, una de las protagonistas del motín. Ya con la independencia y en la época liberal, ambos pueblos "no sólo lograron frenar los abusos de los liberales, sino que en 1877 efectuaron compras de decenas de caballerías evaluadas en miles de pesos, gracias a que habían logrado atesorar dinero en las cajas de comunidad" (Cambranes, 1996: 212).

Con aparente independencia de los conflictos de tierra, la versión nahualeña de la separación municipal de1872 es atribuida a las arbitrariedades de las autoridades de Ixtahuacán contra un grupo de Nahualá encabezado por Manuel Tzoc. Manuel, un hombre de posición acomodada, estaba enfrentado a Miguel Salquil, gobernador de Ixtahuacán –correspondiente al actual alcalde municipal- debido a que éste obligaba a los *chuchuxeles* en las cofradías y fiestas religiosas, a bailar los sones de la marimba –sarabanda- y a tomar agua ardiente. Miguel vivía en el pueblo de Ixtahuacán y Manuel en la aldea de Xepatuj –futura cabecera de Nahualá-. Un temblor que agrietó la iglesia parroquial del pueblo fue la chispa que subió el tono del enfrentamiento, y mientras Miguel estaba por repararla, Manuel quería construir una nueva. Los graves problemas entre ambos líderes llevaron a la intervención del presidente de la república, general Justo Rufino Barrios, y que en 1884, Nahualá se convirtiera en

municipio, siendo Manuel Tzoc su primer gobernador/alcalde. El deslinde de tierras se mantiene como problema hasta nuestros días (UTM de Nahualá, 2002: 1-5).

Los problemas de tierras han sido permanentes y algunas confrontaciones han acabado con muertos y heridos. Uno de los últimos conflictos fue provocado por los derrumbes en la cabecera de Ixtahuacán tras el paso del huracán Mitch, el 1-2 de noviembre de 1998. Por cuestiones de seguridad y espacio, la población debió trasladarse a un área de Nahualá y tras duras negociaciones, éstos cedieron terrenos en la cima conocida como Chwi´Patan –popularmente *Alaska*- en el Km. 170 de la Panamericana del interior. De las 4,5 caballerías acordadas de traspaso, todavía solo han sido efectivas 1,3 caballerías y el litigio continúa. El traslado de los habitantes al nuevo pueblo de Santa Catarina Ixtahuacán se realizó el 11 de enero del 2000 y tuvo gran carga simbólica, pues la imagen de Santa Catarina o Catalina de Alejandría, que en 350 años nunca había salido de la iglesia parroquial –es la misma patrona que en Nahualá-, fue llevada en procesión, acompañada por miles de gentes en los kilómetros que separaban la antigua de la nueva iglesia. El antiguo centro urbano de Ixtahuacán –"planicie para cultivar" sería su significado- fue elegido, según la oralidad local, tras varios intentos de los abuelos que sembraron caña y fue sólo en *Chwipala* que la caña retoñó. Esta era la seña que indicó el lugar para levantar la antigua *Zija, Sija o Sija Raxk´im* hacia el año 1300. Luego pasó a denominarse *Sija Xankata´l* en honor a la patrona Santa Catarina, y fue el antecedente de Santa Catarina Ixtahuacán.

La resistencia por la sobrevivencia a través de los motines y defensa de la tierra, las diferencias entre Ixtahuacán y Nahualá, y con el ladino usurpador de tierras, es parte de la identidad étnico-cultural de ambos pueblos, un envoltorio como la hoja de maxán, muy presente en la actualidad y que conforma tanto la interacción intra -k´iche´ como con el resto de vecinos indígenas y ladinos.

Los condicionantes de vida y del proceso salud/enfermedad/atención son similares en ambos municipios teniendo a la tierra, bien escaso, como fuente principal de sustento. Ambos comparten un territorio en el Altiplano frío y otro en Bocacosta con una zona fría y otra caliente. En el Altiplano, la época de lluvias corresponde al periodo de mayo a octubre teniendo sus máximos en junio y septiembre y la época seca de noviembre a abril; en la

Bocacosta llueve incluso en la época seca. Ambas cabeceras municipales se sitúan en el Altiplano, Nahualá a 2647 msnm, en el Km. 160 e Ixtahuacán a 3200 msnm, en el 170 Km. de la carretera Panamericana del interior, kilómetros que inician su cuenta a partir de la entrada al antiguo Palacio presidencial, en la Plaza central de Guatemala capital.

El municipio de Nahualá (UTM de Nahualá, 2009) tiene 186,2 kms² (otras fuentes municipales le dan 218 km²) con 89.000 habitantes en el año 2008 (64.987 en el censo del INE, 2002), un crecimiento vegetativo anual del 3% y un promedio familiar de 7 miembros. La cabecera municipal concentra el 6,7% de la población siendo el resto rural (INE, 2002) repartida en 11 aldeas, 10 cantones, 11 parajes y 91 caseríos. Santa Catarina Ixtahuacán tiene una extensión territorial de 279 kms y 64.895 h (INE, 2002) con 4.423 h en la cabecera y el resto en el área rural. En ambos municipios, el 100% de la población se autoadscribe como k´iche´.

En Nahualá, la alta densidad de población y su carácter rural generan una fuerte presión sobre la tierra, y mientras el 70% del territorio se considera de vocación forestal, ese mismo porcentaje se dedica a la agricultura. La tenencia de la tierra está repartida en usufructo privado, entre miles de propietarios minifundistas, que abarcan el 97,5% de su territorio (III Censo Nacional Agropecuario, 1979). El promedio de las parcelas es de 5 cuerdas cuadradas por familia (2025 mts cuadrados) y hay una finca privada que abarca el 2,5% del territorio. El 85% de la población está en la pobreza, y de ella el 25-40% [la amplitud de las horquillas nos hablan de la imprecisión de las estadísticas] en extrema pobreza (SEGEPLAN, 2001)[24], situación similar a Ixtahuacán, donde un 80-99% está en la pobreza y un 40-60% en extrema pobreza (SEGEPLAN, 2001)[25], donde el minifundismo y la presión sobre la tierra es similar a la de Nahualá. Ambos municipios producen maíz y frijol para el consumo familiar y trigo, hortalizas y frutas para la venta. Las frutas van al mercado nacional, mientras las arvejas de tierra fría y el café de Bocacosta al mercado internacional. Otras fuentes de ingresos, especialmente en Nahualá son los trabajos de madera, muebles y tallados de animales de los que el municipio cuenta con numerosos talleres, otros grupos tallan piedras de moler y objetos

[24] Destaco la horquilla estadística entre 25 y 40% como población en extrema pobreza, horquilla que nos dice de la poca precisión estadística de la que adolecen informes incluso provenientes de la institución de planificación central del Estado.

[25] Destaco de nuevo, al igual que con los datos de Nahualá, la gran horquilla de la pobreza y de la extrema pobreza que sólo llega darnos información general y de la gravedad del problema pero con cifras muy imprecisas.

decorativos y buena parte de las familias tienen telares industriales donde hombres y mujeres confeccionan perrajes, mantas, servilletas y cortes, así como telares de cintura donde las mujeres elaboran los huipiles. Los ingresos se complementan con la migración temporal a la Costa Sur al corte del café o azúcar, trasladándose hasta por cinco meses, el jefe de familia e hijos mayores o todo el núcleo familiar. También los jóvenes buscan empleo en la capital o emigran al Norte (2.500 nahualeños según los datos municipales) generando esos últimos en el mejor de los casos, remesas familiares que inicialmente son invertidas en la mejora de la vivienda. Esta emigración ha desencadenado según las autoridades municipales, un importante nivel de inseguridad "pues los jóvenes al regreso de la capital o del Norte forman maras, pandillas que se dan a la drogadicción y delincuencia".

A nivel de educación formal, todos los caseríos tienen escuelas con algún grado de educación primaria, pero no en todos llegan a la primaria completa, siendo unas en español y otras bilingües. El Diagnóstico municipal de Nahualá (UTM, 2002) no da porcentajes de analfabetismo, pero reconoce un censo escolar de 9.150 alumnos entre 4 y 16 años, para un padrón municipal de 25.000 en edad escolar. Ese año, el censo municipal de Nahualá reconocía que era similar el porcentaje de hombres y mujeres en el Básico y había 25 estudiantes universitarios. El Diagnóstico municipal de Ixtahuacán (UTM, 2002) no tiene información sobre el grado de escolarización, pero reconoce un analfabetismo superior al 50% entre la población adulta, siendo superior entre las mujeres que mayoritariamente eran monolingües k´iche´es.

Para llegar a la comunidad hay que pasar por las fincas y viceversa
O para llegar o salir de Pasaquijuyup hay que pasar por Santo Tomás La Unión

Para llegar o salir de la comunidad indígena hay que pasar antes o después por Santo Tomás La Unión donde se cruzan el café, las secadoras y bodegas de la familia Bonifassi, el mercado de abastecimiento de mayoría indígena, el café y el maíz, el mercado exterior y el mercado interior, los dólares y los quetzales. Todo en un ambiente de encuentros y desencuentros en el mercado y en la calle que reflejan bastante bien esa Guatemala inter-socio-cultural, de ladinos e indígenas de diferentes clases sociales y en donde el elemento blanco parece ausente - para

alguien de fuera todos son morenos- pero la pigmentocracia está muy presente en el imaginario y en las relaciones de los allí residentes.

La primera impresión de Santo Tomás un sábado al mediodía, día de mercado, es la de un hormiguero en plena actividad. Nunca faltan los ladinos/mestizos que observan desde sus patios el correr de los indígenas con sus productos agrícolas y sus compras industriales; tampoco faltan los ladinos en los mostradores de sus comercios haciendo *el agosto* con sus ventas. Aún cuando ya no se da el robo en las entradas del pueblo por los ladinos, de las gallinas, frutas y demás productos que las indígenas traían al mercado, se percibe la pobreza de unos y la riqueza de otros, quién anda de prisa y quién pasea, la ropa y colores de cada quién, quién despacha en la tienda y quién en la calle, los *carros* de los patios y los de la calle, los niños que juegan a la puerta de sus casas o cargan sus morrales y machetes. De la clase media que vive en Santo Tomás también participan un importante sector de indígenas, mayormente dedicados a los negocios, y en la periferia de la ciudad, indígenas y ladinos pobres conviven unos cerca de otros.

En Santo Tomás está la Clínica Maxeña, institución responsable de la experiencia piloto de Bocacosta de Sololá (2003-2008) y sabiendo que estaba de vuelta su primera directora, Sheila, a la que no conocía personalmente, me acerqué a saludarla y pedirle que avisaran por teléfono de mi llegada a los ASC de Pasaquijuyup. Sheila es una enfermera norteamericana de ascendencia irlandesa que había regresado hacía año y medio del exilio, debido a que en 1982 tuvo que salir del país tras llegar el Ejército a buscarla, por supuesta colaboración con la guerrilla. Era una de las fundadoras de la Clínica en la década de los años 60 como parte de las actividades misioneras de la diócesis de Elena-Montana –EEUU- y ahora en su regreso se sentía “como pez en el agua”.

Tras preguntar a un par de trabajadores de la Clínica y corroborado con otra media docena de personas en el mercado por el lugar de salida de los picops a Pasaquijuyup, me senté en los peldaños de una librería-papelería frente al *probable* lugar de salida. Mi saber experiencial me decía que nunca eran seguras las respuestas, pues a un sector importante de la población le resultaba más incorrecto no dar información o decir no sé, que dar una respuesta dudosa o claramente errónea. Formulé de diferentes maneras la pregunta de tal modo que no cupiera

el sí o el no, sino una sola de las dos y cruzando las varias respuestas creía estar sentado en el lugar correcto de salida. Y es que cuando se hace la pregunta, con opción de si o no, ya se sabe la respuesta, y eso en el trabajo médico es importante, pues todas las preguntas y las contrarias van a ser respondidas con el sí.

Una casa con venta de papelería en una calle de fuerte pendiente me daba una buena panorámica, para en las dos horas de espera observar los aledaños del mercado y el corre-corre de la gente cargada con sus canastos, mecapales y morrales. Volví a ver varias mujeres con tallas aproximadas de 130 cms, que de lejos parecían niñas y que ya al acercarse, las reconocía como adultas y ancianas. Siempre me impresionaron, desde la primera vez que las vi entrando en la catedral de Guatemala, en el aniversario del asesinato del obispo Gerardi, sosteniendo *una manta* -sábana, pancarta- contra la impunidad del asesinato de sus maridos e hijos hacía 20 años, manta más grande que ellas. Posterior a ello comencé a reconocer hombres, pero sobre todo mujeres de talla extremadamente baja, que resultaron ser originarias de Zacualpa –El Quiché- y de Bocacosta de Sololá, en donde tuve la oportunidad de conocer a Nicolás y Catarina , una familia de Tzamabaj /Tz´amab´aj con esas características.

La dueña de la papelería se me acercó a platicar y muy amable –rápido se identificó conmigo por compartir su tez blanca en medio de aquella marea humana de morenos-, y se sinceró rápidamente de que “los inditos no progresan porque no cambian”, echó pestes contra las actuaciones de la guerrilla que operó en la región en los primeros años de los 80 y maravillas de la directora de la Clínica católica que “gracias a Dios había regresado”. Era representativo del carácter fronterizo de Santo Tomás, el que esta mujer blanca de aproximados 60 años y dueña de un pequeño comercio en este pueblo, se manifestara sin recelos con los estereotipos racistas y paternalistas –“inditos”-, de estigmas culturales –“no progresan porque no cambian”- y de identificación conmigo pues ella y yo éramos blancos y hablábamos *en idioma, no en dialecto*.

No un picop sino varios salieron al mediodía y varios los destinos, así que me tuve que poner las pilas para no caer en el enredo de si iba a Pasaquijuyup, a la gasolinera o a otro caserío. La palangana del picop es un lugar privilegiado para conversar y acercarse a la gente, conocer sus historias y las de los lugares de paso. En este primer viaje conocí a José, un joven k´iche´

de Pasaquijuyup, listo y extrovertido que hablaba muy bien lo que él llamaba idioma español. Me corrigió el que “allí no se hablaba la castilla [que yo nombraba] sino el español”. Más tarde comprobaría que era la escuela la que estaba sustituyendo la castilla de los adultos por el español de los jóvenes escolarizados. La plática con José me puso al corriente de sus inquietudes, de la muerte reciente de su primer hijo recién nacido y de la fuerte emigración de jóvenes a Los Estados – EEUU-.

Pasaquijuyup tiene las casas muy desperdigadas, rodeadas por las siembras de maxán y ocultas entre los árboles, así que llegando a la Casa de Salud Comunitaria (CSC) visible desde la carretera, José me recomendó bajar, pues era el mejor lugar para contactar con Francisco y Diego, tanto si estuvieran en la CSC como para llegar andando a sus casas. Desde la Clínica Maxeña el aviso telefónico a los ASC fue que llegaría a las 11 y media, pero con dos horas de retraso y siendo la hora del almuerzo, no encontré a nadie, la CSC estaba cerrada. Pregunté a los vecinos de una casa cercana por Francisco y Diego, y según ellos, “muy fácil, sólo seguir el camino y saldrá a sus casas”. El camino, en realidad los caminos, fueron para mí un laberinto, lo más fácil era perderse y confirmar la ley de Murphy. El camino era un sube-baja, derecha-izquierda, entre árboles y plantaciones de maxán, desde el que no se veía ninguna casa ni me topé con nadie. Tras quince minutos de caminata, el canto de un gallo me orientó en el camino y salí a la capilla de Monte Sinaí. Preguntando a los vecinos, la nueva referencia pasó a ser que vivían arriba de la escuela, o eso entendí. La carretera de terracería iba de subida y me puse a caminar, mientras daba los nombres de Francisco y Diego, a lo que me respondían en k´iche´ y en nuestro mutuo monolingüismo, más les entendía por los gestos. La carretera no tenía pérdida y finalmente llegué, eso sí, caminé 20 minutos desde Monte Sinaí y era debajo de la escuela.

Francisco y Diego vivían tan cerca que sólo les separaba la carretera que hacía las veces de calle. Una mujer que luego resultó ser hija de Francisco, me dijo que éste no estaba, así que crucé la calle y me dirigí a la casa de Diego. Al ratito llegó y comimos rapidito pues estaba atendiendo el parto de una primigesta, junto a una comadrona, y dudaba “si nacerá sólo o referiré al hospital”. La joven llevaba 16 horas de trabajo de parto y las normas del Ministerio eran que a las 12 horas había que referirlas, por lo que Diego estaba preocupado. Tras comer, lo acompañé, y llegando a la casa todo resultó alegre pues el niño ya había nacido y la

mamá y el papá estaban felices. La abuela nos regaló unas *gaseosas* –refrescos- y nos pidió revisar la cabecita del bebé pues le preocupaba su deformación, resultado de la superposición de los huesos. Diego me miró pidiendo que yo interviniera, y pasé a tranquilizar a la abuela de que el niño era normal, y que los huesos en pocos días regresarían a la normalidad. Diego no revisó a la puérpera ni al recién nacido, pero sí le proporcionó a la madre una bolsita de sulfato ferroso, ácido fólico y multivitaminas.

En la noche, me reuní con Diego y Francisco que ya había regresado de la Costa Sur donde alquilaba una parcela para *milpa* –siembra de maíz-. En tierra fría era económicamente más favorable sembrar maxán para la venta, y tener sólo una pequeña milpa que daba una vez al año y alquilar tierra en la Costa Sur –tierra caliente- en donde se podían recoger dos cosechas al año y mazorcas de mayor tamaño. Francisco y Diego son los dos auxiliares de enfermería, ASC y personas benévolas a las que iba a acompañar para comprender a través del desarrollo del Programa de salud, cómo se manifestaban sus saberes y experiencias. Les expliqué de qué iba mi presencia, un trabajo para graduarme en mis nuevos estudios, algo ya conocido por ellos, pues en Guatemala es requisito la elaboración de trabajos o proyectos para graduarse en Secundario, Bachillerato, Licenciaturas. Estuvieron de acuerdo en que yo les acompañara en su trabajo, les observara y les hiciera preguntas, a la vez que me comprometía a pagarles por los tiempos de comida y ayudarles en su trabajo sanitario, cuando ellos me solicitaran. Me conocían, Diego de la década de los 90 donde coincidimos varios años en una escuela de promotores, él como estudiante de promotor y yo como facilitador de diferentes temáticas y de la organización de promotores de salud a nivel nacional. Y luego con ambos, trabajamos juntos, desde el curso inicial de ASC y primeros meses de implementación del Programa, de mediados del 2003 a finales del 2004.

Se alegraron de mi presencia y yo de volverlos a ver, y quedamos que en la mitad del tiempo de estancia haría los tres tiempos de comida con la familia de Diego y la otra mitad con la de Francisco. Para dormir y dado el pequeño espacio disponible en casa de Diego, lo haría en casa de Francisco, quien me ofreció la capilla de la Iglesia de Cristo de la que era pastor. El edificio de material de construcción, blocks de cemento, madera y tejado de lámina tenía una parte de dormitorio para sus dos hijos y la tele, y otra mitad era la mera capilla, mi nuevo dormitorio.

Pasaquijuyup sin envoltorios. Alimentos para el cuerpo y el espíritu

Es más fácil cambiar de religión que de comida

En mi saber experiencial, el acercamiento a las y los comunitarios pasaba por compartir el trabajo, ir al campo con ellos y echar tortillas con ellas, cortar leña, traer agua, jugar con los niños, hablar con los ancianos, jugar al fútbol con los chavos, salir a pasear y visitar las siembras los domingos, asistir a las celebraciones religiosas pero sin mostrar preferencias por alguna y evitar mostrarse como agnóstico o ateo, interesarse por el idioma local aprendiendo al menos los saludos, llamar a las personas por su nombre. Mi acercamiento inicial en Pasaquijuyup pasaba por Francisco y Diego y sus respectivas familias, así que me pegué a sus trabajos, a jugar con los niños, acudir a las celebraciones religiosas y aprender un poco de k´iche´, pero no encontré abuelos a quienes preguntar por sus historias de vida y tampoco tenía fuerzas para jugar el fútbol en las tardes.

En el primer domingo en Pasaquijuyup opté por pasear, visitar siembras y luego participar en la ceremonia de una de las doce iglesias. El censo de la INS (2004) daba un 60% de las personas católicas, un 17% declaraba no acudir a ninguna capilla -166 personas- y el resto eran mayoría los participantes en las varias iglesias pentecostales. Inicialmente me quedé a vivir en casa de Diego y como era parte de la iglesia católica Renovación, me fui con él a la capilla. El nombre de la iglesia me sugería ser de la renovación carismática, y me alegré, pues sus celebraciones suelen ser muy entretenidas e intensas con sus cantos y bailes. Pero carismático sólo fue el nombre, la celebración tuvo toda la seriedad de los oficios católicos, apostólicos y romanos, pero el catequista local que lo ofició adaptó los mensajes cristianos a la realidad local en la que los buenos medicamentos y que hubiera trabajo en el Norte fueron parte de sus demandas al Todopoderoso.

El catequista leía y disertaba ante la escucha silenciosa de los participantes, monólogo entrecortado por algunos cantos, todo ello en k´iche´. Por un tiempo puse atención a intentar entender algunas palabras, pero acabé centrando mi interés en las características de los hombres y mujeres presentes. Las mujeres portaban unos impresionantes huipiles tejidos por

ellas y con su particular vuelta y amarre de pelo en la parte delantera de la cabeza a como se colocan las mujeres indígenas el pelo para secárselo. En claro contraste, los hombres iban de *pacas*, la económica ropa americana de segunda mano. Las mujeres con su pelo largo, en trenza o en su volteado particular y los hombres, los adultos con el pelo corto y los jóvenes con cortes muy variados, incluyendo algunos de estilo rapero. Ellos se sentaron a la derecha y las mujeres a la izquierda, mientras los hombres que no lograron tener asiento se dispusieron de pié en la parte trasera de la capilla, las mujeres y los niños sin asiento se sentaron en el suelo.

La tipología corporal de ellas y ellos era tan diferenciada que me llevó a la reflexión en medio de la celebración. Mientras ellas eran bajitas y gorditas, ellos eran un poco más altos pero extremadamente delgados. No pude menos que pensar si las razones estarían en la diferente distribución de trabajo, alimentos o había también procesos metabólicos diferenciados. En la comunidad, la distribución del trabajo era diferenciada por el sexo, las mujeres de preferencia o en exclusiva en el hogar y ellos en el campo. El trabajo de las mujeres se prolongaba durante todo el día, de 5 de la mañana o incluso antes y hasta las 9-10 de la noche, las primeras en levantarse y las últimas en acostarse para cocinar, lavar ropa, tejer, barrer, cuidar los niños y a veces también en el campo, aspecto que algunas mujeres y hombres lo minusvaloraban e invisibilizaban. El trabajo de los hombres en el campo era de 7 de la mañana hasta media tarde y requería un gran esfuerzo físico, pero a los jóvenes no los agotaba pues su tiempo libre en la tarde era para el fútbol. En cuanto a alimentación, Diego tenía claro de que “las mujeres comen menos y por eso comen las últimas. Comprobado”. Comprobado que comían las últimas, la mayor parte de las veces en cantidades bastante menores que el resto de la familia pues se las arreglaban con lo que hubiera quedado tras haber comido todos.

Mi impresión era que los hombres tenían mayor gasto energético no compensado con la mayor alimentación y era obvio que cuando los hombres disminuían su trabajo físico, engordaban y Francisco era un ejemplo de ello desde que era ASC. Pero esto contrastaba con lo que sucedía en las comunidades *en resistencia o alzadas* de la década de los 80, donde las mujeres y hombres realizaban el mismo trabajo y tenían la misma alimentación, y el resultado solía ser que ellas engordaban y ellos adelgazaban, lo que me daba para pensar que había también diferencias metabólicas entre hombres y mujeres. La imagen de los hombres me recordó

pláticas con amigos cuando el físico de los campesinos indígenas nos recordaba al de las hormigas. Hombres de extremidades delgadas, amplio tórax y delgada cintura, extremadamente fuertes, capaces de caminar por horas y días, casi incansables cargando por caminos quebrados dos quintales -200 libras o 90 kilos- a golpe de mecapal.

La baja talla de todos ellos, el contraste delgadez-obesidad por sexos y el recuerdo de las personas extremadamente bajas –con tallas menores de 140 cms- me trajo a colación el texto de "economía moral" de Boltvinik (2004) donde se pregunta "¿chaparros por deficiencia nutricional o por etnia?". Svedberg (2000) en su "paradigma de adaptación y ajuste" del cuerpo individual pero también colectivo considera tiende a mantenerse un equilibro entre los ingresos energéticos y gasto, manteniendo la salud y la capacidad funcional. "Un supuesto básico de este enfoque es que el individuo puede ajustar sus requerimientos energéticos mediante cambios en su peso corporal y en su nivel de actividad física sin efectos dañinos en la salud o en las funciones". En que el ajuste existe, coinciden la mayor parte de académicos, pero la controversia está en relación a si el ajuste al estrés nutricional se acompaña o no de daño funcional a la salud. Y este aspecto del estrés nutricional permanente con daño a la salud podría explicar en parte que de 1.635 habitantes de Pasaquijuyup, solo 138 -8,42 % del total- fueran mayores de 50 años, y de ellas 64 las personas -3,90 %- las mayores de 60 años, siendo similares el número de hombres y mujeres.

A Nicolás y Catarina –pareja de monolingües k´iche´es y de baja talla- los conocí en el año 2004, con la apertura de la CSC de Tzamabaj, caserío cercano a Pasaquijuyup. Un joven vino a media tarde a solicitar al doctor k´iche´ del EAPAS para que se acercara a la casa a ver a su abuela enferma. El doctor del EAPAS, también k´iche´, le respondió que la trajeran cargada y me comentó "sino se acomodan y luego quieren que vayamos siempre a verles". Al rato vi a una persona de corta talla, me pareció un niño, que traía un enfermo sentado en una silla y cargado a su espalda. Al llegar a la CSC pude comprobar que no era un niño, sino Nicolás con su madre. La señora tenía una neumonía, le aplicaron un antibiótico intramuscular y cargada regresó a la casa. Comenté sus tallas con el doctor y la respuesta fue contundente "así somos, aquí todos somos chaparros".

Al anochecer, me acerqué a revisar a la señora enferma, pero también con la curiosidad de revisar las tallas de Nicolás y su mamá. Cuando entré en la vivienda debí doblar las rodillas pues mis 170 cms de altura topaban con el techo, caminé doblado para llegarme con la enferma que yacía en el suelo, enchamarrada y junto al fuego. El golpe de mi cabeza con el tejado me dio la campanada de que su talla era la expresión de algo más que "aquí todos somos chaparros". La mamá murió al día siguiente. En esos días me acerqué varias veces a la vivienda, pero se mantuvo cerrada y los vecinos me dijeron que estaban en el campo.

En el 2007, regresé a Tzamabaj atraído por Nicolás y Catarina y las cajas de muertos que había observado la vez anterior en los corredores de dos casas, seña de que había enfermos graves y a quienes fui a visitar acompañando a Tomás, el ASC del sector. En esta nueva visita pedí de nuevo apoyo a Tomás que me ayudaba de traductor y nos acercamos a visitar a Nicolás y Catarina. A Tomás le resultaba extraño mi interés por esta familia y por más que le expliqué que eran demasiado bajos, para él eran simplemente chaparros. Nicolás siguió no estando nunca en casa y Catarina muy amable me explicó que aunque ambos eran de apellido Guarchaj no eran parientes. Guarchaj es un apellido muy frecuente en la región. Ella tenía 45 años y él 57 años, habían tenido siete hijos de los cuales vivían tres y una estaba embarazada. La talla de Catarina fue de 135 cms mientras que la de sus hijos estuvo dentro del promedio de la comunidad, entre 140 y 150 cms.

Una de las hijas de Catarina estaba embarazada y la auxiliar k´iche´ del EAPAS hizo una práctica con ella de cómo preparar atoles de plátano y mejorar su nutrición. La joven se negaba a comer el atole y cambiar su alimentación. Ante la insistencia de la auxiliar que era conocida y gozaba de la confianza en la comunidad, y la negativa de la embarazada, no encontramos más explicación de que la joven buscaba facilitarse el parto impidiendo que el bebé fuera lo suficientemente grande como para que le diera problemas en el parto, su muerte o el traslado al temido hospital de Mazatenango.

La relación entre la alimentación local y talla correspondiente a buena parte de la población guatemalteca –la media de los hombres indígenas no llega a 160 cms y de las mujeres a 150 cms- parece ajustarse al paradigma de ajuste, baja talla como estrategia biológica para mantener la actividad funcional y garantizar la sobrevivencia como especie. En algunas

personas eso parecía haberse agudizado reduciendo la talla con mayor intensidad a límites comparables a los pigmeos, considerados el único pueblo de baja talla con carácter genético. Dado el impacto que me produjeron las personas de talla inferior a 140 cms, no reaccioné hasta meses después pensando que debiera haber investigado en su infancia y adolescencia padecimientos y carencias diferenciales con el resto de la población y no haberme quedado sólo pensando en una desnutrición crónica.

Para Dasgupta (1993) "la baja estatura de los pigmeos es una disposición genética, mientras el desmedro –baja estatura para la edad- en infantes y hogares de niños pobres es una expresión de adaptación fisiológica". Svedberg (2000) considera que para estudiar la diferencia entre las causas genéticas y la adaptación fisiológica hay que identificar "las estaturas de las clases privilegiadas dentro de un país o un grupo étnico; las diferentes estaturas en el mismo grupo étnico en condiciones diversas (negros en EEUU y África); y medir las diferencias en estaturas entre grupos étnicos diversos que comparten el mismo ambiente y las mismas condiciones económicas". Sobre estaturas y adaptabilidad también Ainsworth (1998) reflexiona que "entre los americanos (del norte) y Europa occidental está muy difundida la idea de que los niños deberían alcanzar su potencial genético y que dentro de cualquier población `cuanto más grande mejor´. Este punto de vista no es capaz de reconocer que el crecimiento siempre es apropiado al entorno en que se produce y que, si bien un crecimiento rápido tiende a indicar condiciones favorables, sería perjudicar promover el crecimiento infantil, como si los adultos fueran a vivir en condiciones óptimas. Una serie de rasgos antropométricos, como la estatura, la mayor adaptabilidad […] va asociada a valores cercanos a la media y no a los valores más altos […]".

En Guatemala, la baja talla está tan naturalizada, dentro y fuera de los servicios de salud, que casi nadie se la cuestiona y se ha convertido en aspecto identitario, "somos chaparros, así somos", no siendo vinculada con la alimentación y la desnutrición, ni con un ajuste energético histórico entre ingresos y gastos, mantenimiento de la salud y la capacidad funcional para la sobrevivencia. Todo ello me llevó a repensar la carga ideológica que conllevan los parámetros de desnutrición que según sean eurocéntricos o locales, puede aumentar o disminuir su prevalencia; las dificultades de los servicios de salud para reconocer en la baja estatura, un paradigma de ajuste, una desnutrición crónica y el poder incidir en sus causas. La reflexión

me llevó a reconocer que en última instancia la estatura de la población guatemalteca tenía todas las boletas para ser una expresión más de las desigualdades sociales.

Estas reflexiones las hacía mientras con un oído ponía atención a las canciones y sermones de la celebración religiosa donde reconocía frases que se repetían por el catequista oficiante y que me llevaban a preguntar a Diego por su significado. La traducción fue que el catequista estaba haciendo solicitudes en una especie de letanía que iban desde que "el sufrimiento nos ayuda a conocer a Dios" con el "que hubiera buena medicina en el puesto de salud" y "trabajo en el Norte para nuestros familiares y vecinos".

Otro domingo –y fueron varios- me quedé en la celebración religiosa donde Francisco era el pastor del pequeño rebaño –sólo su familia nuclear- de la Iglesia de Cristo y en la que uno de sus hijos era aspirante a formarse como pastor en la escuela que la Iglesia tenía en Honduras. En la tarde y previa a la celebración, caminé por el caserío y prácticamente todas las casas tenían la radio prendida con distintas emisoras. Las emisoras compartían mensajes religiosos en una especie de *lamentos de felicidad*, pues la repetición a gritos de "alegría del poder de Dios y el Evangelio es felicidad", les llevaba a llorar desconsoladamente. Si las citas bíblicas hablaban de felicidad y alegría, los lloros parecían transmitir más lamentos que alegría.

La Iglesia de Cristo tenía bastantes adeptos en la región, pero no era el caso en Pasaquijuyup. En la capilla de la Iglesia de Cristo, que también era mi dormitorio, Francisco ofició de pastor para su familia y sus mensajes primero en español y luego en k´iche´ fueron "el principio de la sabiduría es el temor a Dios" y "hay que estar siempre despiertos pues Cristo llega sin avisar y nos puede encontrar dormidos". El mensaje de estar siempre despiertos, se asemeja al de estar en permanente alerta por la inminente llegada de el Anticristo, el final del mundo […] pero Francisco lo transmitía sin angustia y agobio, y era más de tener presente a Cristo en todas las actividades. En la celebración, Francisco fue muy activo y protagónico mientras que su familia escuchaba y cuando les tocaba cantar, salían de un cierto letargo. Duró casi dos horas y el miembro más pequeño de la familia, de siete años, cayó dormido. Lo acosté en mi cama, en una esquina de la capilla, entre las risas y el regocijo de la familia. Esto se repitió las varias veces que estuve en sus celebraciones.

Observé que a pesar de que la familia se expresaba mejor en k´iche´ y que era el idioma habitual (siempre) entre ellos, las homilías eran en k´iche´ y los cantos en su mayoría en español en contraste con las ceremonias católicas, homilías y canciones, que eran exclusivamente en k´iche´. Cada miembro de la familia de Francisco y yo tuvimos un libro para los cantos –en español- y me llamó especialmente una donde repetíamos incesantemente "yo tengo gozo en mi corazón, en mi corazón, en mi corazón", pero la ejecución estuvo lejos de las catarsis pentecostales y carismáticas. La ceremonia tuvo más semejanza con la católica oficial, todo fue muy comedido y bajo control del pastor que era el actor principal. En otra de las canciones, teníamos de estrofa: "Si enfermo te sientes morir, EL será tu Doctor celestial y hallarás en su sangre también Medicina que cure tu mal". A ello, el pequeño coro respondíamos: "Ven a Él. Ven a Él. Que te espera tu buen Salvador. Ven a Él. Ven a Él. Que te espera tu buen Salvador". Los mensajes religiosos en las celebraciones y en las emisoras radiales eran expresiones del sufrimiento en la tierra con alivios espirituales celestiales, su lenguaje mediaba entre ambos y parecía cercano a los presentes. Mi duda era que si mayormente lo decían en español –en las radios y en la Iglesia de Cristo- siendo la mayor parte de la población adulta monolingüe k´iche´, si la fuerza del canto-oración estaba en el significado, en pertenecer a una comunidad religiosa salvadora o en la repetición constante, a modo de "mantras" con el aumento progresivo del tono del canto y la catarsis consiguiente.

Acabando la celebración, Francisco me explicó la diferencia con otros grupos evangélicos y con los católicos. No usaban instrumentos musicales ni rezaban con palmadas a diferencia de los pentecostales y la capilla no tenía imágenes de santos a diferencia de los católicos. No logré captar más diferencias pero me parecieron suficientes como para inicialmente ubicar la Iglesia de Cristo entre las iglesias protestantes y evangélicas históricas de anglicanos, presbiterianos, nazarenos y otros, todos ellos con notable presencia en Guatemala.

Buena parte de los cantos –en las celebraciones y emisoras radiales- constataban la importancia de la sanación física y espiritual y ello me trajo a la memoria la curación de un joven con la conversión pentecostal posterior de su papá y familia. Trabajaba en Tzamabaj, caserío cercano a Pasaquijuyup, en el inicio de la implementación del Programa (2004) y rotando en las visitas a las diferentes celebraciones religiosas, me acerqué a la celebración de la Iglesia del Evangelio Cuadrangular del Tabernáculo. Haciendo tiempo en la puerta a la

hora de inicio, el pastor se me acercó y me narró, cómo su hijo mayor, maestro, desahuciado en el Hospital nacional de la capital por un cáncer cerebral, regresó a casa a morir. Angustiado de no encontrar solución, acudió a los pastores evangélicos que en número de doce llegaron a su casa y tras una oración de 10 días, lograron que su hijo expulsara el tumor por la nariz. Con sus manos me transmitía la forma retorcida, gelatinosa y el tamaño de la masa tumoral, cómo él y su familia con sus ojos habían contemplado el milagro de la sanación. Tras ello, toda la familia se había convertido a la Iglesia del Tabernáculo y ahora era pastor de la misma en la comunidad. Mis preguntas al proceso de sanación, me constataron nuestras dos diferentes racionalidades y encontré mayor comprensión a la expresión de Benny Hinn (1990: 97) de que "un hombre con una experiencia, nunca está a la merced de un hombre con argumento".

Tras ello, participé en la celebración pentecostal donde contrastaba el gran tamaño de la capilla con lo reducido del grupo, pero el fervor lo llenaba todo. El local era sencillo de tablas y láminas, presidido por una tarima en donde se situaba el pastor que dirigió la función y tras él un gran reloj de pared con ausencia de crucifijo. A los siete fieles les acompañaba un conjunto musical de siete niños menores de 12 años. Sus instrumentos eran auténticas *improvisaciones*: una vieja guitarra eléctrica de una sola cuerda, una batería de chapas y tambor, una trompeta torcida, una botella tallada [similar a las de “Anís del mono”] y una marimba desafinada. Me pareció una grosería sacar una foto al conjunto musical sin pedir permiso, pero también de temor por las consecuencias que podría tener de ser visto sacando fotos. Me quedé con las ganas, pero la foto la conservo en la memoria como si fuera ayer. La celebración se inició con el protagonismo del pastor con sus palabras y cánticos, que al ir subiendo de tono y de ritmo, fueron llevando a los fieles a entrar en acción, gritando, abriendo sus brazos y bailando. Los fieles fueron de uno en uno pasando a la tarima, a dar testimonio de sus conversiones y milagros en español y k´iche´. Los gritos de felicidad parecían lamentos, pero lloraban de felicidad, sus movimientos, las contorsiones de todos y todas, me recordaba a los movimientos del rock and roll y del vudú afroantillano. Una catarsis que llevó a una de las jóvenes a caer al suelo y convulsionar.

En el 2007, volví a Tzamabaj y presencié las mismas escenas de catarsis con la diferencia de que el número de feligreses se había multiplicado y el conjunto musical ya era formal, sin el encanto anterior. Al finalizar la celebración me acerqué al pastor para recordarle la historia

de la curación de su hijo –quería grabarle- pero su respuesta fue contundente, no me conocía y no insistí. Sospeché que aunque había permanecido respetuoso en toda la celebración, mi presencia pasiva delataba ser más bien un curioso, un mirón, y quizá por ello no quiso hablar conmigo. Quizás también y es algo que sucede con los curanderos, cuando se acercan los estudiosos a preguntar sobre sus conocimientos, se resisten o niegan información, al desconocer el uso que va hacerse de esa información y/o que a ellos no les va reportar ningún beneficio.

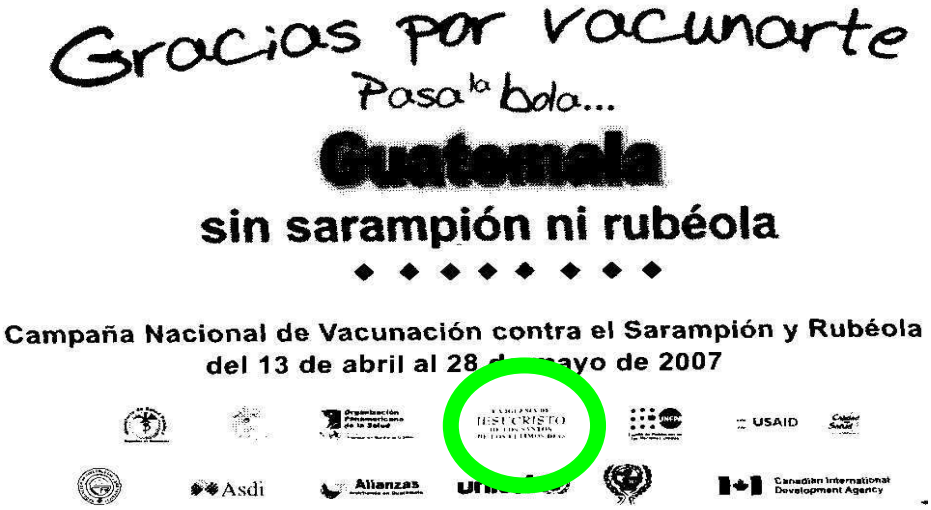
En el 2004 en Tzamabaj, también participé de una celebración católica carismática. Resultó ser una fiesta donde las casi 200 personas incluidas las ancianas k´iche´es bailaban con canciones de letras como "la mano en la cabeza, la mano en la nuca, la mano en el hombro, la mano en la cintura y vuelta" – según la traducción del catequista-. Me reconocieron como el médico que estaba esos días trabajando con ellos y me hicieron pasar adelante a saludarlos en mi limitado k´iche . La fiesta acabó en abrazos y convidio de elotes y atoles que los feligreses habían colocado en el altar. Intentando comprender estas transformaciones religiosas, me acerqué en la capital a la sede principal de la Iglesia presbiteriana y entre otras justificaciones "el éxito de estas iglesias estaba en la recuperación de la fiesta". Los rituales religiosos de misas y similares se habían anquilosado, la participación de la gente era pasiva y estos grupos habían devuelto la fiesta y la participación activa.

La presencia masiva de iglesias pentecostales en Guatemala se dio a partir del terremoto de 1976 cuando se legitimaron con la ayuda sanitaria ofrecida en la emergencia. Posteriormente la agudización del *conflicto armado interno* en los primeros años de la década de los 80 y la política gubernamental de tierra arrasada de 1982-83 dirigida por el general Efraín Ríos Montt, uno de los obispos de la neopentecostal Iglesia del Verbo, llevó a una gran parte de la población a un trauma social de "crisis de la presencia" –como vivencia de una realidad extremadamente dolorosa y más allá de la comprensión- que abrió las puertas a las iglesias pentecostales con su utopía salvadora y salvaguarda de la represión. En la primera etapa de *tierra arrasada*, los pentecostales y testigos de Jehová fueron los primeros masacrados pues "ante el nada debemos, pues nada hicimos" llevó a que quedaran en sus casas y fueran presas fáciles del ejército, "los ejércitos". En una segunda etapa, para los sobrevivientes de las

masacres, se convirtió en salvaguarda frente a los católicos que permanecieron como sospechosos de subversión frente al ejército.

La influencia de estos grupos es manifiesta y así la campaña de inmunización contra el sarampión y rubéola en el primer semestre del 2007, dirigida por el Ministerio de salud y apoyada por diversas instituciones fue boicoteada por aquellos que lograron en buena medida su principal objetivo, mantener la movilización permanente de la población o al menos de sus allegados, mantenerse despiertos y en alerta ante las diferentes formas que puede adquirir la llegada del Anticristo. Un ejemplo de ello fue la aplicación de la vacuna SR (contra sarampión y rubéola) que se convirtió en un problema nacional cuando miles de personas, tanto católicas como evangélicas se movilizaron en su contra, por identificarla con la presencia del *Anticristo*. La tarjeta de vacunación llevaba el nombre del Ministerio de Salud y de otros 12 patrocinadores entre los que estaba UNICEF, USAID, otras agencias internacionales de cooperación y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, los mormones, a quienes numerosos grupos cristianos señalan como el Anticristo y convirtieron la vacunación en diabólica. La campaña de vacunación se promovió bajo el lema "pasa la bola" pero paradójicamente lo que la bola pasó fue el boicot a la misma. La tarjeta era pequeña y el nombre de los patrocinadores minúsculo, no era fácil de leer algunos nombres como el de la Iglesia de Jesucristo, pero el boicot fue de conocimiento de todos y en numerosos grupos no se realizaron las inmunizaciones.

Imagen 14



Tarjeta de vacunación de SR. 2007
En el recuadro verde, la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Pregunté a Francisco si podía explicarme las causas y su respuesta fue “la ignorancia y el fanatismo de la gente”. En mi opinión, los grupos milenaristas, tanto carismáticos como pentecostales necesitan mantenerse movilizados, en vigilancia permanente para identificar la presencia del Anticristo y confirmar los signos que ya anuncian la próxima llegada del fin del mundo. Este tipo de campañas que señalan la presencia del Anticristo tiene carácter periódico pues en los últimos años me tocó vivir varias, una de las cuales llevó a cerrar escuelas en el departamento de Huehuetenango y acabó confundiendo a un grupo de turista japoneses con los diablos. El acercamiento de uno de los japoneses a un niño, llevó a que su madre temiera su robo, y salieran los diablos a colación. El linchamiento posterior de varios turistas y defensores ocasionó varios muertos entre ellos, en el pueblo mam de Todosantos.

En una de las visitas familiares en Pasaquijuyup llegamos con una familia católica que había sido siempre contraria a la vacunación y en que en ésta ocasión estuvo anuente a vacunarse. Para Francisco, el cambio se debía a que el marido estaba estudiando y en la escuela le habían advertido de la llegada de una epidemia para el que la vacuna SR ayudaba a prevenirla. Se convenció y aceptó la vacunación, pero tal como me lo contó, el término “aceptar” la vacuna, transmitía un significado de *conversión a través del estudio*, el estudio sacaba la gente de su ignorancia.

Los cánticos pentecostales se han impuesto en las radios, en una combinatoria repetitiva de estrofas agónicas que van subiendo en tono y velocidad junto a las rancheras religiosas, que son también del gusto de los católicos y evangélicos históricos. Con fondo de una emisora religiosa que pedía en sus oraciones en español, que hubiera trabajo para los emigrantes en Los Estados, compartí con Francisco y Diego en el jardín de plantas medicinales de la CSC mis reflexiones sobre el peso-talla y la alimentación de las personas de la comunidad. La respuesta de Francisco fue inmediata, con el silencio de Diego, “tierra para sembrar hay, pero la gente prefiere fresco de café a fresco de frutas” y me puso de ejemplo, cómo él con su familia, ampliaban la variedad de sus alimentos, sembrando hierbas y verduras y probando el mejor lugar para sembrar otras que eran consideradas no idóneas para el clima frío.

En su huerto familiar posteriormente me mostraría las siembras de fresas, tomates, gran variedad de plantas comestibles y flores. Igualmente criaba ovejas, cabras, gallinas y

alguna vez había tenido conejos. Estuvimos de acuerdo en que “es más fácil cambiar de religión que de comida” pues si antes todos eran católicos, ahora Pasaquijuyup estaba llena de capillas, algunos habían pasado por diferentes iglesias y en cambio la dieta seguía siendo la misma. Nuestra reflexión coincidía con la de Cruz (1989: 97) cuando refiriéndose a la comunidad de Tziscao (Chiapas), a pocos kms de la frontera guatemalteca, “existe una gran movilidad al interior del grupo, pues más del 50% ha pertenecido a otras religiones, por lo menos diez de ellos han abandonado temporalmente la organización y otros cinco han regresado por segunda ocasión, atraídos por la oferta de curación […]”. En otras, el cambio eclesial está favorecido por la facilidad y autonomía con la que se fragmentan los grupos y se forma una nueva capilla alrededor de otro líder.

Pero también la alimentación cambia, a pasos lentos pero cambia, especialmente visible de la mano de los grupos con mayores ingresos económicos y los migrantes del Norte, quienes todos ellos demuestran su éxito socio-económico acudiendo en las ciudades a los McDonald’s o a la versión chapina de comida rápida, el Pollo Campero, como factor de prestigio. El modelo Pollo Campero y McDonald’s en Pasaquijuyup está en la mirada de sus jóvenes estudiantes, pero de difícil realización, por estar estos establecimientos en las ciudades y sus precios doblan el de un comedor popular. Los trabajadores de salud del programa son un ejemplo de esta mirada, pues en las reuniones donde el almuerzo estaba a cargo de la institución, no perdían la oportunidad de solicitar los Mac o los Camperos. En algunos caseríos de Bocacosta de Sololá había observado picops en la puerta de viviendas de bloque, signo inequívoco de a quienes les había ido bien en Los Estados, pero la mejora económica no había traído mejoras en la alimentación. En palabras de un directivo de la Clínica Maxeña (Guarchaj, 2007), “a quienes les va bien, primero pagan la deuda y luego compran picop o hacen vivienda nueva”. Ante mi apreciación de que niños y mujeres mascaban chicle y tomaban refrescos de cola mientras desgranaban el maíz con un picop en la puerta de la casa, me comentó que “los nuevos ricos han modificado algunos hábitos alimentarios, pero a peor, pues han pasado de comer frijoles al chicharrón en bolsita, y del atole de masa a los refrescos de cola”.

Para la población rural guatemalteca, indígena o no, y buena parte de la urbana, el maíz sigue siendo el alimento básico en forma de tortillas, tamales y atoles que en Pasaquijuyup, se convertía en la tríada de maíz-hierbas-frijoles. Las *hierbas*, como denominan a las plantas

comestibles silvestres que crecen en la milpa, tenían entre las más apreciadas la *hierba mora* y la *flor amarilla*. Ésta última era una de las plantas que las mujeres de Pasaquijuyup llevan para su venta al mercado de Santo Tomás. La flor amarilla era característica de tierra fría, motivo de orgullo entre la población de Pasaquijuyup, signo de identidad local y cuando me invitaban a comer en sus casas, *saber* si me gustaba la flor amarilla era pregunta obligada, lo que no sucedía con las otras hierbas que también se daban en tierra caliente.

Francisco había sembrado en el jardín de la CSC, *chipilín y maxán*, dos plantas comestibles muy apreciadas que requieren ser sembradas –a diferencia de la hierba mora y la flor amarilla que crecían silvestres- pero que en Pasaquijuyup no lo hacían por considerarse de tierra caliente. Su crecimiento era para Francisco la prueba de la posibilidad de mejorar la alimentación cambiando el conformismo de la gente hacia la comida de siempre. Un grupo de vecinos también estaba por la labor de ampliar la producción y estaban dando los primeros pasos con un invernadero de tomates. En este primer año no les había ido bien pero seguían en el intento y en su pensamiento estaba el de compartir los tomates en sus mesas con las ventas en el mercado.

La región mesoamericana está ligada cultural-económicamente al maíz y en el imaginario identitario tiene gran arraigo el ser "hombres de maíz". Y no es para menos, los mayas construyeron una civilización en torno a este grano. El Popol Wuj relata sobre el origen del maíz y la conformación de los humanos en base a barro, madera y variedades inapropiadas de maíz que llevaron al fracaso, hasta que dieron con el maíz blanco y amarillo del que se hicieron los primeros humanos. Esta historia es parte del imaginario identitario y cultural de los pueblos mesoamericanos. Sobre esta identidad, varios autores (Fischler, 1995: 22) (Gracia Arnaiz, 2008: 15) escriben que los alimentos se incorporan a la interioridad y que la sabiduría de los pueblos lleva a firmar que *somos los que comemos*, los alimentos se convierten en nosotros mismos. La ropa viste el cuerpo y forma parte de la identidad, pero los alimentos se introducen en el cuerpo y se convierten en nosotros. Los humanos se nutren también del imaginario y *significan* sus alimentos, llevando a los pueblos mesoamericanos a identificarse como *hombres (y mujeres) de maíz.*

El gran descubrimiento de la nixtamalización, la cocción del maíz con sustancias alcalinas como la cal, ceniza o conchas de molusco molidas, enriqueció sus nutrientes al posibilitar la predigestión de aminoácidos elementales y su absorción en la digestión humana. La justificación de la población para la nixtamalización es más sencilla pero no menos útil, y es que el proceso permite descascarillar el maíz y facilita el tortear, mejora el sabor y la presentación. Para los nutricionistas, la nixtamalización fue uno de los grandes hallazgos mesoamericanos para mejorar la nutrición, pues posibilita separar el grueso e inabsorvible pericardio del maíz del interior del grano, realizar una predigestión de su contenido y facilitar la mejor absorción del almidón, grasas y sus escasas proteínas a nivel digestivo (Vargas, 2008). Este gran hallazgo es también citado por Fischler (1995: 52-53) cuando reconoce que esta técnica tiene por efecto volver asimilable un ácido aminado esencial, la lisina, evitando así carestías severas en poblaciones cuya alimentación está fundada casi exclusivamente en el maíz.

El plato central de la familia campesina guatemalteca y pobre es el maíz en forma de tortillas o tamales que se acompaña en el primer círculo periférico del frijol/alubia, el arroz, las hierbas y el chile. En el siguiente círculo estarían en orden de frecuencia, los huevos, la carne de pollo y finalmente la carne de res, en muchas familias exclusivo de las fiestas. Las frutas, la caña de azúcar y las chucherías no son consideradas comida sino *galgerías*. Este plato guatemalteco de las clases populares es poco diverso, aportando el maíz como su alimento base el 60-90% del aporte energético, y se acompaña de un consumo bajo de proteínas animales, alto consumo de azúcares complejos, aportación discreta de proteínas vegetales a través del frijol y aportación elevada de fibras. Este tipo de alimentación tiene el riesgo de que ante una enfermedad es fácil descompensarse y caer en enfermedades carenciales energético-proteicas, vitamínicas y minerales (desnutrición, anemia, bocio, ceguera por falta de vitamina A y otros).

La alimentación participa de una forma de comprender y actuar en el mundo basado en el equilibro. Los alimentos entran en el orden de calientes y fríos, y los estudios al respecto reconocen que los platos buscan el equilibro entre ellos. El equilibro entre el caliente-frío se extiende al ciclo de la vida, padecimientos y enfermedades así como a sus tratamientos que buscarán vía alopática, por sus contrarios, recuperar el equilibro que se encuentra en el ligeramente caliente como es el cuerpo vivo, a diferencia del cuerpo muerto, frío. Esta

mirada es compartida con otros pueblos indoamericanos y así la infancia va pasando del frío al caliente del adolescente, la mujer embarazada será caliente y en su puerperio fría, el anciano irá progresivamente adquiriendo la cualidad del frío y evitaremos sentarnos en el asiento anteriormente ocupado por un anciano ante el riesgo de cargarnos con su frío.

De la importancia del conocimiento cultural era el mensaje del Dr. Hurtado (2002)[26] en sus clases de antropología a los estudiantes de medicina en su año de prácticas en San Juan Sacatepéquez. En este municipio y tras el terremoto de 1976 se introdujo masivamente la incaparina, un suplemento alimentario producido desde la década de los 60 en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. En este municipio trabajó el Dr. Hurtado y transmitía su experiencia a los estudiantes de cómo "al principio la incaparina la anunciábamos como comida, pero resultó que la gente nos respondía que comida ya tenían, que maíz no les faltaba, así que tras mucho pensarlo pasamos a anunciarlo como alimento y ahí sí, su éxito fue inmediato. Comida la identificaban con el maíz y los usuales del sustento diario, mientras alimentos eran los huevos, carne, los que daban fuerza y eso sí era muy apreciado pues no era habitual en su dieta".

La utilización de la incaparina por el MSPAS y ONGs ha sido masiva y no siempre con buenos resultados al no tomar en cuenta los aspectos culturales que conlleva la alimentación y la consiguiente dificultad de que se produzcan cambios si sólo se toman en cuenta los criterios de la racionalidad biomédica.

Otra de las dificultades la observé en una parte de las consultas de Pasaquijuyup, en la *naturalización del desnutrido* por la propia familia, naturalización que llevaba a minusvalorar la incaparina proporcionada. A una familia con niños desnutridos, los ASC llevaban meses proporcionándoles incaparina, pero no mejoraban. Por un lado la cantinela de "así nacieron y así somos" y cuando semanas después, uno de los ASC pasó por la casa, las bolsas de incaparina seguías cerradas, encima de la mesa, tal como las debió de dejar el primer día. Otras veces, las dificultades partían de no considerar los criterios de distribución familiar, donde generalmente el alimento entregado por los servicios de salud se reparte entre todos los

[26] Hurtado, Juan José. Pediatra, antropólogo, médico de familia y profesor de antropología médica en la Universidad Francisco Marroquín. Comunicación con los estudiantes del EPS en San Juan Sacatepéquez.

miembros o se prioriza con los varones generadores de ingresos y alimentos, haciendo oídos sordos a la explicación del auxiliar de que el alimento es sólo para el niño desnutrido. Tal fue el caso de una mamá que llegó a consulta con una niña desnutrida de primer grado que no llegaba a los dos años. Se le habían proporcionado cinco bolsas de incaparina para tres semanas, porque así lo había indicado la animadora del Programa familiar de Ostuncalco, pero aún así no aumentaba de peso. Era obvio que la incaparina se repartía entre toda la familia y aquí también, las madres de Pasaquijuyup y Las Barrancas (Yoc, 2006) dejaban claro que la prioridad en la distribución de alimentos era para el esposo e hijos e hijas sobre el de ellas.

Otro elemento importante son las preferencias de sabores y sinsabores culturales. El sabor de la incaparina no parece haber sido problema en su aceptación, en ello ha debido también contribuir su ingreso masivo en los desayunos escolares desde hace ya bastantes años, su precio asequible, su notable distribución en las ventas de pueblos y aldeas donde es relativamente fácil lograrla y la recomendación constante de sus beneficios desde las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Ha habido experiencias de reparto de leche en polvo, latas de sardinas, de cerdo y de *pollo parado* – enlatado de pollo entero y de pié- que no siempre han sido del gusto de la población, y que son vendidos, van de alimento para los animales domésticos, o donadas a otros colectivos. En lo personal tengo que agradecer estas donaciones por haber sido parte de nuestro alimento en la resistencia, en las CPR.

Hombres y mujeres de café. Las cáscaras que envuelven el café de Las Barrancas

La aldea de Las Barrancas – *Toj Xaq*, en el idioma mam y traducible por "entre barrancos"- hace honor a su nombre, encontrándose al final de una empinada carretera de terracería, sin salida y colgado en impresionantes barrancos. Desde la aldea se divisa al oeste y a vista de pájaro, el municipio de Coatepeque, que al igual que Las Barrancas, pertenece a la Bocacosta caliente del departamento de Quetzaltenango. Entre ambos hay quizás cinco kms de distancia en línea recta, pero los barrancos que los ríos Naranjo, San Miguel y Negro excavan en las faldas volcánicas, hacen dificultoso el paso incluso a pié.

A diferencia de Pasaquijuyup en Bocacosta de Sololá cuya salida orográfica es más sencilla hacia la Bocacosta caliente, aquí la orografía imposibilita la salida en esa dirección y debe hacerse en la contraria, hacia el Altiplano. La única salida por carretera es hacia la tierra fría que en un tramo de 20 kms asciende de los 1400 msnm del centro de la aldea de Las Barrancas a La Cumbre a 2620 msnm, en cuyo cruce conecta con la carretera asfaltada que une las cabeceras departamentales de San Marcos y Quetzaltenango. A 5 kms del cruce, en dirección a Quetzaltenango, se encuentra la cabecera municipal de San Juan Ostuncalco. Estos 20 kms de la carretera de terracería son un quebradero de cabeza. En los tramos cercanos a La Cumbre por la polvareda que se levanta en época seca y en el tramo final entre Las Barrancas y Las Granadillas por los deslaves y lodazal, que obstaculizan el camino en la época de lluvias. En estos pocos kms se pasa del clima frío de La Cumbre y de las siembras de papas y maíz de sus comunidades, a la tierra cálida de Las Barrancas y las siembras de café.

Las Barrancas es una historia de café amargo, grano de café que crece envuelto por una cereza verde y luego roja, *café cereza*, que secado al sol se convertirá en *café pergamino* de cáscara negra, y que descascarillado se transformará en el *café oro*, presto para tostar, moler y tomarlo caliente, mayormente fuera del país –exportado-. La cáscara que envuelve *el grano* de Las Barrancas es directamente la municipalidad de San Juan Ostuncalco, donde la identidad étnica pasa de la comunidad al municipio. Por un lado, la cercanía, a 25 kms de la cabecera municipal y por otro, las diferencias con las comunidades intermedias, que aún siendo mames, se dedican al cultivo de la papa, con historias comunitarias alejadas de las fincas y del café. Para todas las comunidades, sean de tierra caliente cafetalera como de tierra fría y de papas,

su referencia es San Juan Ostuncalco. En Ostuncalco, todos encuentran allí el mercado, los institutos de enseñanza, la muni y una buena parte de los trabajos. Lo que no se resuelva en esta primera cáscara, les lleva rápido a Quetzaltenango, *segunda cáscara, el café oro*, capital del Occidente guatemalteco.

Imagen 15

Café en diferentes fases de maduración y de procesamiento.

Primera cáscara de café y el café pergamino

San Juan Ostuncalco es un municipio de referencia del pueblo mam, por su historia y número de habitantes. Los mames constituyen el cuarto pueblo/etnia indígena guatemalteco en número de habitantes, 617.171 habitantes en el Occidente guatemalteco, departamentos de Huehuetenango, San Marcos y Quetzaltenango y 23.632 en Chiapas-México (censo 2002 INE). El vocablo *mam* deriva del k´iche´ significando *padre, abuelo o ancestro*.

Los mames controlaron el occidente guatemalteco hasta que en el siglo XIV se produjo la expansión k´iche´. En estas guerras, los mames perdieron los territorios pertenecientes a los actuales departamentos de Totonicapán y Quetzaltenango, y a consecuencia de ello el centro de poder del Señorío Mam se ubicó en Xinabajul [Zaculeu] en las cercanías de la ciudad de Huehuetenango. La nación mam fue conquistada por los príncipes k´iche´es Nihaib y Cavec, y posteriormente por Quicab “El grande”, que consumó la conquista y destruyó muchos de los poblados (Instituto Geográfico Nacional, 1978: 794). Las precolombinas conquistas k´iche´es explican que la región occidental del departamento sea territorio mam, y la oriental esté habitada por población k´iche´.

La resistencia mam y k´iche´ a la conquista española protagonizó cruentas batallas en el área de Quetzaltenango, siendo la más célebre en Olintepeque, en los Llanos de Urbina, donde un hombre, a quien la tradición dió el nombre de Tecún Umán, murió un 12 de febrero de 1524 a manos de Pedro de Alvarado. Sobre la antigua Xela o Xelajú, los españoles construyeron Quetzaltenango, la capital del occidente del país, lugar de encuentro y desencuentro de los tres grupos étnico-culturales: mam, k´iche´ y ladino.

La cabecera municipal de Ostuncalco, se localiza a 12 Km. de Quetzaltenango, capital departamental, y a 212 kms de la ciudad capital Guatemala. Sobre el significado de Ostuncalco existen varias interpretaciones, desde “en la casa de los mercaderes” [Oztum/ mercaderes; Cal/casa y Co/en], haciendo alusión a un posible centro comercial precolombino, “en casas con forma de cuevas” (Arriola, 1973: 379) al más popular de “colina de los tres tambores” [Oxe/tres; Tun/tambor; Ka/colina y Co/vamos].

El 80% del término municipal está por encima de los 2.500 msnm, la cabecera a 2.501 msnm, siendo la altura mínima de 1200 msnm en las últimas fincas de Las Barrancas y la máxima en 3.330 msnm en la cumbre del cerro Cacaix. La población total del municipio era de 41.150 habitantes (INE, 2002), una cuarta parte en la cabecera municipal y el resto en área rural en 7 aldeas (Nota 4), 24 caseríos, y el resto fincas. Casi la mitad de la población (47%) es menor de 15 años, un 49% entre 15 y menos de 65 años y el 4% es de 65 o más años. Un 85% de la población se consideraba mam y el 14,4 % ladina. La extensión del municipio es de 44 kms² con una densidad de 935 h por kms², y siendo la agricultura la principal fuente de trabajo el resultado es una fuerte deforestación en un territorio que en un 80% es de vocación forestal. La población considerada pobre oscila entre el 75-99% y de ella un 40-60% en extrema pobreza, que ante la falta de fuentes de trabajo recurre a la migración temporal -16% de la población masculina adulta- a Quetzaltenango, Costa Sur y EEUU (SEGEPLAN, 2001). Los datos de todos los municipios, Ixtahuacán, Nahualá, Ostuncalco provengan de la Unidad Técnica Municipal o de SEGEPLAN son tan abiertos como imprecisos. A nivel de enseñanza, la educación primaria da cobertura al 94,43% de los niños en edad escolar habiendo 11 comunidades sin cobertura con aproximadamente mil niños. El 36,67% de la población no ha cursado ningún grado escolar y el 24,22% de la población mayor de 14 años es analfabeta, mayormente mujeres del área rural (SEGEPLAN, 2001).

Siendo el agua y saneamiento, aspectos claves de la salud, el agua entubada domiciliaria –no siempre con todas las garantías de potabilidad- está presente en el 70% de la población urbana y el 40% de la rural. El saneamiento/drenajes se considera adecuado para el 70% de la población urbana y 8% de la rural; en el área rural, un 30% de las viviendas cuentan con letrina. La electrificación llega a un 92% de las viviendas.

La tenencia de la tierra sigue el patrón de finca- minifundio. En tierra fría predomina el minifundio y en tierra caliente, se combinan ambas, concentrándose todas las mayores fincas en Las Barrancas. De las 4916 fincas y parcelas censadas, 4471 eran menores de *una manzana*[27] -10.000 metros cuadrados-, de las que 3989 tenían un promedio de 3000 metros cuadrados. La superficie de éstas 3989 parcelas era similar a la ocupada por las 42 mayores fincas (INE y el IV Censo Nacional Agropecuario, 2003). Los principales cultivos en tierra fría son el maíz, el trigo, el frijol, el haba, las hortalizas y los frutales cuya producción en buena parte se destina al autoabastecimiento y sólo la papa de la que Ostuncalco es una gran productora se dedica masivamente al mercado. Algunas familias se dedican a la crianza y engorde de ganado vacuno, ovino, porcino y avícola, cuyo mercado principal es Quetzaltenango ciudad y lo mismo la producción de leche y sus derivados. En tierra caliente la producción está centrada en el café. La municipalidad buscando la rentabilidad de las pequeñas parcelas está incentivando el cultivo de hortalizas como la zanahoria y el brócoli y por otro lado, siendo territorio de vocación forestal, la siembra intensiva de árboles y la fabricación de muebles de madera, caña y mimbre. Un día importante en la vida comercial e identitaria de Ostuncalco –además de en la fiesta patronal de San Juan- es el día de mercado que se realiza los domingos y al que acude algún miembro de prácticamente todas las familias rurales.

A nivel de salud, el Ministerio abrió un Centro de Salud tipo B en 1972 y posteriormente siete Puestos de salud, en las aldeas de Monrovia, Varsovia, Victoria, La Esperanza, San Miguel Sigüilá, Nueva Concepción y Lagunas Cuaches, estando algunas de ellas cerradas en el 2007. Los trabajadores de base de un Centro de salud de tipo B son un médico, una enfermera

[27] Medidas de superficie usuales en Guatemala son la Manzana= Mz; 1 Mz corresponde a 100 varas cuadradas (menos de 10.000 metros cuadrados). Otra medida es la Caballería= Ca; 1 Ca corresponde a 81 Manzanas.

profesional, una auxiliar de enfermería, un técnico en salud rural, un inspector de saneamiento y una trabajadora social, y en los Puestos de salud, generalmente una auxiliar de enfermería. Junto a los trabajadores de salud del Ministerio, hay toda una red de promotores de salud y comadronas comunitarios, una buena parte organizada en la Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam (ACODIMAM) fundada en 1992 y que está presente en buena parte de las comunidades. Ésta Asociación de base trabaja las áreas de salud, educación, medicina tradicional, capacitación de promotores y comadronas, agricultura, derechos humanos, desarrollo comunitario. Otras ONGs que trabajan en salud a nivel municipal son Embajadores Médicos, la Asociación del centro de la mujer Belejeb Batz, la Asociación para la Investigación, Desarrollo y Educación Integral – IDEI-, Proyecto Fátima con niños y otros. Todas ellas conforman una red de sociedad civil que suple en parte las limitaciones del MSPAS a la vez que son vías de participaciones sectoriales y políticas.

Los informes epidemiológicos del MSPAS (2001b y 2004) presentan en Ostuncalco un perfil de morbilidad infecto-carencial ligado a la pobreza y a las duras condiciones de vida, sin que se hubiera hecho presente la transición epidemiológica de otros grupos poblacionales del país. En orden de prevalencia, para la población en general, están las enfermedades carenciales como anemia y desnutrición, seguidas de las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, el parasitismo, la amebiasis, las dermatitis inespecíficas y los dolores osteomusculares. Los informes de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN, 2009) incluían a San Juan Ostuncalco entre las poblaciones con peores indicadores de desnutrición crónica, un 60,2% de la población menor de 5 años frente al 46% departamental y 45,6% nacional.

En el año 2006, en el Informe del Centro de Salud (MSPAS, 2006), la morbilidad infantil atendida no incluía las enfermedades carenciales que en años anteriores aparecían prevalentes, aspecto que podría explicarse en que al anotar un solo padecimiento por consulta, se prioricen los motivos de consulta como las afecciones respiratorias (46,76%), el parasitismo intestinal (16,03%) y las diarreas (12,44%). En el caso de la mortalidad infantil las afecciones respiratorias, infecciosas y otras no especificadas suponían el 50% de los fallecimientos, continuando con la sepsis bacteriana (15%), la perforación intestinal (11%), la fiebre recurrente (7%) y otras. La mortalidad general tenía como primera causa las neumonías/

bronconeumonías (26%), la senilidad (15%), la fiebre recurrente (9%) continuando en orden descendente entre el 7 y el 4%, los tumores malignos de estómago, la diabetes, las septicemias, la cirrosis hepática, la obstrucción intestinal.

A estas condiciones de pobreza y morbi-mortalidad, donde las estadísticas oficiales son sólo una imagen de la parte visible del iceberg, se une para agravar la situación, la actividad sísmica de la región y la presencia de los volcanes Lacandón y Siete Orejas. De la época colonial, los registros más antiguos son de 1594, y ya mencionan que Ostuncalco fue repetidas veces, víctima de terremotos y erupciones volcánicas. El terremoto de 1765 que siguió a la erupción del Cerro Quemado y el de 1902 causaron grandes estragos en las viviendas de la cabecera municipal. En el mismo año de 1902, entre el 24 y 25 de octubre, Ostuncalco fue afectado por la erupción del volcán Santa María, y de acuerdo a un testigo de la catástrofe: “todo se oscureció y el volcán durante 72 horas estuvo arrojando arena que cubrió los campos con una gruesa capa de ceniza”. En la década de 1980 y trabajando yo de médico en Chiapas, a varios cientos de kms del volcán de Santa María, no pasaba desapercibido que varios ancianos al ser preguntados por su edad, los referían al antes y después de esos días en que el cielo se oscureció. El terremoto del 16 de agosto de 1942 afectó especialmente a la fachada y torres de la iglesia parroquial (Hostnig, Vásquez, 1991), no teniendo los siguientes temblores especial impacto en el municipio.

En la historia de Ostuncalco se trenzan el haber sido ya desde épocas precolombinas un gran centro mam, y durante la Colonia un pueblo con gobernador indígena y un Curato con jurisdicción regional. También la resistencia expresada visiblemente a través de los motines y de la lucha por la alcaldía indígena son aspectos que nos ayudan a entender la fuerza identitaria que ha tenido y tiene el municipio. El pueblo de Ostuncalco fue fundado por los españoles, poco después de la conquista del Altiplano occidental de Guatemala, probablemente entre 1.524 y 1.526, siendo junto San Pedro Sacatepéquez, dos de los centros más importantes en esta área de la antigua nación mam. Las autoridades coloniales las consideraron como pueblos cabecera, residiendo en cada uno de ellos un gobernador indígena, descendiente de los señores de los linajes prehispánicos, y de los que dependían un considerable número de estancias. Ambos pueblos eran grandes y disponían de recursos forestales en la sierra y de plantaciones de cacao en la Bocacosta, pero al ser encomendados

a una sola persona, don Francisco de la Cueva, en la mayoría de los documentos no se hace distinción entre las posesiones y el número de habitantes de uno y otro, por lo que es difícil precisar qué estancias dependían de cada cabecera. No obstante, parece que Ostuncalco era más importante y con las estancias más rentables de cacao en las tierras calientes de Bocacosta (Centro Cultural de San Juan Ostuncalco, s/f).

Las órdenes religiosas hicieron de Ostuncalco un Curato (Hosting, 1993: 28), cabecera de siete pueblos que incluyó a San Martín Sacatepéquez, Cabricán y otros. La parroquia de indios, Curato o Doctrina abarcaba un territorio geográficamente delimitado y se encontraba a cargo de un cura, quien debía contar con la licencia correspondiente para ejercer su cargo. En los curatos se desarrollaron las cofradías y hermandades que se constituyeron como las nuevas formas organizativas de los indígenas con carácter socio-religioso, formas organizativas impuestas por los españoles para su control político-ideológico y transformado a su vez en espacio de resistencia.

En esta época colonial, Ostuncalco fue escenario de dos importantes motines, en 1710 y 1815. Del primero no se conocen las causas del violento levantamiento (González Alzate, 2004) y del segundo, estudiado por Martínez Peláez (1985: 115-116), se desarrolló en Ostuncalco, San Martín y Concepción Chiquirichapa contra las autoridades indias locales respaldadas por el corregidor de Quetzaltenango. Tras un incidente [no se especifica el motivo] en San Martín, se suscitó un tumulto, en donde la gente apaleó a varios acompañantes del alcalde indio, que escapó y se refugió en el convento de Ostuncalco. Miles de indios [término utilizado por Martínez Peláez] sitiaron el convento y fue precisa la llegada del corregidor de Quetzaltenango con la tropa para negociar y tranquilizarlos.

Las epidemias también fueron fuente de conflictos con las autoridades españolas. Martínez Peláez (1985: 73-74) recoge que las pestes diezmaban a los indios, y los observadores consignaban su relación con la pobreza, lo que hace suponer que también los indios así lo entendían. Entre las medidas sanitarias que adoptaban las autoridades coloniales dirigidas a atajar la propagación, estaban la quema de las viviendas de los infestados y el aislamiento total de los contagiados, quienes eran dados por perdidos, trato que era inadmisible para los familiares. Los documentos coloniales relatan la oposición de los indios a la lucha contra la

enfermedad, en realidad se enfrentaban a la brutalidad de las medidas sanitarias, y si en Ostuncalco no pasó de malestar, en la vecina Quetzaltenango fue motivo de motín en 1815. Tras la independencia, fueron varias las epidemias de viruela en Ostuncalco, así la de 1883-84 "diezmó a la población", en la de 1890 se contabilizaron 824 muertos, en 1909-10 fueron 200 y en 1916-17 alrededor de 300.

Otro aspecto clave en su historia fue la conformación tras la independencia del Sistema Municipal Dual (1821-1879) (Hostnig, Vásquez, 1991) conformado por dos alcaldías, una ladina y otra indígena, cuatro regidores y un síndico. En este periodo los cargos de la alcaldía ladina fueron ocupados por personas elegidas a través del voto de los hombres ladinos en edad de hacerlo, mientras otros eran designados por los propietarios y administradores de fincas. Las autoridades indígenas eran elegidas a través de sus líderes y *principales*. Los alcaldes ladinos electos podían ser "jueces de paz" y los indígenas procuraron evitarlos y que las disputas entre ellos fueron resueltas a través de la alcaldía indígena.

En los dos siglos previos a la Reforma liberal (1871) la presencia de ladinos se concentró en la cabecera municipal, atraídos por las tierras cultivables y planas de la tierra fría convirtiéndose una pequeña parte de ellos en medianos terratenientes. En el año 1840 ya hay referencias de Las Barrancas a través de su inclusión en una medición del territorio. Con las nuevas leyes liberales que favorecieron la titulación privada de las tierras comunales indígenas y la siembra de café, como efecto llamada, los ladinos se fueron acercando también a la tierra caliente de Bocacosta y Las Barrancas. La Costa Sur había sido evitada por los ladinos debido a su calor y escasa población, pero con la posibilidad de sembrar café, el territorio se hizo atractivo (Hosting, 1993: 28).

Las reformas liberales de 1873 -79 fueron eliminando la autonomía con una nueva Ley Municipal e imponiendo una nueva legislación de reforma agraria, el Reglamento de Jornaleros, los servicios de carreteras y otros trabajos Las nuevas leyes tuvieron como propósito, el favorecer a los grupos de ladinos asentados en la región, en el logro de su hegemonía política y económica, a la vez que favorecer la disolución y pérdida de poder de la alcaldía indígena. El decreto de disolución formal de las alcaldías indígenas fue en 1927, y en Ostuncalco los indígenas realizaron entre 1928-34, esfuerzos políticos para recuperar parte

de su capacidad en la toma de decisiones. Lograron persuadir al jefe político departamental, de anular las elecciones del año 1927, y en las nuevas de 1928 se estableció que el alcalde tercero y quinto de los nueve regidores fueran indígenas (Hosting, 1991). Las nuevas condiciones que incluían la parcelación de las tierras comunales produjo la estratificación social y económica entre los indígenas quebrando el sentido de comunidad tradicional. Se desarrolló una clase de terratenientes indígenas, moderadamente acomodada, quienes persiguieron sus propios intereses a expensas de otros miembros de su comunidad étnica. La división indígena sobre la propiedad de la tierra fue acompañada de la presencia de una clase de ladinos sin tierra, que comenzaron a figurar entre los líderes de la lucha (1925-1928) por lograr una distribución equitativa de las tierras comunales. Las luchas por la tierra y el control municipal llevaron en tiempos de Ubico a suprimir la municipalidad indígena, a la vez que las autoridades del gobierno nacional nombraban intendentes que respondieran al gobierno central y no a las élites locales.

En el periodo de la Revolución de 1944-54 se restableció la elección local y se desarrolló el sistema partidario que fue una nueva vía para expresar las rivalidades entre los indígenas. Este periodo fue breve y no dio lugar a fortalecer el proceso de toma de decisión por parte de los indígenas ante los ladinos, que se debilitó aún más con los gobiernos militares que se sucedieron tras el golpe de Estado de 1954.

San Juan Ostuncalco, desde la época precolombina, colonial, independencia hasta la actualidad ha sido y es un centro de referencia político, religioso, cultural e identitario para los mames que habitan en ella y en el que a los motines contra las autoridades indígenas y la resistencia a las autoridades ladinas a través de la Alcaldía indígena nos muestran un pueblo que ha resistido a los abusos de sus intermediarios coloniales, los caciques, y a la dominación de los ladinos, resistencia y lucha que han tenido continuidad en la década de los 80 como se verá en la comunidad violentada y construyendo una cultura de resistencia.

Segunda cáscara de café y el café oro

Una segunda cáscara que ayuda a entender el grano de café -Las Barrancas- es la ciudad de Quetzaltenango, la segunda ciudad en población e importancia de Guatemala y capital del Occidente guatemalteco, ciudad cuya historia marca la región, tanto desde tiempos precolombinos como después por su ligazón al café y a la Revolución liberal. Quetzaltenango con 127.569 habitantes (INE, 2002) es la capital del departamento del mismo nombre -1953 km²- que de sus 624.716 habitantes (INE, 2002), el 60,57% indígenas pertenecen a los pueblos k´iche´ y mam, siendo el 60% de la población rural y un 40% urbana. La población departamental ascendió a 895.955 h en base a la información del MSPAS (2008).

La ciudad de Quetzaltenango es también conocida como Xela o Xelajú, nombre que ya se menciona en El Título Real de don Francisco Izquín Nehaíb, fechado en 1558 (Adrián Recinos 1984:18) como Culahá, Ah Xelahuh. Mientras para unos autores, el significado de Xelahuh /Xelahúh Queh sería de *Lugar de los diez venados* o el *día 1 Queh* del calendario, para otros sería *Bajo el gobierno de los diez* (Domingo Juarros) o *Debajo de los diez* (Adrían Inés Chávez). Carmack (1979: 181) recoge que “después de que Pedro de Alvarado matara a Tecún Umán, preguntó a los indígenas mexicanos que lo acompañaban por el nombre de la montaña, y le fue dicho el de Quetzaltenango”. Si el asentamiento quetzalteco, un siglo antes de la conquista española había pasado de ser mam a k´iche´, con la nueva conquista se convirtió en los siglos posteriores hasta la actualidad en un centro donde confluyen e irradia, el poder de una élite ladina, anti-indígena, “los ladinos de Occidente”, junto a una población mayoritariamente indígena en resistencia y en construcción de nuevas formas políticas y de la identidad maya.

Tras la conquista española, los conquistadores se repartieron tierras y pobladores bajo la fórmula de “encomiendas” y a partir de 1560 como “reducciones” que asentaron a la población en pueblos de indios. La resistencia indígena a la dominación colonial fue permanente en los 300 años que duró La Colonia y la práctica totalidad de los motines fueron dirigidos a resistir y protestar por los excesos de los agentes del régimen colonial español, incluidos los caciques indios (Martínez Peláez, 1985). En la represión fueron estratégicas las milicias altenses

formada por mestizos, mulatos y castas, estando excluidos de ellas los indígenas y con base en Quetzaltenango.

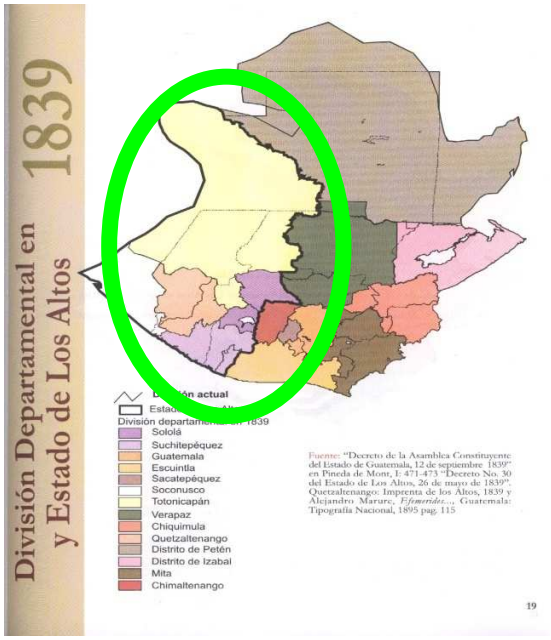
El levantamiento más conocido –y estudiado en la historia oficial como antecedente de la independencia- se dio en marzo de 1820 -un año antes de la independencia centroamericana- y conmovió la región. Fue en San Miguel Totonicapán y comunidades aledañas –a pocos kms de Quetzaltenango- en el contexto de la crisis imperial española de 1808, que generó una considerable inestabilidad institucional y política en la América hispana. La causa específica del motín fue el intento de las autoridades guatemaltecas por recaudar el tributo, un impuesto que los amotinados alegaban ya había sido suprimido por el rey español. El levantamiento dirigido por Atanasio Tzul y Lucas Aguilar fue sin duda uno de los más audaces, en cuanto que sus líderes negaron toda autoridad, a las autoridades del reino, declarando de hecho, la autonomía política para sus comunidades y nombrando un rey y presidente indígenas. A principios de agosto de 1820, la superioridad militar de la milicia quetzalteca junto a otras compañías militares derrotó a los amotinados.

La declaración de independencia (1821) en Quetzaltenango fue una semana posterior a la de la capital Guatemala. La fidelidad de los patricios quetzaltecos a España, parecía estar a toda prueba, pero los criollos y ladinos quetzaltecos rechazaron el giro radical que tomaron los acontecimientos en España con la restauración de las cortes liberales y particularmente contra la decisión de Las Cortes de suprimir el fuero militar, privilegio que tanto la élite española como la soldadesca ladina no estaban dispuestos a renunciar. Al mismo tiempo, el triunfo de la causa independentista en Nueva España –futuro México- bajo los términos del Plan de Iguala, que entre otras prometía preservar dichos privilegios, acabó por convencerlos de que en tal circunstancia, era más conveniente separarse de España y unirse al nuevo imperio mexicano. Ello sucedió dos meses después de la independencia de España, donde los patricios quetzaltecos, a través del ayuntamiento, su órgano representativo, proclamaron a un tiempo, su independencia del gobierno guatemalteco y su anexión al imperio mexicano de Agustín de Iturbide (González Alzate, 2004).

Fracasado el Imperio mexicano, los quetzaltecos se unieron al proyecto federal centroamericano bajo la condición de que su autonomía regional fuera respetada e

institucionalizada con la creación de un Estado compuesto por los distritos de Los Altos y Suchitepéquez. Durante las tres décadas siguientes, la élite altense, con el apoyo del grueso de la población ladina, se enfrascó en una tenaz lucha contra la élite comercial y política de Ciudad de Guatemala con el fin de obtener la anhelada autonomía regional. El sistema miliciano regional asumió a partir de entonces la función de sostener el proyecto estatal así como los intereses económicos del nuevo régimen republicano y oligárquico de Los Altos de Guatemala. Años después, el 2 de febrero de 1838, los pueblos del Altiplano Occidental y del Oeste, que incluía parcial o totalmente los actuales departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, San Marcos, Quiché, Retalhuleu y Suchitepéquez, se consideraron lesionados con la política central, y en defensa propia, decidieron segregarse y valerse por sus propios medios, para formar el Sexto Estado en la República del Centro con la ciudad de Quetzaltenango como cabeza de "la invención criolla, sueño ladino, pesadilla indígena" (Taracena, 1997).

Imagen 16



Estado de Los Altos o Sexto Estado (dentro de las Provincias Unidas de Centroamérica) comprendió en los años 1838-1840 y 1844-1849, los actuales departamentos guatemaltecos de Huehuetenango, Quiché, San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Retalhuleu, Suchitepéquez, así como una parte de la actual Chiapas (Mex) –Soconusco y Selva Lacandona-.
Fuente: Pineda de Mont, I: 471-473. "Decreto de la Asamblea Constituyente de Guatemala, 12 de septiembre 1839".

El Primer presidente de la Asamblea Constituyente del Estado de Los Altos –Sexto Estado- fue el Lic. Miguel Larreynaga, instalándose en la ciudad de Totonicapán del 27 de diciembre de 1838 al 19 de enero de 1839, fecha en que trasladó a la ciudad de Quetzaltenango. Después de varios sucesos, incluyendo el envío de tropas de Los Altos para combatir a Francisco

Morazán y la entrada de Rafael Carrera [considerado encarnación del arcángel San Gabriel] con sus tropas en la ciudad el 29 de enero de 1849, se firmó un convenio en Antigua Guatemala, entre el Presidente de la República de Guatemala, general don Mariano Paredes, y el general Agustín Guzmán, como representante del Poder Ejecutivo del Estado de Los Altos, donde se dió por terminada la separación (González Alzate, 2004).

Los siguientes gobiernos centrales serán considerados "conservadores" en la historia oficial, al mantener en buena medida el estatus-quo colonial sobre la propiedad de la tierra y dificultar el acceso de los mestizos a la propiedad comunitaria indígena de la tierra. El estatus-quo colonial ya deteriorado en la práctica por el "censo enfitéutico" (Nota 5) (Castellanos Cambranes, 1985: 69) y el ascenso imparable del poder de los cafetaleros, mayoritariamente situados en la Bocacosta de Los Altos, llevó a que el levantamiento liberal dirigido por generales y burgueses altenses se hiciera con el poder central en 1871, bajo el mando del altense, general y futuro presidente, Justo Rufino Barrios.

Con la entrada del general Barrios a la ciudad de Guatemala dio inicio la Reforma Liberal (1873-1885), basada económicamente en el café y en las ideas liberales que darían respuesta a los intereses del derrotado Estado de Los Altos (González Alzate, 2004). El proyecto del Sexto Estado triunfaría a través del ejército liberal, ya no como Estado, sino tomando el control de Guatemala y convirtiéndolo en pocos años en un "país patrimonial", transformando las encomiendas coloniales en fincas liberales cafetaleras, y las relaciones polares entre criollos-indígenas en ladinos-indígenas a semejanza de la región de Los Altos.

Una vez en el poder, los liberales occidentales hicieron que toda la política estatal girase en torno a la producción y comercio del café, y que los preceptos ideológicos fueran adecuados a esa situación. Así, este periodo se caracterizó por el carácter dictatorial de sus gobernantes, que se apoyaron en estas nuevas élites y en un ejército profesionalizado, que se convirtió en la base de la nueva estructura estatal, a la vez que la administración civil, los "jefes políticos" departamentales, serán también militares y toda una maquinaria de clientelismo territorial y municipal que terminó con cualquier posibilidad de autonomía municipal. Una de las principales funciones de esta maquinaria fue la de proveer mano de obra para las fincas cafetaleras, siendo las comunidades del Altiplano occidental y Central las que cumplirían

esa función. El Reglamento de Jornaleros de 1877 con las habilitaciones – “endeudar por adelantado” al futuro trabajador contratado y amenazarle con la cárcel o la prolongación coercitiva de su tiempo de trabajo, en caso de no cancelar la deuda inicial- fue clave en la gestión de la mano de obra para las fincas. El capitalismo cafetalero guatemalteco se basó sobre todo en la actualización de medios coactivos coloniales, que también fueron aprovechados por el Estado para que las comunidades indígenas realizaran obligatoria y gratuitamente gran cantidad de obras públicas municipales o departamentales.

Si anteriormente los *ladinos mestizos* habían sido también excluidos de la propiedad de la tierra y del reconocimiento ciudadano en el periodo colonial, con la Revolución liberal los ladinos del Occidente a través del poder económico y su rol mediador entre el Estado, fincas y comunidades indígenas se fueron transformando en *ladinos anti-indígenas*, y convirtiéndose en el nuevo referente del imaginario nacional guatemalteco.

La ciudad de Quetzaltenango se constituye por su pasado de milicias altenses, de los patricios quetzaltecos, del Sexto Estado y de la liberal construcción de una ladinidad anti-indígena en un referente para entender el pasado-presente de la historia de Guatemala. Y en el presente-futuro es también un referente regional y nacional, por ser la primera gran ciudad gestionada por un Comité local indígena que promueve la incorporación indígena a la vida pública y no hace en ello, exclusión del mestizo. La ciudad es un laboratorio social de diversos esfuerzos por modificar las relaciones étnico-culturales, en donde como en pocos lugares de Guatemala, se confrontan la valoración positiva de lo maya con la estigmatización de los ladinos anti-indígenas.

Xela es hoy una ciudad de servicios, industrial y referente laboral para los jóvenes y los campesinos pobres de la región. Igualmente referente de estudios pues cuenta con diferentes institutos, escuelas de enfermería y auxiliares, magisterio, extensiones universitarias de la Universidad Nacional de San Carlos y de las universidades privadas. A nivel sanitario concentra tres de los hospitales de referencia del occidente del país como son el Hospital Regional de Occidente, de tercer nivel, el Hospital Rodolfo Robles especializado en tuberculosis, ambos a cargo del MSPAS, y el Hospital del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social para sus asegurados. La ciudad se extiende como mancha de aceite en una

extensa área suburbana de mayoría indígena que combina el trabajo asalariado en la ciudad con sus pequeñas parcelas agrícolas.

Para llegar a las comunidades hay que pasar por las fincas y viceversa
O para llegar o salir de Las Barrancas hay que pasar por Quetzaltenango.

El café, la usurpación de tierras comunitarias y la ideología que la acompañó, convertida en ley desde 1871, marcaron la historia de Las Barrancas. Y para llegar a ella, tejida hoy de comunidad y fincas, de café y migración al Norte, hay que pasar antes por su historia mam y Ostuncalco, por lo que significa Xela en la historia guatemalteca y en las relaciones interétnicas.

En la Quetzaltenango /Xela actual se hace visible la presencia del poder ladino, pero también a diferencia de otras ciudades, se hace presente una clase media k´iche´, basada en los textiles y el comercio, un notable movimiento cultural adscrito al pueblo k´iche´ y organizaciones políticas de hegemonía indígena que reivindican la multi-inter-culturalidad. Una de estas organizaciones, el Comité Xel-Jú, logró en dos elecciones consecutivas, dirigir la municipalidad perdiéndolas en las últimas del 2007. La mayoría indígena en la ciudad corresponde a los pueblos k´iche´ y mam, y a pesar de los avances, la discriminación étnica se hace presente, en la cotidianidad y en las pintadas racistas en las vísperas electorales.

La ciudad a través de sus monumentos y edificios singulares –conservados a pesar de los terremotos de 1765 y 1902- es representativa de su historia. La plaza central, plaza de Centroamérica, conserva la fachada de la antigua catedral colonial y la nueva catedral (1899); una placa que recuerda a los independentistas de Los Altos fusilados en 1840 por el ejército guatemalteco; el monumento central dedicado al altense jefe de la Revolución liberal (1871), Justo Rufino Barrios; la representación comercial es del Pasaje Enríquez; la financiera por los varios edificios bancarios monumentales y el poder político local representado por el Palacio Municipal.

Integradas en la historia oficial y en la simbología de la ciudad, pero en la periferia urbana, se encuentran las efigies de Tecún Umán y de la marimba con una danzante, la primera

representando la resistencia a los españoles y la segunda como instrumento y música de origen indígena que fue aceptada tras modificaciones tonales y hecha virtuosa por la clase media y burguesía altense. A pocos kms de la ciudad se encuentra la vecina Totonicapán con los monumentos a los insurrectos Atanasio Tzul y Lucas Aguilar. Hay que pasear por estos lugares y hablar con la gente para percibir que todos ellos siguen vivos, haciendo que las luchas liberales y anti-coloniales se vivan como presentes.

La ciudad es un laberinto de calles estrechas con intenso movimiento de peatones, carros y combis que se entrecruzan constantemente. Estudiantes con sus trajes escolares, mujeres indígenas con sus cortes y huipiles identitarios y diferenciales según la procedencia municipal se mezclan con las más jóvenes que combinan cortes y huipiles de diferentes procedencias, norteamericanos que estudian español, y un fluir de gentes de todo el Occidente que acuden al mercado, al trabajo o a hacer gestiones son parte del paisaje en el centro, en el mercado y en la estación de buses. Junto al mercado y estación de buses se encuentra el Templo de Minerva, uno de los pocos sobrevivientes de los 50 templos construidos en el gobierno del presidente Estrada Cabrera (1898-1920). Presidente de origen quetzalteco, que quiso convertir a Guatemala en la Grecia americana y que de su escalofriante y largo gobierno, Miguel Angel Asturias escribió la novela “El señor presidente”.

Mi primera visita a Xela fue en agosto de 1980 y en una pensión de estudiantes, a través de unas ancianas mujeres quichelenses que la regentaban, supe del terror con el que vivían ante los numerosos asesinatos y desaparecimientos. La represión era visible hasta para el turista más despistado, al ver como hombres vestidos de civil y con fusiles golpeaban y llenaban con jóvenes, los autos de vidrios polarizados.

Mis siguientes visitas debieron esperar más de una década, ya viviendo en Guatemala, y fueron continuas ya que la ciudad era lugar de reuniones de diferentes sectores sociales. Un corto trabajo de ayudante en el mapeo de lideresas indígenas me acercó a su fuerte presencia en actividades culturales, de género, sanitaria, educativa y política en la ciudad y pueblos periféricos. La cercanía con los médicos tradicionales mayas me dio la posibilidad de conocer al Maximón de Zunil y su mundo sanador. En los promotores de salud de la región conocí, sus problemas y fortalezas, comunes con sus pares de otras regiones del país. Con la INS, los

procesos socio-políticos gubernamentales o no, relacionados con el campo de la salud. Y así la ciudad, se me fue clarificando y resultando menos caótica en su laberinto de calles estrechas, y más cercana a la vida de la región y del área rural, especialmente de aldeas como Las Barrancas.

Las Barrancas sin cáscaras. Alimentos para el cuerpo y el espíritu

Maíz y McDonald´s, cerros-altares y capillas

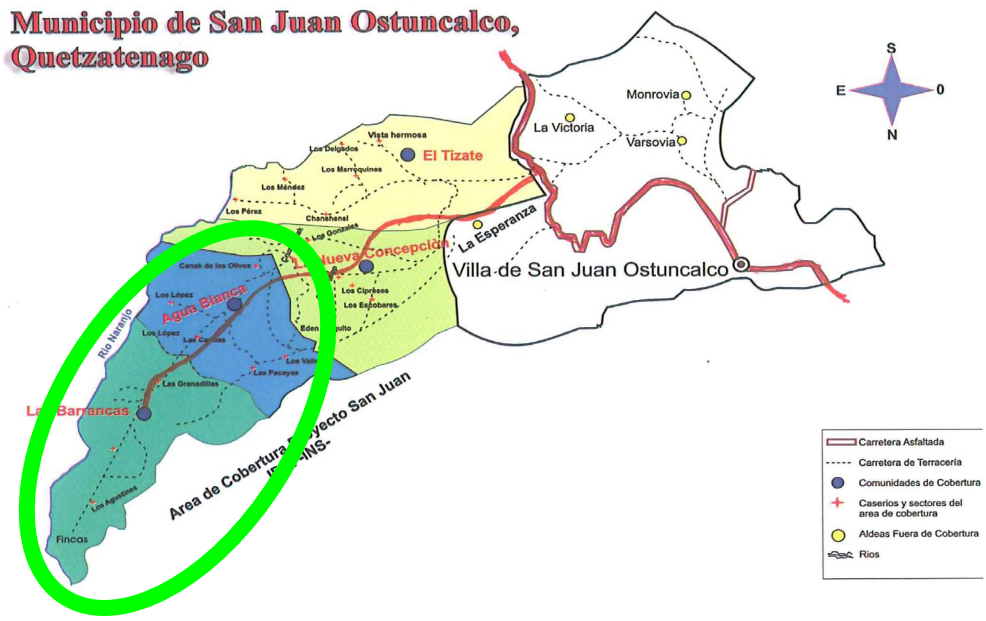
Era el año 2004, y de Xela a Ostuncalco pasamos por Concepción Chiquirichapa, pueblo mam, en donde antes de iniciar la implementación del Programa de salud, celebramos una ceremonia de agradecimiento al Ajaw, en uno de sus cerros. En la ceremonia participaron los miembros de los Equipos de Apoyo de Ostuncalco y Bocacosta de Sololá, el equipo coordinador de San Lucas y dos ajq´ijab´, uno de ellos coordinador del EAPAS de Ostuncalco y el otro de la dirección de la ONG Pies de Occidente. En la interpretación del humo del fuego ceremonial, ambos ajq´ijab´ anunciaron dificultades en la implementación, dificultades que venían del oriente, sin especificar la(s) institución(es) de las cuales podrían venir. Ello generó cierta incertidumbre, pues en el oriente del cerro se encontraban desde la oficina central del proyecto, en el municipio de San Lucas, departamento de Sacatepéquez, las autoridades sanitarias en la capital y más al oriente, la Unión Europea, financiera principal.

Para cambiar el curso de las dificultades se realizó días después otra ceremonia, muy de mañana, en un cerro cercano a la Clínica Maxeña, en la Bocacosta de Sololá. Esta vez estuvo presente sólo un ajq´ij´, el coordinador del EAPAS de Ostuncalco. Su lectura del nuevo humo fue que mi persona absorbía la energía del resto, interpretación que todos entendimos como una crítica directa, en un periodo que me correspondió asumir la coordinación del Programa. Ese mismo día, y cuando cada quién presentó el informe de su trabajo, el ajq´ij´ llegó sin hacer sus tareas, correspondiéndome a mí llamarle la atención. A partir de entonces, evité participar en más ceremonias del Programa, pues tuve más que la *ligera sospecha*, de que las lecturas del humo se prestaban a la manipulación. Todavía se realizó una tercera ceremonia, en Kaminaljuyú, una acrópolis de influencia teotihuacana en el corazón de la ciudad de Guatemala y cerca del Ministerio de salud, de donde por su poca receptividad al Programa, se

sospechaba vendrían los problemas pero que luego no serían los únicos.

Toda la región de Xela, Chiquirichapa y Ostuncalco tienen numerosos cerros que son centros ceremoniales, en donde se celebran de manera continua, actividades ligadas a la espiritualidad maya, a la sanación […], siendo uno de los más conocidos el de Qtw Chkab´l en la Laguna de Chicabal en el municipio de San Martín Sacatepéquez.

Imagen 17



En círculo verde brillante, el sector y comunidad de Las Barrancas.
En colores, los sectores del pilotaje en San Juan Ostuncalco.
En rojo, la carretera de terracería entre Las Barrancas y La Cumbre y la asfaltada de Ostuncalco a San Marcos.

Cruzando la cabecera municipal de Ostuncalco se sube hasta La Cumbre, donde se siente el frío y el fuerte olor a papa, por ser lugar de su acopio. Desde allí se desciende por una carretera, que hace de calle principal en esta zona y que tiene su final en Las Barrancas. Ostuncalco tiene forma de *chile* y esta carretera es su hilo central. A mitad del trayecto y en un lado de la carretera se encuentra un anciano y gran ciprés, que es venerado por las personas participantes en la espiritualidad maya, y que por lo negro de sus *gambas*, por el humo de las candelas en la base del tronco, se reconoce es lugar de ceremonias. Cuentan los lugareños, que quienes han intentado cortarlo se han encontrado con la dificultad de que saltan las hachas e incluso rompe sus filos.

En la mayor parte del trayecto de descenso se aprecia la intensa actividad de producción y comercio ligada a la papa/patata. Por años, la papa ha sido un buen negocio, pero las plagas, la caída del precio y la dependencia de las multinacionales de la “fast food” que ofrecen papas fritas –McDonald´s, Pollo Campero, otras- que un año compran en Chiapas y otro en Ostuncalco, han mermado el negocio. De todos modos, un pequeño sector de empresarios mames ligados a la papa ha prosperado, y ante la falta de tierras en la región, ha arrendado tierras en las zonas frías de Huehuetenango y Alta Verapaz, contratando a trabajadores indígenas en condiciones similares a la de los finqueros.

Esta experiencia ostuncalca, ha sido comparada, en pequeño e incipiente, a la experiencia del vecino municipio k´iche´ de Almolonga, que dedicada a la producción y comercialización de verduras, ha alquilado tierras y contratado indígenas en otros municipios, tras su éxito en la comercialización directa en toda Centroamérica. El éxito económico de Almolonga, en un mar de pobreza, ha sido presentado como “el milagro de Dios” por las iglesias pentecostales. Almolonga es anunciada como milagro, pues “tras ser visitada por el poder de Dios y vencido a los demonios, la idolatría y a su ídolo Maximón [del vecino Zunil], asociado al fumar, el licor y la inmoralidad. Y eso ha sido posible, porque el 90% de sus 18.000 habitantes se rindieron al poder de Jesucristo. Los agrónomos provenientes de los Estados Unidos, que visitaron para probar científicamente las increíbles cosechas locales, obtuvieron como resultado, que es la sabiduría que Dios ha dado a los granjeros de Almolonga, la que hace producir los apios, la coliflor, el repollo, las papas, las zanahorias, los rábanos a menudo increíblemente más grandes que en las aldeas vecinas” (blog de iglesias pentecostales de Almolonga, 2009).

Las capillas pentecostales, protestantes y católicas se hacen visibles a lo largo de la carretera que desciende de La Cumbre y junto a las nuevas casas construidas con las remesas de dólares destacan por los materiales y formas de construcción. La carretera de terracería es una nube de polvo en época seca y un lodazal en época de lluvias, pero llegando a Granadillas, última comunidad antes de llegar a Las Barrancas, las siembras de papas desaparecen y se hacen presentes la milpa, los cafetales y el bosque. Lo empinado del camino y lo resbaloso del terreno en época de lluvias, ha obligado a empedrar tramos de la carretera y en los tramos en

reparación se observan cuadrillas de hombres realizando el trabajo comunitario, de picar piedra a golpe de pico para luego empedrar el camino a modo de puzle.

Tras salir de Granadillas, los carteles de entrada a las fincas Egipto, La Bella Lusitana, Dulce Nombre, Los Cerritos, Santa Rita, El Carmen nos anuncian que llegamos a Las Barrancas, cuya vida socioeconómica gira alrededor del café, en las parcelas individuales y en las 12 fincas existentes, y como lugares de encuentro de la vida social comunitaria en sus dos centros principales, El Centro y Los Agustines. En El Centro, la escuela, la Casa de Salud y la gran Iglesia presbiteriana y en Los Agustines, donde vive la mayoría de la población, está la alcaldía y el lugar de reuniones de las autoridades.

Las Barrancas se sitúa entre los barrancos del río Negro y el Naranjo. El paisaje se ha transformado en pocos kms y ahora es de cafetales y barrancos, en donde se "complementan" la comunidad minifundista con las fincas. Las fincas mantienen las mejores tierras y dan trabajo temporal a los hombres y mujeres de los nuevos centros que se han conformado con los antiguos colonos salidos de esas fincas, unos voluntariamente y otros despedidos por la crisis o por haberse organizado. Sus tierras y viviendas están sujetas a los deslaves y a los accidentes en los cafetales, donde las pendientes alcanzan hasta el 70%. Mientras unos aseguran que nunca ha habido accidentes, otros me decían "que no son frecuentes, pero alguna vez sí ha habido caídas de varios metros". Al final de los cafetales, 300-400 mts en caída vertical se aprecia por el ruido y la brisa, no visible por la vegetación, el correr torrencial del cercano río Negro.

La alimentación en Las Barrancas está condicionada por la secular triada de maíz-frijol-chile y que por la vecindad de tierra fría se agrega la papa. La historia cercana de colonato en las fincas de café, de la que salieron abruptamente hace 20-30 años, los hace expertos conocedores del café que unido a las bondades de la tierra para este cultivo, y su mejor precio que el maíz, los convierte en mono-productores de café. Sus pequeñas parcelas, de 5 a 10 cuerdas, les convierten en mini-productores y por ambos productos, venta de café y compra de maíz, son especialmente vulnerables a los vaivenes del mercado nacional e internacional. Una alternativa para la autosuficiencia de maíz, suele ser el alquiler de tierras para su producción en la Costa Sur. En Las Barrancas, el precio del maíz ha pasado de estar a menos de 100

quetzales el quintal en el año 2005, a 150 quetzales en la Costa Sur, y 175 en Quetzaltenango en el año 2007. Por el contrario, el precio del café que hace 10 años bajó a 300 quetzales el quintal de pergamino, subió a 750 quetzales en el 2007. A pesar del alza en el precio, los finqueros de Las Barrancas y de todo el país, no han subido el jornal, que se mantiene por años en los 25-30,00 quetzales diarios para los hombres y de 15,00 para las mujeres. La diferencia la justifican los propios campesinos en que "ellas trabajan media jornada o hasta el mediodía". Mi apreciación personal es que ellos trabajaban por tarea, tantas cuerdas por limpiar e independiente del tiempo de trabajo, mientras ellas trabajan sin tarea, de 7 de la mañana al mediodía. En Las Barrancas, por lo demás, hombres y mujeres realizaban prácticamente los mismos trabajos en las fincas, abonar y chaporrear –limpiar, quitar de hierbas el cafetal-, siendo "dicen", sólo la fumigación trabajo exclusivo de los hombres.

De todas las fincas cafetaleras de Las Barrancas, tras seis días trabajados sólo una pagaba el "séptimo día" o día de descanso. Ésta fue una conquista laboral que lograron en los últimos años de colonato, pero los patrones la han vuelto a quitar, pues los actuales contratos sólo reconocen los días trabajados, sin ningún tipo de seguro de enfermedad, de accidente ni descanso.

La dedicación de las mejores tierras del país, en manos de los finqueros, a la agroexportación ha llevado a que desde la década de los 80, Guatemala haya pasado a ser dependiente en el grano básico de maíz. A comienzos del siglo XXI, Guatemala y demás países centroamericanos se sumaron al Tratado de Libre Comercio con EEUU, Canadá y México, alterándose el mercado del maíz por la entrada masiva de maíz norteamericano que provocó inicialmente una caída de su precio y la consiguiente pérdida económica de los pequeños productores guatemaltecos que redujeron sus siembras. Dos años después, le siguió una espectacular y permanente subida del precio del maíz, atribuida en parte a la demanda del maíz como biocombustible y a la especulación alimentaria internacional. Esto, unido a las sequías cuasi bianuales ha provocado hambrunas severas en el sur-oriente del país y situado en alerta por hambre al 80% de los municipios del país. Hambre que viene a conocerse como escasez de maíz, dado que para la mayoría de la población es su principal fuente energética, y conlleva la ruptura de ese frágil equilibrio de alimentación hipoproteica y salud que hace saltar las alarmas con la muerte de los niños. La especulación sobre el maíz y otros granos básicos a nivel

mundial, llevó a la FAO en el 2007, a denunciar que la pobreza media mundial se había elevado en 3% en los dos últimos años, con las consiguientes crisis alimentarias. Un estudio sobre biocombustibles (Robinson, abril 2008), uno de los destinos del maíz, informaba que "el depósito de gasolina de un todoterreno grande, contenía suficiente maíz para mantener a una persona durante un año".

Las comunidades o caseríos vecinos que van de Granadillas hasta La Cumbre, por ser tierra fría, se autoabastecen de sus siembras de milpa y papa, maíz y patata, siendo ésta última, la fuente principal de sus ingresos. En los dos últimos años, el precio de la papa ha tenido fuertes alteraciones, pasando de venderse de 300 a 60- 80 quetzales el quintal – 100 libras o dos cargas –, volviendo a subir a 130-150 quetzales en el 2007. Los campesinos lo afrontaban con resignación: "con 60 perdíamos dinero, ahora al menos llegamos a pagar los gastos". Con la introducción de la papa en las comunidades vecinas de tierra fría, la alimentación básica de Las Barrancas además de maíz y frijol, se ha ampliado al caldo de papas con verduras. Y a ella, los jóvenes han agregado las papas fritas que remedan, las papas fritas del McDonald´s. En Las Barrancas, varios jóvenes se han organizado alrededor de una pequeña cocina de gas para después de las clases y rotativamente vender papas fritas como manera de ganarse unos quetzales. La cocina se sitúa estratégicamente en El Centro donde se encuentran la escuela, la presbiteriana, varias tiendas, la CSC y es paso obligado para la mayoría de los trabajadores de las fincas, en su regreso a Los Agustines, donde vive la mayoría de la población. Los adultos compran las papas fritas a la espera de la celebración religiosa, y los niños, las galgerías de las tiendas del Centro. El porcentaje de mujeres y niños que mascan chicle -de una versión muy económica que no da más de 5 minutos de sabor- supera con seguridad los promedios norteamericanos. Las tiendas son pequeñas pero disponen de los productos básicos como azúcar, sal, jabón, pastas, aceite, y no tan básicos como las galgerías, las colas y las nuevas sopas rápidas de patente chino-coreana.

En el nuevo imaginario, en el que la alimentación del Pollo Campero y McDonald´s son símbolo del éxito económico, su representación en Las Barrancas queda en las papas fritas con ausencia del pollo, y van a ser los trabajadores del Equipo de salud de Las Barrancas –y del resto de ECOS-, los que llevan el imaginario a la boca. Las reuniones mensuales de los ASC de Las Barrancas con los miembros del Equipo de Apoyo se transformaban en fiesta,

cuando en el momento del almuerzo, salían los paquetes McDonalds o del Pollo Campero que los EAPAS traían de Quetzaltenango. Lo mismo sucedía en las reuniones mensuales de todos los ECOS de Ostuncalco, en la sede de la ONG en Quetzaltenango. El almuerzo a cuenta de la institución, se convertía en una celebración con las hamburguesas Mac y/o los pollos fritos Campero. Para estos trabajadores de salud, que podía ubicarlos entre la clase media baja, acceder a este tipo de comida podía convertirse en un importante incentivo institucional y convertir el día de reunión en un día especial.

En mi primera visita al EAPAS de Ostuncalco en el Centro de Referencia de La Nueva Concepción, me incorporé de oyente a su reunión semanal y ello me acercó a conocer directamente sus preocupaciones, dificultades, logros y limitaciones. Me dieron la oportunidad de explicarles el motivo de mi presencia y la elección de Las Barrancas para el estudio. Llegado el momento del almuerzo, como quien saca el conejo de la chistera, aparecieron *los pollos camperos* que habían traído de Quetzaltenango. Las preocupaciones laborales pararon por un tiempo y la reunión se convirtió en fiesta.

Al día siguiente, con parte del EAPAS nos trasladamos a Las Barrancas y para mí sorpresa, percibí un olor conocido en la CSC. Los cuartos de la CSC, además de sentir la humedad por lo inadecuado de la edificación, la azotea era una piscina, el ambiente estaba impregnado de un fuerte olor a *pollo campero*. Ese mismo día y tras la reunión del Equipo de Apoyo con los ASC de Las Barrancas, en la hora del almuerzo salieron los hegemónicos y ya *tradicionales* Pollos Camperos. Pude confirmar con un grupo de pintores de brocha gorda que en esos días trabajaban en la CSC, que el olor que impregnaba la casa no era mi imaginación sino que también existía para ellos. Esa noche y durmiendo en la CSC no pude menos que abrir puertas y ventanas para que de a pocos, se desimpregnaran las paredes y muebles de aquel olor, y en los días posteriores, tras varios lavados a fondo con jabones olorosos, logré el objetivo, por lo menos para mi tiempo de estancia.

Los siguientes días que permanecí en Las Barrancas, y ya en ausencia del EAPAS, compartimos almuerzos en la cocina de gas que tenía la CSC y volvimos a las tortillas con frijolitos o pasta, y chile. Las cenas variaban, pues en las casas de los comunitarios, lo común era cenar como en tierra fría de Ostuncalco, el caldo de papas con o sin verduras, y en las

casas con remesas de dólares con un agregado de carne, por lo menos en algunas la alimentación había mejorado en variedad y proteínas. El comer con las familias siempre es una importante fuente de amistades y de información, por la alimentación y su reparto, para conocer las relaciones de género y generacionales, las condiciones de sus viviendas y pasar de los discursos a las prácticas familiares.

La transición alimentaria para los pobres de Las Barrancas, y por lo observado, en una buena parte del país, incluye las sopas chinas instantáneas, la pasta, los refrescos, mientras que el imaginario ideal para los ASC y las clases media y media baja del país, pasa por el Pollo Campero. Pero la cotidianidad hipoproteica se altera con la fiesta, y *los 15 años de Martina* prometían ser un indicativo de lo tradicional y transicional, tanto alimentario como de la vida social.

A la fiesta de los 15 años, rito de paso, que en algún tiempo significó la presentación en sociedad de la joven *en edad de merecer*, marido, y que ahora no era tan obvio, se llegaron alrededor de 100 personas. La familia era presbiteriana y los invitados pertenecían a este grupo religioso, así que la parte formal inició con una celebración religiosa. En los previos había estado la matanza del *coch*e/cerdo, la preparación de la comida y los adornos de la fiesta.

Martina vivía con sus papás y hermanos como colonos en una de las fincas cafetaleras. Conocía la finca de hacía tres años, pues junto a Jovita y su mamá atendimos el parto de una joven primípara. A la fiesta acudí como amigo de Jovita, que se hacía prima de Martina, pero mi presencia no resultaba extraña pues era conocido por sus papás y varios de los participantes, así que me acerqué con antelación para participar en la preparación de la trabajosa comida y me apunté a la elaboración de la manteca. Participé removiéndolo, pero por el calor que era muy fuerte se ve que no lo hice suficiente y se me ahumó. Las mujeres no me dijeron nada, prefiero no pensar lo que pensaron, pero ellas lo desahumaron con sus remedios.

La vivienda de los colonos de la finca era una continuidad de cuartos, todos comunicados, con un corredor externo cubierto. Mientras cocinábamos los chicharrones en el corredor, una mirada rápida al interior de las viviendas me permitió ver el *caos* total al que ya estaba

acostumbrado. Las camas con sus montañas de ropas; patos, gallinas y perros corriendo junto a las decenas de niños que jugaban al escondite entre las habitaciones.

La fiesta fue en el corredor de la casa del patrón, ausente porque sólo llegaba para los pagos en época de corte de café, y presidida por la osamenta craneal y cornamental de un gran toro que adornaba la puerta. En un extremo del corredor se ubicó el pastor y el grupo musical que iba amenizar la celebración, en el otro extremo los jóvenes y los hombres, en medio, sentadas en los bancos, las mujeres y niños. El paisaje de la finca cafetalera, el colorido de los huipiles de ellas y la ropa americana de ellos con playeras del subway de New York, la cornamenta del patrón y el corredor la de casa patronal tomado por los presbiterianos cantando alabanzas a Dios, era un puzle singular. La imagen de una madre cantando alabanzas con su precioso huipil, y su niño de 7 años con una camiseta de "I love NY", justo debajo de la cornamenta del toro, sintetizaban en ese momento ante mis ojos, la imagen de esa comunidad en movimiento, frente a la de quienes ven a la comunidad inmóvil en el tiempo. Pedí permiso a la mamá para sacar una foto, ella accedió pero el niño mostró su *agency* y dijo que no, escondiéndose tras la mamá. No hubo foto pero me quedé con la imagen volátil y sintetizadora.

El asunto fotos era marcadamente diferencial entre las facilidades que daban mujeres y niños de Pasaquijuyup y la petición expresa de "una copia, una copia", con la resistencia de las mujeres de Las Barrancas, que no de los hombres. En la fiesta, la resistencia estuvo en el niño, pero en otras actividades, como en las educativas en que Jovita reunía a decenas de mujeres, la negativa era continua y el día que me dijeron que sí, en el momento de la foto, una buena parte de ellas se volteó o bajó la cabeza. De nuevo me quedé sin foto, pero contento por su agency. Frente al corredor, un cuñado de Martina pasaba inadvertido mientras él sí grababa la ceremonia en video. Hacía seis meses había regresado de Atlanta (EE.UU.) donde había trabajado por siete años y como él decía "se gana bien, pero no es bonito para vivir. Allí sólo es trabajar y trabajar, y regresé pues aquí tengo mi familia". Le pregunté sobre el caos en las viviendas y su respuesta fue "es la costumbre". Es una respuesta constante a todo lo que se hace, donde la costumbre, en estos casos, parece querer decir, la rutina.

La homilía del pastor, Santiago, antiguo ASC, fue una llamada al orden puro y duro, apeló a la responsabilidad de los padres en la educación de los hijos y en un claro español, recomendó

chicote a los hijos que llegaban tarde a casa y no obedecían: “La Biblia aconseja, permite, recomienda 29 chicotazos para corregir a los hijos que están perdidos en las drogas y llegan tarde a la casa. En Los Agustines hay niños que todavía están en la calle a las 7-8 de la noche, hay maras, drogadicción […]¡Cinchazos!” fueron sus impactantes palabras.

Tras la celebración religiosa, la celebración culinaria, la costumbre, un derroche de tamales de coche, de chicharrones, atole de elote en una demostración de las delicias de la “comida tradicional de fiesta”. Tradicional tamal en el que participa el *coche de castilla*, su nombre ya indica que lo trajeron los españoles, y del que sale la carne, los chicharrones y la manteca. Para *tomar*/beber, los atoles y las colas, el maíz ancestral y la cola centroamericana en versión económica de la norteamericana. Una fiesta culinaria de intercambios alimenticios, entre viejos y nuevos productos procedentes de diferentes mercados. El maíz y el *coche*, la música religiosa y el fútbol de los niños como elementos centrales de la fiesta, estuvieron alejados del imaginario de hamburguesas, Coca-Pepsi y el payaso del McDonald´s.

El final de la fiesta se precipitó con el ruido de la tormenta, que como es costumbre aquí, se anuncia con un par de minutos de antelación y da tiempo de protegerse. El aguacero fue intenso, pero viendo que la hora corría y la tormenta iba para rato, quien más quien menos, se confeccionó su paraguas personal con las grandes hojas de los plataneros con los que regresamos a Las Barrancas distante como media hora a pié. Al llegar al Centro, una vecina me preguntó “¿has venido debajo del agua?”, a lo que respondí dado que en el último tramo ya no llovía, “he venido arriba del agua”, pues cuando dejó de llover el camino era un río. Siempre me ha llamado la atención y a la que sigo sin tener respuesta, esa pregunta generalizada entre los indígenas de toda Guatemala: “¿Ya has venido?”, cuando es evidente que estás enfrente de ellos. La respuesta pasa por confirmar que: “Sí, ya he venido”.

La presencia de la iglesia presbiteriana en Ostuncalco tiene su particular interés y en Las Barrancas es tras los pentecostales (55% de la población pero fragmentado en numerosos grupos), la segunda iglesia en número de seguidores (14%) y con fuerte presencia entre los líderes comunitarios. El tercer grupo religioso son los católicos (8%) y sorprendentemente el 23% respondió no tener religión (185 personas) (INS, 2004). Estos últimos me aclararía Lisandro, ASC de la comunidad, no significaba que fueran ateos o agnósticos, sino que no

iban a ninguna capilla y era el caso de dos de sus hermanos que así se habían declarado, porque preferían ir a jugar al futbol.

La iglesia presbiteriana pertenece al grupo de iglesias evangélicas históricas y que en Guatemala se ha mostrado particularmente comprometida en la labor social, es el caso de Ostuncalco, y también a través de una coordinadora nacional de iglesias evangélicas comprometida con las causas sociopolíticas y el ecumenismo, así como con pastores comprometidos políticamente, habiendo sido uno de ellos candidato a la vicepresidencia de la República por la izquierda ex guerrillera frente a candidatos presidenciales neopentecostales.

Las iglesias evangélicas entraron en Guatemala de la mano del gobierno del general Rufino Barrios en su lucha por romper el monopolio de la Iglesia católica comprometida con los conservadores, a la que confiscaron buena parte de sus tierras –era la mayor propietaria en el país-, expulsaron a sus sacerdotes y religiosos extranjeros y declarando el estado laico.

Los protestantes/evangélicos históricos respondían en buena medida a la idea de progreso y de nación de los liberales-cafetaleros, hasta que las contradicciones internas de los gobiernos llevaron a que el General Orellana pusiera fin a la política liberal en 1921 y al apoyo gubernamental a las iglesias protestantes. En el periodo de la Revolución democrática, 1944-54, especialmente en los últimos años con el gobierno de Arbenz y tras la nacionalización de una parte de las tierras de la United Fruit, los protestantes no presentaron una respuesta homogénea, siendo los luteranos los más activos en las iniciativas reformistas. Con el golpe de Estado de 1954, con el que la Iglesia católica estuvo comprometida recuperó buena parte de sus prebendas asociada a los gobiernos militares.

Si en el siglo XIX, la población indígena había sido impermeable a las iglesias protestantes, donde su mayor presencia había sido entre la población ladina y urbana, a partir del terremoto de 1976 el protestantismo amplió su presencia en el área rural e indígena. Las causas del crecimiento protestante para Schafer (1992), no fueron monocausales ni atribuibles a la “teoría de la conspiración norteamericana” que utilizó un sector de la Iglesia católica, negando la capacidad de los actores sociales para servirse de las creencias en su provecho, “se necesita una reelaboración del sentido, un proceso endógeno, para que se dé una apropiación

coherente y activa". Esto no quita que el gobierno y la derecha cristiana norteamericana, especialmente desde la publicación de los Documentos de Santa Fe I (Departamento de Estado de los EEUU, 1980)[28] sean un factor a tener en cuenta en la promoción de las iglesias pentecostales y neopentecostales.

En 1883 se estableció la primera Iglesia Presbiteriana en Guatemala ciudad y en 1887 en Quetzaltenango. Los primeros misioneros trajeron una imprenta con la que elaboraron hojas informativas sobre salud e higiene, a la vez que fundaron escuelas y un moderno hospital en la capital. La primera visita misionera presbiteriana a Ostuncalco es de 1917 (Scotchmer, 1991) con William Cameron Townsend, experiencia que lo marcó pues queriendo vender Biblias en castellano, tomó conciencia de su "inutilidad, por ser gente analfabeta y su lengua materna otra". La idea de traducir la Biblia a los idiomas mayas era compartida sólo por unos pocos misioneros evangélicos, y la iniciativa no fue de Townsend, pero sí fue quién visualizó la trascendencia de cambiar la modalidad de su misión y que le llevó años después a fundar el Instituto Lingüístico de Verano (Bascom, 2009).

En 1922, los Peck, misioneros estadounidenses, se instalaron en San Juan Ostuncalco y en 1940 acabaron de traducir al mam el Nuevo Testamento, siendo tras la del k´iche´, la segunda traducción a una lengua indígena en Guatemala. Desde entonces, la Iglesia presbiteriana ha echado raíces autónomas en Ostuncalco, contando con una importante red de pastores y capillas, líderes sociales, un Centro Maya Mam en la cabecera municipal que incluye un puesto de salud -no permanente-, con cursillos para promotores de salud, un centro pecuario y un edificio acondicionado para facilitar cursos a quienes lo requieran y en Quetzaltenango, disponen de un Centro Bíblico para la formación de sus pastores.

Pero en Las Barrancas, más del 50% de la población es pentecostal y como en el resto de comunidades guatemaltecas la fragmentación religiosa se relaciona con la descomunalización del mundo rural tradicional y las tensiones subsiguientes, ofreciendo una recomposición a través de la comunidad religiosa en la que todos son agentes activos a la vez que tienen un pastor-patrón como autoridad reconocida. Dada la experiencia de la población que en una

[28] Los Documentos de Santa Fe I (1980) do continuidad en versión reaganiana a la doctrina del presidente James Monroe de 1823, "América para los americanos". La Doctrina de Seguridad Norteamericana publicó en el año 2000 el Documento de Santa Fe IV bajo la presidencia de Bush.

generación ha pasado de finca a comunidad, es de tomar en cuenta como otro elemento más en el éxito del pentecostalismo, la propuesta explicativa de Lalive d´Épinay (1968) y refiriéndose a Chile, la de ofrecer una "comunidad de sustitución" en el paso de patrones tradicionales y señoriales hacia patrones democráticos pero de marginación social, de lucha por la sobrevivencia personal a partir de preocupaciones básicas de salud y de reproducción envueltas en creencias en lo sobrenatural, a la vez que renovando las relaciones de hacienda y patrón dentro de la comunidad religiosa.

En Las Barrancas, la presencia religiosa está en el aire que se respira, se palpa y se escucha en las ondas radiales. La radio local, La Voz del Alto, está instalada en Los Agustines y funciona de manera coordinada por cinco grupos religiosos: iglesia presbiteriana y las pentecostales Divino Maestro, Fuente de Dios […] teniendo cada uno asignado uno o dos días a la semana. Para uno de los locutores, pastor presbiteriano y antiguo ASC, la radio tenía "bastante audiencia y más llamadas desde la Costa Sur que de Ostuncalco, pues las ondas no llegan a tierra fría. Lastimosamente en el área del pilotaje del Programa de salud sólo llega hasta Las Granadillas y dos caseríos de Agua Blanca". Mientras platicaba con él, varias personas pasaron dejando sus ofrendas de 5 y 10 quetzales para el sostenimiento de la radio, cuyo costo mensual era de 225 quetzales mensuales [22 euros y medio] para el pago de la luz. La casita de la radio era sumamente pequeña, pero a diferencia de lo observado en las viviendas, estaba *sumamente* ordenada, y sólo comparable al orden de las iglesias, ambas claramente contra la costumbre. Orgulloso de lo que habían logrado, me mostró los aproximadamente 170 CD y 190 casetes que tenían, todos ellos de cantos religiosos. Cada cierto tiempo pasaban por el radio, llamadas telefónicas de personas que enviaban ofrendas económicas a una viuda cuyo marido había muerto en los Estados y la radio no sólo transmitía música y mensajes religiosos sino que establecía cadenas de solidaridad económica y religiosa ante las emergencias de personas de la región.

Las radios de las viviendas se mantenían al máximo volumen, todo el día, y siempre con canciones religiosas identificables por los ritmos y sollozos con los grupos pentecostales y carismáticos. La variedad de músicas religiosas era notable, desde rancheras a baladas, cada vez menos marimba. Las de más éxito eran las que repetían constantemente un mensaje y que iba progresivamente aumentando en ritmo y volumen. Entre todas las canciones, había una

que destacaba en el hit-parade local. Repetía constantemente, *el poder de Dios*, que con el progresivo aumento del ritmo y volumen, hacía difícil no dejarse llevar por la música y las estrofas. Algunos de sus párrafos eran estos:

Lléname con tu poder, con mi poder, con tu poder
Ayúdame con tu poder, ayúdame, ayúdame, ayúdame

Él a mí me da poder
Él a tí te da poder
Dáme poder
Poder de Dios (20 veces y cada vez más rápido)
Yo quiero tu poder (20 veces y cada vez más rápido)
Poder de mi poder…
Te amo, te adoro… Poder de Dios.
Gloria a Dios (20 veces y cada vez más rápido)
Así se alaba Dios. Sí sí sí sí (hasta 20 veces)
Siento un fuego que me está quemando (10 veces)
Sí (20 veces)
Esta noche me voy a gozar, a sanar.
Invitamos al espíritu Santo para que este culto se ponga bueno.
Esta noche me voy a gozar, a sanar.
Yo me voy a gozar.
Sí (20 veces)
Me voy a quemar, me voy a gozar con Jesús de Nazaret
Yo me voy a gozar, cierra los ojos.
Yo siento un fuego…
Se van los dolores, se va la migraña, se van las infecciones….

Uno de los testimonios constantes de conversión en las familias pentecostales y evangélicas históricas como en las presbiterianas es su relación con el alcoholismo donde sólo la aceptación de Jesús, "sólo Jesús puede salvarle" y es que "el error del alcohólico es no haber aceptado a Jesús, ningún individuo sólo puede confrontar al Diablo y hay que aceptar a Jesús para superar el alcoholismo". Para los evangélicos, los católicos y peor *los costumbristas* eran inmorales por su adicción al alcohol, y van a ser las mujeres, golpeadas por sus maridos ebrios y con los ingresos mermados, quienes encontrarán en las iglesias evangélicas, un importante punto de apoyo e irán incorporando al resto de la familia a la iglesia, y finalmente al hombre problemático.

Para Cantón (1998), las iglesias evangélicas/protestantes y más las pentecostales, sancionan la inferioridad innata de la mujer ante el hombre, como parte del orden natural divino, no modifica la sumisión pero reducen las acciones legitimadas de esa superioridad y las humillaciones a soportar. El discurso moral va dirigido a controlar los excesos de los hombres,

el límite de la obediencia de la mujer al hombre es cuando éste desobedece a Dios, por lo que insta a éste a respetar a la mujer, a combatir el alcoholismo y el adulterio, así como aplicarse en el trabajo. Al interior de la iglesia, el papel que juegan las mujeres en las iglesias evangélicas y pentecostales es más importante que en las católicas. Las mujeres que tienen esposo no converso pueden actuar independientemente de éste, y la iglesia les aconseja tomar las riendas del hogar para transformarlo, dándole poder, autoridad y responsabilidad que matizan su subordinación. El resultado es que cuando una mujer logra que el hombre no la maltrate, deje el guaro, deje las amantes y mejora un poco la economía, lo vive como un milagro. Los hombres "conversos" también lo viven como un milagro. Las mujeres de Las Barrancas reconocían mejores relaciones con sus maridos tras las conversiones, pero para varias de ellas: "algunos siguen cometiendo errores, pero deben ser comprendidos y aceptados como parte del proceso de salvación".

En estos lugares, de capillas cristianas bien visibles y cerros ceremoniales bastante invisibilizados, pudiera pensarse que éstos pasaron a la historia y que la batalla la ganaron las primeras. Pero las capillas se construyen sobre los significados de los cerros, se entremezclan los magmas y paradójicamente, son los pentecostales, para quienes todo lo tradicional es la representación del diablo, quienes más lo expresan bajo las nuevas representaciones y prácticas religiosas, pero también se hace presente para los católicos y evangélicos bajo la práctica biomédica en la que el medicamento tiene un lugar particularmente mágico.

En el ámbito de las continuidades ideológicas, hay ciertas claves entre el universo simbólico tradicional indígena y sus terapeutas tradicionales con el universo pentecostal y sus sanadores religiosos (Vallverdú, 2008: 62, 71, 129, 148-151) (Sanchiz, 1995: 46) (Fortuny, 1994: 61). Así la persona obtiene el poder de sanar tras la experiencia de una enfermedad que difícilmente curaba hasta que aceptó su misión y las concepciones y prácticas curativas pentecostales entroncan con la cosmogonía y prácticas indígenas tradicionales. En Las Barrancas, la lógica pentecostal de situar las causas de enfermedad en el orden divino, maléfico y natural, parecen ser una continuidad con el universo tradicional indígena. Si costumbristas y pentecostales creen en las causas sobrenaturales de algunas enfermedades, los primeros recurrirán al curandero, shaman, zahorín, ajq´ij e irán al cerro donde harán sus ceremonias con candelas y gallos, y los segundos acudirán al pastor que los curará por la fe

y la oración. A pesar de que han sido destruidos los dos centros ceremoniales que se conocían, algunos pentecostales de Las Barrancas reconocen en voz baja, que a veces también acuden al cerro.

Las transacciones entre lo tradicional, lo cristiano y la biomedicina se hacen evidentes en el pastor evangélico de Agua Blanca, comunidad cercana a Las Barrancas, que "cura de susto a través de la imposición de las manos, utilizando yerbas, regando licor en el rostro, con la oración y aconsejando algunos medicamentos según la clase del susto". La presencia de lo mágico-religioso también se hace presente en los ASC, en las oraciones y apelaciones a Dios para las curaciones, y en su relación con los hechizos:

> "En Las Barrancas no hay hechizos porque todos somos evangélicos, pero que los hay, los hay. A mí me pasó hace 8 años y no se me olvida. Me sucedió cuando abrí la puerta, había un palo y me lo clavé en el pié. Estuve 20 días que no pude poner el pie en el suelo. Estaba bien hinchado, se miraba bien negro y algunas vecinas me dijeron ¡vete al hospital y te lo van a quitar! ¡ya se te pudrió el pie!
>
> Hacía algún tiempo una joven de la comunidad me había maldecido, porque pretendía a quien era mi novio, y me dijo que me iba a quitar, y que si no lo lograba, me iba a recordar toda la vida pues iba a sufrir como nunca. Después me sucedió lo del palo y pensamos que esa joven pudo haber colocado el palo y haberle puesto alguna sustancia. Ella cuando me veía se reía y confirmaba que estaba recibiendo el sufrimiento que yo le había hecho, por haberme llevado el chavo. Me tuvieron que llevar con otro curandero/brujo, y confirmó era un *malhecho*, que estaba difícil curarlo pues era muy fuerte. Tuvo que hacer mucho esfuerzo para darle la vuelta. Ahora me ha quedado un poquitillo de seña y a veces siento como que tiene materia, me duele, más cuando la luna está pequeña que es cuando duelen algunas heridas, así dice mi abuelita.
>
> A un mi primo también le sucedió, sentía cosquillas, como que tenía alguien en la espalda y cuando le tocaban la espalda se le quitaba. Luego el hechizo se le pasó a una prima, luego ésta a un su tío, éste a una vaca que quedó paralizada de las piernas de atrás y no podía levantarse. Hicieron oraciones, la levantaron con una polea, pero no se

compuso. Su becerro dejó de mamar, la vaca le había pasado el hechizo y despeñaron al becerro" (Jovita, ASC de Las Barrancas, presbiteriana, 2007).

El *hechizo* también es un recurso en Ostuncalco que utilizan diferentes personas para no ser estigmatizadas, y que me relataron varios ASC de otras comunidades del Programa:

"Un hombre de 48 años que estaba en Los Estados, casado y con hijos, lo amarraron y sacaron de la casa en la que vivía por no bañarse. Eso le pasó por envidia de otro chavo de la casa, pues a éste le iba mal en Los Estados, y a él bien. Regresó a San Juan y tenía audiciones que le decían para salir en la noche, le quitaban las láminas del tejado […], el hechizado quemó la ropa, los cortes de su mujer y cuando su mujer apagó el fuego, él tiró los restos a la basura. Los doctores no le han curado y piensa que fue un hechizo por parte del envidioso. Cuando le duele la cabeza está normal; hay periodos en que está bien y otros mal. Lleva así un año" (Cristina Fuentes, ASC de El Tizate, católica, 2007)

"Una mujer de 36-38 años entregó las tortillas en un pañuelo de cocina a su esposo y éste perdió el pañuelo. Un día lavando la ropa en el río, vio que otra mujer lo tenía y se pegó con ella, acusándole de ser la amante de su esposo. La otra en el choque lo confirmó. No han logrado curarla de su locura" (Cristina Fuentes, ASC de El Tizate, 2007)

"La mujer tenía 35 años con hijos y esposo, tomaba bastante, era alcohólica, y decía que estaba embrujada. Tenía su menstruación por dos dedos de la mano [mostrándome las yemas de los dedos para corroborar el hecho], una vez por un dedo y otra vez por el otro. Tenía al menos dos años sin ver la regla normal. Murió ahogada, asfixiada, rodeada por su familia". (Micaela Len, ASC de La Nueva Concepción, 2007)

"También hace años hubo otro embrujado… estaba loco y lo tenían atado con cadenas. Murió" (Micaela Len, ASC de La Nueva Concepción, presbiteriana, 2007)

Mi primera comprensión del hechizo o embrujado es de ser un recurso cultural para evitar el estigma social ante situaciones que desbordan la capacidad de resolución por parte de la

persona y/o familia, un embarazo fuera del matrimonio, ante padecimientos no explicables, en el alcoholismo, un padecimiento mental. Al ser socialmente reconocido como *hechizo* –aunque no exista formalmente para los evangélicos- se traslada la responsabilidad fuera del ámbito personal y familiar, y no adquiere el carácter de estigma social con las consecuencias de crítica, sanción y/o aislamiento subsecuentes. Nombrar la situación como hechizo actúa de protector ante las consecuencias sociales de rechazo que provocaría la estigmatización. El hecho de que algunos murieran entra dentro del grupo de padecimientos que no pudieron ser explicados o resueltos a nivel comunitario.

En esas aparentes polaridades de tradicional vs moderno, y de costumbrismo vs pentecostalismo, comunidad aislada vs comunidad emigrante/en movimiento (Camus, 2007), lejanía de Quetzaltenango en picop vs cercanía a Chicago a través del móvil, todos ellos tan característicos de Las Barrancas, siempre me llamó la atención el *saludo reverencial* –generalizado en Ostuncalco- de bajar la cabeza por parte de los niños al saludar a un adulto. El saludo no era sólo de los niños a los ancianos sino también de adultos jóvenes a los ancianos, entre los que me incluyeron por mi pelo canoso, así que por varias veces tuve que poner mi mano sobre la cabeza de los menores. La tradición y modernidad se entremezclan en la superficie y en las profundidades de estas tierras volcánicas, y en donde tras las aparentes paradojas, sigue corriendo el hilo caliente de lava de las resignificaciones que ligan los magmas antiguos y nuevos.

Comunidades en ebullición volcánica

Ambas comunidades, Pasaquijuyup y Las Barrancas se ubican en las faldas occidentales de la cadena volcánica que atraviesa de sur a norte el continente americano, y al igual que las comunidades, el continente se mueve, desplaza, dos centímetros y medio por año hacia el occidente geográfico (Eicher y McAlester, 1980). La cadena volcánica en el área guatemalteca incluye 324 orificios eruptivos, 37 conos volcánicos, aunque generalmente se habla de 33, de los cuales 11 se mantienen activos (Sapper, 1925:116) (Godoy Herrera, 1999: 25) (AVI, 1958) y sobre ella se asientan ambas comunidades, en donde los magmas del *inframundo de Xibalbá*, sigue entrelazándose con los magmas exteriores en los que bullen las comunidades, forjándose un calidoscopio de identidades indígena, religiosa, de género, moral, de viejas y nuevas divisiones así como de cambios generacionales.

Lanceros (2003: 155-156) sitúa a Durkheim, lejano pero a veces cercano a Castoriadis, al considerar que "una sociedad no está compuesta tan sólo por la masa de individuos que la componen, por el territorio que ocupan, por las cosas que realizan, sino ante todo, por la idea que tienen sobre sí misma". Y ese paisaje volcánico y humano al que nos acercamos ha vivido un proceso de cambio explosivo, creativo y destructivo, como en "la lógica del volcán" (Castoriadis, 1989), "de agitación subterránea del imaginario radical frente a la lógica del progreso lineal, definido y determinado. En esta lógica volcánica, el magma en fusión de las significaciones imaginarias, ha sido violentamente expelido y derramado en forma de lava, cubriendo las significaciones instituidas y haciendo posible por enfriamiento, la consolidación de otras nuevas".

Así es la Bocacosta, un paisaje volcánico e indeterminado, de continuos cambios como bien saben los pobladores del Nuevo Palmar y de la finca Maryland, remeda a la lógica magmática e imaginarios de Castoriadis, en el "reconocimiento de la incerteza de la ciencia, de la parcialidad de todo conocimiento frente a la certeza como coagulación de todo saber posible, y la propuesta de terminar con la ilusión, de que la subjetividad pueda quedar por fuera de todo saber" (Lanceros, 2003: 154-160). Así la *comunidad*, magma insignia de la identidad étnica frente al otro, se ha conformado en un proceso histórico volcánico en el que se ha significado,

imaginado y vuelto a resignificar y reimaginar. En las últimas décadas se ha vivido un periodo explosivo histórico que ha mantenido en movimiento a la comunidad, desde su experiencia étnica, religiosa, de género, moral, violenta, en un trenzado de *niveles* (Der Geest, 1990: 1025-1034) del que nunca ha estado fuera, nunca aislada, y en el que se muestra, la agencia de los subalternos. Frente al visitante que observa buena parte de los volcanes apagados, comunidades tradicionales, reificadas e intemporales, idealizadas o estigmatizadas, a poco que se viva en ellas se observa la ebullición de las comunidades.

Imagen 18

Volcanes y Bocacosta de Guatemala

La comunidad indígena

El desarrollo de este apartado se hizo en base al estudio que en su tesis realizó Santiago Bastos (2000) y que autorizó su utilización para el presente trabajo.

La *comunidad* es uno de esos magmas identitarios que en sus cambios ha mantenido una continuidad y referente básico de la etnicidad indígena. Es el fruto de la continuada relación del poderoso –español, criollo, mestizo o ladino- con el indígena como sujeto colectivo, y la forma en que sus comportamientos colectivos se han ido convirtiendo en normas culturales a través de la *experiencia histórica* del grupo (Bastos, 2000: 32-36, 70-78). Como efecto de esa experiencia, la identidad y las instituciones sociales, las relaciones sociales intracomunitarias, han llegado a concebirse desde una perspectiva *microholista* (Dumont, 1996), por el paso de la

sociedad precolombina holística a circunscribirse a los límites sociales y simbólicos de la comunidad, y que tienen un sentido diferente a quienes no son indígenas. A diferencia de las *comunidades corporadas cerradas* de Wolf (1957), tal holismo, no se debe al aislamiento, sino al hecho de ser comunidades étnicamente definidas, que han estado y están históricamente inmersas en unas relaciones marcadas por la subalternidad con el resto del conjunto social (Bastos, 2000: 70-78).

Esta visión holista se puede resumir en tres elementos: a) el individuo, y por tanto su comportamiento, es considerado en tanto miembro del grupo más que por sí mismo; b) el grupo que se halla social y simbólicamente estructurado de una forma jerárquica; y c) el privilegiar la colaboración colectiva (De la Peña, 1993: 256). La visión holista no debe confundirse con homogeneidad cultural, social, económica o a que no haya habido divisiones ni tensiones, sino que éstas se dan, dentro de ese tipo de concepción social específica y en parte diferente a la individualista. La jerarquía es intrínseca a la comunidad, y aunque en principio no se basa en diferencias socioeconómicas, éstas pueden ser incorporadas a la jerarquización de formas diversas.

La defensa de la tierra (Wolf, 1957) es el elemento sobre el que surge la comunidad corporada y las instituciones que la caracterizan. Desde los momentos en que se empiezan a crear las instituciones que darán vida a la comunidad indígena, el trabajo de la tierra se convirtió casi en el único medio de subsistencia para el grupo y el hecho de que la agricultura siguiera basada en el maíz, permitió dotar de un sentido de continuidad a la relación con la subsistencia, y dar a este producto una importante carga simbólica. La construcción social de la comunidad: las instituciones, los rituales, las formas de organización del parentesco y sus lógicas, se organizaron alrededor de la vida campesina, adquiriendo un carácter simbólico tanto la comunidad como el territorio en el que se asienta (Bastos, 2000: 28, 70-78).

La situación de *con el agua al cuello* de la subsistencia cotidiana refuerza los significados de las relaciones sociales *corporadas* asociadas a la vida comunitaria, al darles un sentido más: el de la reproducción cotidiana del grupo. Y, si tenemos en cuenta que esta comunidad está étnicamente definida y ello conlleva una importante necesidad de solidaridad frente al “otro”, este *patrón de derechos* adquiere un significado de *pervivencia* en una situación de

discriminación y explotación institucional, por lo que la cohesión doméstica y comunal son elementos reforzados por encima de su significado de mera subsistencia, convirtiéndose en base de las *premisas* en que se basa el comportamiento comunal (Watanabe, 1990) (Bastos, 2000: 31-36, 70-78).

La corporatividad hace referencia a las *formas* que toman las relaciones sociales, mientras que el holismo se dirige hacia las *concepciones* en que se basan esas relaciones. La comunidad va ser entendida como una forma de concebir y ejercer las relaciones sociales entre quienes forman parte de ella y por tanto al significado que se da a esas relaciones, éstas van a ser las "urdimbres" desde las que se signifiquen los cambios de los indígenas mayas (Bastos, 2000: 70-78)

Frente a esta experiencia histórica, las relaciones de los *no indígenas* con la tierra y la agricultura de subsistencia toman otras características. Ya desde la colonia prevalece en ellos, la tenencia privada sobre la comunal y, de la misma forma, las actividades agrícolas no se dotan de ese sentido de pervivencia social, más allá de su contenido de subsistencia. Por otro lado, también desde los inicios del surgimiento de este grupo, su conexión con las actividades mercantiles y salariales son tan o más importantes que las campesinas. Por todo ello, lo que para los no indígenas signifique "ser campesino", será algo muy diferente a lo que suponga entre quienes sí han pasado por la experiencia histórica de ser indígenas en comunidades (Ibíd., 31-36).

En esta pervivencia de la comunidad, los k´iche´es de Ixtahuacán y Nahualá –a la que pertenece el caserío de Pasaquijuyup- lograron mantener la propiedad sobre una buena parte de las mismas, no sucedió lo mismo con los mames de la aldea Las Barrancas, a quienes en nombre del progreso de la nación, les fue usurpada por los cafetaleros a mediados del siglo XIX. Ambos colectivos son de formación reciente, tres generaciones con antecedentes comunitarios en Pasaquijuyup, y con una generación a la salida de las fincas en Las Barrancas, pero su identidad étnica los lleva a identificarse a ambos a través de la *comunidad*, la comunidad indígena. Y es que el sentido de pertenencia a la comunidad indígena, se extiende a las fincas donde los colonos, trabajadores y residentes permanentes en la misma, a través de sus promotores de salud consideraban que vivían en comunidad, y excluían de la misma al

finquero y capataz, así como a los migrantes temporales que llegaban en los tiempos de corte (Albizu, 1999b).

Estas comunidades se encuentran hoy ante nuevos retos, la lucha por mejorar sus condiciones de vida, las diferentes oportunidades individuales, la migración al Norte, la violencia intracomunitaria y los límites del sistema político-económico nacional e internacional. Las *explosiones volcánicas y terremotos* comunitarios de los últimos 50 años tuvieron el desarrollo comunitario y la lucha por los derechos sociales y políticos como reto e imaginario social. Hoy la *comunidad* se mantiene como referente pero con nuevos significados.

La comunidad religiosa

El magma religioso es centro de polémicas entre quienes ven a las iglesias evangélicas como grupos exógenos, recolectores de los desperfectos en que ha quedado la sociedad guatemalteca tras la violencia política y la pobreza, y quienes lo ven como un proceso endógeno fruto de esas mismas condiciones. Mientras desde fuera se condena de alienación a los conversos al pentecostalismo, ellos se consideran liberados.

Las tres oleadas de cristianismo han sido exógenas, la primera y católica vino con la espada de los españoles, en el siglo XVI, la segunda y protestante, con los liberales queriendo acabar con el monopolio católico-conservador en el siglo XIX, y la tercera y pentecostal, tras el terremoto del 76 y la violencia de los 80 del siglo XX. Todas las oleadas cuando enraizaron entre la población campesina-indígena fuero resignificadas y "si el culto católico costumbrista encontró afinidad electiva con el chamanismo ancestral, los nuevos grupos carismáticos y pentecostales parecen también encontrar en el milenarismo, las prácticas taumatúrgicas que reviven, la glosolalia y la práctica del exorcismo, la continuidad con el universo ancestral indígena, rasgos religiosos que los indígenas seleccionan y hacen suyos" (Bastián, 2008: 26-27).

La desestructuración comunitaria fruto de la violencia de los años 80, de los cambios sociales, la pobreza y la falta de oportunidades entre otros condicionantes ha propiciado el pentecostalismo y el movimiento carismático entre los católicos pues ofrecen para Bryan

Wilson (1981) una religión que se centra en el grupo y unos rituales donde la expresividad e intensidad, atribuidos a la cercanía con Dios, ofrece un alivio inmediato ante una situación social tan desfavorable. La frialdad y alta pasividad con que se vive el ritual católico tradicional contrasta con el entusiasmo, gozo y "experiencia de corazón" con que se vive en los rituales pentecostales, contraste que ha persistido en el medio urbano católico pero que en el medio campesino ha tenido que transformarse adoptando muchos elementos de entusiasmo carismáticos. Para Lalive d'Épinay, la adopción de estos nuevos credos religiosos debe buscarse en la presencia de problemas, a los cuales da respuestas y soluciones eficaces, su adaptación al lenguaje social y cultural del nuevo contexto, en el que las *propuestas de salvación* adquieren gran peso (Sepúlveda, 1995:55).

Dentro de la violencia de los 80 quiero destacar dos colectivos que tras padecer la política de tierra arrasada y genocidio, tras el trauma social tuvieron diferentes trayectorias como comunidades religiosas. Por un lado el colectivo de refugiados en México y Honduras que tras el trauma inicial, individual y colectivo, tuvieron oportunidades de elaborarlo y encontrar explicaciones políticas al terror vivido y asumir el hecho religioso en la diversidad y con presencia católica de la teología de la liberación a través de la Iglesia Guatemalteca en el exilio y de la diócesis de San Cristóbal de Las Casas. El otro colectivo fue conocido desde el exilio y refugio como población "bajo control del ejército" del que varios miles vivieron por años en "aldeas modelo", campos de reinserción y educación del ejército. Este último colectivo vivió una "crisis de la presencia" (De Martino, 1977), al vivir un cataclismo social por la disolución y pérdida del sentido de las acciones humanas, un marasmo que cerró el paso a la posibilidad de imaginar la continuidad de la propia existencia individual y comunitaria y de explicar las relaciones causales discernibles tras las masacres. La elaboración bajo control de sus victimarios llevaron a una nueva relación con el mundo, una crisis que se atravesó y dominó con la conversión religiosa, un rescate colectivo mágico en el que debieron convertir la nueva religión pentecostal y su pastor, en el chamán protector, y al ejército victimario en su amigo salvador. La conversión fue un segundo nacimiento a nuevas formas de vida en donde paradójicamente parte del objetivo del ritual mágico fue "hacerse amigo del enemigo" pues solo mediante su ayuda podían rescatar la crisis de la presencia (Fernández-Savater, 2011) (Kwiatkowski y Burucúa, s/f).

En relación con la población en general, hay quienes enfatizan en el carácter exógeno del pentecostalismo que lo relacionan a su conservadurismo socio-político, al rechazo de las organizaciones sociales incluidas a veces las comunitarias, la aceptación acrítica de las autoridades políticas y el movilizarse exclusivamente en su *comunidad religiosa*. Lo que se comprende es que ante la crisis social, los nuevos grupos religiosos ofrecen los atractivos de la utopía salvadora, de la seguridad de la comunidad religiosa, el acceso abierto a liderazgos religiosos, cautivar emocionalmente y la mejora de la vida a través de una simple decisión personal, la de rendirse a Cristo.

El malestar social es descrito, a veces, como *anomia*, concepto descrito por Durkheim, como el vacío de reglas que orienten la vida de las personas en la sociedad. Si para Lalive d'Épinay la respuesta pentecostal a esta anomia es la reconstrucción idealizada de la comunidad tradicional a través de una comunidad sustitutiva que vive más orientada al pasado tradicional; para Gabriel Salazar, no es la anomia, sino la frustración ante el proyecto de vida en la comunidad desestructurada, es una crisis de sentido, en donde *la experiencia pentecostal* se presenta como la oportunidad de una biografía vivible, con un sentido posible para la vida, donde la experiencia religiosa para Gartaxo Rolim da la oportunidad de poder ser protagonista y no simple usuario (Sepúlveda, 1995: 51-58). La experiencia pentecostal brinda un camino de salvación y de sentido de vida posible capaz de responder eficazmente a la crisis de sentido de los sectores populares, a las oportunidades que le ofrece la sociedad en general. La experiencia pentecostal abre las puertas a una experiencia de Dios sin mediaciones, en un lenguaje verbal y no verbal, que se alimenta con la incorporación a una comunidad de personas que comparten la experiencia y celebran en solidaridad afectiva y efectiva con los nuevos hermanos.

El desarrollo del pentecostalismo tiene sus matices entre la población urbano-marginal y la rural. Para Bastián (1994), su éxito entre la población urbano-marginal, muchas veces de reciente ingreso en las ciudades despersonalizadoras, reside en la posibilidad de su reestructuración, de convertir al pobre en actor social, de objeto en sujeto social, la capacidad de activar estrategias de defensa comunitaria para asegurar la supervivencia en medio de la crisis económica, y favorecer la búsqueda de una comunidad, de un nosotros y de un sentido de pertenencia a un grupo de referencia y de protección.

En el ámbito rural indígena es la comunidad corporativa y holística que entra en crisis, donde la experiencia más cercana ha sido la violencia política extrema, la pobreza y una mayor diferenciación social a partir de la migración al Norte, el comercio, el estudio y que acotaría la reestructuración, reorganización y participación al ámbito de la comunidad religiosa, a la comunidad de sustitución, a la comunidad pentecostal o carismática. La nueva delimitación simbólica de la comunidad parece caminar para una buena parte de los comunitarios, especialmente pentecostales, por la dimensión religiosa en detrimento de los anteriores lazos comunitarios (Sanchiz, 1995).

A diferencia de las clases medias y bajas, urbanas y rurales, las clases altas guatemaltecas encontraron desde finales de los 70 y principios del 80, en el neopentecostalismo, la justificación a su "misión dirigente y liberadora del mundo". Desde ella, trenzaron su racismo con la manifestación de que indígenas y pobres son la manifestación del alejamiento de Dios y en consecuencia una expresión demoníaca, justificando el genocidio de los 80, de los indígenas/ comunistas/diablos, con una religión que les proporcionaba la tranquilidad en sus conciencias y frente una Iglesia católica que denunciaba las desigualdades sociales, económicas y la represión gubernamental.

Frente al catolicismo de la costumbre (Bastián, 2008: 26-27), los nuevos grupos religiosos son portadores de una modernidad relativa, sin dejar de seguir ancladas en el imaginario ancestral indígena. La adhesión a las organizaciones protestantes, pentecostales y de otra índole, implica a la vez un rechazo del ritmo festivo-cíclico y una correspondiente desacralización del tiempo impuesto por el calendario católico-costumbrista. La ascesis practicada por los actores sociales indígenas, no es fruto de una ética proveniente del puritanismo anglosajón, sino que sirve ante todo de instrumento de rechazo a las manipulaciones simbólicas y a las coerciones económicas ligadas a la fiesta ritual costumbrista. No surge con, ni crea un espíritu emprendedor entre los conversos que sobreviven y tampoco las conversiones son manifestaciones de una privatización y de una individualización del creer, y contra la racionalización teológica, el recurso a lo mágico subsiste a través de la efervescencia pentecostal.

El imaginario religioso vuelve a florecer con fuerza ante la debilidad de otros imaginarios, y al acercarse a las comunidades, caseríos y aldeas, las capillas seguirán siendo puntos visibles

de esa pluralidad religiosa que se teje con las antiguas y nuevas viviendas, éstas muchas veces fruto de las remesas de dólares. Por momentos parece que la comunidad étnica se convierte en mito viviente, pues siguen siendo referencia identitaria étnico-cultural, pero no ya como corporativa y holística, cualidades que parecen corresponder ahora más a las comunidades religiosas. Las comunidades religiosas además de su microholismo, acotado al pequeño grupo religioso, excluyente para los vecinos y paisanos que no pertenecen a la iglesia, son a su vez, macroholísticas, al participar de comunidades cristianas internacionales, sean católicas, evangélicas o pentecostales.

La comunidad genérica

El género es en la Guatemala indígena motivo de controversia entre dos interpretaciones divergentes, entre la perspectiva de la complementariedad y la del conflicto. Si en la primera se apela a una división y complementación de trabajo, de las cualidades masculinas de los hombres con las femeninas de las mujeres, de la igualdad en la diferencia; en la segunda se encuentra la vivencia cotidiana de una desigualdad en los trabajos, en la toma de decisiones y de control de los hombres sobre las mujeres que cada vez es más cuestionada. El presente conflictivo es interpretado especialmente por un sector de la intelectualidad maya como *contaminación* del mundo externo ladino, y por las mujeres ASC, tanto por las de Bocacosta Sololá como las de Ostuncalco, como injusto por ser manifiestamente desigual.

El debate de perspectivas entre complementariedad y conflicto se aproxima a la de interculturalidad en salud, entre la complementariedad sin pasado histórico y *reto* para construir el presente-futuro, y el conflicto como pasado-presente, *de hecho,* para construir el futuro. Si los primeros apelan a una particular interpretación del pasado, de la complementariedad sustancial de la cultura maya y de trabajar en su reconstrucción; los segundos apelan a la experiencia cotidiana y a la equidad a construir.

Resulta especialmente clarificador para ambas perspectivas, el estudio sobre los cambios en el estatus de la mujer a lo largo del relato del Popol Vuh (Nota 6) realizado por Dora Luz Cobián (1999) como resultado de los cambios profundos en las estructuras socioeconómicas que produce el paso de una sociedad colectiva a una sociedad de castas, y de la alianza de mujeres

a un cuadro de conflicto y falta de solidaridad entre ellas. La hipótesis del trabajo de Cobián, está en que el descenso del estatus de las mujeres va de la mano del avance de la tecnología, del conocimiento del proceso de desarrollo de la semilla del maíz. En el relato, el género femenino se inicia con la figura de Ixmucané, identificada con la sabiduría, con funciones cosmológicas y socialmente directoras, continuada con diosas nombradas en términos de creadoras de cultura, para ser posteriormente hijas y hermanas, con funciones de apoyo y sin nombre propio. En el paso de ser *ente nombrado* a *ente anónimo*, el grupo pasa de la recolección a la agricultura, y el elemento femenino, *diosa*, protagónica de la primera etapa, se va transformando a *semidiosa*, *semi-mujer* y *mujer*, cada vez más incapacitada para producir en la agricultura, en la medida que lo hace el hombre y ella pierde valor.

Al inicio, Ixmucané está al lado de su cónyuge Ixpiyacoc participando equitativamente en la creación del universo quiché y de los primeros seres humanos. Las deidades aparecen en parejas, cada una con su consorte y vale decir, que no existen diferencias en términos de poder. Ixmucané representa la etapa recolectora que requiere poder sobrehumano, en términos de magia, y dicta normas sociales e imparte castigos a quien no cumple las normas. Ixpiyacoc desaparece del relato, una vez cumple con las funciones de inseminación, dejando a Ixmucané como protagonista. Ixmucané vivía en la superficie de la tierra, distanciada de un submundo que viene en ascenso y frente a la incapacidad para evitar la muerte de sus hijos, cuando fueron llamados por los Señores de Xibalbá, el inframundo. Queda como madre y abuela al cuidado de hijos y nietos, conmovida por la separación y por la pérdida de poder, ya que no puede dirigir el curso de los acontecimientos que llevarán a la muerte a sus dos jóvenes hijos en la plenitud de su vida.

Una hija de Xibalbá, Ixquic, queda embarazada con la cabeza colgada del árbol de la fertilidad de uno de los hijos muertos de Ixmucané. De este embarazo nacen los gemelos que representan la unión del inframundo con el supramundo. Cuando Ixquic llega con Ixmucané, ésta le ordena recolectar las mazorcas, reconociendo Ixmucané que ya no puede producir hijos ni suficientes alimentos para el crecimiento de la población. Es Ixquic quien multiplica la cantidad de alimentos, ya que es hija del inframundo, *lo oculto bajo la tierra*, quien conoce el proceso de germinación de la semilla, y madre a través de los hijos muertos de Ixmucané, de la nueva generación que une el conocimiento místico y espiritual de la superficie con el

productivo y científico del inframundo. Los gemelos de Ixquic, hijo e hija, configurarán el sol y la luna, los astros que faltaban para completar el firmamento y el ciclo de la vida, representan la luz y la oscuridad, el calor y el frío, jugando un papel preponderante en el proceso de germinación de la semilla y en la determinación de los ciclos de fertilidad.

Ixquic sabe lo que Ixmucané no sabe, que la gestación de la semilla no es resultado de la magia, sino un proceso que comienza con la colocación de la semilla bajo la tierra, significando el paso de la recolección a la agricultura. Ello llevará a los sucesivos hijos de Ixquic, a ser expertos agricultores, que les permitirá llevar una vida sedentaria como la sociedad maya-quiché se plantea en ese tiempo. En el periodo de consolidación de la agricultura, los representantes del elemento masculino, los semi-hombres son creados por los dioses, antes que las semi-mujeres que tendrán funciones de acompañamiento, placer y procreación. Ellas son ahora descritas por su apariencia y funciones, mientras que los hombres lo son por los atributos de su carácter. Los nombres de ellas serán Mansión de los colibríes, Mansión de los guacamayos, Mansión del mar […], Mansión las liga al ámbito doméstico, y sugiere estatus frente a casa, condición acomodada con respecto a las mujeres, pero en inferioridad con respecto a sus maridos. Colibríes, guacamayos, por su colorido, tienen función estética, y el agua no es cualquiera, sino escogida, selecta. Las féminas pasan a ser apoyo limitado del marido, pues el atributo positivo en la agricultura será la juventud, virilidad, fuerza física y masculinidad. Ellas pasan a ser, apoyo limitado del marido.

Las mujeres de la última generación son ya seres humanos y se les aprecia por rasgos tales como la virginidad, la belleza, sus modales y el grado de obediencia. Ellas ya no tienen nombre propio y se refieren a ellas por su categoría genérica o por aspectos de su apariencia física y conducta social, así Deseable y Agradable. La referencia mítica, fundante e histórica, es un relato que justifica el poder de los linajes maya-quiché sobre el resto de pueblos cakchiquel, tzutujil, mam y otros, pero pocas veces ha sido estudiado desde la perspectiva feminista y el reconocimiento que en la etapa final histórica del Popol Vuh, la caracterización del sexo/género en la misma se acerca a las características del género en Pasaquijuyup y Las Barrancas realizado por Aura Marina Yoc (2006).

En el estudio de Yoc, al igual que en el Popol Vuh, es invisibilizado el trabajo de las mujeres y niños en la agricultura. Los niños y niñas inician en el trabajo agrícola a los 6-8 años, y lo comparten con sus estudios de primaria. Las mujeres de Pasaquijuyup trabajan en el campo pero no hay una representación en el discurso, de niños y mujeres trabajando en el campo, y el relato es que "eso es trabajo de hombres". A poco que se insista, confirman la participación de las mujeres sin percibir la contradicción, contradicción que para ellos no existe, pues responden al ámbito de responsabilidades de cada quién, no a lo que realmente hacen. En Las Barrancas se reconoce el trabajo de las mujeres en el campo, siempre que éste sea en la finca y tenga por tanto reconocimiento económico.

En Pasaquijuyup, las mujeres participan en la siembra y cosecha de maxán, pero no es permanente, siendo mayor su participación en noviembre-diciembre, por la mayor demanda de maxán para los tamales navideños. Los ingresos generados de la venta de maxán son administrados por los hombres, mientras que los generados por la venta de productos como hierbas, huevos, gallinas que han estado bajo la responsabilidad de las mujeres es gestionado por ellas. Los hombres toman la primera decisión sobre los gastos relevantes y relacionados con su ámbito productivo, pero con frecuencia lo consultan con sus parejas, mientras que las mujeres gestionan lo correspondiente al ámbito doméstico.

En Las Barrancas, lo expresado por las seis familias entrevistadas (Yoc, 2006) es que la toma de decisiones se espera sea compartida a nivel familiar. En dos de las familias, las decisiones importantes recaen en los ancianos, y son varios los hombres que consideran que las mujeres no deben tener dinero propio, porque su deber es compartir la pobreza con su esposo. Esta parece ser una queja de los hombres, cuyas mujeres trabajan en las fincas por la autonomía que les da tener su propio dinero. En Las Barrancas, hay un considerable grupo de mujeres que son jefes de familia por tener su esposo en el Norte. Esta situación las lleva a una autonomía variable, desde quienes su marido les concede confianza en la gestión, a quien ha delegado en hermanos, suegros, padres o cuñados, la gestión económica de las remesas y para todas, salvo excepciones, existe un fuerte control social sobre sus movimientos. La migración de los maridos al Norte ha promovido la presencia de mujeres en las asambleas comunitarias, pues es exigencia de la comunidad que de las familias participe un o una representante, tanto para la

toma de decisiones, como hacerse cargo del pago que supone no participar en las tareas comunitarias.

Si en el ámbito del trabajo agrícola, el trabajo de las mujeres y niños es invisibilizado, en el trabajo doméstico la participación del hombre se invisibiliza poco, pues su participación se relacionada con el traer y cortar la leña a usar en la cocina, trabajo que es compartido con mujeres y niños. También con el mantenimiento y mejora de la vivienda, al igual que el predio donde está situada, ya que en ambas comunidades están en terrenos con pendientes y se prestan a los pequeños o grandes deslaves.

Debido a que en Pasaquijuyup hay una pequeña producción de hierbas y animales domésticos para la venta, los días de mercado es común que mujeres y hombres acudan al mercado de Santo Tomás, ellas para vender sus productos y ambos para hacer las compras. En el caso de Las Barrancas, frecuentemente son los hombres quienes acuden al mercado de Ostuncalco a hacer las compras relacionadas con la alimentación y ropa, así como por las ventas del café. En una y otra comunidad, las personas de edad avanzada se mantienen trabajando en el campo "hasta que pierden la vista o por enfermedades crónicas". La división de trabajos y la diferente carga simbólica que conllevan, nos acerca más a una relación desigual que equitativa en cuanto a poder y simbolismo.

El proceso de salud/enfermedad/atención es también un campo en donde se muestra el género (Morales, 2002). Los hombres de ambas comunidades comparten que los centros de salud son para todos, pero ellos van menos "pues nosotros aguantamos más el dolor". En la práctica son pocos los hombres que acuden a la CSC, y en los servicios de salud se atribuye a los horarios de consulta coincidentes con los horarios laborales de aquellos, con la simbología del hombre fuerte que trabaja y cumple con su rol de asegurar el sustento familiar […] que no cumpliría con la imagen del hombre débil, enfermo, que acude a consulta y no asegura la provisión familiar. En aparente diferencia, las CSC se llenan de mujeres y niños, pero con mayoría de consultas para los niños, que "ellas aprovechan para después consultar de sus padecimientos" en versión de una de las doctoras, y que se alegró el día que percibió que "una de las mujeres inició con sus padecimientos antes que el de los niños".

En la planificación familiar se manifiesta el poder de la religión, de los hombres y algunas estrategias subalternas de las mujeres. Desde la religión, pastillas e inyecciones, "los *métodos artificiales* son pecado, el número de hijos es decisión de Dios", mientras que los *métodos naturales* son aceptados y nacen de la posibilidad natural que da el orden divino. Con respecto a los hombres, buena parte consideran que pierden control sobre la sexualidad de sus mujeres si éstas utilizan métodos anticonceptivos pues aumenta el riesgo de infidelidad. Otro aspecto disuasorio de la anticoncepción medicamentosa es la identificación que se hace con el cáncer de la matriz, esterilidad y abortos y de que algunos niños "nacen con la pastilla pegada al cuerpo o deformes".

La anticoncepción *artificial* es sancionada negativamente por todos los grupos religiosos, pero buena parte de las familias, lo asumen con flexibilidad, justificada en la pobreza y la educación que se quiere dar a los hijos y así tengan más oportunidades de mejorar su vida. La demanda de información sobre pastillas e inyecciones es habitual en las mujeres, con la solicitud frecuente a los ASC, de que no salga del consultorio y como estrategia subalterna pero eficaz, un grupo notable de mujeres se aplican la "inyección mensual" de anticoncepción que no queda registrada en su historial clínico para evitar conflictos con sus maridos que se oponen a ello. El deseo de tener hijos pesa más en los hombres, como signo de masculinidad, que en buena parte de las mujeres.

Siguiendo a Aura Marina Yoc (2006), los hombres relacionan la dureza física de su trabajo con los dolores del cuerpo, los calambres, golpes, así como la obviedad de las heridas en los accidentes por el machete y hacha. El trabajo físico eleva la temperatura del cuerpo y los contrastes con el frío de la lluvia o de cruzar un arroyo, son responsables de enfriamientos y dolores articulares. En los cafetales de Las Barrancas, el uso de plaguicidas y agroquímicos sin la suficiente protección, produce molestias como los dolores de cabeza, irritación en los ojos, náuseas, vómitos que son reconocidas como envenenamiento. Un riesgo de accidentes conocido pero con frecuencia minusvalorizado es el guardar los agroquímicos en las viviendas o en lugares accesibles a los niños.

Los hombres relacionan las causas de sus enfermedades con el exceso de trabajo y la falta de descanso, y corresponden a los meses de recolección, que en Pasaquijuyup son de

noviembre a diciembre para el maxán, y en Las Barrancas, de octubre a enero con el café. Cuando en los hombres escasea el trabajo y disminuyen los ingresos, son las mujeres quienes lo relacionan con la *gastritis* por aguantar hambre y la *debilidad* por la falta de alimentos. Las mujeres consultan por dolores de brazos, espalda, cintura y generalmente lo plantean como algo separado de sus oficios de lavar ropa, tortear y antes el moler a mano. Se resisten a relacionar oficios de su *deber ser* con los dolores y su queja es "siempre los he hechos y antes no me pasaba esto". Los dolores de cabeza, prevalente en las mujeres, ha elevado el umbral de dolor en ellas a límites insospechados. Los dolores son atribuibles a sus horarios interminables de trabajo y falta de descanso, pero también quien los atribuye a una vida de subalternidad con pocas satisfacciones. Mientras las consultas de los hombres relacionadas con la sexualidad van dirigidas al tratamiento de infecciones venéreas, en el caso de las mujeres la frecuencia está relacionada con las vaginitis, los desarreglos menstruales y la contracepción.

Las enfermedades ligadas a las difíciles condiciones de vida se manifiestan especialmente en los niños con enfermedades respiratorias [frías], diarreicas generalmente frías que son calientes en caso de llevar sangre, la deshidratación, la calentura, el vómito […] todos ellos identificadas como graves, pues hasta hace poco iban correlacionados con la muerte.

La interpretación de las enfermedades y padecimientos, responden a una síntesis que relacionan las diarreas y parasitosis con la ingesta de agua y alimentos contaminados, la disentería con el comer exceso de dulces y galguerías, el *alboroto de lombrices* con la llegada del invierno en que sienten la tierra mojada y quieren salir, el *empacho* también es cosa de lombrices y la *hinchazón de panza* con el frío en el estómago.

En el caso de las mujeres, en sus saberes está la prevención a la *caída de la matriz*, órgano sensible al levantamiento de cosas pesadas que las mujeres deben evitar, junto al hacer mucha fuerza o no descansar después del parto y al tener muchos hijos. Los desarreglos menstruales como el retraso de la regla, hay que buscarlos en las cargas pesadas, en alimentos inadecuados o en un probable embarazo, retraso menstrual que si lleva uno o dos años sin embarazo, se asocia a la falta de alimentos o a descuidos en el cuidado de la mujer.

El susto y la tristeza son asociados con la pobreza, la falta de ingresos, la escasez de comida, debilidad de la sangre -o espíritu- y la separación familiar por la migración al Norte. El susto tiene también otras causas posibles en el miedo, la impresión de algo malo o a que le griten fuerte. A los padecimientos anteriores se suman el enojo, la culpa y los golpes por la violencia intrafamiliar y al alcoholismo.

En los niños y mujeres la hinchazón de la cara y la caída de pelo, que un biomédico diagnosticaría de desnutrición proteica, es asociada a comer alimentos contaminados, quizás debido a que muchas veces va ligada a una anemia severa, y proclives a comer tierra, telarañas, ceniza y otros. El *ojeado* es un padecimiento frecuente con diversidad de manifestaciones y causas, como no tener higiene en el embarazo, el visitar a una puérpera, la cercanía de una mujer menstruando, una persona sudada o ebria, un par de perros haciendo el coito […]. Todo ello forma parte de un bagaje de saberes generalizado entre hombres y mujeres, pero en donde son las mujeres, las cuidadoras y curadoras del hogar, con menor participación de los hombres a no ser que sea un promotor o curandero.

De las experiencias del género, de conflicto frente a la complementariedad, cómo olvidar el relato de Doña Juana, en El Quiché cuando en un curso de comadronas quiso contarnos "un poco" lo que había sido su vida. De la etnia/pueblo *kanjobal*, tenía como 50 años, sus hijos e hijas ya estaban grandes y de los tres que todavía tenía en casa, ya éstos hacían las labores del hogar lo que le daba la oportunidad de salir por varios días a participar en estos cursos. Su historia la comenzó cuando tenía 14 años y fue "vendida" a su marido. Su marido *chupaba* [bebía] y le pegaba por lo que su vida era de gran sufrimiento. Todo esto cambió con "la organización" política pues se prohibió *chupar* y pegar a las mujeres. En estos últimos 10 años, a pesar de las condiciones de inseguridad y dificultades que significa vivir en las *comunidades en resistencia*, se sentía feliz por el cambio en su vida y también el de sus hijas. "Ellas ya pueden ahorita elegir con quién salir de novios y casarse; los padres podemos aconsejar, pero ya no obligar". Ahorita que ya ha criado a sus hijos e hijas, tenía tiempo y ganas para trabajar de comadrona. Hacía tres años había sido elegida para comadrona por la comunidad y ella aceptó. Había aprendido bastante, de cómo atender a las mujeres […] pero lo más importante de su experiencia era que ahora "soy doña Juana y no la señora de Sebastián, como si antes yo no existiera". Traslucía con ello el reconocimiento social y la toma de

conciencia de ser una persona con vida propia. Al expresarlo verbalmente, la emoción la embargó y lloró, tras ella le siguieron todo el grupo de comadronas y el resto de acompañantes. Las comadronas lloraban como experiencia compartida por todas, y uno que iba de facilitador de la reunióne me sumé a las lágrimas, puesto que al igual que la risa, las lágrimas también son contagiosas. Fue emocionante ser testigo de la declaración de su *presencia* por las comadronas, del paso histórico en el reconocimiento auto y comunitario de estas mujeres, un grupo de mujeres todas mayores de 50 años que auto-reconocían su existencia fuera del deber ser de un trabajo extenuante, de no tener nombre fuera del ámbito familiar, y que finalmente lograban un espacio propio de autonomía y reconocimiento comunitario. Por fin tenían nombre propio.

La comunidad violentada

> "Contar los estragos y muertos y crueldades que en cada una hicieron
> sería sin duda cosa dificilísima e imposible de decir, e trabajosa de escuchar"
>
> Fray Bartolomé de Las Casas (1979: 110)

Tanto Pasaquijuyup como Las Barrancas hacen sospechar que en el magma de significaciones imaginarias sociales sobre el que se asientan, también hay un lugar para *la resistencia de los pajuides* –comunidades de indígenas huidos de las encomiendas y reducciones españolas, a semejanza de los palenques de los afroamericanos caribeños huidos de las haciendas- que no debieron estar lejos de estos caseríos, ya que aún hoy en día son de difícil acceso. Pajuides de la época colonial que se hicieron de nuevo presentes en las Comunidades de Población en Resistencia de El Quiché y en las Aldeas Clandestinas de El Petén (1983-1996)[29], resistiendo a uno de los ejércitos contrainsurgentes más preparados del continente (AVANCSO, 1992).

En el imaginario social, también debe haber un lugar, a la resistencia simbólica expresada en "la Fiesta del Volcán" (Hill, 2001:1-11) que por dos siglos se representó en la plaza central de Santiago de los Caballeros, capital de la Capitanía General de Guatemala. Quería representar, según los españoles y criollos, la conquista, el poder de los conquistadores y recordar a los cakchiqueles el lugar que ocupaban en la sociedad colonial. Paradójicamente, para los

[29] Refugiados internos o Desplazados internos se refiere a la población que abandonó su asentamiento o comunidad para salvar la vida y se asentaron clandestinamente en otras comunidades o se escondieron en áreas de difícil acceso en condiciones similares a las experiencias coloniales de los "pajuides o pajuiles".

cakchiqueles, el volcán gigante levantado en medio de la plaza mayor era el retorno del *hogar del señor de la Tierra*, el lugar donde vivían los nawuales/tonas, los compañeros animales/espíritus de cada individuo. Si la victoria para los españoles se significaba en que Sinakan, el ocupante real del volcán, era capturado y encadenado, para los cakchiqueles, la victoria no había sido total, pues no era sacrificado en el templo del enemigo, ni se le arrancaba el corazón para alimentar a los dioses y al final del ritual festivo, era liberado, se le permitía la salida de la plaza con sus seguidores con el mismo esplendor y dignidad con que entraron. Tras la representación quedaba para los espectadores indígenas la esperanza de una vuelta liberadora.

La resistencia en diferentes formas ha sido la respuesta constante a "esa violencia constante en la historia guatemalteca" (Samayoa, 2008), violencia que ha tenido características de genocidio tanto en la conquista española como en la década de los 80 (CEIDEC, 1980), (CEH, 1999). A la violencia de la conquista justificada por Juan Ginés de Sepúlveda (CEH, 1999, Tomo I: 87) en "*Las causas de la justa guerra contra los indios*", le siguieron "*Las Leyes Nuevas*" (1542) y modificadas tres años después para asegurar el trabajo forzado, las tributaciones […] a las que la población indígena respondió con motines, "una realidad cotidiana y profunda de la vida colonial en Centroamérica" (Martínez Peláez, 1985: 11). Un motín fue normalmente un brote de violencia de muy corta duración (Ibíd., 110) y las causas de los mismos estuvieron cuando se apreciaba un abuso en la vida y explotación normada, dirigiéndose tanto las autoridades coloniales españolas como a las autoridades indias que actuaban como intermediarias entre la población y las coloniales españolas.

Las tres grandes causas de los motines se relacionaron con los tres grandes mecanismos de explotación: la tributación, el repartimiento de mercancías y el repartimiento de algodón para hilar. Así el violento motín de 1743 de Santa Catarina Ixtahuacán contra cuatro indios nobles que ejercían cargos de cabildo y respaldados por casi toda la camarilla de nobles tuvo como causas el abuso de estas autoridades en el repartimiento de la carne por su alto precio, las tareas exorbitantes que ponían a las mujeres hiladoras de algodón y los días perdidos, tres de ida y tres de vuelta, para ir a traer el algodón de la costa (Martínez Peláez, 1985: 58-59, 76-77).

Las actuaciones de las autoridades coloniales en las epidemias de “peste” fueron otro motivo de motines. Tanto por las medidas sanitarias adoptadas para evitar la disminución de tributarios y la propagación del mal, como el aislamiento total de los enfermos que eran dados por perdidos, inadmisible para los familiares, y la quema de sus casas que llevó entre otros al gran motín de Quetzaltenango en 1815 (Ibíd., 57-59). El hambre y las epidemias hacían que disminuyera la población y los indios pedían nueva tasación de tributos, que frecuentemente no eran oídos por las autoridades que exigían además de a los tributarios vivos, el pago a los menores de quince años y mayores de cincuenta, pagar lo que correspondía a los tributarios muertos (Ibíd., 41).

La percepción por los explotados de que su actuación, el motín, era legítimo ante el abuso ilegítimo de las autoridades, tiene semejanza con el derecho a la subsistencia, la “economía moral de los pobres” de Thompson en la Inglaterra del siglo XVIII. Thompson interpreta los motines ingleses como “una respuesta racional entre grupos que tienen un poco de poder para ayudarse a sí mismos” cuando ven su existencia en peligro, cuando se pone en riesgo la “economía moral”, en la que “más allá de lo que digan las leyes, determina lo que en el sentimiento popular y en la cultura de esas clases oprimidas es tolerable y lo que es inaceptable, lo que es moralmente legítimo y aceptado por todos, frente a aquello que resulta intolerable, agresivo para las costumbres de la comunidad, y por ende incluso moralmente condenable” (Thompson, 2000).

La violencia legal tuvo continuidad tras la independencia de Guatemala, en las leyes liberales del Reglamento de Jornaleros de 1877, luego modificada por la Ley de Mandamientos, las Habilitaciones por deudas, la Ley de Viabilidad (vigente de 1874 a 1944) (Palma, 2004: 96) y la Ley de Vagancia (de 1885 hasta ser suprimidas totalmente en 1985) (Palma, 2004: 98), leyes que a lo largo del siglo XIX y XX legalizaron el vasallaje laboral (Castellanos, 1996:147): “la esclavitud, el peonaje y el sistema salarial en el campo”. Experiencias que los ancianos de la comunidad relatan a las nuevas generaciones al calor del fuego nocturno y que he tenido la suerte de oírlas en primera persona, con la sorpresa de encontrarme historias en las que especialmente el general y presidente Ubico, adquiere a veces la figura del padre autoritario, dictador, explotador, castigando al ladrón (al pequeño ladrón) y pudiendo dormir “con la puerta abierta”.

El “despertar comunitario” en los años posteriores a la Revolución democrática y el tiempo álgido de organización y lucha de finales de los 70 y comienzos de los 80 llevó al ejército y oligarquía, al que se sumó el discurso neopentecostal, a la política de “tierra arrasada y al genocidio” (CIDH, 1994) (CIDH/OEA, 2001) (ODHAG, 1998) (Cabanas, 1999) (CEH, 1999) de más de 200 mil personas, mayoritariamente indígenas y la destrucción de las comunidades, que fueron reconocidas como las formas de reproducción de la resistencia. Se trató de ir más allá de la mera destrucción física, tratando de destruir los propios fundamentos del grupo, con la colaboración forzosa de los miembros de la comunidad en los asesinatos de miembros de la comunidad o de sus familiares con la intención de destruir el tejido social (Gómez Isa, 1999: 17-19).

En las áreas de implementación del Programa, la violencia directa tuvo características de *represión selectiva* y fue recogida a través del “*Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico*” (CEH, 1999) cuya constitución fue parte de los Acuerdos de Paz y de un previo realizado por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala: “*Guatemala Nunca Más. Informe Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica*” (REMHI) (ODHAG, 1998) siendo dos días después de la presentación de este último informe, asesinado el obispo responsable del mismo, Monseñor Gerardi.

En Bocacosta de Sololá, la violencia política registrada por la CEH (1999: tomo XI) recoge por parte del ejército ejecuciones arbitrarias a un miembro de las PAC en Pasaquijuyup en 1982 (caso 20010) y de siete personas más en la región (casos 4262, 43406, 20011), así como la desaparición de siete personas (casos 4067, 4206) y torturas de otros (20005). A la guerrilla se le atribuyen la ejecución arbitraria de un pastor evangélico (4273), de tres comisionados militares y otros hombres (casos 4346, 4302, 20004).

En Ostuncalco, la CEH (1999, Tomo IX) recoge por parte del ejército, dos masacres con 5 hombres, 10 mujeres y 5 niños (casos 8269, 8309); ejecuciones arbitrarias a un catequista y presidente del comité de promejoramiento en Chevanajul (Las Barrancas), el 18 julio de 1980, donde violaron y ejecutaron a sus dos hermanas y al hijo de una de ellas (caso 8306) y de un herido en un enfrentamiento armado en Las Granadillas, cercano a Las Barrancas, en

diciembre de 1983 (caso 8322). También fueron ejecutados cinco hombres de los que uno era abogado, otro ajq´ij y un evangélico (casos 8009, 8194, 8279, 8005, 8193), dos hombres más acusados de colaborar con la guerrilla (caso 8261) y uno acusado de guerrillero (8291). Entre los desaparecidos se contabilizan 11 hombres y dos mujeres (casos 8141, 8308, 8192, 8199, 8004, 8297, 8262, 14, 8059). Por grupos no identificados se reportaron la muerte de una mujer (caso 8086) y la desaparición forzada por la guerrilla de un comisionado militar (caso 8263). En la CEH (1999, Tomo VI) se da relevancia como Caso ilustrativo 25 a la represión selectiva en la aldea La Victoria, por la desaparición de 8 personas, privación de libertad de una y torturas a trece más, una de las cuales trabajaba en el Programa de salud.

Sobre la percepción de la violencia en Bocacosta Sololá, para Sheila, directora de la Clínica Maxeña hasta su exilio en 1982: "la violencia política fue muy fuerte en los caseríos de Xojolá y Pakanal. Xocolá era una comunidad muy organizada en la guerrilla y allí mataron al hermano de uno de los ASC. Hubo un grupo de jóvenes que el ejército secuestró y fueron liberados tras ser torturados, por las gestiones de un anciano que tenía relación con el ejército". Miguel Guarchaj, subdirector de la Clínica, recuerda cómo por varios días los aviones bombardearon Xojolá.

Para don Pedro, el mas anciano de la aldea de Las Barrancas: "los guerrilleros no llegaron, quizás pasaron, pero de largo, yo nunca los vi, a ellos les gustaba la montaña como a los pizotes". Su saber y experiencia de ese capítulo de la historia local, le lleva a guardar silencio y no saber nada, en contraste con los testimonios del REMHI y CEH (Tomo IX, casos 8306 y 8322), ya citados anteriormente, así como de otros relatos comunitarios que hablan de "hechos intimidatorios", aparición al menos dos veces de "cadáveres de personas de aldeas vecinas con señales de tortura abandonados en el camino para que la población pudiera verlos y asustarse" o de "sí que hubo colaboradores de la guerrilla en Las Barrancas y con frecuencia pasaban por aquí".

Bordieu (1998: 40) plantea que "no se puede bromear con la *ley de la conservación de la violencia*: toda violencia se paga […]. La violencia estructural […] tarde o temprano se transforma en suicidios, crímenes y delincuencia, drogadicción, alcoholismo y las pequeñas y grandes violencias cotidianas". Y en el caso guatemalteco ha significado la agudización de

la violencia en forma de violaciones sexuales, golpes, alcoholismo, suicidios y asesinatos, que no estaban ausentes antes, pero se han agudizado a partir de la violencia y militarización de las comunidades a través de los comisionados militares y las Patrullas de Autodefensa Civil (1983-1996)[30], permeando las formas violentas de resolución de problemas, la desestructuración comunitaria y poniendo en riesgo la permanencia de *la comunidad*.

La violencia fue una de las causas de la formación de la *comunidad* contra la usurpación de la tierra por "los otros", pero la violencia interna ha sido también parte de esa historia, como lo muestran los motines contra las violaciones a las leyes y usura de los *caciques y principales*. Esta violencia interna tiene hoy manifestaciones en la usura de los préstamos, los linchamientos, en los suicidios, violaciones a mujeres, maltrato familiar a mujeres e hijos (Kaqla, 2004), de estigmatizaciones intracomunitarias a embarazos fuera del matrimonio, el alcoholismo, todos ellos cada vez más visibles, por las luchas y resistencias de las víctimas.

Algunas de estas expresiones se han hecho especialmente visibles, los suicidios y los hechizos como formas de afrontamiento a la *violencia moral* de las normas culturales, a las violaciones sexuales, a las relaciones sexuales extramatrimoniales y a las enfermedades mentales. Las comunidades aún teniendo una notable capacidad de gestión para problemas internos, tienen privatizadas las violaciones sexuales y la usura. En Pasaquijuyup, las violaciones sexuales y los embarazos fuera del matrimonio, conllevan la estigmatización de la mujer y algunas han recurrido al suicidio o el hechizo. En Las Barrancas, el hechizo se muestra como un recurso más recurrente para afrontar desde embarazos extramatrimoniales, enfermedades no explicables y enfermedades mentales, no habiéndo casos conocidos de suicidio.

Para Francisco, la violencia intra-comunitaria se expresa en el maltrato a las mujeres, mayormente por los maridos *tomados* [ebrios], en las violaciones y en los suicidios de las mujeres, pero no lo identificaba de entrada con la pobreza, ni en las tensiones entre los grupos de Ixtahuacán y Nahualá, ni en la migración al Norte, ni la usura de los prestamistas. Y en uno de los viajes en la palangana del picop se despachó a gusto ante mi insistencia de preguntas en torno a violencia dentro de la comunidad, como la no tan lejana en el tiempo de:

[30] Las Patrullas de Autodefensa Civil tuvieron como fecha oficial de formación el 14 de abril de 1983 y finalización con los Acuerdos de Paz de 1996. Extraoficialmente, las PAC dieron sus primeros pasos en Rabinal, aldea Xoco, y en Joyabaj en 1981.

> “Una señora ya grande de Xejuyup compró fiado un corte[31] pero su marido era delicado y no le pareció. Ella devolvió el corte, pero le reclamó a su marido, pues ella también trabajaba en el maxán y tenía derecho a comprar sus cosas. Enojada, tomó gramoxón [herbicida] y murió. En otra comunidad cercana, un hombre vendió un pedazo de tierra de su mujer para que un hijo de ambos pudiera ir de `mojado´ a Los Estados. La esposa se puso nerviosa, preocupada por el préstamo y también enojada porque era su tierra de herencia la que su esposo había vendido sin tomarle en cuenta. Se tomó unas tabletas de fosfatina y falleció”.

En la consulta médica salieron expresiones de violencia como el caso de un joven que padecía epilepsia y era atribuida a que su mamá estando embarazada de él, fue macheteada en la cabeza por un *bolo* [ebrio] que perseguía a su esposa para matarla y la confundió dejando medio muerta. Logró salvarse pero los ataques eran atribuidos a esa experiencia de su mamá. Y sin ir muy lejos, “la vecina que tiene la cara marcada, fue hace años violada por un joven que la pretendía y no le correspondía, le atacó cuando iba a por agua, él con la cara tapada, ella se defendió y el chico la macheteó antes de violarla. Ella le identificó por la ropa y fue encarcelado, pero no pagó ni la hospitalización de la joven, y tras pagar una multa de 1500 quetzales quedó libre. Lo arreglaron entre los padres y así quedó”.

En una de las visitas familiares, Francisco Sac, me adelantó se oponían a las vacunas y que la muchacha que cargaba un niño, el año anterior había estado “enchamarrada, no se mostraba, no se dejaba mirar. La mamá dice `saber qué tiene´ y consideraron que la joven tenía hechicería y había que hacer oración, `Dios va hacer la obra´ decían. Al final, el papá estaba cansado y como no había cambio, me pidió la examinara. Estaba embarazada y el papá tuvo duda al principio, pero para la mamá era claro, era hechicería”.

En otra de las visitas, la joven había tenido *susto*, cuando tejía en el patio de la casa sentía que alguien estaba tras ella, ahora estaba mejor tras “la limpia con ruda y el pase de un huevo de gallina por el cuerpo”. La razón del susto la atribuían a que hacía tres meses se había suicidado

[31] El corte es el nombre de la tela que hace de falda en el traje de las mujeres indígenas. Se envuelven con el corte y se amarran en la cintura con una faja.

su cuñada de 15 años. “Tuvo sus palabras con su mamá, porque no quería limpiar los trastes, ni hacer los oficios de la casa, y la mamá acabó pegándola con un mecapal. Esa noche, la joven se colgó de un árbol cerca de la casa. Seguro había algo más, como un embarazo, pero preferí no preguntar”. Y lo mismo pasó “con una mi sobrina pues quedó embarazada y mi hermano la golpeó. Se suicidó sin decir quien la había dejado embarazada”.

En una de las visitas, el ASC fue acompañado de la enfermera k´iche´ del EAPAS, dada la gravedad de la situación ya que una mujer amenazaba con suicidarse ante la *muerte social* en la que vivía, ya que sus familiares la rechazaban al resultar embarazada, teniendo su marido en Los Estados. La mujer estaba desesperada, no encontraba solución y sólo pensaba y amenazaba con suicidarse; ya lo había intentado una vez.

Revisando los datos epidemiológicos del Programa y de la Clínica Maxeña, eran pocos los suicidios recogidos, lo que contrastaba con los relatos que varios comunitarios me trasladaban. Cabía que fueran de comunidades no cubiertas por el Programa y la Clínica, como era el caso de la joven de 13 años de Chirijmazá, que viviendo con su abuela y tío, fue violada por éste. Tras quedar embarazada y ante la falta de apoyo de la abuela se suicidó tomando “gramoxón”.

Tras esos relatos, no pude menos que recordar, del titular alarmante de “*Epidemia de suicidios entre jóvenes ixiles*” en un suplemento dominical de agosto del 2005. Era un reportaje del área ixil en el que informaba de 16 suicidios de jóvenes en un periodo de año y medio. Los suicidios ya habían sido motivo de investigación por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (Recondo y Domínguez, 2000) pues se habían iniciado en la segunda mitad de la década de los 90 y se atribuían a la imposibilidad de realizar sus proyectos como estudiar o trabajar en la capital, por falta de dinero u oposición familiar. Y se complejizaban con una realidad regional ixil de pobreza y desestructuración producida por una violencia que había acabado con el 20% de la población ixil en manos de ejército y varias decenas de miles en aldeas modelo/polos de desarrollo, centros de “reeducación religiosa y política” ante una población que masivamente se había posicionado a favor de la guerrilla.

Con esta información de los suicidios y violaciones pedí su valoración a dos amigos ajq´ijab´, y la respuesta es que siempre han existido, pero difícil saber su dimensión pues se

mantienen ocultos por el rechazo social, y en el caso de los suicidios porque “la vida la da Dios y sólo Dios la puede quitar, por lo que se ocultan los suicidios y abortos”.

Aura Marina Yoc (2006: 35-38) en su estudio de género para la implementación del Programa de salud encontró en Bocacosta de Sololá expresiones de violencia ligadas a los problemas limítrofes entre Nahualá e Ixtahuacán y otros ligados a las vivencias de la guerra (reclutamiento forzoso, violaciones de mujeres y nombramiento arbitrario de comisionados militares) que generaban sentimientos colectivos asociados de miedo, inseguridad, frustración, falta de sueño y otras. Todo ello lleva a que las mujeres se autolimitaran a viajar ante el temor de ser violadas sexualmente pero reconociendo que el principal problema se da en el seno familiar.

De seis familias entrevistadas en Bocacosta de Sololá (Yoc, 2006), tres mujeres adultas refirieron violencia en la infancia asociada al alcoholismo, y atribuían una disminución gracias a las conversiones evangélicas; en otras, la violencia partía del reclamo de infidelidad supuesta por el marido. Las mujeres asocian la violencia familiar a los golpes y no al uso de violencia verbal, emocional o económica y es considerado “serio” sólo cuando llega a golpes demasiado fuertes, “quebraduras” [fracturas óseas] o cuando tuvo que intervenir la familia de ella. La violencia familiar es recordada por todos/as como los más tristes de su vida y causante de sus actuales dolores de cabeza e insomnios. Las viudas por muerte de sus esposos alcohólicos y violentos, lo cargan como experiencias de culpa y dolor, mientras que algunos hijos sentían que ahora vivían tranquilos; por ello, algunas mujeres temen casarse, por temor a un marido violento y alcoholizado al que cuidar. Otra experiencia traumática ha sido cuando han optado por abortar ante el temor de estigmatización social, bien por quedar embarazadas siendo solteras, con el marido en los Estados o fruto de violación.

El mismo estudio de Yoc (2006: 87-89) encontró expresiones de violencia en las comunidades de Las Barrancas y El Tizate de Ostuncalco. Las seis familias entrevistadas habían sufrido violencia ligada al alcoholismo, y en tres de ellas había sido al inicio del matrimonio, y en dos posteriormente cambiado tras la conversión evangélica de sus maridos. Debido al alcoholismo del marido eran comunes el miedo, el susto, el insomnio, dolores de cabeza, dolores de

estómago o problemas de desnutrición debido al empobrecimiento. Una de las madres había sufrido violencia física por parte de su hijo.

Ante la violencia familiar, la mayor parte de los niños reaccionaban huyendo y escondiéndose fuera de la casa, mientras que las mujeres adultas optaban por recibir los golpes, para evitar mayores problemas y permitir la huida de los hijos e hijas. Con medida, algún grado de violencia se consideraba justificado para corregir a los hijos, que algunos consideran es contaminación externa pues “los indios no pegaban a sus hijos”. Al igual que en Bocacosta, la violencia se asociaba a golpes y gritos fuertes, no a la violencia verbal, emocional o económica y las formas de afrontamiento eran sido la sumisión pero también los hechizos y las conversiones pentecostales. Ninguna de las entrevistadas había sufrido violaciones intrafamiliares y sí temían serlo en los caminos.

En el 2005, otras formas de violencia se manifestaron ostensiblemente en la cabecera municipal de Ostuncalco, los asesinatos de varios jóvenes atribuidos a las peleas entre maras. En el 2007, en Samayac, población cercana a Santo Tomás La Unión fue asesinado un pastor evangélico que “era buena persona y nada debía” según la prensa escrita pero que en las comunidades era identificado como prestamista. No le robaron, pero su muerte hacía sospechosa a la usura y a los que con su muerte, se beneficiaron de la consiguiente dificultad del cobro de las deudas.

Mientras la comunidad afronta sus necesidades sentidas de salud a través de la red familiar, curanderos, comadronas, promotores de salud y pastores evangélicos, las situaciones de violencia de género y la usura quedan en el ámbito doméstico y con mayor indefensión.

Viejas y nuevas divisiones intracomunitarias

Pasaquijuyup y Las Barrancas son étnicamente homogéneas, el 100% de la población se autoadscribe como k´iche´ en la primera, y 96,4% mam en la segunda, y aún con sus historias diferenciadas de comunidad y finca, la identidad étnico-cultural de referencia es la comunidad. Conformadas ambas comunidades como caserío y aldea respectivamente, sus formas organizativas más visibles son comunes, las establecidas legalmente, los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES) con sus diferentes comités para proyectos concretos. Y es alrededor de ellas y en la consecución de proyectos que mejoran las condiciones de vida, que se expresan varias de las divisiones internas de la comunidad.

En Pasaquijuyup, la división más importante es la intra-étnica, la rivalidad de largo tiempo entre los habitantes k´iche´es del municipio de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán. Aunque el caserío pertenezca administrativamente a Nahualá, y con él se identifiquen el grupo mayoritario -165 familias-, el grupo minoritario -107 familias- se identifica con Ixtahuacán. La división es histórica y aunque una buena parte de la documentación refiere la problemática a protagonismos entre líderes en el siglo XIX, lo que aflora periódicamente son los conflictos en la delimitación de tierras, especialmente en tiempos de siembras y cosechas, desencadenadas por el robo de las mismas o el movimiento de los mojones. Esta problemática no se ha dado al interior del caserío pero sí en las comunidades vecinas.

Las diferencias entre ambos grupos llevan a duplicar algunos servicios, como los de educación e incluso en torno a la carretera, se produjo la posibilidad de construir dos tramos para llegar al centro de Pasaquijuyup, uno por terrenos de Ixtahuacán y otro por el de Nahualá, finalmente resuelto con una sola carretera para ambos grupos. La solicitud de un puesto de salud para cada grupo, se solventó ante la imposibilidad de hacer dos CSC y con la conformación de un ECOS con un ASC de cada grupo.

Las divisiones político partidarias no son motivo de conflictos. Mientras el grupo mayoritario, los nahualeños, votaron en Nahualá y de manera pactada, el voto ixtahuacaneco fue en Ixtahuacán, de manera individual y por afinidades político-partidarias. En el tiempo de campaña electoral y con los ixtahuacanecos tuve la oportunidad de acudir a uno de los

mítines y todo indicó que cada quién se movilizó en base a afinidad político-ideológica y no a consecución de proyectos, ya que la mayor movilización mayoritaria se dio con uno de los candidatos, *seguro perdedor*, y ligado a la antigua guerrilla guatemalteca. Por el contrario, los nahualeños según me contaba Francisco Sac (ASC, 2007), apostaron a *caballo ganador*, pues asamblearíamente decidieron dividir su voto en partes iguales, entre los dos candidatos municipales con más posibilidades de ganar. Cada grupo, hizo lobby con el partido al que prometió votar a cambio de proyectos de desarrollo para la comunidad. El resultado es que la comunidad nahualeca siempre ganó, pues tras las elecciones, ambos subgrupos volvieron a unirse tras la división temporal y consensuada, logrando sus proyectos si el partido ganador cumple lo prometido.

En Tzamabaj, caserío cercano a Pasaquijuyup y perteneciente al municipio de Ixtahuacán, el grupo de nahualeños se empadronó en las listas de Ixtahuacán, y lo hicieron masivamente, todos por uno de los partidos, a cambio de una escuela propia. El partido perdió y se quedaron sin escuela, por lo que cambiaron su empadronamiento a Nahualá y pasaron a apoyar al partido ganador a cambio de contar una escuela propia y separada del grupo ixtahuacaneco. Los mismos solicitaron una CSC para ellos, separada de la ya existente, que decían “era de los Ixtahuacán” pero no fue posible pues era el Programa responsable del mismo. Todos en Tzamabaj se unieron para que la CSC no estuviera abierta para los del caserío Pak´ib´, sus vecinos, debido a que habían dado menos jornales en su construcción, a la vez que exigían a los ASC mantenerse en la CSC y no visitaran los otros caseríos.

En Las Barrancas y en el tiempo de elecciones, diferentes partidos hicieron mítines en El Centro, pero salvo la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, antigua guerrilla, que movilizó a una parte de la comunidad, el resto fueron visitas relámpagos de gente desconocida, que caían de sorpresa ante los pocos pobladores que en ese momento estaban de compras, y que ni siquiera llegaban a Los Agustines donde estaba el grueso de la población.

En Las Barrancas, los relatos hablan más bien de divisiones entre dos grupos, cada uno encabezado por uno de los hijos de don Pedro, y a pesar de hablar con ambos, no logré conocer qué diferenciaba a un grupo de otro, a un hermano de otro. Sus diferencias se manifestaban a través de la consecución de proyectos de desarrollo, así mientras uno había

logrado hace años y para su grupo, un sistema de agua entubada, el otro lo había conseguido años después para el resto de la comunidad. Con la tormenta del Stan, a ambos sistemas de provisión de agua se los llevaron los deslaves, y en el 2007 una ONG europea cooperaba para su reconstrucción. La dificultad de poner de acuerdo, a ambos hermanos y sus respectivos grupos, llevó a que se construyera una nueva red de abastecimiento de agua con el mismo pozo de abastecimiento, pero con tuberías separadas que iban en paralelo, una para cada grupo.

Los grupos se hacían uno ante el caserío vecino de Granadillas, con quien compartían proyectos de salud y carretera. La población de Las Barrancas exigía a la de Granadillas, con menor población, el mismo número de jornales comunitarios tanto para la construcción de la carretera como para la CSC.

En Las Barrancas, al igual que en Pasaquijuyup, ni los liderazgos religiosos, ni los político-partidarios parecen interferir con los COCODES y autoridades comunitarias –alcalde auxiliar y síndico-. La participación en los mismos es obligatoria una vez se es elegido, siendo el cargo por uno o dos años, y con el tiempo pasan por ella la mayor parte de los hombres. Los problemas intracomunitarios reconocidos por las autoridades eran la poca colaboración económica para gastos comunes, en mano de obra, y desinterés en participar. Los hombres de la comunidad consideraban, que las mujeres eran débiles para enfrentar y resolver los problemas comunitarios, no tenían autoridad ante los hombres, y que su presencia en los comités podía ser motivo de falta de respeto por los hombres y de infidelidades. Para participar en los comités, al igual que en Pasaquijuyup, era requisito estar casados y en el caso de las mujeres, el permiso del esposo. Entre las pocas mujeres con cierto liderazgo, estaba Jovita, ASC, que formó parte del Comité de educación, con mayoría de padres hombres; y era muy activa en las actividades religiosas, en salud y ayuda comunitaria con mayoría de mujeres (Yoc, 2006).

El día que don Pedro Díaz, anciano y fundador de la comunidad, llegó a consulta comenzó contándonos su sueño de que llegaría a los 112 años, pero ahora le dolía la cintura y quería una medicina para ello. Le propuse visitarlo y esa misma tarde me recibió en el corredor de su casa, situada en el punto más alto de Los Agustines, y desde donde se divisaba toda la

aldea, así como su entrada. Estaba con su hijo Filadelfo de 48 años con quien vivía y su historia fue que:

> “Hace 32 años salimos de uno en uno de la finca Egipto, en cuanto supimos que el patrón iba a vender la finca. El nuevo dueño desbarató las rancherías, la iglesia del Cristo de Esquipulas, el beneficio, pero logramos trasladar el Cristo, a la iglesia católica del Centro. Desde hace unos años, en las fincas sólo dan trabajo por 15 días o un mes, y no dan el séptimo día ni demás prestaciones. Hace 18 años, sí que vinieron unos señores de Xela, eran del Ministerio de Trabajo o de la Procuraduría de Derechos Humanos, para obligar a los patrones a que nos pagaran el salario mínimo, que entonces era de 30 quetzales pero hoy es el día que todavía pagan a 25”.

Sabiendo que estaba con su abuelo, se acercó Lisandro, ASC, y observando la panorámica de la finca Nuevo Egipto que estaba colindante a la aldea:

> “Allí en la finca, antes había una galera que hizo de escuela y en esa galera fue donde se inició la educación de mis papás. En ese tiempo, toda la gente vivía en rancherías y don Hipólito Huertas, que era el patrón pagaba el salario al maestro. Hubo algo que al dueño no le gustó, y sacó a la gente de la finca o quizás la gente decidió salirse. Cuando se salió la primera persona, el resto hizo lo mismo. Se pusieron tristes. Yo no conocí pues tengo 30 años y viví siempre fuera de la finca”.

Al rato llegó Rosalío, el hijo mayor de Don Pedro, que vivía al lado, y siguió con la historia:

> “Fue hace como 12 años que los finqueros quitaron el séptimo día y los regalos que daban como aguinaldo, harina de trigo y azúcar para hacer pan en Semana Santa. Dijeron que no tenían dinero y que muchos trabajadores se ponían bolos con el pisto que ganaban; por esos bolos, justificaron no pagar al resto y que no se trabajara todos los días. Antes en la finca, a todos daban machete, uno grande para el adulto y otro pequeño para el niño, también piedra de moler a las mujeres, eran buenos tiempos. Antes todos eran católicos, y cuando entró la religión evangélica muchos dejaron de tomar; yo hace

35 años dejé de tomar, pero mucha gente murió, yo sigo siendo católico. En aquel tiempo, los niños en las casas de los bolos, sólo chile y sal tenían para comer, […]. Era triste".

El indio como borracho y perezoso ha sido una excusa repetida para justificar los bajos salarios y el trabajo forzado. Cambranes (1996: 118) recoge del escrito del Jefe Político de Quetzaltenango al Ministerio de Gobernación, con fecha del 12 octubre de 1871 que "el indígena es naturalmente perezoso. Como tiene pocas necesidades, con nada y nada las llena. Inclinado a la embriaguez, lo poco que adquiere la consume en ella, y cuando pide 6 u 8 pesos adelantados por cuenta del trabajo, no lo destina para otras necesidades, sino que lo gasta en aguardiente, y es doloroso el ir a desquitar en tres o cuatro meses, lo que disfruta a su entender, en tres o cuatro días". Para más adelante recoger de las comunicaciones entre los finqueros alemanes que: "Toda vez existan condiciones que le permitan al indio suplir todas sus necesidades y las de su familia con no más de 60 días de trabajo fácil, será necesario ejercer sobre él cierta presión para compelirlo a trabajar en las plantaciones una parte de los restantes 300 días del año (DZA Postdam, A.A., N 53916, Turkheim a Bismarck, 1 de junio de 1899)" (Cambranes, 1996: 162). Y ese círculo de estigma y explotación, se cerraban con el monopolio de la destilación y venta de la chicha y aguardiente por parte de la élite ladina local, a veces propietaria de las fincas, que amarraban al indio con el endeudamiento por aguardiente (Palma, 2004: 81-82).

Las razones que daban los dirigentes, para explicar su debilidad ante los finqueros cuando quitaron el séptimo día, fue que la mitad de las familias ya tenían una pequeña parcela de café con su propia producción y algunos hombres trabajaban fuera, en albañilería y otros oficios entonces bien pagados. Frente a esa diversidad comunitaria, los finqueros se unieron para mantener los salarios por debajo del mínimo legal y quitar prestaciones. Esta desigualdad de fuerzas desmotivó a los antiguos colonos a luchar, aún cuando en esos años, contaban con el apoyo del gobierno de la Democracia Cristiana.

En la actualidad, la crisis económica también llegó a Ostuncalco y Xela, y ahora los trabajos de albañilería y otros, se paga menos, como pasó en las fincas cuando la crisis del café, por lo que desde hace años, la salida económica para una buena parte de los hombres pasa por la

migración al Norte, unos años en Chicago, Miami, […] y vuelta a Las Barrancas pero con casa nueva y un poco más de tierra. Las debilidades internas en la participación comunitaria y frente a los finqueros, no se manifestaban ante las ONGs e iglesias, con quienes presentan una notable capacidad de negociación para la consecución de sus proyectos de desarrollo.

Los cambios generacionales: Tierra, migración y estudios

Las diferencias generacionales son evidentes en ambas comunidades. En Pasaquijuyup, los ancianos y ancianas tuvieron sus metas en la colonización de la tierra donde se asientan, la apuesta por las siembras de maxán, la ampliación de caminos hacia Santo Tomás. Sus hijos, ahora en los 50 – 60 años y ya abuelos, pelearon por tener un pedazo de tierra entre tantos hermanos, y para buena parte de ellos, la alfabetización y el bilingüismo fueron medios necesarios para la comunicación con el exterior mestizo y ladino, dándoles un conocimiento del mundo exterior que promovió su liderazgo dentro de la comunidad. Su trabajo comunitario se desarrolló a través de los comités de desarrollo, de escuelas, caminos, provisión de agua, y desplazando a los más ancianos. Las mujeres adultas refieren que "no pensaron, no tenían en la mente, no recordaban que querían ser de mayores" (Yoc, 2006). Pero sí, todos y todas vieron la importancia de la escuela para sus hijos, especialmente para los chicos. Hoy, para todos, chicos y chicas la escuela es importante habiendo bastantes de ellas postergado el matrimonio, que aquí va seguido de los niños, para seguir estudiando. En ellos otra vía de mejoramiento de las condiciones de vida está siendo la migración al Norte o a las ciudades guatemaltecas, una y otra con carácter temporal.

En Las Barrancas, los ancianos vivieron de adultos la salida de las fincas y la compra de parcelas a los finqueros, que muchas veces fueron trueques de tierras por las decenas de años que no habían recibido prestaciones sociales. Sus hijos, hoy adultos mayores y abuelos, son autoridades en los diferentes comités y dirigen la comunidad, siendo sus líderes bilingües y alfabetizados. Los adultos jóvenes han hecho de la migración al Norte la vía económica de su mejoramiento y la vía religiosa, catequistas y pastores, un espacio de autoridad y participación más estimado que los COCODES. Las mujeres jóvenes y solteras tienen conciencia de su discriminación escolar, de menores posibilidades que sus hermanos varones, y más limitadas

las oportunidades sociales encontrando con sus mamás en la vía religiosa una vía donde canalizar sus liderazgos religiosos y espacios de participación.

Estas comunidades indígenas tuvieron en los ancianos, *principales* o no, un reconocimiento de autoridad, estatus, capacidad decisoria y de consejo a partir de sus habilidades y saberes tradicionales (Feixa, 1996). Ahora y aún cuando se mantiene el respeto, su capacidad decisoria ha decaído, dados los nuevos saberes y habilidades necesarios para las nuevas exigencias comunitarias, que han hecho de la migración, la educación formal, el bilingüismo, la profesionalización, el comercio […], los retos para las nuevas generaciones. Frente a los relatos de reconocimiento a las/los ancianos y de los cuidados que tuvieron en las generaciones anteriores, hoy no es infrecuente, encontrar ancianos y ancianas que viven solos en las comunidades, en condiciones de extrema pobreza y solidaridades puntuales de los vecinos.

A las diferencias generacionales se agregan la visible pluralidad de adscripciones religiosas intracomunitarias, las diferencias socioeconómicas generadas por las remesas de dólares y la inflación consiguiente en el valor de la tierra, las diferentes aunque limitadas oportunidades laborales, […] y cada vez más se reconocen las desigualdades de género. La escasez de medios económicos condiciona en ambas comunidades, tanto la migración al Norte como los estudios, y una salida intermedia es la migración temporal a las ciudades en donde uno de los trabajos habituales es la de guardia nocturno en la capital para los jóvenes de Pasaquijuyup, y la albañilería en Ostuncalco o Xela para los adultos de Las Barrancas.

La migración a Los Estados se inició fuerte en el 2000-2001, estando en el censo del 2007 de la CSC de Las Barrancas, 100 los hombres y una mujer los migrantes, de los cuales han regresado 12 personas. En el área de Ostuncalco, los préstamos para la migración se realizan entre vecinos o con los prestamistas de Agua Blanca y La Nueva. El interés de los usureros es del 5-8% mensual -llegó a estar al 10%- mientras que los créditos bancarios son de 25% anual, a devolver en 2 años. A pesar de ser más favorable con los Bancos, se desconfía de ellos y se prefiere tratar con los vecinos usureros. La necesidad de los migrantes ha acabado haciendo buenos a los coyotes y usureros. Según los ASC de Las Barrancas, en estos momentos 75 migrantes enviaban remesas y 6 no lo hacían, unos por no tener trabajo y otros por haberse desligado de la responsabilidad familiar y de los préstamos. Lo primero que las familias

hacen con las remesas es comprar un terreno o hacer una casa nueva, y de segundo comprar 10 cuerdas o más de café. Se necesitan mínimo 5 años en *Los Estados*, para pagar el préstamo, lograr un terreno y/o casa, montar un negocio de preferencia una venta de granos básicos o con un vehículo. Las remesas han disparado la inflación del valor de la tierra en Las Barrancas. Mientras el jornal en la finca está en 25 quetzales, la cuerda de terreno en Los Agustines está a 15.000 quetzales y en el Centro –sector donde se sitúa la CSC- junto a la carretera, a 30-50.000 la cuerda, precios inalcanzables para quien no emigra al Norte.

Don Rosalío, desde su casa, me señalaba "esas nuevas casas que ve pegadas a Los Agustines es Nueva Jerusalén. Los comités de tierras de Los Agustines solicitamos al finquero de Los Cerritos que nos vendiera ese terreno para los afectados que habían quedado sin casa por los deslaves del Stan. A los seis o siete meses nos respondió afirmativamente, vendiéndonos las secciones de Cerritos 1 y 2, Costa Rica y Rótulo 4. Nos dejó en 2 millones de quetzales, los comités lotificaron el terreno y dejaron a 12.000 quetzales la cuerda. Quedó terreno sobrante y se apuntó más gente, pero aún así sólo logramos 1.600.000 quetzales, y para el faltante pedimos prestado al Banco, pero por los intereses el precio de las cuerdas restantes subió a 15.000 quetzales y a los 6 meses ya estaba en 20.000. Los que más compraron fueron los que están en Los Estados".

En Pasaquijuyup, en julio del 2007 se contabilizaban 68, todos hombres, los migrados a Estados Unidos. De ellos sólo cinco enviaban remesas y dos habían logrado hacer casas nuevas. Dada la propiedad usufructuaria de la tierra, no posibilita la solicitud de créditos en los Bancos, así que la única opción es hipotecarse con los usureros locales, con préstamos al 25% mensual, intereses difíciles de cumplir en los pagos y que lleva a entregar los documentos de la tierra usufructuada al usurero, también k´iche´es para seguir manteniendo la tierra entre los mismos.

Entre el 95-99% de los migrantes guatemaltecos son ilegales, *mojados*, y aunque conocen de los riesgos en el viaje, con un promedio anual de 300 muertos, a los que se suman los accidentes, extorsiones y violaciones sexuales, pero la deuda adquirida y el atractivo de los mejores salarios en Los Estados es fuerte (Alonso Meneses, 2005: 113-129). La norma no

escrita de los coyotes es de tres oportunidades de viaje para ingresar en Las Estados, si los tres fracasan, el migrante pierde los 40-50.000,00 quetzales del pago.

Para los jóvenes campesinos de Bocacosta, el viaje y la estancia en el Norte tiene también el componente de la experiencia de vivir en los Estados Unidos, y sobre todo el posible éxito económico, aspecto que mejorará su futuro de vida al regreso a casa. El viaje queda mayormente limitado a los hombres pues por los riesgos que implica, amplificados para las mujeres, hace que éstas de emigrar vayan con sus maridos.

Para Irene Palma y Antonio Vásquez (2002: 18), investigadores guatemaltecos de migraciones, "el cambio más notable en la vida de las familias de los migrantes se manifiesta en el tipo de consumo: casa, vestido, alimentación, transportación, recreación, medios de producción y otros". La Organización Internacional de Migraciones con fecha de 2006, reconocía la existencia de 1.117.000 guatemaltecos en los EEUU, lo que suponía un 10% de la población total guatemalteca, pero el porcentaje aumentaba en relación a la población en edad activa. El principal atractivo es el dólar, "el único futuro que mira la gente está en irse al Norte" (Palma, 2003), pero no el único, pues como relataba Juana, ASC de Pasaq, su hijo, maestro titulado, "no quería morirse sin conocer los Estados Unidos". Tras decirlo, quedó varios segundos en silencio y continuó: "A mí me da miedo, pero ¿qué voy hacer? Le tengo que ayudar para el viaje". Estados Unidos se ha convertido en un atractivo experiencial para los jóvenes, "conocer otro mundo", un mundo fantástico y de consumo que se les muestra en la televisión, pero también un mundo de oportunidades diferentes y que para lo cercano, "Guatemala aquí está siempre y ya sabemos lo que hay".

Una situación que remeda a ese viaje experiencial a los Estados, sin tantos riesgos, sucedió en la década de los 90, en las comunidades de población en resistencia, comunidades aisladas por el Ejército por ser consideradas insurgentes, con los jóvenes de 18-20 años y que desde los 10, sólo habían conocido la guerra. Al otro lado de los mojones estaba México, ¿cómo sería ese otro mundo? Sólo era de cruzar la línea recta abierta en la selva y a través de la red de refugiados, familiares y amigos, trabajar, ganar dinero, conocer el otro lado, y probar el aguardiente y la cerveza, prohibidos en las comunidades de resistencia, y del que los adultos contaban tantas historias.

Otra salida generacional son los estudios, aunque posteriormente las salidas laborales sean escasas y mal pagadas. Es de todos modos, una salida que si en otros lugares de Guatemala está más extendida, en las comunidades donde se desarrolla el programa está dando sus primeros pasos. En el área de Pasaquijuyup el estudio de magisterio se facilita al contar con una escuela de magisterio cercana, en Xejuyup, lo que posibilita la ida y regreso diario desde la vivienda familiar. En Las Barrancas, cualquier tipo de estudio requiere desplazarse permanentemente a Ostuncalco o Xela, lo que resulta caro y difícil para las familias; en Xela, las opciones de estudio se amplían de magisterio a perito contador o auxiliar de enfermería, estudios de menos duración que otros y que posibilitan combinar trabajo y estudio.

En Pasaquijuyup, el 84% de la población femenina y el 45% de los hombres mayores de 15 años eran monolingües k´iche´es (INE, 2002). La escolarización se ha generalizado en los jóvenes pero los datos recogidos, adultos y jóvenes, reflejan todavía un alto grado de analfabetismo, un 45% en el total de mayores de 6 años (INS, 2004). Otros datos recogidos al inicio del Programa fueron de un 39% con primaria incompleta y un 4% con primaria completa, 2,5 % con diversificado incompleto y completo, 15% con estudios básicos incompletos y completos. Tras los seis años de primaria se necesitan tres más de básico o diversificado –constituyen la secundaria- que es el requisito requerido para acceder a magisterio, auxiliar de enfermería o perito contador. En el año 2007 varios jóvenes estudiaban magisterio en Xejuyub y San Antonio, no habiendo nadie en la universidad.

En Las Barrancas, el 48% de la población no sabía leer ni escribir frente al 29% del promedio nacional (INE, 2004). En los datos recogidos por la INS (2004), el 16,5% era monolingüe mam, el 3,4% monolingüe español y el resto bilingües. Para mayores de 6 años, el 37% de la población tenía algún grado de primaria, y un 3% completa; el diversificado entre completa e incompleta lo tenían siete jóvenes, los básicos incompletos un 2% y completos 2 personas (0,2%), habiendo un chico en la universidad.

Para los estudios, los gastos familiares se priorizan con los varones, pues por su *deber ser* de proveedores, se considera más útil la inversión en ellos, frente al *deber ser* de ellas, amas de casa. Contra el estudio de las mujeres, también intervienen la consideración de los riesgos

de violación sexual y del no control por los padres de su sexualidad, pues el básico hasta hace pocos años requería la salida de los jóvenes a otras comunidades.

La alfabetización y bilingüismo son ya aspectos básicos en la formación de los jóvenes, herramientas que los abren también a una mayor conciencia de sus derechos. La formación como maestros, peritos contadores, auxiliares de enfermería, siguen siendo la salida laboral de una minoría, pero ya está en el imaginario de bastantes hombres y mujeres, aún cuando graduarse con esas titulaciones, no garantiza un posterior puesto de trabajo y una mejora sustancial de las condiciones de vida.

Comunidad moral

De la "comunidad folk" (Redfield, 1941, 1955) como modelo de comunidad de "tamaño reducido, población homogénea, aislada, sacralizada y con fuerte cohesión interna" poco queda en este mundo globalizado y cambiante en una comunidad que ya transciende el espacio físico del territorio. Comunidad, donde "la delimitación del ámbito comunitario se redefine exitosamente, gracias a la capacidad de innovación sin ruptura que muchas veces manifiestan, quienes viviendo fuera del espacio local se niegan a renunciar a la pertenencia afectiva" (Martínez Casas y De la Peña, 2004: 220).

Las comunidades de estudio tienen un pie en la migración que los lleva al área urbana nacional y al Norte, y aún cuando en Pasaquijuyup y Las Barrancas, la migración al Norte tiene carácter temporal y son únicamente los varones, no la familia entera, en la experiencia de otras comunidades indígenas guatemaltecas k´iche´es, mames, kanjobales, […], se constata que la permanencia en el exterior no ha llevado a la ruptura, sino a la formación de "comunidades transnacionales". Comunidades en donde por un lado se observa que el mismo individuo demuestra alternativamente patrones de conducta "moderno y tradicional", demostrando más patrones de cambio situacional que de aculturación (Ibíd., 220). El término y concepto de "comunidades en movimiento" incorpora la idea de cambio y transformación, pero también ligándolo a las comunidades transnacionales plantea la fuerza del arraigo a la tierra de los ancestros, tan peculiar a los grupos étnicos, que hace que *las comunidades se muevan* con sus miembros. Esto sugiere hablar de movilidades más que de migración, pues en el primero se

espera el retorno, la acción tiene sentido de cara al lugar de pertenencia. El término *migración* por el contrario, tiene connotaciones de desarraigo, alejamiento y búsqueda de nuevos espacios de ubicación vital que encajaría menos con ese sentido maya de movilidad (Camus, 2007:17).

Estos procesos de arraigo se refuerzan con mecanismos de interacción, de instancias de comunicación ritual en donde las fiestas patronales, el regreso para la fiesta y el financiamiento de la misma, así como de apoyos al desarrollo local, ayudan a representar la unidad del grupo y confirman la adhesión a los valores compartidos, a la comunidad moral de la que son parte. Incluso la continuidad de algunas comunidades en el territorio, se hubiera visto fuertemente amenazada sin los recursos aportados por los migrantes. En la "comunidad moral" (Cohen, 1985), lo que importa no es el lugar, sino la pertenencia, y ésta se define por un conjunto de elementos significativos que se manifiestan como fronteras simbólicas (Martínez Casas, 2004: 119).

La comunidad en Guatemala es una especie de cero-semilla maya, un punto nodal, un calidoscopio, en donde y a partir del cual, se expresan la multiplicidad de colores de la comunidad étnica, religiosa, genérica, cultural, […] cada día más heterogénea.

A modo de cierre capitular concluyo que tanto los k´iche´es de Pasaquijuyup como lo mames de Las Barrancas y el resto de la población atendida por el Programa tiene a la comunidad étnica y/o comunidad religiosa, a la identidad municipal y a la agricultura, como base de su reproducción bio-socio-cultural y de sus experiencias vitales.

La identidad municipal es de gran peso en la adscripción personal, familiar y comunitaria en Guatemala pero particularmente relevante en el estudio en Pasaquijuyup, donde las relaciones intracomunitarias y regionales están atravesadas por las municipales de Ixtahuacán y Nahualá y que llevó en el caso del Programa de salud a negociarse una sola Casa de Salud Comunitaria (CSC) para ambos grupos, y un ASC de cada adscripción. En Las Barrancas, la homogeneidad étnica mam de la aldea se refuerza con la identidad mam municipal y los problemas en relación al Programa de salud se han manifestado en torno a la construcción de la CSC y su uso con los vecinos de Las Granadillas, y las divisiones internas encabezadas por dos

hermanos, que no pude precisar su trasfondo, y que llevaron a una construcción por duplicado de la traída del agua entubada.

La identidad étnica ha sido construida en condiciones de subordinación y resistencia colectiva expresada en los motines, buena parte de ellos contra sus propios caciques y alcaldes, y en la defensa de la tierra y de la Alcaldía indígena. En el presente y entre los jóvenes k´iche´es y mames se observa un ascenso en la autoestima de su identidad indígena y maya.

De cómo los diferentes contextos llevan a diferentes experiencias y saberes en las y los ASC lo desarrollaré en el siguiente capítulo, pero entre esas diferencias contextuales y experienciales están la diferentes historias socio-comunitarias. Diferente en cuanto a los orígenes comunitarios, unos en la colonización de *tierras de paso* por familias de origen comunitario en Pasaquijuyup y de la compra de tierras en donde trabajaban como colonos de las *fincas de café* en Las Barrancas, *experiencias comunitarias o de finca* como punto de partida y que se articula con la *propiedad usufructuaria* de los primeros y *privada* en los segundos.

Una diferente experiencia gira en torno al *trabajo asalariado*. En Pasaquijuyup el trabajo se realiza fundamentalmente en la parcela individual y hay una notable homogeneidad de recursos e ingresos económicos entre las familias. La emigración a los Estados Unidos ha generado por el momento mayores riesgos que beneficios, pues los préstamos usureros y las dificultades actuales de trabajo al Norte, dificultan el pago con la consiguiente pérdida de sus tierras que pasan a manos de otros k´iche´es, familiares o vecinos. Esta puede ser a corto-mediano plazo, la mayor fuente de diferenciación económica y de estratificación social en la comunidad.

En Las Barrancas, la historia de colonato de los adultos mayores (asalariados y que algunos recuerdan con nostalgia) se continúa con el trabajo familiar en sus parcelas, el asalariado temporal en las fincas próximas y de albañilería y otros en Ostuncalco y Quetzaltenango, así como una mayor emigración a los Estados Unidos. Resultado de esta emigración empieza haber una mayor diferenciación económica intracomunitaria; la compra de tierras a los finqueros por los migrantes para continuar sembrando café ha elevado su precio a límites inalcanzables para quienes no tengan remesas de dólares. Debido a que la pobreza por

todos es vivida como cercana, no ha generado por el momento relaciones conflictivas por la incipiente estratificación social, pero se vislumbra que las relaciones de patrones y asalariados entre ellos mismos, vayan llevando a que la clase social pueda ser una próxima categoría intracomunitaria.

Una expresión de la diferenciación económica pero también de cultura generacional se expresa en la alimentación que a la identificación orgullosa de ser *hombres y mujeres de maíz*, y que éste siga siendo alimento básico, surge para algunos sectores como estudiantes, maestros, trabajadores de salud asalariados, el imaginario de los McDonald´s y Pollo Camperos en sus representaciones de modernidad y/o éxito social.

En ambas comunidades, la percepción del trabajo de las mujeres, pasa por asumir el trabajo del hogar y el cuidado de la familia. En relación al trabajo en el campo que todas realizan, es invisibilizado y minusvalorizado incluso por ellas en Pasaquijuyup, mientras que el trabajo temporal en las fincas que bastantes de ellas realizan en Las Barrancas, al ser asalariado las visibiliza también fuera del hogar. Unas y otras tienen sus propios ingresos, unas vendiendo los huevos, gallinas, conejos, la *hierba amarilla* y sus bordados en Pasaquijuyup y las otras por su salario en las fincas en Las Barrancas. En Las Barrancas sea por el reconocimiento del trabajo asalariado, por las ausencias temporales de lunes a viernes en Ostuncalco/Quetzaltenango o de varios años en los Estados Unidos, las remesas de dólares que algunas gestionan aún con el fuerte control de sus suegros, el mayor peso de las iglesias evangélicas y el rol más autónomo y de liderazgos entre estas mujeres, se observa una mayor autonomía de ellas tanto en Las Barrancas como en todo el área de trabajo de salud en Ostuncalco.

Las transformaciones sociales, como el tránsito de finca a comunidad, han supuesto un mayor cambio en Las Barrancas que en Pasaquijuyup. En Las Barrancas se suma la mayor dependencia alimentaria al tener que comprar el maíz e ingresos dependientes del café, ambos productos con precios inestables y dependientes del mercado internacional. En Pasaquijuyup hay mayor continuidad histórico-social y seguridad alimentaria dependiendo del autoabastecimiento alimentario local y de su economía de maxán y frutas que tienen mayor estabilidad de precios y el mercado es nacional.

Las mayores transformaciones sociales e inseguridades económico-alimentarias de Las Barrancas pueden explicar en parte, la mayor presencia y activismo de las iglesias pentecostales y carismáticas, de la *comunidad religiosa*. La dimensión religiosa en ambas se muestra como una dimensión significativa para explicarse el estar en el mundo y en muchos de los significados relacionados con el campo de la salud, sea porque se ore porque haya una buena medicina, una curación o que solo Jesús salve del alcoholismo y otros males.

Esta historia comunitaria como contexto y experiencias compartidas por los ASC locales puede ser un importante saber que estos trabajadores locales, a través de la reflexión compartida, pueden aportar a una atención más interdimensional en la implementación del Programa de salud.

Capítulo 4. Experiencias, saberes de los Agentes de Salud Comunitaria y primeros pasos hacia los conocimientos situados en el Programa de salud

Experiencias y saberes de Francisco, Diego, Jovita y Lisandro

Francisco Sac, un líder comprometido *de Corazón* con la comunidad

Diego Tzaput y la *chispa* del intermediario

Jovita Morales, una *auxiliar de familia* con *don*

Lisandro Vail, al calor del hogar

Primeros pasos de 28 Agentes de Salud Comunitaria en el Programa de salud

Las competencias como potenciales nuevas formas de ver, sentir y actuar

Un huipil de colores, un huipil de saberes multidimensionales

Los agujeros del huipil, las heridas en nuestras vidas

El huipil de la salud

Primeros pasos para construir los Conjuntos Socioculturales.

Experiencias, saberes de los Agentes de Salud Comunitaria y primeros pasos hacia los conocimientos situados en el Programa de salud.

La Inclusión de *unos*
se llamaba para *otros*, mejorar la vida y aprender de los secretos de los medicamentos.

Para quienes vivimos los primeros años de la Revolución Sandinista, se hacía realidad la metáfora
de Ernesto Cardenal –poeta, monje y ministro de cultura- de "Tocar el cielo".
Duró poco y en Guatemala, durante el conflicto armado interno, tocar el cielo estaba lejos
pero tenía nombre, la Nueva Guatemala.
Tras los Acuerdos de Paz (1996), el cielo estaba tan arriba que no se veía, así que cada sector,
feminista, académico, campesino, municipal se abrió un pequeño claro entre las nubes y
en salud para algunos de nosotros se llamó
Hacia una Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos-
La Inclusión – Exclusión en un continuum que caminaban en el *Hacia.*

Y para los Agentes de Salud Comunitaria
¿Cuál era su cielo incluyente?
¿Qué les movía a ellos en el Programa de salud y en el *Hacia*?

La Inclusión en ellos y ellas se llama
mejorar la vivienda o llevarla a un lugar fuera del riesgo de deslaves,
una buena alimentación, la educación formal para las/los hijos,
mejorar la condición de vida de la familia y una Guatemala más justa.
De cerca observaba en ellos la fuerza de la familia y de la comunidad,
y el afán de aprender, de aprender para mejorar la vida y como superación personal.

Jovita con 5 hijos y sin tiempo libre, quitándose horas de sueño para estudiar,
aguaceros y asoleadas, caminatas y picops, de primaria a auxiliar de enfermería comunitaria pasando por
promotora de salud, comadrona, secretaria y mecanógrafa, cuestionada por su abuelo (f),
sueña despierta (y lo va lograr) con ser enfermera profesional.

Para Lisandro, el tiempo más duro fue la separación familiar en el curso de ASC.
Sastre, promotor de salud, gana el título de auxiliar de enfermería comunitaria
pero él quiere seguir como antes, de sastre,
para estar cerca de la Lucrecia y las 3 niñas que ya deben ser más.

Francisco, 8 hijos, lleno de cursos: albañilería, promotor de salud, experimentador de siembras,
pastor cristiano, finalmente logra la primaria, la secundaria y ser auxiliar de enfermería comunitaria.
Su sueño, ver por la salud física y espiritual de la gente.

Diego con 7 hijos, guarda forestal, promotor de salud, militante político, chofer,
con primaria y secundaria nocturnas, auxiliar de enfermería los fines de semana,
es ahora auxiliar de enfermería comunitaria, reconocido por el Ministerio de Salud.
Sueña con estudiar medicina en Cuba, ser médico.

Experiencias y saberes de Francisco, Diego, Jovita y Lisandro

En los siguientes relatos de nuestros cuatro agentes de salud comunitaria se recogen experiencias significativas, sociales y del proceso salud/enfermedad/atención, buena parte de ellas compartidas con sus pares étnicos. Los cuatro fueron seleccionados para el estudio por haber nacido y vivido en la comunidad de trabajo, lo que les posibilita en mayor medida conocer las historias personales, familiares y comunitarias y los significados locales de sus experiencias.

La hegemonía del modelo biomédico convierte sus experiencias y saberes en secundarios, creencias, cultura, siéndoles reconocidos sus saberes sobre los Síndromes Culturalmente Delimitados y algunos de sus tratamientos, así como habilidades relacionales en buena medida debidas a sus previos y variados liderazgos comunitarios, pero ¿qué tanto de esas experiencias y saberes propios y compartidos con sus vecinos se convierten en una fuente más de conocimientos Hacia una Salud Incluyente? El modelo médico hegemónico guatemalteco participa de esa bipolaridad del saber institucional y de la ignorancia del otro, del saber médico y la cultura/creencias de los pacientes, indígenas o no, como nos muestran Lenkersdof y la Universidad:

Todo el mundo quiere enseñarnos,
los maestros, los padres y madres religiosos,
los doctores, los abogados,
los agrónomos, el gobierno.
Todo el mundo quiere que aprendamos de ellos.
Para ellos, no sabemos nada de nada
(Lenkersdof: 1999)

Id y enseñad
(Universidad San Carlos de Guatemala)

El modelo biomédico es hegemónico en la sociedad guatemalteca, pero es también un iceberg entre lo visible, las filas de pacientes en los consultorios, las filas en las farmacias, su legalidad excluyente, la academia excluyente; y otra, no visible o mejor no reconocida institucionalmente con las racionalidades de la población, los significados que experiencial, socio-culturalmente asigna ésta, al modelo médico y al proceso salud/enfermedad/atención.

Considero que los Agentes de Salud Comunitaria y ya previamente a ser reconocidos como tales, participaban de esa hegemonía biomédica con sus críticas por el *maltrato* en los servicios públicos y desde un *todo sirve* personal, son ahora por la accesibilidad institucional y su bilingüismo una fuente importante de conocimientos desde sus experiencias y saberes personales y compartidos con sus vecinos. La inclusión activa y continua de esas experiencias y saberes, puede ser un aporte a ese Hacia la Salud Incluyente, tanto para la superación del biologismo médico como para el empoderamiento de los propios trabajadores, al aportar esos saberes sociales a la institución médica.

Los cuatro ASC aparecen con sus meros nombres, pues así quisieron ser nombrados, orgullosos de su trabajo y del deseo de ser reconocidos en sus relatos: Francisco, Diego, Jovita y Lisandro.

Francisco Sac, un líder comprometido de Corazón con la comunidad

Imagen 19

Francisco y familia

Un patriarca inmerso en las transacciones comunitarias y médicas

Francisco Sac Guarchaj pertenece a una generación que en su juventud tuvo que crecer con un pie en la comunidad, casándose con 17 años, en el tiempo campesino en que se oía el estribillo: “si ya puedes traer maíz, debes buscar quien te eche las tortillas”, lo que traslucía que si ya sabes trabajar, debes buscar una pareja que te haga la comida y formar una familia. Otro pie, en un país inmerso en un “conflicto armado interno”, aunque Israel, Taiwán y los Estados Unidos de Norteamérica lo hacían también externo, y en el que Francisco con esos 17 años va ser responsable de las patrullas de autodefensa civil (PAC) de su comunidad.

Para Francisco, el ser buen narrador y amante de los relatos, debe ser parte de sus aprendizajes familiares pues no debía tener muchos años cuando su abuelo y su padre le contaban estas historias:

“De boca de mi abuelito oí que ellos y los abuelitos de Diego –el otro ASC- habían sido

> los primeros en asentarse en el lugar. Esta zona era lugar de paso de comerciantes con sus caballos y cargas para ir del Altiplano a la Costa Sur y como los abuelos eran comerciantes, tenían caballos […], tenían pisto [dinero], se asentaron aquí. La abuela tenía un comedor al que llegaba mucha gente. También había unos ranchos de la muni donde la gente quedaba a dormir y que los alguaciles se encargaban de enviar gente a limpiarlos. Poco a poco fue viniendo más gente y así se formó la comunidad.
>
> Mi papá negociaba con canastas que hacían en la comunidad con cañas y él vendía. También sembraba milpa en la Costa, arrendaba tierra y sembraba. Luego se dió cuenta de que la gente sembraba café en Xejuyup y tal vez por eso empezó a sembrar café. Había un señor que también sembró maxán, con él sacó semilla y sembró maxán. Ya no necesitó bajar más a trabajar en la Costa".

Esta historia familiar de abuelo y padre con iniciativas, liderazgos en la formación de la comunidad y ser comerciante el abuelo, y pionero su padre en la introducción del maxán, fuente principal de ingresos de la comunidad, le han sido a Francisco, escuela de liderazgos comunitarios que él también ha desarrollado.

En su infancia, las enfermedades, la lucha de sus padres por curar a sus hijos y los caminos terapéuticos, ya transaccionales en ese tiempo, fueron parte de sus aprendizajes significativos. En su relato, afloran los conocimientos, diagnósticos e itinerarios terapéuticos que tenían sus padres, así como la traducción de los antiguos diagnósticos a sus nuevos conocimientos. Las transacciones de saberes médicos se hacen presentes en sus padres y abuela, a la vez que reconoce en el Francisco adolescente, las limitaciones del "no tengo conocimiento para buscar un médico", dando a entender que algunas enfermedades podían haber sido mejor tratados por los médicos, pero también dejando constancia de que otras fueron curadas con remedios caseros.

> "Mi mamá, más que todo, se enfermó alguna vez, no sé que enfermedad es, una enfermedad como la anemia, ella ya no tiene fuerzas, ya no puede levantar ni trabajar, siente como que da vuelta el ojo, se nubla la vista dice. Mi papá dice tal vez por falta de

vitaminas, hay que comer bastante carne, queso, frutas como naranja, papaya dice mi papá. Mi papá buscó remedio y se curó.

Más que todo, mi papá cuando [yo] era pequeño se preocupa mucho de mi salud, y me lleva hasta la clínica o farmacia de Santo Tomás con un señor, de plano es un enfermero, me lleva y él muy preocupado por mi salud. Mi mamá también, los dos muy preocupados por mi salud. Mi primer hermano, el primero, dice que se murió. Mis hermanas son seis y tres mis hermanos, yo creo que yo soy el séptimo. Mi papá dió más atención a todos. Dice que una mi hermana se enfermó de sarampión con mucha calentura y en ese tiempo los demás vecinos y de otros lugares, estaban muriendo de sarampión. Un señor de Toto [Totonicapán] vendía comales de barro y dió consejo a mi papá, su hija está sufriendo, pero debe juntar hojas de pino y echar agua al suelo, luego dejar las hojas del pino y quitar la ropa a la niña y dejarla desnuda sobre las hojas de pino mojadas. Y es cierto, mi hermana se salvó del sarampión. Al tercer día se mejoró. Tenía doce años cuando contó eso mi papá.

De allí mi papá me contó lo que yo sufrí de mi vida. Me acuerdo, que desde los seis años me enfermé, como tres veces. Mi papá tenía caballo y llevaba carga, y a mí me cargó con una sábana en su espalda. Al regresar me metía entre las cargas del caballo. Mi papá dice que me enfermaba del estómago y el señor de Santo Tomás dice que lombriz tengo. Y el señor receta mi medicina a mi papá. Y es cierto, a los tres, cuatro días, tiro lombrices y allí termina mi dolor de estómago. Al salir lombrices, mi mamá me mete al temascal. Mi mamá, mi papá, no me curaban, era con el señor de Santo Tomás.

Mi abuela sabía curar ojeado, caída de mollera […] pero si ella daba cuenta que no eran eso, los llevaba hasta en el pueblo. Cuando yo tengo edad de 12-13 años ya me dí cuenta que mis hermanos pequeños cuando enfermaban los llevaba a Santo Tomás. De plano también se daba cuenta, de qué tenía la patoja [niña] y él explicaba al señor, y traía la medicina.

Cuando se murió mi papá, tengo un mi hermano que se enfermó demasiado grave, demasiado grave, grave. De primero se hinchó los pies, la cara y después de plano, es una enfermedad renal más que todo, pues mi hermano a los 4-5 meses ya no orina, se tapó el orín. Tenía 12 años, se quejaba de dolor de cintura y los pies siguen hinchando, hay días baja y hay días se hincha y al final te cuento, mi hermano se murió. Los vecinos dicen es un `malhecho´ pero como yo en ese tiempo no tengo conocimiento para buscar un médico, mi mamá, más creyó era un malhecho. Fuimos con un señor, sacerdote maya y le puso costumbre y dijo sí es malhecho pues ustedes tienen terreno, casas, entonces lo que quería la persona es que se mueran todos en la familia, hasta que dejen cerrada la puerta. Pedimos favor a otras personas que hacen la costumbre, pero yo, según dijo otro señor, tiene que pedir favor al San Simón de Zunil y allí recibimos la noticia de la muerte de mi hermano. Cuando regresamos ya estaban en el velorio. Yo tenía como 17 años. Mi mamá seguía creyendo en el malhecho, ellos siempre han soñado con malos sueños".

Francisco Sac Guarchaj tiene 42 años cumplidos y está casado con Francisca desde los 17 años. Ambos son k´iche´es de Nahualá. "Fue tras la muerte de mi papá. Estaba fuera cuando falleció, y al regresar encontré la casa llena de gente, mi papá había muerto. Era joven y mi mamá me daba la comida, me echaba las tortillas. Mi hermano mayor me platicó, me dijo que si necesitaba quien me echara las tortillas, quien me hiciera la comida, podía casarme. Mi mamá me buscó a Francisca, que tenía 17 años, y nos casamos".

La pareja tiene cinco hijas y tres hijos, entre los 24 y 7 años, y todos viven en la casa. Francisca es muy tranquila y vive muy arropada por sus hijas, especialmente las dos mayores, que la acompañan en todos sus trabajos domésticos y con quienes habla bastante.

A sus hijas me fue difícil reconocerlas y llamarlas por sus nombres, pues se parecían a pares y las veces que las nombré sirvió para que se rieran, pues no daba una, así que poco a poco y por *pena* a equivocarme, busqué otras fórmulas para llamarlas. Las dos mayores me recordaban bastante a Rigoberta Menchú, un prototipo físico habitual de mujer k´iche´, así que cuando las nombré como la Premio Nobel, se rieron con agrado. Las dos pequeñas y estudiantas, siempre

juntas, me eran también indistinguibles. La del medio, quedaba suelta y era la más reconocible.

Todas tejían impresionantes huipiles, salvo la más pequeña, que aún estaba aprendiendo. La mayoría de los huipiles los tejían para vestirse ellas, pero algunos los vendían en la comunidad o en las tiendas de Santo Tomás. La belleza de los huipiles guatemaltecos, con frecuencia invisibiliza a quienes las llevan, y al menos una vez, recuerdo la denuncia de una mujer indígena, a la que siempre los turistas halagaban los tejidos que tejía y vestía, pero ella pasaba desapercibida, todos preguntaban por el huipil y nadie por ella. Desde entonces, aún cuando mi primer golpe de vista lo llevaran esos huipiles impactantes de colores y contrastes, mi mirada y protagonismo pasaba rápidamente a interesarme por su portadora. Esta mirada al huipil y no a la persona, no deja de ser una metáfora válida para la personificación de la enfermedad y la reificación de la persona.

Mi impresión era que les caí bien a las hermanas, pues fui una caja de sorpresas, echaba tortillas [tortas de maíz] y lavaba platos como las mujeres y por el contrario, no cortaba la leña tan bien como los hombres, ni como ellas. Más de una vez el sorprendido fui yo, cuando mujeres y niños acudían a verme echar tortillas como si fuera monito de feria. Las tareas domésticas eran parte de una estricta división de tareas, figurada, porque mientras ellos entraban en la cocina y esperaban ser servidos, no movían un plato, ellas sí que participaban en el trabajo de campo, aunque no fuera suficientemente reconocido por ellos, e incluso por ellas.

Los chicos iban intercalados en la marimba familiar. El mayor de los chicos con 22 años era estudiante de magisterio en Xejuyup, el segundo de 18 años, trabajaba provisionalmente en el maxán familiar, a la espera de ser seleccionado para el curso de teología que la Iglesia de Cristo impartía en Honduras. El pequeño de siete años estudiaba en la escuela local, además de jugar, que era lo que más le gustaba.

En un promontorio de la parcela familiar habían abierto un plancito, a golpe de azadón, y sobre ella construido el conjunto habitacional formado por tres casas, el chuj/temascal y la letrina abonera. La casa de tablas y hojas era la cocina, amplia, y en un lateral ocupando un tercio de la cocina estaba la estufa lorena o de plancha. Las *estufas lorena* son cocinas en

alto elaborados con ladrillos refractarios que no dejan escapar el calor hacia los lados y lo concentran en una plancha metálica en donde se cocina. Tiene de ventajas, el ahorrar leña -el combustible único por estos parajes-, reducir el riesgo de quemaduras y evitar el humo que sale a través de una chimenea, ahorrándose las molestias e irritaciones oculares de las cocineras. Otra ventaja es que sus ladrillos refractarios situados alrededor de la plancha, peor en tiempo de frío, hacen las veces de mesa y era este nuestro caso, donde todos comíamos sobre esos ladrillos, al calorcito de la estufa Lorena, a la vez que sacábamos las tortillas directamente de la plancha.

Las cocinas mas frecuentes en Pasaquijuyup son las del fuego en el suelo, que tienen a su favor, el calor que proporciona a la habitación en los días de frío, y como inconvenientes, los mayores riesgos de quemadura, el humo que irrita los ojos y la incomodidad de doblar continuamente el espinazo. Hay dos cocinas de gas en toda la comunidad, de una maestra venida de fuera y en la CSC.

Otra de las casas anexas de Francisco era el dormitorio familiar. Tenía una minifalda de bloque y sobre ella las paredes de tabla y un tejado de lámina. En la casa dormían los padres, las hijas y el hijo pequeño. Tuvieron que pasar varios días para darme cuenta, que dentro había un consultorio que era utilizado diariamente por Francisco, y en las Jornadas médicas por los doctores norteamericanos de la Iglesia de Cristo, en consultas sin exclusiones religiosas.

La tercera casa tenía la misma hechura del dormitorio, con minifalda, tablas y láminas. Era una casa grande sin compartimentos interiores, provisionalmente dividida en dos por un stock de blocks de cemento, que con el tiempo iban a servir para hacer una cuarta casa. En una de las divisiones de la casa dormían los dos hijos mayores, disponiendo de una gran televisión en la que se veían borrosas las emisoras mexicanas y no entraban las guatemaltecas. La otra mitad estaba destinada al culto de la Iglesia de Cristo, que fue mi dormitorio en el tiempo que viví en Pasaquijuyup. El *orden occidental* del consultorio de Francisco contrastaba con el *desorden* reinante en el dormitorio de sus hijos.

Frente a las casas había un amplio corredor cubierto por un nailon de plástico transparente que cubría el tendedero de ropa y una banca que permitía observar en las noches, el cielo y una

perspectiva sobre uno de los barrios de Pasaquijuyup, el filo de los cerros y repensar el futuro de la comunidad. En esa banca tuve varios de los conservatorios con Francisco y su familia.

En esa división de trabajos por sexo y género, Francisco y sus dos hijos varones de 18 y 22 años coincidían en que las mujeres de Pasaquijuyup trabajaban en las tareas domésticas y "sólo unas pocas lo hacen en el campo, más es tapiscar el maíz". Para Francisco, "unas familias sí y otras no, pues hay quienes creen que si la mujer trabaja en el campo corre riesgo se le caiga la matriz". Las hijas manifestaron ir a trabajar al campo a cortar maxán, pero que su trabajo era más en la casa, manteniéndola aseada, cocinando, lavando ropa, viendo por los animales domésticos, la huerta, cortando hierbas comestibles del monte y tejiendo huipiles. Al mercado de Santo Tomás a vender y comprar, iban ambos, Francisca y Francisco, ella a vender sus hierbas amarillas y huipiles, y él a comprar azúcar, sal y otros alimentos básicos. Al hablar del trabajo, observaba un doble discurso entre el *deber ser*, la representación, y la práctica. La representación invisibilizaba la práctica de ellas, mientras no había nada que invisibilizar de ellos en el trabajo doméstico, ya que a mi parecer no hacían nada.

Más de una vez bromeé con Francisco, por la atención familiar que recibía pues en todo momento, las mujeres estaban pendientes de sus solicitudes y rutinas, como tener preparado el temascal en la mañana, servirle la comida, llevarle el almuerzo al mediodía a la CSC. La misma atención era prestada a los hermanos varones. La jefatura de Francisco no era sólo simbólica sino también basada en su estilo de jefatura, generador del grueso de los ingresos familiares, y de la experiencia y saberes que transmitía en comunicación continua con toda la familia.

Dados los 1800 msnm promedio de Pasaquijuyup, el amanecer era más bien frío, por lo que se agradecía el baño caliente en el temascal donde Francisco y su esposa eran asiduos. Saliendo ellos entraba yo. El temascal se encuentra cerca de la cocina y es una casa pequeña a la que se ingresa de rodillas por una entrada minúscula, y al interior por su poca altura no se puede poner de pie. La entrada está cubierta por una cortina que evita la fuga del calor. El temascal es el baño de vapor de origen precolombino, su nombre proviene del náhuatl (temazcalli: de *temaz* vapor y de *calli* casa) que en los pueblos mayas es también conocido como *tuj*, *chuj*. Ha sido estudiado en Guatemala y México entre otros por Villatoro (1986; 1989: 1994),

Acevedo (1986), Tyrakowski (2007: 67-90) pues a lo apropiado y relajante de su baño en tierra fría está su función en la purificación energética y espiritual, lugar de encuentro familiar, de parto y relaciones sexuales […].

En el temascal, las piedras calientes se riegan con agua caliente para que desprendan el vapor que junto al sudor empaparán el cuerpo. Las hierbas aromáticas y energéticas como la ruda con las que se golpea el cuerpo servirán para purificar energéticamente, el jabón ayudará a limpiar la piel mientras que el vapor y sudor no sólo relajan sino que a veces producen lipotimias, tal fue mi caso la primera vez que lo utilicé hace ya algunos años.

En la convivencia familiar, tuve la impresión sobre Francisco, de ser el patriarca bondadoso de una pequeña teocracia familiar, pues en su persona centralizaba ser el jefe de familia, el proveedor principal de ingresos, el pastor de la Iglesia, el líder y maestro que compartía sus experiencias y saberes a través de historias y consejos en una comunicación continua con todos los miembros de la familia. Aunque tomaba las decisiones en consulta con su esposa, su comportamiento y actitud transmitían con frecuencia la calidad de maestro, la jerarquía de saberes, el vivo ejemplo de los métodos aprendidos en las iglesias históricas y de los médicos, en donde primaba su discurso sobre la escucha y sus actividades sobre las del resto de la familia.

A Francisco, amante de los conversatorios y relatos, creo no haberle dejado un minuto para respirar sin que me narrara algún retazo de su vida, fuera en la banca del corredor-mirador de su casa, en las caminatas de las visitas familiares, en las *bañeras* o palanganas de los picops.

De promotor de salud a auxiliar de enfermería

Francisco forma parte de esa generación de indígenas que de las pequeñas oportunidades abiertas con la Revolución de 1944-54, y ampliadas en las décadas de los 60-70 con la apertura agrícola y colonización de nuevas tierras, las cooperativas, las nuevas organizaciones locales y nacionales generaron demandas sociales y políticas y al hambre de mejorar sus condiciones de vida se agregó el hambre de aprender. De la mano de las iglesias, ONG y del

MSPAS surgieron oportunidades de aprendizajes como promotores de salud, y tal fue el caso de Francisco:

> “Mi inicio en el trabajo de salud en 1986 por necesidad propia, con la quemadura de Miguel, mi hijo mayor, cuando salió corriendo del temascal y se le cayó el agua caliente encima. Al quitarle la playera [camiseta] se le fue la piel. Me recomendaron ponerle azúcar y hierba mora machacada. Luego fui a Xejuyup a donde un señor que ponía inyecciones, debían ser de penicilina para secar las quemaduras. Fue muy amable, le puso la inyección y le recetó cinco más. Las curaciones le hicimos en casa y un mi primo que sabía inyectar me ayudaba, pero no se mantenía en la comunidad y tenía que bajar hasta Xejuyup, varias veces, ahí sentí la necesidad de aprender a inyectar.
>
> Otra vez, mi tocayo Francisco, el ahora presidente del COCODES, se cortó el hueso de la mano y fuimos con el señor de Xejuyup. Nos recomendó ir al hospital si quería salvar la mano. Sus familiares no querían por el miedo a que le cortaran la mano, pero un maestro k´iche´ de la comunidad les animó a ir al hospital. Acompañé a Francisco y el doctor nos confirmó la gravedad. La puerta del cuarto de emergencia quedó medio abierta y pude ver desde el pasillo cómo le pusieron la anestesia y le atendieron. Le pusieron un tratamiento de inyecciones y me quedó claro la importancia de aprender a inyectar, poner sueros intravenosos para ayudar y hasta para ganar un poquito de dinero.
>
> Me animé a aprender de promotor de salud con el Ministerio. Vi la necesidad, planifiqué y saqué mi tiempo para ir a las capacitaciones, aprender para mi familia y para la comunidad. Hay lugar para la milpa, el frijol y para los cursos. En el Ministerio siempre nos decían que había que cobrar, eso sí, lo que la gente pueda, pero lo gratis no se valora. Pude ayudar a la comunidad, la gente siempre reconoció mi apoyo y me pude ganar unos centavitos.
>
> En el Ministerio de salud solicitaron una persona voluntaria en Pasaquijuyup para el Programa de Alimentos, y ninguna mujer quiso ir. Me ofrecí y me encontré sólo de hombre, todas eran puras mujeres que venían de las otras comunidades y me

bromeaban: `bendito entre todas las mujeres´. También en el Centro de salud apoyé el Programa de niño sano.

En el año 1990 me fui a recibir curso de promotor y allí aprendí varias cosas en el Centro de salud de Xejuyub. Aprendí cosas de lo mejor, así que uno tiene su causa, porqué se enferma de grano, diarrea, anemia y hay medicamento para eso. Aprendí de enfermedades de impétigo, parásitos, calentura y tos, quién empieza primero, cual es la causa y di mi tiempo para participar en las reuniones de promotores. En ese tiempo solo había un técnico muy bueno para orientar a los promotores, y yo promocionaba las vacunas y se juntaban las madres de familia, bastantes y se vacunaba".

No pasa mucho tiempo en Guatemala sin que haya alguna emergencia, y suficientes experiencias para que un promotor pueda aprender y ganarse el reconocimiento de los vecinos.

"En el tiempo de cólera [años 90] llegó el doctor Juan Carlos del Ministerio y aprendí a dar algunas pastillas y sueros de rehidratación oral. Una vez el técnico de salud rural nos invitó para aprender cómo canalizar un suero a una persona que ya no puede tomar por la boca y entre nosotros mismos aprendimos a canalizar sueros.

Gente de aquí se infectó de cólera, se murió una señora y hubo dos hombres deshidratados pero bien deshidratados. La comunidad pensó se habían muertos y decían ¡ya muchá, enterramos porque ya se murió! […]. En ese tiempo hay un promotor en Xejuyup y el doctor le pidió favor de echar una mano y con él fuimos a ver a los enfermos Yo no encuentro venas por donde canalizar, saber cuantos pinchazos le echamos pero luego logramos y cabal la persona cuando le pusimos diez litros, dio vuelta, se estiró. Todas las personas que estaban cerca todos vieron y dijeron ustedes son buenos promotores pues ustedes levantaron un muerto. Pero no era verdad, no está muerto. Abrió la boca, como que tiene sueño, pidió comida y le dimos suero oral y su tetraciclina. La diarrea ya se paró y cuando pasó dos cápsulas y dos vasos de agua, quiere decir que ya va vivir. Ya quería orinar y poco a poco se compuso. Si el corazón

no se escucha nada, si ya no respira, hay que ver antes de que lo entierren, pero antes, siempre se oye el corazón, el latido.

Otra señora con cólera también se recuperó, pidió agua, pidió comida y los familiares salieron a preparar comida. La gente se dio cuenta que nosotros ya podemos hacer. Ahí me di cuenta de que hay necesidad en la comunidad, entonces dediqué más tiempo para ir a reuniones de salud".

Francisco se dio cuenta de las necesidades pero las formas de resolverlas se dividieron o multiplicaron por dos. Los conflictos históricos entre Ixtahuacán y Nahualá, se reprodujeron en Pasaquijuyup en la década de los 90, conflictos que por lo relatado buscaban el mantenimiento del espacio propio de cada grupo identitario. Resultado de ello fue la duplicación de comités, capillas, escuelas, equipos de fútbol y también por dos, los promotores de salud. El debate llegó hasta las obras de la carretera de acceso desde Xejuyup, carretera que debía pasar por tierras de Ixtahuacán y Nahualá y que poco faltó para que cada grupo tuviera su propia carretera. Finalmente se hizo una sola carretera compartida pero la atención en salud se dividió y sólo hasta ahora con el Programa de salud que se han unido con un ASC de cada grupo identitario:

"En ese tiempo había problemas en la comunidad entre los Ixtahuacán y Nahualá, los católicos se dividieron por el mismo problema, todo se dividió. Yo vi el problema era grave y dejé de apoyar a la Clínica Maxeña de Santo Tomás que era católica. En ese tiempo empezó a llegar Diego a la Clínica Maxeña y comenzó a prepararse con ASECSA en Chimaltenango. Yo empecé más a trabajar con el doctor Kelly".

El trabajo con el doctor Kelly marcará la vida de manera significativa a Francisco pues con él llega a la Iglesia de Cristo, "salió de mi corazón", y a aprender y trabajar más de promotor de salud, pudiendo "curar cuerpos y almas". La Iglesia de Cristo es una iglesia de origen evangélico histórico, en la que su ingreso aunque sea un aspecto significativo en la vida Francisco no pasó por los rasgos de conversión catártica pentecostal:

“En 1995 entré en contacto con el doctor Michael Kelly. Lo conocí en Centro de salud de Xejuyub, estaba con el doctor Juan Carlos, pidió permiso al doctor y se puso a platicar conmigo. Yo le dije de dónde venía y me dijo que la comunidad estaba ¡muy, pero muy retirada y necesito un promotor que esté bien capacitado y con medicinas para tratar diarreas y neumonías y saber suturar y dar vitaminas! Me preguntó si tengo material para suturar, esteto, esfigmo, aparato para tomar la temperatura y le dije, eso sí. `¿Quiere usted aprender más?´ Le dije sí. Pues venga el próximo domingo y yo puedo ayudarle. Llegue a las 10 de la mañana. Daba consulta en una clínica privada, él habla k´iche´ y era de la Iglesia de Cristo. El me ofreció otros cursos de la Biblia, me dijo, `usted es listo para curar gente y debe estar listo para curar la espiritualidad de la gente´. Voy a pensar le dije. Me dio folleto para leer y empecé a estudiar. Me invitó a una oración con otros norteamericanos y así comencé con ellos. Ahí me hice de la Iglesia. Salió de mi corazón.

El doctor planificó un día para venir a la comunidad. Llevamos un caballo para traer las medicinas y se juntó bastante gente. La gente de aquí es muy agradecida. Michael no tenía proyectos de agua u otros, sólo de consulta, medicamentos y tratamientos de tuberculosis. Cobraba 10 quetzales por la consulta, 5 por cada medicamento y 5 por cada extracción dental. Las consultas solían ser en Xejuyup y desde hace un tiempo están llegando a Pasaquijuyup. Atienden en mi casa y la última vez que estuvieron fue hace dos semanas, pero ya no con el doctor Kelly. Revisaron candidatos a cirugía para unas jornadas quirúrgicas que van a ser en El Progreso [un departamento en el centro de Guatemala]. En la brigada de antes lo que más me gustaba era participar en las consultas como ayudante, conocer las causas de las enfermedades, la consejería de buena alimentación y las nuevas citas para conocer los resultados de las consultas.

Con otro hermano de la Iglesia comenzamos a reunirnos, un día en su comunidad y otro en mi casa. Mi familia no quería al principio participar, `quizás es una mala elección decía´, la primera vez cuando se celebró el culto, solo miraban, escuchaban y cuando ellos se fueron, `es bueno´ dijeron. A los 20 días le dijeron al hermano Aparicio: `queremos participar en el culto´. Y `bienvenidos´ le dijeron. Recibí bastantes felicitaciones de otros hermanos. Yo quería organizar mas personas pero comencé el

estudio bíblico en Quetzaltenango. El doctor me ofreció mi pasaje, mi comida, para que esté bien entrenado. Los días martes, jueves, sábado recibo clases de promotor de salud y así aprendí a curar el cuerpo y el alma.

Mi mayor conocimiento de salud ha sido con la Iglesia de Cristo. Trabajé seis años con Michael, que había trabajado 14 años en El Quiché, y daba la consulta en k´iche´. También trabajé de traductor con otro doctor de la Iglesia pero que no hablaba k´iche´".

Siendo promotor de salud y pastor de la Iglesia de Cristo, el personal de la Clínica Maxeña se acercó a la comunidad de Pasaquijuyup a ofrecer el Programa y acepté trabajar con ellos: "En el año 2003 se llegaron los trabajadores de la Clínica Maxeña e informaron a la comunidad del proyecto de salud que tenían con la Instancia Nacional de Salud y querían promotores de salud. La comunidad aceptó y Diego y yo fuimos elegidos para ir al curso, Diego representando a los de Ixtahuacán y yo a los de Nahualá. Nos dijeron que no podía haber dos puestos de salud sino que debíamos trabajar juntos".

La experiencia de trabajo de estos últimos años como ASC le ha dado más conocimiento, pero su representación de referencia médica es el doctor Kelly en el que destaca la responsabilidad en el trabajo, la referencia a Jesús en el compromiso con la gente y la posibilidad de comunicarse en k´iche´. El seguir el ejemplo de Jesús es nuevo en el relato de Francisco, pero no lo había sido para la mayor parte de los promotores de salud de las décadas de los 60-70 que integraron en su identidad como promotores capacitados por las iglesias, el servir a la comunidad basado en la reciprocidad, el *patanij*, con el amor cristiano al prójimo, del deberse a la comunidad y deberse al amor al prójimo, de la comunidad étnica y la comunidad cristiana:

"El mejor doctor que he conocido es Michael Kelly. Era muy estricto con los horarios y con la limpieza. Cuando los comunitarios le pedían algo, siempre solicitaba que en la reunión estuvieran todos los líderes. Si iba a ver enfermos a las casas era porque éstos no podían caminar, sino debían llegar al consultorio. Sobre todo le interesaban los tuberculosos y cuando no llegaban a las citas, solía ir a buscarlos a sus casas. Trabajaba en equipo con otro médico, también de la Iglesia de Cristo y que hablaba k´iche´. Además había un dentista, un ayudante y un laboratorista. Las personas que participaban en

estas brigadas todas hablaban k´iche´ aunque fueran mestizos o norteamericanos pues la consulta siempre era mejor en k´iche´.

Michael siempre era más puntual que el otro doctor y a los trabajadores que llegaban con retraso o no cumplían los horarios, los despidió. Michael siempre me ponía como ejemplo de puntualidad y dedicación, pues además yo era voluntario y no cobraba. Así estuve año y medio y luego fui a Quetzaltenango, donde aprendí albañilería y reforestación. Michael veía muchos enfermos y a veces se enojaba con los trabajadores como Jesús en el templo y les decía que se debían a la gente, no a ellos mismos. Solía haber tres minutos para la refacción y 15 para el almuerzo y si alguien se quejaba solía repetir, `Jesús pasó hambre, cansancio, ¿cómo no, nosotros que nos debemos a la gente?´ No se enojaba si los niños se orinaban y mojaban al suelo, era normal, `así es con los niños, ya se limpiaría después´.

Conocer la Iglesia de Cristo y trabajar en salud como ayudante del doctor Kelly han sido muy importantes en mi vida. Mi sueño ahora es dar clases de religión y de salud, pero ahora estando de ASC, me gano la vida con ello y no puedo dedicar más tiempo a la evangelización. Sermonear a miles de gentes y ganar adeptos para Cristo es mi deseo, sanar cuerpos y almas. Aspiro más adelante a tener mi propia farmacia pues hay que preveer la siguiente fuente de ingresos cuando se acabe el actual proyecto de Maxeña".

Ahora y bien despierto, tiene como preocupación principal el examen que el Ministerio va realizar a los ASC para el reconocimiento como auxiliares de enfermería que les permitirá trabajar en los servicios de salud públicos y en caso de que el Programa sea incluido en el MSPAS poder seguir trabajando en el mismo, lo que no podrían hacerlo como ASC. La experiencia como ASC la valora como buena pero está preocupado por el examen ya que para presentarse al mismo es requisito tener el Básico/Secundaria y él sólo tiene el sexto de Primaria. Es el único ASC de la Maxeña que no cumple con el requisito de tener completa la Secundaria y es manifiesto su malestar pues "quería sacarlo los fines de semana del año que viene [2008] pero la Clínica no me ha dado permiso".

En Guatemala, una buena parte de las escuelas de auxiliares de enfermería son privadas y su titulación sólo les autoriza a trabajar en la medicina privada donde los salarios son más bajos. Para validar el título privado en el público debe hacerse un examen que tras aprobarlo permite poder trabajar en los servicios públicos, mejor remunerados. Varios de los ASC de ambas experiencias pilotos, tienen titulaciones privadas de auxiliares, algunas de las cuales se consiguen estudiando los fines de semana, y el reconocimiento ministerial les ofrece mayores posibilidades laborales y ser uno de los objetivos estratégicos del Programa, que al finalizar el financiamiento extranjero sea asumido por el Ministerio tanto su estrategia y metodología como sus actuales trabajadores.

El Programa contrató en el 2007 a una enfermera con años de experiencia en la Escuela Nacional de Enfermería, escuela que realizaba los exámenes para las titulaciones de auxiliares, para que evaluara a los ASC en sus actuales conocimientos y se formulara un plan de formación preparatorio para el examen en cuestión. Cuando pude platicar con ella, me manifestó sentirse admirada por los conocimientos prácticos de los ASC y las actividades que desarrollaban, considerando estaban por encima de los requisitos exigidos por la Escuela y el Ministerio. En el 2008, se realizó el citado examen y de los 28 ASC, todos menos uno lo habían superado, incluido Francisco.

Un líder comunitario

Desde joven participó en las actividades de la comunidad y como bastantes de ellos, los primeros pasos los realiza a través de la organización religiosa y:

> "En ese entonces yo junté con un grupo católico de Patzité [comunidad] que son Nahualá [identitario], con un catequista que era muy bueno y nos decía, sólo confíe en Dios y no crea en esas cosas de hechizos. El nos hablaba de salud psicológica y espiritual […]. Hay radio Nahualá y ellos nos han dado escuela radiofónica y en ese tiempo ya puedo leer y escribir […]. En 1981 y 82 empezamos a dar clases a gente adulta, cuando sabe, ya puede uno enseñar a otros. En el 80-84 llegaron las religiones. Antes eran todos católicos pero poco, sólo había un catequista. Ahora muchos son evangélicos".

La pluralidad religiosa llega a la Bocacosta de Sololá en unos años de fuerte inseguridad, en donde el ejército impone una organización paramilitar obligatoria, las Patrullas de Autodefensa Civil (PAC) para todos los hombres de 16 a 50 años, en la que cualquiera puede verter acusaciones de *guerrillero* a un vecino por envidia o venganza y sin mayores dilaciones llevarlo a su asesinato por parte del ejército. La comunidad deja de ser un espacio seguro y poco a poco, los pequeños grupos de pentecostales, "al margen de la política" comienzan a proporcionar mayor seguridad que ser católico. Me impresionó, cuando Francisco reconoció no sólo su participación en las PAC, lo cual no me era extraño por su obligatoriedad, sino que había sido responsable de las mismas en Pasaquijuyup, y elegidos desde la comunidad por su bilingüismo y su compromiso con la misma con la esperanza de controlar al ejército en lo posible. Francisco sabía que yo había estado trabajando de médico *al otro lado*, con las comunidades de población en resistencia y nunca fue problema. Nuestras relaciones en el curso de ASC del 2003-04 habían estado diluidas en el grupo grande, pero era obvio que en ese tiempo supo él, más de mí, que yo de él, de todos modos, siempre hubo un reconocimiento de su parte a mi participación en el curso y yo aunque observaba en él, dificultades en el aprendizaje formal, teórico, tenía claro que era un líder comunitario, una persona importante para un Programa hacia la salud incluyente.

Francisco con 18 años fue elegido por la comunidad para ser responsable de la PAC en Pasaquijuyup, difícil tarea en cubrir las expectativas del ejército a la vez que controlarlo en sus desmanes y también a algún comunitario que pusiera en peligro a la comunidad.

> "Ayudé a la gente pero no pude evitar un par de asesinatos. Uno de ellos había sido por mala información que le llegó al ejército. Un hombre de Pasaquijuyup y otro de Xejuyup pretendían a la misma señora, rica y con tierras en Pakanal. El de Xejuyup informó al ejército de que el otro era guerrillero, con la excusa de que no quería hacer vigilancia en las PAC. Pero era por pura comodidad que se negaba pues les tocaba patrullar el monte, una noche entera cada cuatro y así fue por más de diez años. Cuando el ejército subió a detener o hablar con el señor de Pasaquijuyup, éste no se dejó y pateó a un señor muy bravo que venía con el ejército. Esto fue suficiente para que él solito se

confirmara a los ojos del ejército como guerrillero. Al amanecer del día siguiente fue asesinado y el señor de Xejuyup acabó casándose con la señora.

También en esos días el ejército hacía 'agarradas' y llevaba a los jóvenes solteros al ejército. Los católicos tenían la costumbre de unirse con sus parejas y por ello en su documento de identidad aparecían como solteros y el ejército los llevaba a los cuarteles. Los evangélicos en cambio se casaban civilmente en la muni, y en su documento de identidad aparecían casados, salvándose de las agarradas. Los católicos aprendieron pronto y empezaran a casarse por el registro civil.

En esos años, también entraron las religiones y abundaron las iglesias evangélicas. Antes sólo había católicos y se cuidaban las iglesias, pero los evangélicos sacaron las leyes que decían era voluntario, no obligatorio y por ello también mucha gente dejó de ser católica, para no tener que cuidar las iglesias".

La organización comunitaria se visualiza a primera vista y en su formalidad a través de los comités de proyectos, mientras que requiere más tiempo y ganarse la confianza, el conocer la incidencia de las redes familiares, religiosas, partidarias, personales u otras en la toma de decisiones. Francisco ha participado en varios comités, como es habitual, pues todos los hombres participan de manera rotativa en ellos. Con frecuencia suele haber resistencia a participar en los comités, por el tiempo y esfuerzo que conllevan, pero se reconoce su necesidad así que hay una combinación de elección y rotación. La presidencia de los comités pasa por la elección y ser elegido significa reconocer cierto liderazgo. En el caso de Francisco, cuya red religiosa queda en el núcleo familiar, percibí que el liderazgo se debía a su buen hacer, a su compromiso y efectividad.

"En la comunidad fui elegido presidente del comité de agua y di ideas de albañilería pues el jefe de obras no sabía bien como echar los tubos para pasar encima del río. Era un paso difícil y había que hacer una especie de puente. Ahorita tenemos agua entubada en las casas pero antes no. Fue en 1988, Agua del Pueblo, una ONG que introdujo la primera conducción. Hubo seis familias que no estuvieron de acuerdo por el costo de 650 quetzales [65 euros] a pagar en seis años, pero finalmente sólo una familia quedó fuera

del proyecto. Al principio los hombres eran indiferentes al proyecto y el argumento para convencerles fue que todos chupaban, se embolaban y daba sed, así tendrían el agua en la casa y por ese lado fue que les convencimos. Las mujeres todas querían, pero eran los hombres los que decidían. El río está como a una hora, en un barranco y un camino difícil. Las mujeres y niños caminaban cargando las tinajas de agua, la ropa a lavar y luego regresar con la ropa limpia. Cuando en 1996 se introdujo una nueva conducción de agua, ya participaron todas las familias. Todos le vieron las ventajas".

Los cursos y actividades en los que ha participado le han ayudado a mejorar la vida de su familia, en ingresos pero también en mejoras que se pueden hacer en la vivienda o en el campo. Para Francisco ha habido una gran apatía en la comunidad, que va poco a poco cambiando, por los cursos y actividades que organizan las ONG, ya que los ven como trabajo regalado el de los proyectos y no como oportunidades para ellos y la comunidad.

"Depende de cada quién y no todos aprovechan las oportunidades que hay. Unos no quisieron aprovechar las oportunidades de aprender más, de ir a cursillos, de tener responsabilidades en la comunidad, lo vieron como carga. Con los hermanos de la Iglesia aprendí de albañilería para hacer letrinas aboneras y cocinas lorena. Estuve cuatro meses de voluntario y a cambio me regalaron plomadas, cepilladora y otras herramientas y luego trabajo para ganarme la vida. Cuando comencé trabajando con las cocinas lorena hacía una al día y ganaba 65 quetzales diarios. Más tarde sacaba dos cocinas diarias en familias bien organizadas y que me apoyaban con la masa. Les pareció ganaba bastante y me pasaron a salario fijo. Ahora mi salario es con la Clínica Maxeña pero tengo cinco cuerdas y media de milpa en la Costa Sur ¡bien bonita! Y en la comunidad nueve cuerdas de milpa y frijol, 32 de maxán y voy a sembrar cilantro que pagan bien, flor amarilla que dan a 100 quetzales el costal además de lo que ves allí, tres corderos, tres cabras y las gallinas.

Me gusta experimentar y probar si se dan cosechas que no se acostumbra sembrarlas porque no se conocen o se piensa que al ser tierra fría no pegan. Las fresas que tengo sembradas frente a la casa posiblemente no crecen bien porque no les pega suficiente el sol, lo mismo con las flores y las plantas medicinales. En la carretera habrás visto un

invernadero, es de varias familias que cultivan tomates, están probando y en este primer año no han tenido buena cosecha. Son pocos pero poco a poco se va cambiando la gente".

El básico maxán con el que se generan la mayoría de los ingresos, el maíz y los frijoles para el autoabastecimiento, son las fuentes principales de sobrevivencia así que para quien quiera cambiar su vida de una manera radical está el estudio para los jóvenes o la migración por varios años al Norte o por periodos de varios meses a las ciudades de la Costa Sur o la capital

La migración hacia Estados Unidos es reciente pero había duplicado en el último año, de 32 en el 2006 habían pasado a 68 hombres en este 2007, y no les iba muy bien. La migración es un reto riesgoso, no sólo por el viaje y la cruzada del río Grande, sino que el riesgo comienza desde que sales de casa, los miles de kilómetros atravesando México y luego en los Estados. También es riesgosa la hipoteca que dejan, con los documentos de usufructo de la tierra en manos de los usureros. Sólo los vecinos que tuvieran vivienda o alguna otra propiedad fuera de la región, los convertía en sujetos de crédito con el aval de esas propiedades, pero la tierra en usufructo no permitía créditos. Los vecinos con derecho a crédito en los Bancos, utilizaban esta condición para sacar créditos al 25% anual y hacer préstamos a los vecinos al 20% mensual. Era el caso de uno de los cuñados de Francisco que había estado prestando dinero a gente de Pasaquijuyup que quería ir a Los Estados pero que ahora tampoco le estaba yendo bien:

"Mi cuñado tenía una buena casa y con ella logró un crédito del Banco al 25 % anual. Con este crédito comenzó a prestar a los vecinos los cuarenta y cinco mil quetzales que pedía el coyote pero a un interés del 20-25 % mensual. Si los que llegan a Los Estados le pagaban se hacía rico, pero si no le pagaban, era él quién iba a la cárcel por no poder pagar al Banco. La tierra de Ixtahuacán y Nahualá es propiedad municipal y la gente no puede hipotecarla con el Banco. Sí tenemos papeles de propiedad, pero que valen entre nosotros, y son lo que se queda el prestamista hasta que le condonan la deuda. Al cuñado le ha ido mal, pues no le pagan a los que prestó y está malvendiendo la refrigeradora y las dos teles a lo que la gente le dé, pues está urgido de dinero. Debe

350.000,00 quetzales y si no paga irá a la cárcel. Quiso ganar demasiado y ha sido su perdición.

Ahorita hay dos personas de la comunidad detenidas en Los Estados y cuatro que han sido expulsados, otros que no encuentran trabajo por lo que tienen difícil para pagar las deudas a los usureros".

En toda la comunidad, sólo dos de los migrados han logrado pagar al prestamista y hacer casa nueva. Las dos construcciones son visibles, pues son toda de bloque de cemento con doble planta y azotea. Destacan del resto que son viviendas de tabla, tejado de lámina o de minifalda de bloque pero con tejado de lámina. Tener azotea de tejado en Pasaquijuyup y en las comunidades cercanas es distintivo de las remesas de dólares. La azotea es usual en Santo Tomás, de clima cálido, pero en la comunidad con más frecuentes lluvias, tiene el riesgo de empozarse, generar gran humedad al interior y convertirlo en una sauna, pero es el prototipo de estatus y progreso que representa Sto. Tomás y la Costa Sur.

Si el cuñado de Francisco acabó en la cárcel por los impagos al Banco, a un pastor evangélico del municipio vecino de Samayac le fue peor, pues fue muerto a tiros en la camioneta. Los asaltantes fueron directamente a por él, no le robaron nada, y si la radio informaba de ser buena persona, la voz pópuli era de ser sencillamente prestamista.

En el trabajo de ASC, Francisco tenía sus más y sus menos con Diego -el otro ASC-, en parte porque Francisco era de Nahualá y Diego de Ixtahuacán, pero también porque sus representaciones y prácticas laborales diferían. Lo que si tenía claro Francisco era la importancia de tener la confianza de la gente, el conocer a la gente "*si es adulto sí lo conocemos por su nombre, ahorita si es chiquito sólo a algunos*" y hablar su idioma. Nunca le comenté a Francisco qué era ser una persona benévola, pero no importaban los términos, él lo era y tenía las suficientes experiencias y saberes como para desplegar una atención "hacia la salud incluyente" siempre que la hegemonía biomédica no le cortara las alas.

Diego Tzaput y la chispa del intermediario

Imagen 20

Diego y familia (incompleta)

El estudio formal y los cursos como estrategia básica contra la pobreza

Con Diego nos conocíamos desde finales de los 90, cuando ambos participábamos en la Asociación de Servicios Comunitarios (ASECSA), y cuando nos volvimos a encontrar en el curso de ASC, tras un lapso de 10 años, desde el inicio tuvimos cierta complicidad. También habíamos compartido militancias políticas y nos generaba cierto reconocimiento mutuo, pero las diferencias sociales y de oportunidades también marcaban un océano por medio, en el que ambos éramos conscientes.

Diego decía tener 41 años, lo que significaba 40 cumplidos y caminando para 41, y su esposa se llamaba Manuela. Ambos eran k´iche´es de Ixtahuacán y tenían 5 hijos y 2 hijas. Su hijo mayor, 19 años, estudiaba magisterio y todos los días iba/venía a San Antonio – a 20 kms- la mitad de los cuales los hacía corriendo y el resto en camioneta. Le seguían dos chicas y luego la marimba de chicos, siendo el menor de cuatro años.

Salvo la mamá –sólo hablaba en k´iche´ pero entendía la castilla- y el pequeño de cuatro años –monolingüe k´iche´-, todos los hijos eran bilingües y estudiaban en la escuela de la comunidad.

> "Mi esposa trabaja en las labores de casa y teje. Mis dos hijas mayores, de 16 y 14 años, ya han aprendido a tejer. La mayor está en Básico y la segunda en Primaria. De los varones, el mayor es Gustín [Agustín] y estudia magisterio en San Antonio; los otros son pequeños y están en Primaria. El más pequeño todavía no va a la escuela. Gustín también me apoya cuando puede de chofer del picop, sino yo le hago".

Gustín en cuanto tenía un rato libre tenía dos alternativas preferenciales, jugar al fútbol a pesar de las carreras que se hacía diariamente para ir a la escuela o trabajar de chofer. Apoyaba en ello a su padre o le contrataban los dueños de los picops de la zona, pero se lo estaba pensando pues "la última semana trabajé más de 12 horas y sólo me reconocieron 30 quetzales, así no voy a trabajar más por tan poco".

Los estudios como estrategia para salir de la pobreza son una constante en Diego, en su historia personal, en el apoyo para que estudien sus hijos e hijas y a la comunidad para que pueda haber un Instituto de Básico, estudio elemental para poder ingresar a los estudios de maestro que es lo más cercano en Xejuyup.

> "Tenemos dos escuelas de Primaria, la oficial con nosotros los Ixtahuacán y la concertada del PRONADE con los de Nahualá. Oficial quiere decir que el Ministerio de Educación es responsable de todo, de contratar a los maestros, evaluarlos. Concertada quiere decir privada, el comité de padres tiene la responsabilidad pero con ayuda del Ministerio de educación; evalúan y seleccionan los maestros, controlan sus entradas y salidas y ellos no hacen huelgas. Todos los niños tienen posibilidad de ir a las escuelas pero algunos van poco. Es problema de los padres. En las escuelas públicas, los maestros muchas veces, como no son de la comunidad, llegan el lunes en la tarde y las clases comienzan el martes, el jueves en la tarde están yéndose a su casa y los niños pierden muchas clases; luego las huelgas y cursos de los maestros, los niños están la mitad del tiempo sin clases.

Hace seis años logramos el Instituto Básico de la comunidad, se llama `La Paz – Ri Utzil´. Fui parte del comité pro-Instituto de Enseñanza Media. Es nuestro, privado y tenemos un Comité de padres que lo impulsa y gestiona pues el Ministerio de educación no da fondos. Estamos a la espera de que lo declaren público, para bajar los gastos, pero es difícil, pues el Ministerio está más por la concertación privada. No tenemos un edificio específico pero sí una casa prestada y ya llevamos dos años con clases. Los profesores ganan relativamente poco, menos de lo que gana un profe, pero tienen la expectativa de que luego sean contratados al declararse pública o concertada. Se cobra 35 quetzales al mes por alumno y 15 quetzales al final del curso. En otros institutos cobran 60-65 quetzales mensuales. El Padre Santiago de la Iglesia católica de Santo Tomás también nos apoya económicamente con las colegiaturas".

La parcela de la vivienda está en una ladera del monte, con notable pendiente, en el que han abierto un estrecho y alargado corredor en donde están en fila las cuatro casitas y el temascal que componen la vivienda de la familia. Tras las casitas hay un estrecho camino medianamente frecuentado pues comunica las dos carreteras que en paralelo recorren la comunidad, camino que va de la casa de Diego cerca de una carretera hasta la CSC en la otra carretera.

De las casitas, una hace de garaje pues son cuatro horcones con un tejado de láminas, donde guardan el picop de segunda mano. Lo de segunda mano es un decir pues todo indica llevar más manos. Entre las casitas alineadas e independientes hay un pequeño patio. La cocina es la casita del medio, muy pequeña, paredes de maderas y tablas y tejado de pajón con suelo de terracería, el fuego está sobre un tapesco y la mesa de comer permite que 3-4 personas puedan sentarse a su alrededor, no más. Las otras dos casitas, una a cada lado de la cocina son las habitaciones. La de tablas y tejado de pajón sólo da lugar a tres tapescos pequeños en donde duermen por parejas las dos chicas, dos chicos y otro hijo en solitario. A veces por la falta de espacio uno de estos chicos se queda con los abuelos y así éstos no están solitos.

La casita de bloques y tejado de lámina hace de dormitorio de los papás, del hijo pequeño y de Agustín. Esta casa también hace de bodega, de sala de una televisión siempre nublada y

donde Diego dispone de una caja con medicamentos para la venta. Esta última casita tiene un corredor con tejado de lámina donde se refugian las gallinas y nosotros cuando llueve, así como lugar para las pláticas con Diego y familia. La panorámica está velada por una tupida vegetación de granadillas, güisquiles y pinos, muy diferente a la de Francisco pero también muy agradable. Si con Francisco se vuela en la panorámica, aquí es más de introversión.

La comunidad y las casitas de Diego, a pesar de estar una buena parte de ellas en corredores abiertos en las laderas del monte, no tienen antecedentes de deslaves sobre las viviendas, al contrario de otras comunidades vecinas, algunas de las cuales tuvieron serios problemas con la tormenta del Stan en el 2005.

De la infancia recuerda que “mi abuelo era de una comunidad alejada, montaña arriba, pero yo fui criado por mis papás en Pasaquijuyup y de pequeño me enfermé poco pero a los siete años quizás fue neumonía, me enfermé grave”. De la adolescencia y la escuela, en aquel tiempo “no todos los caseríos tenían escuela y sólo llegaban a segundo de Primaria. Servían para aprender la castilla y bastantes salían sin saber leer ni escribir. Yo sí aprendí a leer y escribir y aproveché otros cursos para seguir aprendiendo”.

Los estudios, de la alfabetización a los oficios, le han servido para ser intermediario entre la comunidad e instituciones diversas como la muni, Clínica Maxeña y otras, que sumando al trabajo agrícola le permiten mejorar los ingresos familiares. En Diego encontré una chispa particular, que se concretaba en una mirada hacia fuera de la comunidad, fuera era donde estaban los aprendizajes que podían generar mayores ingresos. Los saberes locales iban destinados a la producción agrícola mientras que los estudios permitían tender un puente hacia el exterior en donde estaban los oficios con los que se podían mejorar los ingresos:

> “A los 17 años participé en un curso en la muni de Ixtahuacán y con él entré a trabajar de guardabosques. A los 19 años me pidieron apoyo, pues sólo yo podía escribir un poco entre los Ixtahuacán, y fui elegido presidente del comité de la comunidad de nuestro grupo. Aprendí de albañil y participé en la construcción como de doce casas antes de empezar a trabajar en salud.

Nadie había para inyectar y pensé sería bueno aprender. Cuando tenía 21 años, la Clínica Maxeña pidió gente para un curso de promotores en Santo Tomás y me apunté. Para promotor de salud, nadie me eligió en la comunidad, fue por mi voluntad. Más tarde [en 1995] fue cuando la Clínica me envió a ASECSA Chimaltenango al curso de cuatro años y en ese tiempo fue que conocí a ChepeWicho [era el nombre con el que me conocían los promotores de salud]. Iba cinco semanas al año, por cuatro años, y estudiaba junto a promotores que venían de todos los departamentos. En el 2000 me recibí mi cuarto grado de promotor. Allí en las noches recibíamos cursos de Primaria con Estanislada, Tanis, pasé de segundo a sexto y luego saqué tercero Básico.

Al año siguiente hice el Bachiller en Santo Tomás y auxiliar de enfermería los fines de semana en Quetzaltenango. El curso de auxiliar fue de enero a mayo y las prácticas de junio-julio. Por tres meses trabajé en turnos de 24 horas en un hospital privado, Medicentro Xela, y luego en el consultorio de un cirujano de San Antonio. Lo que yo quiero es estudiar medicina los fines de semana y viajar como hacés vos pero necesito una ayuda, una beca.

El doctor Poz había estado llegando a la comunidad por varios años con un programa de la Clínica Maxeña y ya lo conocíamos. También llegaba el Ministerio de salud pero poco. En el año 2002 formamos un comité pro-clínica que formuló el proyecto al Fondo de Inversión Social (FIS) [un fondo gubernamental que no requiere trámites parlamentarios y por lo tanto puede tramitarse con mayor rapidez], para la construcción de un Centro de Convergencia del programa gubernamental SIAS, pero no salió. En esas fechas, cuando la Clínica Maxeña logró el financiamiento de la Unión Europea se construyó la Casa de Salud Comunitaria donde trabajamos Francisco y yo. Por un tiempo, los de Nahualá, querían tener su propia Casa de Salud pero los de Maxeña explicaron que sólo había billete para una Casa y que debía ser para Ixtahuacán y Nahualá. Hay también salió el proyecto de Maxeña y entré como candidato a ASC, fui seleccionado para el curso tras la entrevista, pasé las pruebas del curso y me integré en la implementación hasta la fecha”.

En el 2008, Diego con los otros ASC del Programa logró ser reconocido por el Ministerio de salud como auxiliar de enfermería. Su actual trabajo como ASC, ni a Diego ni a ningún ASC les aleja del trabajo agrícola que supone la seguridad alimentaria, y un complemento importante a los ingresos de trabajos que tienden a ser temporales, mientras duran los financiamientos externos.

> "Aprendí a conducir y compré picop. Lo tengo desde hace 2 años, es de segunda mano y gasta mucho por tener un motor viejito, pero siempre le saco mi ganancia de 50 quetzales por viaje. Cobro 100 quetzales si es expreso para llevar gente o cargas de maxán. Cuando llevo gente, a cada persona le cobro 6 quetzales de bajada y 10 quetzales por subida desde Santo Tomás. También me ayudo con lo sembrado, 8 cuerdas de maíz, 9 de maxán y 7 de pacayín.
>
> Pasaquijuyup es el mayor productor de maxán de Guate y lo vendemos por bultos de 2000 hojas. En las vísperas de venir los compradores hacemos paquetes de 20 hojas como ya aprendiste en Tzamabaj. El bulto de maxán vendido en la carretera, en la entrada de Pasaquijuyup [3 kms antes de llegar a la CSC] a donde llegan los picops de los compradores, se vende a 50 quetzales, pero puesto en Xejuyup se paga a 70 quetzales. A veces compro el maxán aquí, lo llevo a Xejuyup y me queda ganancia. De octubre a diciembre se paga mejor pues aumenta demanda para los tamales navideños. Mejor vender a los de la capital, siempre pagan mejor pero poco vienen, más barato con los compradores semanales de Almolonga y Xela.
>
> También tenemos siembras de xate o pacayín que se paga a Q 12,00 el manojo de 100 hojas. En la capital lo usan como adorno floral. Con el picop se me facilita llevarlo a Xejuyup y allí hacer trato más favorable con un señor que vende la mercadería de xate y maxán en la ciudad de Guatemala".

La experiencia étnico-cultural

Si para saberes e ingresos, su mirada estaba hacia fuera, esta experiencia relacional con los de fuera le daba una especial conciencia de su condición étnico-cultural, clase social incluida.

Esta experiencia le llevaba a reconocer las discriminaciones en los servicios de salud como en la historia de Elena, pero a nivel personal era consciente de las diferentes oportunidades de estudio y laborales entre las personas, lo que llevaba a afrontarlos en términos partidarios y también en términos de competividad.

Diego participaba en la campaña electoral de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), la antigua guerrilla, y faltaba mes y medio para las votaciones. Para la alcaldía por Santa Catarina Ixtahuacán iba de candidato un antiguo promotor de salud de ASECSA, conocido de Diego y por mí. Hacía años que no sabía nada de él, desde que participábamos juntos en impulsar un movimiento nacional de promotores de salud, así que me alegré de poder verlo de nuevo. Aproveché la caravana de carros que de Pasaquijuyup iba al mitin y con Diego y su familia salimos rumbo a Guineales.

Guineales como aldea principal de Ixtahuacán en Bocacosta tuvo el mitin central de los ixtahuacanecos concentrándose alrededor de 400 personas. Tomaron la palabra, el candidato a alcalde y el candidato presidencial, hablando primero éste último. Denunció los bajos salarios de la región – 30 quetzales/ 3 euros diarios- y el incumplimiento de los mínimos legales de 42 quetzales diarios. Sus palabras en español eran traducidas al k´iche´ por una joven, y mi impresión es que no despertaban entusiasmo. Sospecho que la mayoría de los presentes eran parcelistas de Bocacosta de Sololá, como Diego, a los que el salario mínimo no les incluía y eran pocos los trabajadores de fincas que serían los sensibles a esas demandas.

El candidato a alcalde habló en k´iche´ y prometió hacer realidad el lema de la campaña: “un gobierno para el pueblo y con el pueblo”. Acabando el mitin, Diego me manifestó que “en el caso de que gane la planilla de URNG para la alcaldía, dejo el trabajo de ASC y me incorporo al trabajo municipal”. La forma de decirlo no hizo más que confirmarme que la chispa de Diego tenía doble lectura, beneficio propio y apoyo a la comunidad que refiriéndose a la muni, siempre tenía el olor al *hueso*. En el intermedio me tocó atender a un niño que fue atropellado en el caos de carros y gente.

Tras el mitin, el regreso a Pasaquijuyup se hizo esperar. La caravana de carros que nos había trasladado de la comunidad a Guineales estuvo financiada por la URNG, pero los choferes

también tenían su chispa y aprovecharon el tiempo del mitin para hacer sus compras semanales en Mazatenango, y aburrirnos por las horas de espera. La espera se prolongó cinco horas, y subimos sin casi espacio para los pasajeros, colgados junto a la mercadería de los choferes-comerciantes.

Gustín o Agustín, el hijo mayor de Diego, me resultaba un joven pleno de vitalidad, tanto por su capacidad física como por su deseo de aprender, a la vez que tenía la impronta de su papá en cuanto que a veces me resultaba difícil entenderles en su español, que bien lo hablaban pero construían sus frases de un modo muy particularmente familiar, que se prolongaba en tener como siempre respuestas para todo, en una clave que identifico de subalternidad - resistencia. Un domingo aprovechando la invitación de Gustín, nos fuimos a pasear rumbo a Pakim, un sector de Pasaquijuyup que no conocía y se situaba en lo más alto de la comunidad. En Pakim acaba Pasaquijuyup y a 15 minutos en carro se encuentra el caserío de Pakamán que es el último de la Bocacosta e hipotéticamente bajo la cobertura del Ministerio de salud desde el Altiplano.

Siempre me interesó la etimología de los lugares, y allí, pleno de topónimos k´iche´es, aproveché para preguntarle a Gustín por el significado de los mismos. Desde el primer momento me llamó la atención la rapidez de sus traducciones y dudé de su diccionario mental que me llevó a sospechar era parte del juego relacional. *Pakim* era para Gustín, “que está más arriba”, y luego retraducido por Francisco se convertiría en “que está hecho de pajón”, de *kim*, pajón. El sector de *Xezacabaj* pasó del “cerca de las piedras” de Gustín, a “debajo de la piedra blanca” de Francisco, de *xe* abajo, *sac* blanco y *abaj* piedra. *Pasaquijuyup* como “lugar bonito” a “cerro donde todo está claro” de *sac* blanco o claro y *juyup* cerro. Por lo menos ambos coincidieron en que *Xejuyup* quería decir “debajo del cerro”. Padre e hijo eran la viva representación de esa lógica, de ese aspecto relacional de buena parte de los guatemaltecos de que es mejor inventarse la respuesta, que decir no sé, independiente de quien sea el que pregunte, gringo, chapín o un par étnico. Más de una vez, entre amigos, lo habíamos hablado del porqué de una respuesta así. No había una sola respuesta, pero una de las posibles era la del subalterno que no muestra la debilidad de su *no saber* y mejor da alguna, la cual no se vive como engaño al otro, en todo caso autoengaño, ante la mayor gravedad de mostrar un *no saber*.

Otro elemento que me mostró Gustín fue uno de los parámetros para medir el paso en el ciclo de vida de adulto a anciano. Es conocido que los ancianos indígenas mantienen el pelo con pocas canas, nunca calvos, pero nunca había sido yo medido bajo ese parámetro, así que Gustín llegando ya al alto de Pakim no se privó de preguntarme por mi edad, ante su evidente contradicción entre mis canas y mi manera de subir la cuesta. La pregunta se la devolví con y "¿cuántos años pensás vos que tengo?". Mirando mis canas, me dijo "debes tener 80 años", pero poniendo cara de duda. Me reí, así que rebajó "pues entonces de 60 a 65 años", seguí riéndome pero ahí se quedó. "Caminas bien para tu edad" fueron sus últimas palabras. Gustín también me compartió que de él y de Francisco Sac la gente decía "están gordos porque les pusieron vacunas a los 14 años". No me comentó del otro refrán popular de que "perro vacunado dejaba de ser bravo", ante mi duda de si bravo significaba enojado o macho.

A la mayor conciencia de su subalterna condición étnico-cultural, Diego le sumaba un componente de malestar que mostraba de vez en cuando: "Yo quiero ser médico y viajar como el Chepewicho" o "quiero una beca para estudiar de médico los fines de semana". Y si la clase social y las desiguales oportunidades eran difícilmente cambiables, sí podía expresarse en la distancia corta del día a día con solicitudes de "compremos pan dulce, toma este dinero. La tienda está ahí a la vuelta", a los que respondía, yo sólo tomaré café. Otras veces se expresó en la consulta, como con la mamá de una niña que acudió pidiendo medicina para lombrices. "Cada vez que le dan medicina para las lombrices, siempre bota. Cuando Intervida les daba desparasitantes, cada 2-3 meses, siempre botaba bastantes". Diego le puso el termómetro y le dijo algo en k´iche´, que por los gestos y miradas me generó dudas, le pedí me tradujera y fue contundente: "que si a la niña se le cae el termómetro, tú te vas a enojar bastante". Protesté, pero Diego se justificó con "así la patoja pondrá más atención". Diego anotó anorexia en la impresión clínica, me pidió opinión y le comenté "la falta de apetito en la niña parece más bien un síntoma de la anemia". La impresión clínica anotada quedó como anorexia. No moví un músculo, pues de todos modos el tratamiento iba ser el estándar de vitamina A, antiparasitarios, sulfato ferroso y ácido fólico.

Las discrepancias entre Diego y Francisco, supongo eran mas discretos en mi presencia, también tuvo expresiones que iban desde el tipo de relación familiar entre ambos, el trabajo

y continuaban con la identidad entre Ixtahuacán y Nahualá. Familiarmente, para Diego, Francisco “se hace tío mío” pues “al quedarse viudo mi padre, se casó con una hermana de Francisco”. Para Francisco no eran nada, “nada de nada”. Me quedó claro que Diego era pariente de Francisco pero Francisco no era pariente de Diego. En el trabajo, los roces eran leves, del tipo de quien hacía más veces y mejor la limpieza, y en eso Francisco era muy sensible, por algo había sido reconocido ejemplar por el Dr. Kelly. En el resto tenían distribuidas las responsabilidades de la semana y cada quién veía por su parte.

La rivalidad identitaria se hacía ver con facilidad y así para Diego en el futuro toda la Bocacosta iba a tener como cabecera municipal a Guineales y siendo ésta una aldea de Ixtahuacán, éste grupo iba a ser el hegemónico. Para Francisco eso era cuento. Y a poco que se trajera a colación el tema de los grupos, rápido se saltaban con los dos comités de desarrollo, las dos escuelas, los dos […] y divergencias en la interpretación de la diversidad de iglesias. La diferencia religiosa no parecía fuera gran problema en la comunidad y entre ellos, ambos habían sido catequistas católicos y ahora ninguno. Diego seguía siendo católico pero no observé especial involucración, salvo la de acudir los domingos a las celebraciones, mientras que para Francisco, el aspecto religioso era una dimensión importante que tendría en la oración un recurso ante la enfermedad.

A pesar de la rivalidad entre ambos grupos identitarios, el huipil que portaban las mujeres era el mismo y diferente del resto de pueblos e identidades, k´iche´es u otras. Personalmente me resultaba sorprendente el contraste entre la nitidez de los colores de los huipiles de otros pueblos, para lo que se requiere lavar con agua fría y sal, y que las mujeres de Ixtahuacán y Nahualá los desteñían. La respuesta era contundente, “es nuestros gusto”.

La historia de Elena

Fue en el primer día llegando a Pasaquijuyup -2007-, no había pasado media hora de llegar a la casa de Diego cuando nos avisaron que a Elena le dolía la cicatriz de la operación. Nos llevó 20 minutos a buen paso y de subida por una carretera de tierra que por los múltiples derrumbes de tierra, piedras y árboles era inutilizable para los carros. Al llegar a la casa/ranchito, nos llevaron directamente a donde estaba la enferma. En cosa de un momento, aquel dormitorio

grande y silencioso se llenó de niños y adultos que vinieron corriendo de la cocina –la casita de al lado- a observar a los visitantes y lo que fueran a hacer con Elena. La privacidad de la consulta abarcaba a las más de 15 personas, mayoría de niños, que eran una parte de aquella familia extensa y que observaban mis movimientos –era la novedad- más que al examen de Diego a Elena.

Elena tendría entre 25 y 30 años –siempre difícil de calcular por el envejecimiento prematuro- estaba acostada, enchamarrada y hacía una semana había sido operada de cesárea. Estaba preocupada porque le dolía la cicatriz y en unos días tendría que bajar al hospital a que le retiraran los hilos de sutura. Al levantar el huipil y soltar la faja nos mostró la cicatriz vertical y a la palpación, una induración dolorosa en la parte inferior. En la cara de Elena se reflejaba el temor de una buena parte de las familias indígenas de toda Guatemala de que tras la cesárea, la mujer quedara impedida al menos por un año para cumplir con sus obligaciones de cargar agua, leña u otros trabajos domésticos que exigían fuerza, razón por la cual bastantes mujeres evitaban en lo posible este tipo de operaciones. Este impedimento junto al alejarse de la familia, los gastos que conlleva el traslado al hospital y al trato que pudieran recibir, eran obstáculos siempre presentes en las decisiones de las mujeres y en la de los maridos que tenían la última palabra.

La cama de Elena estaba situada en uno de los ángulos del dormitorio general de la gran familia compuesta por los abuelos, dos hijas casadas con sus respectivos maridos e hijos, a los que ahora se sumaba Elena con su marido y cinco hijos. Elena vivía en otra casita, pero estaba algo alejada y por la enfermedad se había trasladado con sus padres y hermanas. El dormitorio era grande con un espacio vacío en el centro y unos laterales llenos de camas de madera y mesas repletas de herramientas y ropas en un caos total para mí, que no debía serlo para ellos. El tejado era de lámina y cuando llovía –como era el caso ahora- era difícil para oírse e imposible para entenderse.

Hacía una semana, Elena, con siete meses de embarazo había iniciado los dolores de parto y llevaba 16 horas cuando avisaron a Diego para atenderla. Tanto la comadrona como Diego recomendaron a Max, el esposo de Elena, que lo mejor era trasladarla al hospital nacional de Mazatenango. Max dudaba por el miedo que les generaba el hospital en general, incluido el

gasto que la salida supondría. Dado que Elena ya había tenido más hijos prolongó la espera con la esperanza de que al final pariera. Cuando pasaron las 24 horas con dolores, Max decidió que bajarían con la comadrona en el picop de Diego. Elena era monolingüe k´iche´ y Max entendía el español pero no podía hablarlo o eso decía, así que la compañía de Diego era importante para comunicarse con los trabajadores del hospital y la comadrona para darle tranquilidad a Elena. Y en última instancia no querían estar solos en un espacio social ladino –el hospital- donde los maltratarían por la tardanza, por el número de hijos y en última instancia por ser indígenas y peor monolingües.

Comenzando el descenso, Diego se dio cuenta de que al picop no le funcionaban los frenos, así que bajó con retranca. Llegando a Santo Tomás fue con un amigo de "pinchazos" [así se anuncian los garajes] pero éste le comentó que no tenía con qué arreglarle y mejor fuera a San Antonio, siempre en el camino del hospital. Allí en el nuevo "pinchazos" le dijeron que les llevaría un tiempo, por lo que Diego recomendó a Max ir en otro carro al hospital. Éste le dejó claro que sólo iría al hospital con él, así que tras media hora colocando los frenos y otros 40 minutos de carretera llegaron al hospital. Comenzó la papelería, requisitos, exámenes de laboratorio y como a las seis horas, Elena entró en quirófano. A Diego, le dijeron que el niño nació vivo, aunque *morado* y que murió a las 4 horas por aspiración.

Cuando Elena fue dada de alta le pidieron que regresara a los 10 días para quitarle los puntos de la cesárea. Dada la lejanía y lo sencillo del procedimiento, Diego y yo platicamos, y les propusimos de hacerlo en casa. Tras algunas dudas estuvieron de acuerdo. Diego curó la herida de Elena que estaba cerrada, le recomendamos ponerse trapitos de calor seco -calentados al fuego- sobre la induración y que se alimentara bien, que no le entrara sólo al caldo de gallina sino también a la gallina. La costumbre es que la puérpera tome solo el caldo, *donde está la vitamina, la fuerza* y la carne se la comen los familiares. Durante el examen de Elena, Max recibió una llamada al *celular* [teléfono portátil, móvil] de sus parientes en Los Estados y hablaron un buen rato sobre el estado de salud de Elena.

Al día siguiente, regresamos a ver a Elena y ya no le dolía; la induración había disminuido. Al cumplir los diez días, entre Diego y yo le quitamos los puntos de la cesárea y desaparecida la induración parecía estar todo bien. Ella estaba muy contenta. En este rato, volvieron a

llamar a Max sus parientes en el Norte y mientras, los niños miraban la tele mexicana con el máximo volumen.

A la semana nos volvieron a llamar de urgencia. Elena tenía 40 grados y deliraba, un fuerte dolor en la parte inferior del abdomen y un flujo que nos hizo sospechar en una endometritis […], le dejamos antibióticos, analgésicos/antitérmicos, con las indicaciones de que tomara agua, atoles y que no se enchamarrara tanto. A los dos días nos acercamos a verla, estaba mejor y muy agradecida. Diego me tradujo alguna de sus palabras como "ustedes si tienen buena medicina, tomé las dos primeras cápsulas y al rato empecé a sentirme mejor". También que al sentirse tan mal se había despedido de su esposo y recomendado tanto el cuidado de sus cinco hijos como que se volviera a casar si era su deseo. En ésta como en todas las visitas que hicimos, Max recibía llamadas de sus hermanos en el Norte. El celular lo utilizaban sólo para recibir llamadas de Los Estados, por lo que el gasto le era cero y la comunicación constante.

La experiencia de Elena dio para compartir con Diego y Francisco, los temores de la gente al hospital, no a los medicamentos, coincidiendo ambos en que "allí sólo hablan español y la gente no puede, además los maltratan por llegar cuando ya están graves", y la gente también tiene "miedo a las operaciones, a que les saquen sangre o les quiten órganos del cuerpo". Elena era una más a ese temor al hospital donde se pierde la autonomía personal y se queda en manos del ladino, a merced de los otros. Por ello, los enfermos procuran llevar como en este caso a Diego, un intermediario como Diego, tanto por su bilingüismo como por conocer el modelo biomédico y a la comadrona, para un apoyo y seguridad genérico-cultural.

Diego y Francisco son conscientes de la discriminación y temores que para sus vecinos de Pasaquijuyup significa ir al hospital, y valoran ser *profetas en su tierra* al conocer a la gente, hablarles en su idioma, y darles la medicina adecuada sin malos tratos.

Jovita Morales, una auxiliar de familia con don

Imagen 21

Jovita trabajando en la CSC (a la izquierda) y parte de su familia (derecha)

Cuatro generaciones en una vivienda de alto riesgo

Conocí a Jovita en el curso inicial e intensivo de los Agentes de Salud Comunitaria, coincidimos numerosas veces en la Casa de Espiritualidad de Xela donde nos hospedábamos el ECOS de Las Barrancas y yo, después de participar en las reuniones mensuales en Quetzaltenango y luego en Las Barrancas, trabajando yo de apoyo y viviendo en su casa en la primera semana de apertura de la CSC, en 2004.

En esa primera semana de trabajo la convivencia con sus hijos y los hijos de los vecinos fue de circo pues nunca nos faltaron en las noches las narices rojas y los títeres, así que con mi regreso fui recibido con gran alegría. En estos tres años de ausencia, había muerto su abuelo, don Simeón, pero la abuela doña Roselia seguía activa con sus 87 años –de cédula de identidad-, cocinaba aún cuando su visión era escasa, se movía despacito pero conocía de memoria la cocina y los demás cuartos.

Jovita está en los treinta y pico años y 5 hijos, de los cuales el mayor de 19 estudiaba en Ostuncalco. Los demás estudiaban en Granadillas, en una escuela concertada, pues Jovita consideraba que era “una escuela más seria que la de Las Barrancas, y los maestros no pierden el tiempo con huelgas y salidas seguidas que hacen los del Ministerio”. Para Jovita el estudio

de sus hijos era una prioridad y ella era un ejemplo para ellos. Marcelino, su marido llevaba siete años en Los Estados y Jovita hacía de jefe de familia. Eran cuatro generaciones en la casa, la abuela, la mamá, Jovita y sus hijos y una niña adoptada a la que su madre biológica no podía asegurarle los cuidados. La chispa de Jovita la habían heredado sus hijos, uno de ellos además de estudiar, ya le hacía a la máquina de coser y vendía papas fritas en las tardes, en el Centro, aprovechando que este lugar hacía las veces de lugar de encuentro de jóvenes y adultos; al resto de hijos les sobraba chispa.

El lugar de la vivienda lo había comprado la madre de Jovita ante la inminencia de su despido de la finca. El terreno estaba a escasos metros debajo de la carretera, con una fuerte pendiente y con alto peligro de deslave. Ya hace varios años sucedió y el deslave se llevó la casa de sus tíos y primos situada a 50 metros, donde murió uno de sus primos. La vivienda no es visible desde la carretera a pesar de su cercanía pues se encuentra cubierto por los árboles y cafetales. El sol entra a cuenta gotas, a cuenta rayos, lo que se agradece en los días de calor y se echa en falta cuando llueve.

El plancito está excavado en la pendiente y da para una larga vivienda construida de anexos todos con puerta al corredor, donde están la cocina y varios cuartos. La cocina es de minifalda de bloque, tablas, tejado de lámina y suelo de cemento, es amplia y tiene fuego de plancha alrededor de la cual se come. Los anexos son de tablas y láminas con suelo de tierra. En el corredor un lavadero para la ropa y un tuj. Un pequeño patio separa la cocina de la vivienda-dormitorio formada por dos cubículos conectados y con cinco camas en donde duerme toda la familia -8 miembros- y 9 cuando está el invitado. Esta vivienda es de techo bajo, con ventanas minúsculas y debido a la azotea casi permanentemente empozada, mantenía en los cuartos un calor-húmedo pesado. Sobre la azotea un cuartito con el álbum de fotos en las paredes y una máquina de coser utilizada por Jovita en su tiempos de sastre y ahora por su hijo.

En esa primera estancia en Las Barrancas en el 2004 estuve permanentemente hospedado en casa de Jovita. Las cenas acostumbradas eran un caldo de papas con verduras, muy rico pero peligroso pues hacía levantarse a media noche y los perros no eran amigables. En esta mi segunda visita, tras pasar la primera noche en casa de Jovita opté por quedarme en las siguientes en la CSC. Jovita sintió que no me llegara con ellos y tuve que explicarles que

no descansaba bien, por el calor húmedo de la habitación, el caldo de la noche y que la alternativa de quedarme en la CSC me daba también un poco de tiempo nocturno para revisar las notas que iba recogiendo en el trabajo de campo y los informes estadísticos.

La abuela y la pobreza fueron sus primeras maestras pero nunca paró de aprender

> "Mi nombre es Jovita Morales y me crecí con mis abuelitos, pues mi mamá trabajaba en Guatemala. Trabajó 25 años con el dueño de la finca de Chinabajul, donde antes vivían, y de ellos, 17 años en la zona 11 de la capital. Era menor de edad cuando mi mamá me dejó con mis abuelitos. Ella luchó por comprar el terreno cuando la gente fue sacada de la finca y compró las seis cuerdas donde está ahorita el ranchito donde vivimos. Estoy pensando en salir pues hay un riesgo. Hace años hubo derrumbe a la par y se murió un hijo de mi tía. Tenía 15 años cuando se vino la tierra encima de la casa, se vino la pared encima cuando estaban durmiendo y mi primo murió enterrado por el derrumbe.
>
> Más lo que he aprendido con mis abuelitos es como moler en piedra, acarrear agua, los trabajos de la casa, los oficios que se hacen para la comida. También contaban sus historias y me han servido para la vida. De mi mamá casi no mucho, pues ya era yo grande, tenía mi primer hijo cuando ella ya vino aquí. Con mi mamá cuando vino yo la sentía como una hermana, como una persona vecina. Mi abuelita me decía que tenés mamá y tenés que respetarla, pero algunas veces me regañaba o se enoja conmigo y yo también con ella pues no siento era mi mamá. Mi abuelita sí me regañaba, a ella la respetaba más y al ratito pues perdóname y más le pedía perdón, no a mi mamá, pues cuando vino era muy enojable, pasaba un día enojada, y yo también. Ahora ya reconozco que es mi mamá. Ella me explicó que la causa fue para sostenerme con usted, aquí no había trabajo. Mi papá la dejó cuando estaba embarazada y mi mamá regresó con mis abuelitos. Luego me dejó pequeña y me mandaba el gasto, unos pocos dineros, leche […]. Ella compró ese pedacito de terreno donde estamos ahorita, sino, a saber donde estuviéramos ahora.
>
> Marcelino, mi esposo, está en Los Estados, me apoya y me da la libertad en todo. Mi hijo pequeño tiene 7 años. Tengo 5 hijos, todos están estudiando y si yo también voy

a estudiar es mucho gasto. Mi ingreso de ASC son 2.298 quetzales mensuales, es lo que traigo a casa. También pagamos 104 quetzales al IGSS".

Jovita valora los saberes del entorno familiar muy ligados al deber ser de las mujeres de la comunidad pero con el tiempo le nació la inquietud de seguir estudiando y tener una participación en las actividades sociales de la iglesia presbiteriana, convirtiéndose en una líder entre las mujeres y muy respetada a nivel comunitario también entre los hombres:

"Cuando era chiquita, no me recuerdo con cuantos años fui a la escuela. Pero sí me recuerdo que dejé en quinto de Primaria y después empecé de nuevo pues perdí mis certificados, pues para mí, como que no tenían importancia.

Cuando me casé, me eligieron como secretaria de la asociación femenil de la iglesia, sabía un poquito escribir. Me pidieron escribir mensualmente las actividades de la iglesia presbiteriana. Escribía en un cuaderno simple las ofrendas, las visitas de las hermanas. Pero llegó un día en que el pastor me pidió levantar acta de las reuniones. Me dio pena por los errores que podía hacer, no podía escribir bien, mayúsculas y minúsculas revueltas. Pensé mejor estudiar otro poco y cuando el maestro que está en Las Granadillas me pidió certificado, como no tenía, tuve que repetir los grados. Me dijo: `de repente después querés seguir estudiando y hace falta la papelería´ pero yo solo quería estudiar para hacer las actas. Otro día encontré el certificado de primer grado de Primaria y me puso unas pruebas y las resolví, entonces me dio el certificado de tercero de Primaria. El otro año entré en cuarto y quinto, saqué dos grados pero es ya en IGER [Instituto Guatemalteco de Eduación Radiofónica] y el siguiente año entré en sexto. Luego seguí estudiando primero Básico, segundo y tercero pero ya de fin de semana en San Juan Ostuncalco. Estaba en segundo Básico cuando entré en el curso de ASC y al terminar el curso empecé a trabajar en Las Barrancas. En el 2006 saqué mi Bachillerato.

Cuando estudiaba Primaria en Las Granadillas tenía compañeros que no siguieron estudiando. `Ya no más, porque no tenemos la posibilidad por la distancia y el gasto, con el salario que tenemos aquí no es posible que sigamos el estudio en San Juan´

decían mis compañeros. Le dije a la compañera[32] de la iglesia que me apoyaba en La Fraternidad, por los motivos que no podían estudiar mis compañeros, y me dijo: `¿Por qué hasta ahorita me dices?, ya está el curso comenzando, pero el año que viene les apoyamos´. El año 2004 saqué mi tercero básico, cuando vino el IGER aquí y la señora me dijo: ` Vamos a platicar con otros que también están en Xela y lo vamos a hacer también aquí´. Me dejó como responsable para recaudar, pues se pagaba trimestralmente 20 quetzales mensuales, y la matrícula dependía del tipo de estudio, entre Primaria y Básico. Yo siempre iba a la escuela para recaudar entre los alumnos y al siguiente año mejor le dije: `Hay que hacer un comité para Básico´. Se formó un comité y quedé otra vez como secretaria. Yo ya este año no estoy yendo, pues con mi trabajo de ASC cuesta que nos den un medio día de permiso y les pedí eligieran a otra persona en mi lugar.

En la iglesia he estado en reuniones con la sociedad femenil y nos apoyaron desde Fraternidad Maya con un proyecto de carneros, de pollos, de ganado. La coordinadora venía a capacitarnos, pero las mujeres no bien querían estar pues decían `no entendemos el castellano, y no podemos escribir, no nos va servir las capacitaciones´. Nos donaron 4000 quetzales como un capital sin interés, y nos exigen trabajo, pero los pollos no se crecían y se morían por el clima quizás, otras mujeres se aburrieron […] y mejor pensaron en devolver el dinero. Las hermanas de la Fraternidad lo que querían era apoyarnos para que tuviéramos dinero propio. Mi papel era de secretaria y hoy todavía sigo siendo secretaria de la asociación femenil pues la mayoría de las mujeres son analfabetas.

El año pasado mandé una solicitud para que nos den estudios sobre mecanografía y salió positiva la solicitud. Comenzó en mayo en Los Agustines y yo estuve para gestionar los estudios y las máquinas. Llegaban algunos papeles para que yo firmara y sigo de secretaria. En este año entré en mecanografía y computación. Ahora con mi problema de salud no se como voy a estar. Si todo va bien voy a entrar a enfermería profesional. Por ahorita sólo Dios sabe como voy a estar, si me operan la gente me dicen tengo que hacer cuatro meses de reposo”.

[32] El compromiso social de la Iglesia presbiteriana se manifiesta también en el lenguaje al indistintamente llamarse entre ellas, compañeras y hermanas. En Guatemala, el término compañero/compañera ha tenido connotaciones políticas frente al de hermanos de connotaciones religiosas.

Inclusión de saberes y sentir lo que la gente siente

"El año 2000 entré a estudiar de promotora de salud. Iba a San Juan a capacitaciones de dos-tres días en el Centro Mam de la Iglesia Presbiteriana. Allí vienen algunos gringos que dan capacitaciones. Estudiaba de promotora, hice un año, eran todas las semanas, un día o dos días a la semana y me dieron certificado. El segundo año fueron cursos cada mes, de vez en cuando […] y me quedé así, que me avisaban cuando había algún curso. Estaba yo en un curso sobre plantas medicinales cuando me avisaron del curso de ASC. Platiqué con la señora que daba el curso en el Centro Mam y me apoyó bastante, era enfermera profesional de San Juan. Ella tenía plan conmigo para que yo saliera más preparada y luego servir en la comunidad.

Antes no había ningún trabajador de salud, cuando yo padecía de dolor de estómago iba con unos sacerdotes mayas para hacerme un `trabajo´, para que me curen y me daban algunas plantas. Mi tía tenía hijos y se le enfermaban de ojeado, caída de mollera y yo le acompañaba cuando iba con las curanderas. Yo miraba cómo le hacían, y después a veces, yo le hacía y les curaba de ojeado y caída de mollera. Con mis abuelitos, tíos y tías y otros familiares aprendí algunas plantas. Así poco a poco aprendí de medicamentos naturales. Cuando tuve mi primer hijo aprendí más, tuvo pujo que ahora le llamamos cólico, una señora me contó cómo era y con el resto de mis hijos aprendí más. O sea con quien aprendí más fue con mi abuelita, y acompañando a mi tía, observaba y aprendía.

Mi primer parto fue duro. No tenía experiencia y la comadrona que me atendió fue capacitada, pero no sacó todos sus cursos, y se quedó en medio del camino. Ella no le miraba a que hora iba nacer el niño y me exigía que yo le hiciera fuerza, me decía: `puja, puja´ pero yo no tenía fuerza. Me exigía y ahora me pongo a pensar, ella no tenía la culpa pues no acabó su capacitación.

Tengo ahora una enfermedad en el aparato digestivo. Fui con el doctor y me dijo `hay que hacer una endoscopia´, y a veces me desespero, pues me duele todos los días. En una

capacitación con la doctora Iris habló del cáncer y yo me asusté, pues pensé podía ser eso. Mi mamá dice que lo tengo desde pequeña. Con ese dolor digestivo también me dolía la matriz. Hace cuatro años me detectaron no tenía bien la matriz, cuando tengo el dolor, me desespero, y cuando se me pasa, me olvido.

Una vez me pasó en el Centro de salud cuando fui a vacunar a mi niño más pequeño con una neumonía, cuando tenía 5 semanas el chiquito. Allí empezaron el esquema de vacunación y me decían `vas a venir a vacunar en tal fecha´. Antes los del distrito venían solo dos veces al año a vacunar. Mis otros hijos no deben tener esquema completo de vacunación. Entonces un día llegué el Centro de salud de San Juan y una enfermera me regañaba `regresáte pues aquí no es para ustedes, sino que les corresponde en La Nueva´. Yo le expliqué que donde quiera uno, puede vacunar a su hijo, pero me decía, `por eso se construyó un centro en La Nueva para ustedes´. Le pedí el favor de vacunar a mi nene pues me cuesta el pasaje para ir a La Nueva.

En el Centro de salud había una trabajadora social, Anita, que me conocía pues me inscribí en un curso de comadronas, luego no pude participar pues eran dos tardes a la semana y dos horas de clase. Antes había que ir a pié, no había carros como ahora, cuando vino la época de la lluvia no seguí. Ella era amable y me daba su apoyo. Entonces salí y entré con Anita a platicar y le expliqué el motivo de mi visita y que la enfermera me regañó y no me quiere vacunar el nene. Me dijo para ir con Leonor, la directora, y le conté lo que me dijo la enfermera. Regresó con la enfermera y le dijo: `Hágame el favor y vacúnele ahorita mismo´. Le vacunó a mi nene pero estaba muy enojada: `¿Por qué fue con la seño Leonor?´. ` Pues usted misma es la culpable´ le respondí. Después regresé con Anita y me fui tranquila.

Allí me di cuenta que una está incómoda cuando no nos atienden bien, cuando nos dicen algunas palabras […], así cuando llegan fuera de horario, les explico despacio la razón de no atenderlos; pero si vienen de emergencia, con diarrea, neumonía, siempre les atiendo. Pero si uno regaña o tiene palabras fuertes con la gente, ya no viene otro día. En la Biblia he leído `Amaros los unos a los otros´ y Jesús dice `deja tu ofrenda y habla con tu enemigo, cuando regreses, la ofrenda te será recibida´. A veces tengo errores y

tengo temor de esas palabras. Yo como soy evangélica, voy a la iglesia. Hay textos bíblicos que dicen `ama a tu prójimo como a ti mismo´ y `llorar con los que lloran, sentir lo que la gente siente´ y eso tengo en la mente cuando veo a la persona y cuando tiene una necesidad, siento como si fuera yo".

Jovita por un lado conoce lo que significa el ser mal atendida, "el tener palabras", y desde su perspectiva cristiana del "sentir lo que la gente siente". También es sensible a otros aspectos que desbordan la dimensión biológica de la enfermedad como la importancia de la palabra del enfermo, de la comunicación bidireccional y no sólo del interrogatorio, la dimensión religiosa […] y la preocupación por el alcoholismo con un abordaje desde sus saberes evangélicos:

"Tenemos poco tiempo para la consulta. Cuando hay tiempo, la gente cuenta su historia de la enfermedad y uno le cuenta despacio el tratamiento. Con tiempo se cuentan mas cosas. Si tienen muchas dudas pues se animan a preguntar. Más he visto preguntar con el parto, por la edad adecuada para tener o no tener hijos, cómo se queda una mujer embarazada, como hacen en el cuerpo los métodos anticonceptivos, la regla […]. Cuando respondes las dudas que traen las personas, se quedan admiradas de los riesgos de los embarazos y de los partos. Ellas piensan que tenemos dos pies, uno en la casa y el otro en el cementerio. Dicen que nuestras vidas están regaladas en el embarazo.

En Los Agustines murió el año pasado una embarazada que no quería nuestra visita y dicen `de repente se hubiera salvado de haber ido rápido al hospital´. Otra su vecina que tenía su madre comadrona me pidió le visitara pues llevaba ya bastante tiempo con dolores de parto, no fuertes, pero sí con mareos y está mal. Don Tulio me ayudó con el carro y llevé una solución [un suero intravenoso] que todavía tenía en la casa cuando atendí a mi abuelito. Le examiné a la señora, sus signos vitales estaban normales pero había roto la bolsa amniótica. Cuando hice el tacto ya estaba con toda la dilatación. Le puse la solución e hicimos una oración. Con medio litro ya nació el niño. Al rato entró la vecina a quien se le había muerto la hija, y dijo: `Gracias a Dios´. Y se puso a llorar pues su hija se murió y arrepentida por no haber sacado a su hija al hospital.

También se salvó la señora que tuvo un aborto y con gran hemorragia. Le pusimos una solución que teníamos en casa, que era para mi abuelito. Me pagó. Por cualquier emergencia compré otro con ese dinero. Era un tiempo que no teníamos sueros en la CSC. Lisandro temblaba y no hallaba qué hacer pues tenía la presión muy baja. Yo me puse a orar en mi interior. Lisandro sacó el angiocat, pero la señora era familiar y se puso nervioso, así que le puse yo el angiocat. Luego no pasaba el agua por el aire […], saqué el aire. La seño ya no contestaba y su madre le movía. Entonces le pedí a la mamá pongámonos a orar para que llegue hasta el hospital. Yo presioné la matriz para que dejara de sangrar y Lisandro le controlaba el suero. Llegando al hospital le pusieron sangre. Hace pocos días la señora me agradeció que si no fuera por nosotros, estuviera ahora en el cementerio.

He platicado con algunas personas alcohólicas. Ese muchacho era alcohólico y yo le daba consejos. Una vez en el carro le pregunté porqué lo hacía y él me lo explicó. Yo le dije que iba a perder su juventud con ese vicio. A veces llegaba a la iglesia y siempre le he dado consejos. El me dice que otras personas también le han dado consejos y lleva más de un año sin tomar. En mi familia hay dos chavos que chupan y uno me agradece los consejos. Yo siempre les digo: ` ¡Hay que pedir a Dios, para Dios todo es posible!´. Un remedio para dejar de tomar es preparar agua de coco con apazote y manzanilla, se cuece, se da cada tres días y quiere acompañarlo de oraciones. A uno de los chavos le funcionó por tres meses, luego recayó. Bastantes de los alcohólicos han quedado en el camino. Ahorita son pocos como unos cuatro o cinco chavos. Pero no es enfermedad, es vicio, pues cuando no tienen dinero bien trabajan y cuando consiguen algo de pisto chupan hasta gastarlo todo, así que cuando quieren ¡bien que trabajan! Lo de ellos no es enfermedad sino vicio pues son mañosos. Los hombres toman más porque se juntan los amigos, toman desde su juventud, se juntan, van a hacer celebraciones y los pequeños aprenden de los más grandes. No sé si ha habido suicidios con nosotros, sé de gente que ha muerto en el camino pero dicen que es por alcohol”.

Persona benévola con un pié en la cultura ancestral del *don* y otro pié en la *modernidad*

En la tradición cultural maya, la elección de la persona con misión curativa está ligada a señas de aviso, malestares que se sanan con la aceptación de la misión, los sueños, señas en el nacimiento […] y Jovita piensa que fue Dios quien le dio el *don* y por tanto la misión de trabajar en la salud:

> "Anabella [asesora de interculturalidad y de las actividades curativas] me ha llamado para una entrevista y ver lo que estoy haciendo con las mujeres y qué plantas conozco. Cristina Fuentes y Elizabet [dos ASC también con *don*] una vez fueron y vieron su calendario, ese día no me fui, pues ese mes me programaron muchas salidas y eso trae mucho gasto. Ya le dije una vez al doctor que no podemos estar saliendo a cada rato pues es mucho gasto. Cuando en la comunidad salen los comités, les dan 175 quetzales para estancia, pasaje, mientras que nosotros cuando salimos, no nos dan nada. Por eso no fui con Anabella y no me entregó mis *nawales*. Pero sí he soñado y algunas hermanas de la iglesia han soñado cosas buenas de mí, me dicen que siga haciendo cosas buenas, que `es un *don* que te ha dado Dios´. Yo también, a veces he soñado un parto y al día siguiente sucede. Lo cuento a mi mamá y me dice: `ya conozco sus sueños´. He soñado muchas cosas. Creo que Dios me ha dado este *don* y desde que empecé, sentí tenía la inteligencia para hacerlo. Muchas gentes me han dicho cómo he aguantado tanto. También lo platicaba con Santiago cuando estaba con nosotros: `Regresamos tarde a casa, sí ese trabajo es tan horrible, tan cansado, pero si Dios nos ha dado el *don*, también nos ha dado la paciencia´.
>
> Antes yo era sastre y cosía blusas, sábanas, huipiles, delantales y no me alcanzaba el tiempo para trabajar en salud. Si ahora hago muchas salidas, no me sale la vida, pues es mucho el gasto, y además el trabajo de ASC es muy cansado, caminar, mojarse […]. Mi abuelito me decía: `mejor trabajá aquí en casa, te estás sacrificando en ese proyecto, nada te aprovechas y dejas abandonados tus hijos´. Pero hay mucha gente que viene preguntando por mí y […], yo creo que tengo que ayudar a la gente".

En la comunidad de Las Barrancas, Jovita es una lideresa y una tejedora del hilo ancestral de los hechizos, sueños, nawales y dones con el hilo del cristianismo evangélico a través de la oración, el hilo de la biomedicina y la eficacia de los medicamentos y el hilo terrenal en donde el gasto es grande y las mujeres viven con un pie en la casa y otro en el cementerio. Jovita es una persona benévola reconocida por las mujeres y los hombres, donde su experiencia y saberes articulan el conocimiento de y sobre la comunidad con una gran eficacia y eficiencia curativa.

Lisandro Vail, al calor del hogar

Imagen 22

Lisandro en el control de crecimiento de un niño

A empujones, de la finca a la sastrería y de promotor a auxiliar de enfermería

Con Lisandro nos hicimos amigos desde el comienzo del curso de ASC en septiembre del 2003. Era uno de los cuatro hombres que venían del grupo de Ostuncalco, el resto eran mujeres, lo cual ya daba una idea de las diferencias sociológicas entre este grupo y el de Bocacosta Sololá donde la mayoría eran hombres. Y tanto él como las otras dos personas que venían de Las Barrancas llevaban una mochila-morral hecha con retazos de telas de colores, retazos que cortados en forma de cuadrados conformaban algo muy singular. La mochila-morral se había convertido en poco tiempo en el elemento de identificación entre la gente de Las Barrancas, lo llevaban desde los niños, jóvenes, adultos hasta las abuelas, para llevar el almuerzo, la radio o cualquier otra cosita. Al rato supe que las hacía Lisandro, le pedí una, y en dos semanas ya cargaba la mía como si fuera de siempre de Las Barrancas.

Lisandro vivía con su esposa y tres hijas compartiendo vivienda con sus padres, un hermano casado y sus hijos así como una marimba de hermanos de diferentes edades. Debido al costo del terreno compartían una pequeña parcela en la que había tres casitas. Una era la cocina de paredes de tablas, tejado de lámina y suelo de tierra con un fuego en alto sobre un tapesco, tenían una mesa y alrededor de ella saboreé más de una refacción en el intermedio de las visitas del Programa familiar. La otra casa era el dormitorio, amplio pues en ella dormían tres matrimonios con sus hijos: los padres de Lisandro y sus hijos pequeños, Lisandro y familia, y otro hermano casado con su esposa e hijos. Unos biombos de tela y periódicos separaban las 6-7 camas en un simulacro de cubículos. La tercera casita era un pequeño local cubierto donde mantenían la leña y los agroquímicos del cafetal para alejarlos un poco del espacio cotidiano.

No llegué a ver el espacio de costura y la máquina de coser de Lisandro con las que hacía entre otras, las famosas mochilas-morrales. La máquina de coser era una herramienta importante, por su costo y su utilidad. En el Altiplano el trabajo con la máquina de coser era oficio de hombres, y es que haciendo camisas y pantalones, la máquina ayudaba notablemente en la mejora de ingresos. En la Bocacosta, el trabajo de sastre era compartido entre hombres y mujeres. Las tres mujeres y madres de la familia extensa se dedicaban a las tareas domésticas y mantenían las casas y el gran patio extremadamente limpios. Todos los niños iban a la escuela salvo los más pequeños que se mantenían colgados de sus madres.

La vivienda estaba en la parte inferior de Los Agustines, aprovechando un espacio plano, y era de las más cercanas al río pero que de todos modos siempre estaba algo retirado. Desde el patio se miraban las casas colgantes de Los Agustines entre árboles y cafetales, como es prácticamente toda la aldea y con el riesgo de deslaves. Igual que el resto de familias, tienen varios perros que les dan seguridad y compañía cuando van al monte y es que el perro y el machete son acompañantes indispensables del campesino de este lugar.

> “Mi nombre es Lisandro Vail y nací aquí en mayo de 1997, así que tengo 30 años. De pequeño mi papá me enseñaba hablar el idioma mam, que es mi primer idioma. Con 7-8 años entré en la escuela en El Centro. Los años que estaba yo estudiando, no sé si yo no le daba muchas ganas al estudio, porque perdí varios años.

Cuando iba a la escuela ayudaba a mi papá en la finca Dulce Nombre. Me dijo: `Ya sos grande y me vas a ayudar a trabajar, empezás con media cuerda´. `Está bueno´, le dije yo. El dueño de la finca comprendió esa necesidad que yo tenía para ayudar a mi papá, y como él tenía necesidad de otro trabajador, me tomó para trabajar. A las 6 de la mañana ya estaba trabajando, y a las 8 tenía sacada una o media cuerda para ir a la escuela, así por tres años.

Cuando me junté con Lucrecia iba todos los días a trabajar a la finca El Carmen. En esos días, los domingos, trabajaba también de sastre, ahorita ya no, por el trabajo de ASC. Más adelante, algún día, más pienso de trabajar de sastrería. Me gusta más sastrería, pues no hay quien te va ordenar, no hay presión, uno puede estar libre. En el trabajo de ASC, lo más difícil es por el horario, pues acaba uno a las cinco o seis de la tarde. Mi alegría es estar con mi familia y los recuerdos tristes de mi vida son cuando estuve lejos, como en el curso de ASC.

A los 15 cumplidos saquí mi sexto grado Primaria, y aunque mi papá no tenía pisto, me estaba preguntando qué otro estudio puedo yo pedir. Mi papá me preguntó: `¿Qué querés estudiar, de sastre, de promotor de salud?´ y yo le dije que no. Mi papá me estaba ofreciendo, pero yo le dije que no. Mi papá insistió y me compró una máquina de coser y después me dijo: `Va a sacar su estudio para saber como hacer un pantalón, como trabajar con la máquina´. Mi papá fue a platicar con un señor que me iba a enseñar, primero sólo de pantalón. No sé cuánto cobró mensual y fui como diez domingos. Iba el sábado caminando para arriba, a Agua Blanca. Cada domingo me esperaba y me enseñaba cómo cortar pantalones y cómo coser a máquina. Saqué mi curso y cuando podía un poquito, ya no seguí. El señor sabía otras cosas como camisas, delantales […] pero no seguí. Cuando aprendí, comencé a trabajar. Hacía pantalones, delantales y adornos para los cortes de las mujeres.

Mi papá me decía que estaban bajando (de Ostuncalco) a Agua Blanca, los Embajadores Médicos, a dar cursos de promotores de salud y aquí no se sabía inyectar ni de medicamentos. Mi papá me dijo para sacar curso y nos metimos los dos, mi papá y yo. De la comunidad fuimos como diez personas cada domingo a pie hasta Agua Blanca y José

Pío nos dió el curso. José Pío vive en Agua Blanca y trabajaba con esa institución, él ya tenía conocimientos en salud y era bueno porque nos daba en mam. Un año o año y medio fui los domingos para sacar ese curso y después nos puso unos exámenes para ver cuánto hemos entendido, hemos avanzado y estuvo calificando. La gente tuvo confianza en mí y en otros pero en ese año yo no me animaba a comprar unas inyecciones, ni pastillas para vender. Después, estuve un largo tiempo sin estudiar.

Luego empecé a trabajar en la finca. Nada mas he trabajado en tres fincas: La Bella Lusitana, Santa Rita y El Carmen. Estaba yo trabajando como tres o cuatro años en El Carmen cuando tuve la oportunidad de ir a sacarme el curso de ASC que fue de 6 meses. Fue con el sacerdote de San Juan Ostuncalco que nos llegó el aviso pidiendo gentes que son promotores y el sacerdote bajó como siempre para hacer misa, y me dijo: `Usted que sabe un poco de salud, que es promotor. Hay algunas personas que están buscando promotores y hay una beca para seguir el curso´. Yo no pensaba, pero después me dijeron que vaya al Centro de salud del Ministerio, allá está el listado de promotores y sacaron mi nombre. Y una vez que fui a San Juan, sólo, cabal el sacerdote iba a venir a Las Barrancas y en el carro iba José Abel [miembro del EAPAS], allí me habló sobre El Programa. Así comencé el trabajo de ASC y le conocí a usted. El año pasado saqué el Básico y en este año estoy sacando un curso de mecanografía. Esta es la historia de mi vida”.

Finalizado el curso de ASC y tres años de experiencia, con el resto de compañeros presentó examen con el Ministerio de salud y aprobó para auxiliar de enfermería. La llegada de Lisandro al trabajo de salud es casi tan circunstancial como la de sastre, y aunque a ambos vaya a empujones, ambos los realiza muy bien.

Los padecimientos y enfermedades entrelazan lo religioso, la biología y la dinámica comunitaria

Para Lisandro hay enfermedades que son biológicas y van a necesitar un tratamiento biomédico y hospitalario, hay otras que se han sanado con acercarse a Dios, y hay enfermedades en que si bien las medicinas curan, el acompañamiento de la comunidad religiosa ayuda a aliviar el componente de sufrimiento y tristeza. El conocer a la gente favorece la confianza y que expresen realmente lo que les pasa, aspecto que considera no lo hacen cuando el trabajador no es conocido, aspecto que tiene su pros y sus contras, pues no es fácil ser profeta en su tierra.

> "Un mi hermanito pequeño murió y mi mamá se acuerda siempre. Hasta el momento nadie en mi familia se enfermó grave. Mi cuñada se embarazó y tuvo hemorragia, un aborto, fue al hospital y le dijeron que no era embarazo, que una masa tenía en su matriz y salió, pero saber, cuando hizo su prueba de embarazo le salió positiva. Mi mamá antes tenía solo dolor de cabeza pero no iba a la iglesia. Luego cuando le dolía fuerte fue a la iglesia y se le quitó el dolor. Quizás le dolía por preocupaciones. Al llegar a la iglesia oyó la palabra de Dios, de cómo vivir en la tierra y así se tranquilizó. Sí, en el censo de mi vivienda aparecen dos de mis hermanos sin religión, no van a ninguna iglesia, prefieren ir al fútbol y no siguen la obediencia de Dios.
>
> Yo soy religioso, en la iglesia he ido a cursos de matrimonio antes de casarme y también he participado en el conjunto de música. Teníamos un grupo formal con seis integrantes, sólo tocábamos para la iglesia, se llamaba Emmanuel, que quiere decir `Dios con nosotros´. Yo primero tocaba guitarra, luego pasé al redoblante que es parecido a la batería, sólo que la batería tiene mas elementos, luego la trompeta y estuve varios años. Puedo un poco tocar el bajo eléctrico. Ya estaba formal el grupo cuando se fueron varios a Los Estados y se acabó el grupo.
>
> El trabajo en el Programa es diferente al trabajo de las iglesias, nuestras visitas familiares son diferentes a las visitas de las hermanas de las iglesias que hacen oración con los enfermos. Nosotros curamos con las medicinas, y la fe de que Dios está con el

> enfermo, les acompaña en el dolor y tristeza. A veces con el dolor el enfermo se desanima y olvida de Dios, a través de las visitas que hacen las hermanas [de la comunidad religiosa], recuerdan y la oración les ayuda y fortalece. Cuando llegan las hermanas a hacer la oración, recordamos a Dios y se nos olvida el dolor, el sufrimiento.
>
> El conocer a las personas de la comunidad me ayuda por la confianza que nos tienen y nos cuentan el problema que tienen. A nosotros sí nos cuentan bien, qué es lo que les pasa, nos ayuda para darles la consulta. Odilia [una nueva ASC, temporal y que es mam pero no de la comunidad] no conoce a las personas, ni a la comunidad, y ese es su problema".

Tanto Lisandro como Jovita tenían una representación de la cultura no sólo como tradiciones y saberes ancestrales sino también como un saber dinámico y transformable que contrastaba con notas de sus cuadernos, notas de talleres en los que habían participado, y que identificaban cultura con cultura maya tradicional. Para ambos ASC, si se preguntaba por cultura en el ámbito institucional, la respuesta echaba mano de los apuntes, pero si la plática era informal, cultura era un amplio abanico de conocimientos de antes y de ahora.

> "La cultura se está cambiando, el conocimiento de los abuelos va cambiando. Para muchos es muy prohibido hablar del sexo y de métodos anticonceptivos, y ya conforme el tiempo ha cambiado. Al principio nos costaba hablar, pero ya es normal, ahora nosotros nos hemos acostumbrado a decirlo. En las visitas familiares lo hablamos cuando la mujer está sola, que no esté su marido, estando el marido mejor no, pues a veces las mujeres quieren información pero no el marido".

Para Lisandro y Jovita, el alcoholismo es entendido no como enfermedad sino *vicio*. La diferencia entre ambos es que mientras Jovita, presbiteriana, tiene un mensaje religioso, buscar a Jesús, pedir a Dios, Lisandro, católico, no tuvo respuesta religiosa. En los tiempos en que la mayoría de la comunidad era católica, el alcoholismo fue muy fuerte según relataba un tío de Lisandro, aquellos murieron y pareciera que la iglesia católica no tenía respuesta. El abordaje de Lisandro es desde las autoridades comunitarias y la prohibición, pero ésta no funciona.

> “En la comunidad sólo hay como cuatro personas que toman, quizás hay ancianos que toman su octavo, pero uno no se da cuenta. Hay gente joven que toma durante 30 días seguidos. Cuando toman están mal y cuando dejan, se les ve normal, trabajan. Hay dos jóvenes que trabajan y se les ve bien, pero sólo trabajan para luego tomar. Cuando gastan su dinero vuelven a trabajar. En Los Agustines hay gente que vende guaro y para los comités [autoridades] es prohibido tomar y vender. Está prohibido, pero no hacen nada. Hay como tres o cuatro personas que venden guaro, ellos no van a ninguna iglesia. Unos por esa venta, ganan para sobrevivir, otros lo hacen para ganar otro poco y algunos que por eso han crecido con sus clientes. Los que fabrican son de aquí, lo hacen aquí, es la cusha, el guaro. Los que vienen a las cosechas le llaman cusha y los de aquí le llamamos guaro. Lástima para ellos cuando se ve a una persona con ese vicio”.

Lisandro pertenece a una familia extensa donde desde el abuelo y varios tíos son líderes comunitarios, también su papá, alcalde y catequista, pero él había estado más inmerso en la iglesia católica que en la participación en los comités de la comunidad. Ahorita lleva poco tiempo participando en los comités y con cierta sorpresa ha descubierto en ello una fuente de experiencias que le aportan al trabajo de salud.

> “Ahorita estoy en el COCODES y estoy aprendiendo bastante, me sirve para trabajar en el Programa comunitario, para conocer de cerca como trabaja la comunidad. Yo me formé parte de Comités como hace cinco o seis años. Al principio no quería ser comité pero ahora veo que se aprenden varias cosas. Los proyectos de agua o luz ya tienen como 20 años. Los COCODES son la cabeza de los otros comités pues cada proyecto tiene un Comité. El COCODES más coordina algunos proyectos, avalan solicitudes que otros Comités quieren pasar a alguna institución. Hace varios años se comenzó a trabajar juntos, antes cada Comité pedía una cosa y no se sabía cual era prioritario, la misma solicitud la llevaban varios Comités y había competencia entre ellos para quien ganaba. Ahorita están unidos los Comités de Promejoramiento, Comité de Desarrollo y alcalde auxiliar. Estoy aprendiendo como se coordina y como se hacen las solicitudes. El alcalde auxiliar tiene el listado de todas las personas, y con él veo como se ordenan para realizar un trabajo. Si algún día me quedo de alcalde, ya tengo la experiencia. Cuando a mi padre le tocó ser alcalde, se puso muy nervioso y hasta los cinco meses pudo

trabajar bien. A uno le da miedo cuando le dan un cargo, pero a través del tiempo agarra experiencia para trabajar, aprende.

Son pocos los problemas en la comunidad, más es con Las Granadilla, no quieren unirse con Las Barrancas que es más grande y donde hay más líderes. Quieren aparte. No había un acuerdo. Las Granadillas es caserío como Los Agustines [es aldea desde hace unos años] y siempre hay problemas. La gente de allí no aportó igual que Las Barrancas en la construcción de la CSC y entonces hay gente que se opone a que de allí vengan a consulta. Los problemas con Granadillas siguen pero no es tanto".

La participación de Lisandro en el Programa de salud está siendo una fuente de aprendizaje y su mirada del proceso s/e/a desborda por propia experiencia la exclusivamente biológica. Los recelos que un buen tiempo tuvieron las mujeres porque él, u otro ASC hombre, les revisara en su embarazo, han ido cambiando hasta ser aceptado, confirmando la mirada de los ASC de Las Barrancas que la cultura está cambiando en la comunidad. Si en su opinión, el ser conocido en la comunidad favorecía la confianza de los pacientes, su participación en la organización comunitaria le está abriendo a otras experiencias y saberes que descubre tienen aplicación en el campo de la salud.

Primeros pasos de 28 Agentes de Salud Comunitaria en el Programa de salud

La selección de los lugares de implementación del Programa se realizó a través de un concurso entre las organizaciones que conformaban la INS a partir de una propuesta de población con la que trabajar, de que tuvieran trabajo previo con ella, la población aceptara trabajar con el Programa, no tuvieran cobertura sanitaria por parte del Ministerio y éste aceptara la implementación del Programa y la coordinación. Las ONGs ganadoras fueron la Clínica Maxeña para trabajar en Bocacosta del departamento de Sololá y la Asociación para la Promoción, Investigación, y Educación en Salud de Occidente (PIES de Occidente) sustituida en septiembre del 2004 por la Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral (IDEI), en San Juan Ostuncalco, departamento de Quetzaltenango.

Los trabajadores de ambas ONGs realizaron reuniones con los líderes y autoridades locales de sus respectivas áreas de trabajo, explicando el tipo de trabajo en salud que se proyectaba. Tras la aceptación de los representantes de la población y de las autoridades ministeriales, se pasó el aviso del curso de salud, a través de las autoridades locales, emisoras radiales, grupos religiosos y otros para que las personas interesadas se acercaran a las oficinas de las ONGs a una entrevista para la selección de participantes. El curso ofrecía una ayuda económica de 600 quetzales mensuales, duraría seis meses, con fines de semana libres para las visitas familiares, y al final del curso, tras una evaluación se contrataría a la mayoría de ellos para trabajar en el Programa de salud.

Tras las entrevistas a las que llegó un gran número de candidatos, fueron seleccionados 35 participantes para el curso inicial, del que saldrían elegidos 28 ASC, 14 para cada experiencia piloto. Entre los participantes, unos tenían antecedentes de trabajo en salud como promotores, comadronas, cursos de auxiliares de enfermería en las escuelas privadas –de fines de semana-, y otros sin experiencia sanitaria como un buen grupo de maestros. De Bocacosta predominaban los hombres y maestros, y de Ostuncalco, mujeres y con experiencia sanitaria. La mayoría eran casados/as, con hijos/as, y edades entre 20 a 25 años estando los extremos en 18 y 40 años.

Las competencias como potenciales nuevas formas de ver, sentir y actuar

Para la planificación y metodología del curso se contó con el apoyo de una pedagoga en donde se pretendieron aunar por medio de "las competencias", un *saber hacer* que integrara los conocimientos teóricos, prácticos y actitudinales (Orellana, 2004: 18-19), en una aproximación a la ciencia con conciencia, en una integración de las perspectivas, no como información sino como competencias, experiencia y sonrisa de *Corazón*.

Imagen 23

En una actividad grupal durante el curso de ASC.

Estas competencias se formulaban a través de un currículum de contenidos teóricos relacionados con la información, con la *comprensión* de los conceptos más que con la memoria; de contenidos procedimentales que permitirían pasar del conocer al *saber hacer*, a través de procesos, procedimientos y habilidades; y contenidos actitudinales representados por las actitudes, valores, sentimientos. Este proceso requería un gran esfuerzo para todos, docentes/facilitadores y estudiantes para pasar de una relación vertical a una más participativa, al incluir como fuente de aprendizaje las experiencias en los diferentes ámbitos de la vida y en el proceso de salud […] con el fin de transformar las formas de ver, sentir y actuar en el futuro trabajo, en una atención hacia la salud incluyente.

El curso tuvo siete módulos donde el primero fue de presentación del curso y de las competencias que se querían desarrollar. El segundo de profundización de las perspectivas

del derecho a la salud, la pertinencia intercultural y la perspectiva de género a través de las experiencias individuales y colectivas con el objetivo de visibilizar la subjetividad e intersubjetividad, la experiencia comunitaria, étnica, genérica […] como parte integrante del saber hacer de Corazón.

Los siguientes tres módulos desarrollaron el saber hacer de las actividades del Programa, en sus tres grandes líneas de trabajo, el Programa individual de énfasis curativo y con la consulta en la CSC como imagen principal; el Programa familiar y la prevención, con las visitas familiares como imagen fuerza; y el Programa comunitario como promoción de salud, como transformación de las condiciones de vida y trabajando con las organizaciones comunitarias a la vez que de educación en salud desde el intercambio de saberes biomédicos y populares. El sexto módulo se centró en la vigilancia epidemiológica, en conocer el sistema de información y la interpretación de resultados; y el último módulo, la evaluación del curso a través de la auto y coevaluación, la sistematización y elaboración colectiva de propuestas que deberían incluirse en las futuras actividades de supervisión y formación continua.

El curso fue impartido por los miembros de ambos EAPAS, de Sololá y Ostuncalco,y un grupo de asesores del cual yo formaba parte y que me llevó a participar directamente en los módulos 1, 2 y 7. Cada módulo estuvo a cargo de un equipo, realizando un gran esfuerzo, pues el tiempo disponible para la preparación fue escaso. Cada equipo interpretó lo incluyente de manera diversa, escaseando los momentos en que las experiencias y saberes de los futuros ASC tuvieran protagonismo, y en su lugar la biomedicina y su saber biológico fueron el eje central de la formación sanitaria. Los saberes teórico-prácticos *mínimos* a aprender del campo biomédico eran suficientes como para ocupar todo el tiempo. Cumplir con los mínimos biomédicos y con actitud amable hacia la población, como parte de las expectativas de la población, consideramos ya un principio para el arranque del Programa en las comunidades.

El curso fue planteado como inicial e intensivo para los futuros ASC, pero lo fue también para quienes hicimos de docentes/facilitadores. Tanto por el poco tiempo disponible para su preparación, como la dificultad para transformar nuestra experiencia de cursos temáticos, bajo el esquema biomédico, a un curso de competencias que desbordara la calidez –como cualidad personal- limitaron la construcción colectiva de un saber hacer que dirigiera la teoría y práctica hacia nuevas miradas más incluyentes y más significativas. La propuesta de Orellana fue un

soplo pedagógico en ese sentido, de integrar la información con la experiencia, donde los aprendizajes significativos eran el corazón del mismo, pero estábamos limitados por nuestros puntos de partida, diferentes sensibilidades a la inclusión, insuficiente discusión y el tiempo tan escaso para ello. La realidad era la de un pequeño grupo de personas bien intencionadas con tareas de un gran equipo ministerial y en la que cada quién desarrolló lo que debía ser el programa individual, familiar, comunitario y el sentido de la Inclusión.

Un huipil de colores, un huipil de saberes multidimensionales

Queriendo tender un puente entre el currículum del curso y una imagen que pudiera ser significativa para todos, en el primer módulo -de una semana- se trabajó *la mazorca con siete granos de maíz*, una por cada módulo, como imagen fuerza. En este primer módulo de acercamiento y *romper el hielo*, imagen muy utilizada en las dinámicas latinoamericanas, y que a falta de hielo en estas latitudes, mejor sería hablar de romper el miedo, se pidió abonar la *milpa* [siembra de maíz] de donde procedía la mazorca, para que ésta tuviera buenos granos. El abono era la necesaria participación, creatividad y criticidad de todos, la formación de comisiones para contar con una autoorganización de los ASC, el conocernos, conocer el curso y el Programa de salud. La realidad posterior no daría alas a las comisiones de los ASC, por la priorización del cumplimiento de contenidos del currículum ante un tiempo escaso.

Imagen 24

Variedades de mazorcas de maíz

En el segundo módulo, de tres semanas, la imagen fuerza fue el *huipil* –una especie de blusa- que visten las mujeres y que es parte de su identidad, su segunda piel, y también del grupo étnico. ¿Cómo tejían los ASC y las comunidades esos huipiles que simbolizaban nuestras historias personales y étnico-culturales? Cada quien tejíamos nuestro huipil con las experiencias personales, familiares, comunitarias y nacionales, no había dos huipiles iguales, pero podíamos diferenciar los de un municipio de otro, eran huipiles con rupturas y remiendos, roto por las exclusiones que deberíamos identificar, así como nuestros remiendos, tanto en el amplio ámbito soscial como en el más específico del proceso s/e/a. El reto era construir un huipil nuevo con los hilos de nuestros rotos y remendados huipiles, en ellos estaban nuestros saberes para hacer uno nuevo. Los hilos con sus diferentes texturas y colores, iban a ser las dimensiones con las que tejíamos esos huipiles personales y colectivos, desde los diferentes ámbitos de nuestras vidas. Hilos que se entrecruzan y que a veces se confunden en sus colores.

La metodología aplicada fue la sistematización (Jara, 1994), proceso que se comenzaba con un trabajo personal y luego una puesta en grupo, donde se reconocían experiencias comunes. Con dibujos, relatos u otras expresiones, se narraban y analizaban experiencias de vida, se reconocían en ellas momentos y aprendizajes significativos, e intersubjetividades. Esas experiencias y aprendizajes del huipil deteriorado a lo largo de la vida, lo proyectábamos hacia un huipil de la salud nuevo, incluyente, con nuevas competencias como personas y trabajadores de salud.

Una de las primeras actividades fue comprender el camino por el que cada quien había llegado al curso, camino que entrelazaba nuestras historias personales con el ámbito sanitario y otras redes sociales. La información del curso les había llegado a través de diferentes medios: “nos enteramos a través del radio, de amigos y miembros del EAPAS, de personas conocidas y vecinos o por las notas enviadas a las autoridades comunitarias por la ONGs, también por medio del Centro de salud”. La red de información en las comunidades es muy amplia y las principales, boca-oído y radio, llegaron hasta los lugares más recónditos, confirmando que en Guatemala, la información fluye como el viento, pero predomina la discreción, la voz baja, aprendizaje básico de sobrevivencia.

La red familiar fue un espacio de negociación obligado para poder llegar al curso, pues quien más quien menos tenía obligaciones familiares de padres, esposos, esposas, hijos. Ellas con su *deber ser* en el hogar y cuidado de los niños, tenían más dificultades y un curso de seis meses era una larga ausencia, un gran reto. Los hombres por su *deber ser* en la generación de ingresos tenían más facilidades para ausentarse de lunes a viernes, pues el curso era una oportunidad para cumplir con su mandato, en una región donde son pocos los espacios laborales fuera del agrícola de su parcela. Para los candidatos/as a ASC, el curso se presentaba como una buena oportunidad laboral con el aliciente que el trabajo se desarrollaría en la región, no lejos del hogar. La salida del hogar hubo que negociar familiarmente y la lluvia de ideas que sintetizaron se expresó en: "Se dialogó y nos pusimos de acuerdo con nuestros esposos y esposas, con los papás, abuelos, hijos, novios, suegros. Fue necesario el diálogo, la comunicación, la comprensión, el acuerdo y la decisión. Fue necesario ponerse de acuerdo en el compromiso de realizar los fines de semana, por nosotras, las tareas domésticas, asegurar el cuidado de los hijos de lunes a viernes, así como su apoyo emocional con abuelos y otros familiares; y por parte de nosotros, del trabajo del campo, traer la leña y dejarla cortada y jateada, asegurar la economía familiar".

También a nivel de comunidad hubo que dialogar y negociar, expresando en grupo: "Se platicó con los comités y vecinos por las limitaciones para seguir con los actuales cargos ya presentes, la dificultad de asumir nuevas responsabilidades comunitarias. También se platicó con los grupos de mujeres y los comités para que aceptaran su elección como ASC y reconocieran que beneficiaría a la comunidad, que no les pusieran obstáculos para participar en el curso".

Todos, los y las ASC, compartieron la alta valoración de la red familiar y el alto coste emocional que les significaba el curso. Para varios, era la primera vez que dejaban sus hijos o el hogar por un tiempo tan largo, y para todos: "Lo más difícil fue la separación de los hijos pequeños, y una gran alegría con la vuelta a casa al finalizar la semana". Años después de finalizado el curso, me impresionó la valoración de Lisandro: "Los recuerdos tristes de mi vida son, cuando estuve lejos de mi familia, en el curso de ASC".

El huipil de experiencias y saberes lo tejimos desde el trabajo personal, los pequeños grupos y plenarios y trabajando la dimensión cultural y para evitar cultura como tradiciones o teatro/ literatura/cine, nos trasladamos a los procesos de socialización, los ámbitos de aprendizajes. El primer ámbito identificado fue la familia, y entre los aprendizajes destacados estuvieron: "valerse por sí mismos, la manera de comportarse, el hablar, la comida, la higiene, el vestuario, los hábitos, los trabajos domésticos como lavar, cocinar, tejer, cuidar los animalitos, los trabajos del campo como la siembra, los oficios y también las ideas religiosas, políticas, los valores y el respeto a los ancianos". Las formas de aprendizaje iban de "imitando lo que hacen los mayores, el ejemplo, estando con ellos, por medio de consejos", unas veces "con cariño, con seguridad, compartiendo, pero también a golpes". Un segundo ámbito, y siguiendo el ciclo de la vida, había sido la escuela. ¿Qué habían aprendido en la escuela? Además de "hablar español, leer y escribir", otros aspectos fueron "la puntualidad, los juegos, el deporte, los bailes, la higiene, qué es lo bueno y que es lo malo, la responsabilidad en las tareas, compartir con personas diferentes, el respeto y la obediencia". La forma de aprender la valoraban como "más teórica que práctica, repitiendo las cosas y de memoria, imitando al maestro, de manera autoritaria, de manera creativa, pasiva y activamente, y también a golpes". ¿Y qué aprendemos con los amigos y amigas? Con ellos y ellas, "jugamos, nos apoyamos, la amistad, la comunicación, las buenas y malas ideas, nos divertimos, paseamos". Los chicos más decididos puntualizaron que con los amigos "nos animamos a hablar con las patojas, a *casaquear* o enamorarlas de mentiras y a chupar cerveza y guaro".

De la comunidad, lo aprendido era: "cómo actúa la gente, relacionarse con las personas, resolver problemas de todos, organizarse, integrarse en grupos, las clases de enfermedades, los negocios, lo bueno y lo malo, las fiestas, las tradiciones". Y en la forma de aprender destacaron: "imitando, curioseando, observando, conviviendo, con el ejemplo, organizándonos y participando, con los consejos y compartiendo experiencias". Si la comunidad es fuente de aprendizaje, la pregunta de aprendizajes "fuera de la comunidad" fue interpretada como fuera de la comunidad étnica, y sobre ella se proyectaron aprendizajes de desmedro contra la cultura indígena, "imitamos lo que no es nuestro, aprendemos otros idiomas, hacemos de menos lo nuestro". Y sobre el incipiente curso de ASC, como parte del ámbito extracomunitario, ¿cómo se interpretaba?: "respetuosa con nosotros y nosotras, una oportunidad para nuestras vidas y un

bien para las comunidades". Poco tiempo para evaluar el curso, pero parecía encaminarse a una escuela de personas benévolas y sabias con los/las ASC.

¿Y cómo se miraban ellos y ellas con respecto a la comunidad en la que iban a desarrollar su trabajo? Hay un refrán que todos conocían, "nadie es profeta en su tierra", pero los pros fueron abrumadores sobre los contras. Tras los pros se vislumbraban dos aspectos, el primero agrupando las características de las personas benévolas, el idioma como generador de confianza, por ser del lugar e indígenas como la gente y por otro lado, si fueran "no indígenas" los trabajadores, éstos se iban a relacionar de una manera discriminatoria y sin generar confianza por desconocimiento del idioma. El segundo aspecto está relacionado con una práctica frecuente de los trabajadores de educación, cuando no son de la comunidad, e identificando menos a los de salud al ser pocos. "Los maestros se van de la comunidad el viernes y no regresan hasta el lunes, y nosotros siendo del lugar trabajaremos todos los días". Esta imagen proyectada en el curso, posteriormente no se correspondió con la realidad, pues la mayor parte de ellos viajarían diariamente a sus casas, fuera y lejos de la comunidad de trabajo, y rápidamente se identificarían con los horarios de trabajo, los peros para atender fuera de horarios y naturalizarían las salidas bastante continuas para cursos, entregas de informes y otras.

Las ventajas que se auto-identificó el grupo mam de Ostuncalco fueron, "conocer el idioma, el ser del lugar, y al vivir allí, da confianza" y como desventajas de "los de fuera", "lo más probable es que no sea indígena, no hable el idioma, no le tengan confianza y no le den la información verdadera, desconoce a la gente y a los líderes". Para el grupo k´iche´ y en la misma línea reafirmativa, como locales y benévolos, hay "mayor facilidad para las mujeres que hablan sólo k´iche´, brindar un buen servicio, tenerles mayor confianza" frente a los que vienen de fuera, que "no les conocen y desconfían de ellos, los de fuera se creen superiores y discriminan".

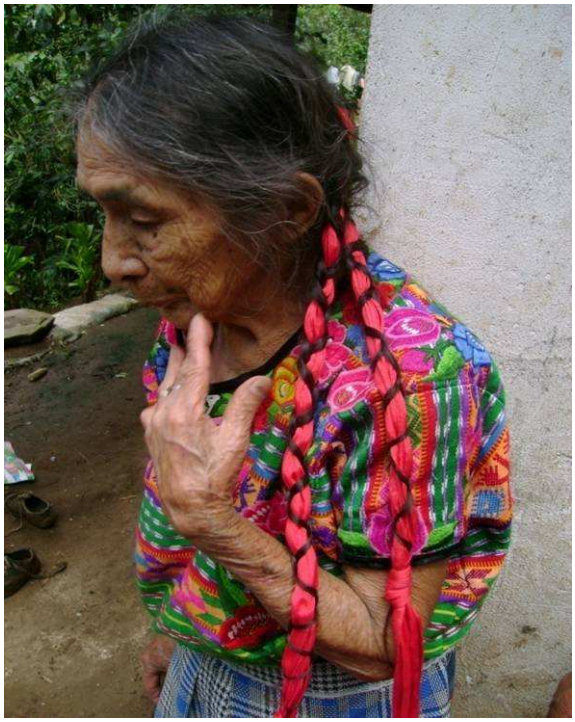
En el otro aspecto, relacionado con la responsabilidad en el trabajo, atribuyen a los externos la irresponsabilidad de los horarios y días laborables: "llegará tarde al trabajo, si es mujer le será difícil para llegar hasta los lugares retirados, no estará en la noche cuando haya emergencia, no hablará el idioma". Frente a ello, los trabajadores locales mames están "en la disposición de

atender a la gente, pendientes de atender emergencias, menos preocupación por los horarios, con menos gastos de alimentación y movilización al estar en casa” y similar lo sintetizado por el grupo k´iche´ “trabajar con puntualidad por estar cerca, ser más responsables, el servicio es de 24 horas, y si tienen liderazgo convencerán mejor a la gente y podrán solucionar los problemas”.

La desventaja del “profeta en su tierra” está “en la envidia, pues será criticado por tener sueldo, de trabajar con la comunidad por interés”.

Varios huipiles adornaban las paredes de la gran aula y seguimos reconociendo en el tejido, otros hilos dimensionales como el género, la cultura, la condición socioeconómica, las relaciones de poder y los valores.

Imagen 25



Doña Juliana y doña Roselia con sus huipiles de Ostuncalco

El hilo del género lo reconocieron en todos los ámbitos relacionales. En la familia, “nos enseñan las diferentes formas de vestir, las diferentes obligaciones y responsabilidades entre hombres y mujeres, cómo tratarse entre hombres y mujeres, las diferentes tareas de los niños, jóvenes, padres y madres, ancianos”. En la escuela “nos hablan de la igualdad entre niños y niñas, de los derechos de las personas, de las diferencias sexuales y los diferentes juegos y deportes de niños y niñas”. Entre amigos y amigas reconocemos “diferentes formas de

pensar, las preferencias sexuales, las relaciones entre hombres y mujeres, los noviazgos, la discriminación y la chupadera". En la comunidad, "las diferentes formas de organizarse para los proyectos, la convivencia entre hombres y mujeres, y que las comadronas cobran 100 quetzales cuando nace niño y 50 cuando nace niña".

La cultura no conflictuada se identificó en la familia con "el idioma, el respeto a las personas, el huipil y corte en las mujeres, las clases de alimentos y los horarios de comida, la religión y el cuidado de la salud y la curación con las enfermedades". En la escuela con "los actos cívicos y culturales, los deportes, la escritura y lectura, la salud, la interculturalidad entre alumnos con idiomas diferentes […]". Con nuestros amigos y amigas es "la diversión, el deporte, la música que oímos, la amistad, el intercambio de ideas y el aprender a comportarnos". En la comunidad, cultura son "las fiestas, las comidas propias especiales de las fiestas, las iglesias y las celebraciones y como nos relacionamos entre nosotros y con los de fuera".

Con los hilos hacemos bonitos huipiles, con diferentes colores y dibujos de quetzales, otros animales, flores […] pero cada día es más difícil, pues los hilos se han ido encareciendo y hacer un huipil lleva al menos 3 meses trabajando seis horas diarias. La pobreza ha llevado a confeccionar huipiles con hilos más económicos y también "nos limita en la alimentación familiar, en la ropa, en la asistencia a la escuela, en las enfermedades y las dificultades para curarnos", lo que hace que "trabajemos juntos por el bien familia", que en la escuela, "se luche contra el analfabetismo, se trabaje en las hortalizas escolares para aprender de nuevos alimentos", que los amigos "migren al Norte o a la capital, drogadicción y alcoholismo, se discrimine a quien no tiene recursos". En la comunidad se elaboran "proyectos para mejorar los servicios de la comunidad como la atención médica, que nos organicemos para mejorar la vida".

En el hilo político, la familia "es quién manda más, la mayor responsabilidad es del jefe de familia, quién da órdenes y permisos, las relaciones familiares y la comunicación son muy importantes, en la familia nos formamos y se organizan los trabajos". En la escuela, "el maestro es quien lo sabe todo y decide, mientras los alumnos son pasivos, hay reglamentos y obligaciones que nos obligan a comportarnos de un modo". Con los amigos "hay grupos, a

veces se compite y hay buenos y malos amigos, se guardan secretos, hay liderazgos en los grupos". En la comunidad, se identifica con "los comités, las autoridades, los líderes comunitarios, los pastores, también los maestros, los partidos políticos".

A nivel de valores, la familia nos enseña "el respeto, la religión, la cultura, la amistad y la amabilidad, la honestidad, los comportamientos y las diferentes formas de vida de hombres y mujeres, pero no todo es bueno, pues dan más valor al varón que a la niña". En la escuela, los valores que aprendemos son "la amistad, el respeto, la convivencia, la responsabilidad y puntualidad, la historia y la igualdad de derechos y obligaciones entre todas las personas". A nivel de amigos y amigas, "la unión, la flexibilidad, la comprensión, el compañerismo". En la comunidad, "el respeto, el cumplimiento de las responsabilidades, la religión, los valores de la cultura maya y sus autoridades, los principales y ajq´ijab".

El huipil que tejemos diariamente es una expresión del *saber hacer* y del *deber ser* que nos han transmitido la familia, la escuela, los amigos y amigas, la comunidad. Pero no todo se valoró positivamente, fue especialmente en torno a la hilo/dimensión de género donde saltaron las chispas entre los ASC, como conflicto entre iguales indígenas y pobres, un problema intra-étnico, mientras que la pobreza y la discriminación étnico-cultural se consideraron desigualdades de un ámbito más amplio, el inter-étnico, el de Guatemala.

Los agujeros del huipil, las heridas en nuestras vidas

Tres aspectos destacaron en el abordaje de los problemas de la cotidianidad: el género, la discriminación étnico-cultural y la pobreza. La discriminación étnico-cultural y la pobreza eran compartidas por todos, pero el género era vivido de maneras desiguales y generó un importante debate a lo interno con una emotiva y acalorada protesta por parte de las mujeres. Frente al deber ser en género, las mujeres mam, con la anuencia de los hombres mam, y la mirada atenta y de "sana envidia" de las mujeres k´iche´, plantearon su inconformidad, pues las diferencias se convertían en desigualdades más que en complementariedad e iba en contra de ellas. Las mujeres k´iche´, también expresaron su inconformidad en el trabajo grupal, pero no se atrevieron a hacerlo en el plenario conociendo iban a ser criticadas por los hombres k´iche´es, en el que varios de los maestros eran especialmente beligerantes.

Abordada la dimensión cultural del huipil, la cultura fue conflictuada a través del género, al enfrentarse abiertamente las mujeres ASC de Ostuncalco con los hombres k´iche´ de Sololá quienes identificaban cultura con tradición y éste con el deber ser. Tras ello, era visible y manifiesto, que las mujeres ASC de Ostuncalco y de procedencia campesina, tenían una mayor autonomía a partir de que varias tenían sus maridos en los Estados, tenían el permiso de ellos para trabajar y eran jefas de familia; otras eran auxiliares de enfermería y sus palabras nadie las iba a trasladar como crítica a las comunidades, pues sus chicos estaban neutralizados y cuando no, al menos uno abiertamente favorable a ellas. Por el contrario, las mujeres k´iche´es eran minoría ante los maestros de su grupo, jefes de familia, hacían piña, y temían que sus palabras contra el deber ser pudiera trasladarse por los hombres a las comunidades y ser motivo de crítica.

Los hombres k´iche´es identificaron los trabajos domésticos como propio de las mujeres y justificaron su mantenimiento porque "así es nuestra cultura y hay que preservarla". La respuesta de las mujeres mames no se hizo esperar, saltaron de sus asientos protestando, contando con el apoyo de uno de los hombres mam, y la anuencia silenciosa pero feliz de las mujeres k´iche´es. Protestaban con pasión, "eso no es cultura, es machismo, y nosotras no queremos eso", "hay que cambiar la cultura que es perjudicial para las mujeres". La protesta subió de tono, y los gritos de unos y otros, mientras las mujeres y hombres mames fueron siendo desplazados hacia una esquina del aula ante la presión de los hombres k´iche´es y en un lateral, las mujeres k´iche´es, se manifestaban cada vez más asustadas ante la agresividad de ambos grupos en defender sus posiciones. El sonido de la campana llamando al almuerzo, alivió el fragor del enfrentamiento.

A lo largo del curso, los hombres k´iche´es tuvieron sus momentos de agresividad y acoso con las ASC k´iche´es, mientras se cuidaron de ser más respetuosos con las mujeres mam. La posición silenciosa de las mujeres k´iche´es fue días más tarde clarificada por una de ellas, que por su mayor edad, liderazgo en su comunidad y en el colectivo de k´iche´es, era reconocida por nosotros como "mujer frontera". Era lideresa en la comunidad, realizaba actividades y gestiones que no eran habituales entre las mujeres y las hacía de común acuerdo con su marido y el reconocimiento de la comunidad. No traspasaba los límites del imaginario comunitario

pero iba otro poco más allá de lo habitual, creando escuela.

Habían pasado varias semanas de la trifulca de género, cuando este hilo del huipil, siempre motivo de tensiones internas, fue traído a colación por la ASC de mayor edad, nuestra "mujer frontera" planteando en voz alta: "A mí también me gustaría poder contar chistes como lo hacen los hombres, pero no puedo pues me mirarían como una mujer cualquiera". De ahí se retomó, un incidente en el que habían sido protagonistas varios hombres k´iche´es con una de las ASC de la misma etnia, que sufrió un intento de violación, un juego para ellos, pero tras el que los ASC consideraron que ella con sus risas era una provocadora, pues al reírse como ellos, había roto con *el recato de la mujer k´iche´*.

Los otros agujeros del huipil eran la discriminación por ser indígenas y pobres, y cuando entramos a reflexionar sobre ellas, no quedó ámbito social libre de discriminaciones, siendo heridas especialmente sensibles, las vividas en la familia y la iglesia, como dos ámbitos particularmente emocionales.

En la familia, ellas y en particular las mames tenían conciencia de la discriminación sufrida en la priorización escolar de sus hermanos hombres y en la nula participación de éstos en las labores domésticas. En la escuela, todos coincidían en la minusvaloración por parte de los profesores, de los idiomas mayas y la cultura indígena. Y en las iglesias la separación por sexo dentro de las capillas, que los pastores y catequistas fueran hombres, salvo pocas excepciones, y aunque las mujeres participan no tienen las mismas oportunidades para llegar a pastores y catequistas. En las fiestas, tanto civiles como religiosas, son ellas a quienes les toca preparar las comidas y las refacciones.

En el ámbito laboral, "los hombres tienen preferencia para conseguir los trabajos mejor pagados" y con mayor reconocimiento social. En el transporte rural o interurbano, los choferes ladinos de las camionetas guardan el asiento para sus amigos/as, especialmente las amigas, que pueden ir vacíos hasta que kilómetros más adelante suben mientras en todo ese recorrido numerosa gente va de pie. Esta reserva de asientos para los ladinos/as tuvo su crisis en los inicios de la década de los 80, en Alta Verapaz, en donde si algún indígena osaba sentarse en él, era expulsado al grito de ¡*chirrix!* [para atrás en idioma q´eqchi´], pero en esos años en que la guerra tuvo su máxima intensidad, rebajó el tono de los choferes ante el temor de que les

machetearan la cabeza" (religiosa de Cobán, 2002)[33]. Una historia que siempre me recordó a la lucha de Rose Parks en Montgomery, EEUU, en la década de los 50.

Imagen 26

ASC que participan en el trabajo del Programa en Bocacosta de Sololá (2007)

Imagen 27

ASC y Equipo de Apoyo que tras el curso inició el trabajo en Ostuncalco (2004)

[33] Comunicación personal.

El grupo consideró que para superar las diversas discriminaciones y los problemas de exclusión que son parte de nuestras heridas, debemos mejorar la autoestima, elevar la conciencia y la organización.

El huipil de la salud

Junto al sexo/género, la edad ha sido considerada otro principio universal de organización (Spencer, 1990), pero las etapas en que pude dividirse el ciclo vital no son universales, ni tampoco los contenidos culturales que se atribuyen a cada una de ellas (Feixa, 1996: 319-335). Así para quien ha realizado trabajo médico en Mesoamérica, no pasa desapercibido que al llegar los niños a la edad de dos años, se diga que "ya están logradito", que quien permanece soltero/a o sin hijos no llega a la plena madurez, o que a los 50 años se vaya entrando en la categoría de anciano. Los antropólogos y los médicos ilustrados explican que el nombre de *escuincle* que se da a los niños pequeños, proviene de una variedad de perro que vivía con la familia, y pasó a nombrar genéricamente a los niños hasta que éstos a la edad de dos años adquirían nombre propio y entraba en sociedad como persona social.

Las evidencias empíricas y estadísticas confirman que la mayoría de las muertes infantiles se dan en esos primeros dos años de vida, aunque las siguientes no sean mucho mejores. Con el destete una buena parte de los niños sufren de desnutrición, por una alimentación pobre en proteínas o por el frágil equilibrio nutricional fácilmente desequilibrable con las enfermedades. La razón principal del destete suele ser un nuevo embarazo que con el nacimiento del nuevo niño suele provocarle el *chip*e en el anterior; el nuevo hijo desplaza en cuidados maternos al que ya está entre el uno y cuatro años, y éste se enferma de chipe, que algunos lo identifican con los celos.

Esta presencia constante del chipe y el logradito, dos caracterizaciones relacionadas con los padecimientos y la muerte infantil, fueron mi personal puerta de entrada a interesarme por la caracterización del ciclo de vida ambos grupos, k´iche´ y mam. Abiertas las preguntas, ambos grupos, mam y k´iche´, rápidamente caracterizaron a través de términos lingüísticos, la

diferenciación de las etapas. Qué tanto las denominaciones tienen vigencia en las representaciones y prácticas fue algo que no profundizamos y que tampoco ha tomado en cuenta la implementación del Programa. Los resultados del ejercicio se recogen en el siguiente cuadro 3:

Cuadro 3

k´iche´es de Bocacosta Sololá	**Mames de Bocacosta de Ostuncalco**
K'ate xalaxik (recién nacido) Nab'e q'ij che ralaxik Ko q'ik, ka'tz'umanik, kawarik [Primer día de nacimiento. Llora, mama, duerme]	
Uneul' (del primer día al año y medio) Pari nab'e uq'ij kukisa' jun junab' ruk' nikaj. Ketzanik, katzumanik, karilchik [Juega, mama, mira]	
Ajchaq'im (de año y medio a 4 años) Jun junab' ruk' nik'aj kuk'isa' pa kajib' ujunab' Koq'ik, kawaik, kawarik [Llora, come, duerme y finalmente lo dejan de amamantar]	**Ne'x** (de 1 a 4 años) In no'q, in ch'un, in tz'alin. [Se mantiene llorando, orinando, mamando].
	X'q'in (4 a 6 años) Ex naqx no'q, in bent tyolin, in wantl, in ¨xchan. [Cuando nace otro hermanito. Se mantiene jugando, comiendo, peleando]
Ak'al (de 5 a 10 años) Jo'ob' ujunab' kuk'isa' pa lajuj Ketz'anik xoq rubil kub'ano' [Molesta: toca las cosas y pega a otros, rompe cosas]	**K'wal** (6 a 12 años) In xitel toj j'a texna'tzib'il, in onin toj j'a, in ch'eiplaj. [Juega, aprende a trabajar]
Nim ak'al (de 10 a 15 años) Lajuj kukisa' pa jolajuj Kub'an si, kub'an wa' [Va al monte solito a traer leña, ya tortea]	**K'uxun q'a** (12 a 18 años) In aq'unan, in nexbe'tl, kiuk'il tuk' [Se enamora, tiene noviazgo, amistad, piensa en el futuro]
K'ajol ala – Q'apoj ali (de 15 a 18 años) Jolajuj kuk'isa' pa wajxaqlajuj junab'. Kab'onchin chik, ka q'ab'arik [Ya tiene novia/o, ya toma guaro]	

k´iche´es de Bocacosta Sololá	Mames de Bocacosta de Ostuncalco
Achi – Ixoq (de 18 a 40 años) Wajxaqlajuj kuk'isa' kawinaq junab'. Kupatanij rixoqil, kupatanij rachajil. [Mantiene a la mujer o mantiene al esposo]	**Ichin mamb'aj** (18 a 25 años) (Mambaj ki'txubaj). Tur kaq'unan, tur tximan ki'j tk'ual. [Es padre de familia, trabaja duro, piensa en mantener a la familia]
	Chmamb'aj (25 a 40 años) Na'k in kawi nl té, tk'ual k'etxman, mixt', in naq'unontl.
Nima winaq (de 40 en adelante) Kumajij pa kawinaq kuk'isa' pa rak'al' Kukoj ch'amiy', keq'oxow' ub'aqil, xaq ke yajan chik, xaq ku b'ij chi me'ch. Tiene canas, anda con su bastón, no tiene deseo sexual, no le da pena bañarse enfrente de otros.	**Tij ichin** (40 a 60 años) [Es abuelo, da consejos a hijos y nietos] **Tay'e** (60 y más): Es una persona de respeto. Ya no trabaja y está en edad de enfermedad.

Desde la cultura maya, los k´iche´es nombran la salud como *Utzwachil´* y los mames como *B´an qchwinqlal toj kojbil*. En ambos idiomas, son similares los significados: "bienestar, tranquilidad, equilibrio de la persona, equilibrio en la familia y en la comunidad; es la salud física, mental y espiritual, social, cultural, económica, política; alegría, paz en la mente y en el cuerpo, con la familia, la economía, trabajo". Por el contrario la enfermedad es *Yabilal´* para los k´iche´es y *Ya´B´Il* o *Yab´Il Toj Kojb´Il* para los mames, y es "dolor, tristeza, angustia, dolor del cuerpo físico y mental; no tener higiene, no tener trabajo, escasez económica, tener mala alimentación, problemas familiares, sociales, culturales y religiosos, falta de diálogo".

Muy similar era la caracterización de salud que en la investigación para elaborar el Programa, nos compartió Leopoldo Méndez, un ajq´ij´ de Chimaltenango: "la salud es estar bien con uno mismo, con la familia, con la comunidad y en armonía con la naturaleza y el cosmos, porque ¿cómo voy a estar sano si no lo está mi comunidad, la naturaleza?" (INS, 2002: 39). Y al preguntarle si el blanco era frío y el rojo caliente, cuál sería el color apropiado para pintar las CSC, nos respondió: "No hay un sólo color que pueda reflejar la salud, la armonía, se requiere de todos. El equilibrio es una combinación de todos los colores. Si hay equilibrio en la naturaleza, también puede haber para mí". Mi conclusión particular fue que quizás habría que pintar las CSC a modo de arco iris.

Como parte de la salud/equilibrio y la enfermedad como desequilibrio, se incluyen aspectos que desbordan la individualidad biológica. Así para lograr un bienestar individual, se requiere también de la familia, la buena vida, *Utz wachil kech le ewinaq*, en k´iche´, en el que enumeraron una serie de elementos: "tener alimentación, vestuario, educación, buena relación conyugal, religión, agua, energía eléctrica, carretera, drenaje, letrina", todos ellos aspectos relacionados con las condiciones de vida cercanas, y en donde estuvo ausente, en este primer ejercicio, los determinantes políticos, económicos e ideológicos.

En los sociodramas presentados por los ASC durante el curso, el trato en los servicios médicos oficiales era siempre representado como discriminatorio, de mal trato, indiferencia hacia los pacientes, con dificultades de comunicación en claro contraste con las representaciones de la atención de las comadronas y curanderos en donde todo era empatía y amabilidad. Aunque en la comunicación informal, quien más-menos todos habían sido discriminados y todos tenían relatos de vecinos y familiares que habían sufrido mal trato en los servicios públicos, me quedé con la duda de porqué a nivel grupal nadie reconoció haber sido discriminado.

En los sociodramas, hay una tendencia a representar la atención en salud a nivel comunitario con *escenas de la costumbre*, donde no faltan los curanderos, los ajq´ijab´, las abuelas sabias, los enfermos pobres y las curaciones de ojeados, susto, malhechos y las siempre atenciones de parto, donde los hombres hacen de mujeres parturientas, exagerando situaciones donde tienen aseguradas las risas. Las representaciones del trabajo del Ministerio son siempre en español, se ponen muy serios marcando la distancia del "otro" trabajador ladino, de la otra cultura sanitaria, lo de fuera. No hubo representaciones de promotores ni de auxiliares, de las que eran experiencias de varios de ellos y ellas. La tendencia es a representar la cultura sanitaria como bipolar, un dominio es el biomédico y otro el popular-maya, y no se representan las transacciones ni negociaciones que les iba a tocar hacer a ellos como ASC del Programa.

En la identidad cultural sigue pesando lo diferencial, y particularmente marcadores como el idioma, el traje, las tradiciones. En el campo de la salud, lo diferencial lleva a los "síndromes culturales propios", a las escenas con curanderos y comadronas y poca relación con las transacciones del *todo sirve*. Ante este predominio de lo diferente como frontera cultural,

¿cómo percibían el curso en el que participaban, era parte de su cultura o no? La respuesta cuasi unánime fue de “no pertenece a nuestra cultura, pero es buena porque ayuda, es ciencia, mientras que lo otro es tradición, pero que también sirve”. En estas primeras semanas de curso y de sus experiencias previas, había en ellos, a nivel grupal, un predominio práctico del todo sirve sobre las exclusiones científicas de los profesionales, en un todo sirve muy pragmático en función de las eficacias de la oración, la herbolaria, la acupuntura, la biomedicina y los saberes populares.

Si el Programa quería desarrollar la perspectiva de género, debíamos empezar por establecer unas relaciones equitativas no sólo en el trabajo de salud, sino en la convivencia entre las y los ASC y con la población, y la Casa de Salud Comunitaria (CSC) se convertía en nuestra vivienda “familiar” ejemplificante. La imagen fuerza a interiorizar y practicar era que la primera C debía ser de compañerismo, la S de solidaridad y la última C de comunicación, mensajes que debían a través del ejemplo ser percibidos por la población. Todas las relaciones entre los ASC debían transmitir equidad, todos hacen de todo, de manera rotativa y no establecer divisiones permanentes de trabajo, lo cual era también parte de la filosofía del Programa, la polivalencia de los ASC.

El tercer módulo de dos meses de duración fue el Programa individual que por su énfasis curativo puso al descubierto nuestras limitaciones para desbordar el modelo biomédico. Se desarrolló a través de su cara amable, de calidez, pero la biomedicina desplegó todos sus saberes, subalternizando los saberes de la población e invisibilizando los significados del proceso s/e/a de los que las/los ASC podían haberlo compartido. Fueron tantos los saberes biomédicos a transmitir que la teoría-práctica ya existente de la biomedicina fue el recurso a mano, los protocolos del MSPAS […] lo que fue difuminando la sonrisa de Corazón, de inclusión de otras dimensiones y la participación activa de los ASC con sus experiencias y saberes. A pesar de nuestras mejores intenciones con las perspectivas, había que responder a los protocolos e información que requeriría el MSPAS.

El cuarto y quinto módulos, de un mes cada uno, el Programa familiar y el Programa comunitario con respectivos énfasis preventivo y de promoción de la salud, abrieron espacios a los saberes de los ASC, pero con una mirada desde el tiempo transcurrido, éstos y los

demás módulos adolecieron de nuestras propias limitaciones para las inclusiones. Limitaciones que respondieron a nuestra propia comprensión de la inclusión, en donde lo cultural eran los síndromes culturalmente delimitados y poco más, el buen trato […] y la necesidad de responder a las metas que imponía el MSPAS para que mostráramos la mejor eficiencia con que anunciábamos el Programa.

El sexto módulo lo llamamos de Vigilancia epidemiológica y se concretó fundamentalmente en aprender el manejo de la papelería del Ministerio y la específica del Programa. No era baladí, el llenado de las sábanas –nombre debido a su extensión- de la papelería de vacunación e informes mensuales fueron especialmente dificultosos. El último módulo fue de evaluación del curso, evaluación del desarrollo y de selección de las/los ASC que se integrarían al Programa.

La convivencia a lo largo de seis meses de 40 personas, de lunes a viernes, día y noche, con fines de semana libres (de viernes a media tarde hasta primera hora del lunes) no fue fácil. El conjunto habitacional de dormitorios colectivos, uno para las mujeres y otro para los hombres, las aulas, la cocina y el comedor, acabó pesando con el tiempo, a pesar de que la escuela era ambulante, dos semanas en Quetzaltenango en el Centro de espiritualidad y dos semanas en Santo Tomás, en la Clínica Maxeña, para que los esfuerzos de movilización de unos y otros, así como las cercanías a las familias fueran rotativamente similares.

En la evaluación, los problemas afrontados, la mayoría tuvieron al género por medio, problemas entre los ASC, entre las ASC y entre unos y otras. Ello nos llevó a que al final del curso, una de las evaluaciones contemplara de una manera sencilla, los aspectos positivos y negativos de estas relaciones.

Entre los hombres, fueron considerados positivos el “hemos compartido el trabajo, las actividades deportivas, las dinámicas, los chistes, las experiencias, hemos hecho amistades, tuvimos comprensión y comunicación”, siendo negativas “la envidia, los conflictos, las bromas pesadas que nos hicimos, la bulla, el relajo, escondernos las cosas, poner la música en la noche a todo volumen y dormir tarde, y nos pusimos apodos algunos ofensivos”. Las malas relaciones entre los hombres fueron autoevaluadas como resultado de las envidias y de la

competencia por ver “quién era el más cabrón”, también consideraron que las bromas y los apodos, en general, habían sido denigrantes más que chistosos, por lo que decidieron que “para acabar bien, nos comprometemos a que los apodos tienen fecha de caducidad, el 27 febrero del 2004 a las 14 horas”. Entre los aspectos positivos de la relación con las ASC, estuvieron “la ayuda que dieron a las mujeres, la oportunidad que les dieron de expresar opiniones, de participar conjuntamente en las actividades deportivas”, desvelando abiertamente la posición subalterna en la que se situaban las ASC. También, porque “hubo compartimiento de ideas, comunicación, confianza y compañerismo en el trabajo”. Entre los aspectos negativos con respecto a ellas fueron del tipo de: “No nos acercamos con algunas, con las mujeres `tabú´, por equis razones. A unas les buscamos apodos, les hicimos bromas y en ocasiones, no les escuchamos”. El término *tabú* fue explicado como “las mujeres intocables, serias, que no se prestan a las bromas y respondían duro”.

Entre las mujeres, fueron positivas “la buena comunicación, el apoyo emocional y moral en el trabajo, los momentos de alegría, diversiones, compartimiento de experiencias, la confianza entre nosotras, la responsabilidad y el compañerismo; nunca tuvimos graves problemas y nos hemos comprendido en las pequeñas confusiones”. Entre las negativas, “en ocasiones discutimos, tuvimos incomprensiones, no nos respetamos, nos pasamos de la confianza, irresponsabilidades, autoritarismo, no tomamos en cuenta nuestras opiniones y nos hicimos bromas pesadas”. Por parte de ellas con respecto a los hombres, valoraron positivamente el que “hubo apoyo en el trabajo, comprensión y respeto, trabajaron con igualdad, con responsabilidad, buena comunicación” pero con algunos, “hubo desconfianza, falta de comunicación y falta de respeto, a veces fueron autoritarios, irresponsables, y nosotras respondimos algunas veces con falta de respeto hacia ellos”.

Las bromas fueron repetidas veces, el recurso para encubrir actuaciones de claro acoso sexual. Un intento de violación sexual fue caracterizado como broma e igualmente la entrada a las duchas individuales, en donde la ropa colgada en la puerta avisaba que estaba ocupada por alguna de las ASC. Ante las denuncias y críticas de las mujeres por el acoso sexual de algunos, la respuesta de éstos fue de que las mujeres “no son confiables, chismean” por haber facilitado a los responsables del curso, de hechos que en realidad “lo nuestro eran bromas”. La percepción de quienes participamos en la evaluación fue de que algunos hombres habían

aprendido la perspectiva de género, en su provecho, pero para controlar más eficazmente a las mujeres y en el caso de los ASC k´iche´es apelaron constantemente a la cultura k´iche´ para criticar la autonomía de las mujeres mam y controlar a las ASC k´iche´es a que se expresaran abiertamente y se unieran a las mames.

Para todos los participantes, ASC y facilitadores, el curso fue una experiencia intensiva que nos aportó importantes saberes, entre otros, que si se proyectara otro curso similar, se contara con un coordinador permanente que diera un seguimiento al proceso escolar modular, al seguimiento y tutoría de los/las ASC. Cada módulo se formuló y facilitó por un pequeño equipo que sólo estuvo presente en el módulo de su responsabilidad, conociendo poco del desarrollo de los anteriores. En parte se explica por la carga de trabajo que significó la preparación y su facilitación, junto a otros trabajos de relacionamiento con las comunidades como fue la construcción de las CSC, pero ello originó un desarrollo de lo "incluyente" según lo interpretó el coordinador de cada módulo.

En lo personal fue de gran importancia el apoyo pedagógico de Olga que con su propuesta de trabajar competencias, nos ponía ante el reto de integrar conocimientos teóricos con habilidades prácticas y actitudinales que nos daban una propuesta metodológica para avanzar a la sonrisa de Corazón. No quedarse en la calidez y el trato humano sino que lo relacional fuera clave en el conocimiento y no sólo colateral o habilidad individual de cada quién.

Desde una dimensión política, no pasó desapercibida la rápida distancia jerárquica marcada por los miembros de los EAPAS con respecto a los ASC. Los médicos no necesitaban desmarcarse, estaban marcados por el título y su autoridad reconocida, pero el resto del EAPAS debía reivindicarse, hacerse notar, pues si varios eran enfermeras/ros, otros eran auxiliares con la misma cualificación titular que varios de los ASC. Desde la primera semana mostraron su lugar en la pirámide institucional a través de las entradas y salidas continuas del aula, sus celulares/móviles sonando en el aula, el comer y dormir en espacios diferenciados […] marcaron desde el principio la distancia jerárquica y la frontera entre quienes eran miembro del EAPAS y quienes eran ASC. El EAPAS como estamento se conformó rápido, fue parte de esos "procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y su hegemonía" (Menéndez,

2005a: 17-18) y mantuvo esa calidad estamental a lo largo de la implementación del Programa.

Las personas que a final de curso se graduaron como Agentes de Salud Comunitario vivieron un proceso de seis meses que les fue parcialmente novedoso. La mayoría había ya antes participado en cursos relacionados con el campo de la salud como promotores, comadronas, cursos de herbolaria y otros; una buena parte eran maestros graduados, la mitad de los ASC de Sololá, y todos los ASC salvo uno tenían primaria y una buena parte secundaria. Conocían lo que era participar en cursos de capacitación y escolares pero ninguno le había dedicado seis meses en forma intensiva y en internado como era para recibirse de Agente de Salud Comunitario.

Si los promotores de salud al final de sus semanas de capacitación se recibían como promotores graduados y la clausura de sus cursos se acompañaba de diploma, discursos y fiesta, la de los ASC no podía ser menos después del esfuerzo realizado. Si los promotores de salud experimentaban como rito de paso, de campesinos/as a promotores titulados que recogían un diploma de reconocimiento institucional y que de todos modos iban a ser puestos a prueba por la comunidad, para pasar de promotor de nombre a promotor reconocido, ¿cómo vivían este paso los ASC? La clausura del curso y reparto de diplomas de reconocimiento se hizo previo al nombramiento de quienes serían los ASC contratados para darle comienzo al Programa. En un ambiente muy familiar, de padres, hermanos e hijos más las autoridades sanitarias departamentales y municipales en el caso de Ostuncalco y de las distritales en Sololá, recibieron solemnemente los diplomas que los reconocían como Agentes de Salud Comunitaria, figura en ese tiempo no reconocida oficialmente por el Ministerio de Salud pero que anunciaba un reconocimiento oficial futuro y una próxima contratación por las instituciones del Programa de salud. ¿La solemnidad del evento tenía algo de rito de paso? Lo que sí es que sumaba una identificación más, la profesional, que si para algunos sumaban a la de maestros o ya previamente auxiliares, iba ser en caso de ser contratados, un nuevo estatus social, y el comienzo o continuidad de una carrera profesional en el campo de la salud en el que las aspiraciones pasaban para varios de ellos/ellas por seguir estudiando para entrar en enfermería profesional.

Imagen 28

Clausura del curso de ASC, Ostuncalco, 2004.

Días después de la clausura fueron seleccionados para su contratación 14 ASC por región, 9 hombres y 5 mujeres en Bocacosta de Sololá quedando un ECOS sin presencia de una mujer; y 10 mujeres y 4 hombres en Ostuncalco quedando dos ECOS sin hombre. Era un objetivo contar con equipos mixtos en todos los ECOS para facilitar el acceso de hombres y mujeres a las consultas, pues se consideraba que las mujeres tenían preferencia de consultar con mujeres y podemos presuponer que los hombres y según qué padecimientos preferirían hacerlo con sus pares.

Primeros pasos para construir los Conjuntos Socioculturales.

Mientras se desarrollaba el curso intensivo con los ASC se hicieron gestiones con las autoridades comunitarias para la construcción de los Puestos de salud o Casa de Salud Comunitaria (CSC), lo que significaba negociar la adquisición de terrenos y la gestión para su construcción, con participación mixta de trabajadores contratados y mano de obra comunitaria, financiamiento externo y aporte comunal del terreno.

Una vez construidas las CSC o remodelada en el caso de la comunidad de La Nueva Concepción que era propiedad del MSPAS, el debate fue la propiedad de las mismas, si lo conveniente sería que quedaran como propiedad de la comunidad o se diera cabida al MSPAS. Las respuestas comunitarias fueron variadas, en Las Barrancas estuvieron anuentes a traspasarlas al MSPAS con la condición de que garantizase una atención permanente y de calidad, una vez acabara el actual financiamiento al Programa, y en Pasaquijuyup, no hubo una decisión definitiva entre que fuera propiedad comunitaria o fuera traspasada al MSPAS en calidad de usufructo, debido a que los terrenos eran de propiedad municipal.

Acabado el curso de los ASC, la primera actividad visible comunitariamente fue el levantamiento de un Censo y Línea Basal. Su objetivo era precisar el número de población con la que se iba a trabajar, ubicarlos en sus viviendas y dar una clave a cada vivienda, conocer las condiciones de vida que incluyeron aspectos económicos, religiosos, de educación formal, de vivienda, servicios comunitarios, queriendo con ello, iniciar el trabajo con una información fiable, conocer el punto de partida para posteriormente medir los cambios que fueran desarrollándose con la implantación del Programa. Junto a ello, se desarrolló un programa informático para esta información y la que fuera recogiéndose de producción de servicios, morbi-mortalidad, condiciones de vida […] aspectos que el MSPAS en ese tiempo no tenía aún informatizada la información a nivel de distritos y donde los datos entre los diversos ministerios, rara vez coinciden.

La unidad familiar fue la unidad básica en el levantamiento de información, con el objetivo de poder caracterizar esas familias por sus condicionantes laborales, económicos, religiosos, sanitarios y ubicar la vivienda en el mapa de la comunidad para dar seguimiento a las personas y familias en riesgo. La carpeta familiar tenía una ficha que caracterizaba a la familia, que se iba actualizando en las visitas familiares como parte del Programa familiar, y también integraba las fichas individuales que se recogían del Programa individual. La unidad y carpeta familiar pretendían además de a corto plazo dar seguimiento a las familias, en un futuro poder caracterizar a las familias como parte de los Conjuntos Socio Culturales.

La categoría de Conjunto Socio Cultural nos resultó muy atractiva como unidad de análisis e intervención, como agrupación de varias familias con ciertas características comunes en

base a las prioridades que nos marcáramos, y a su vez, rompía con la comunidad homogénea y abría la mirada a las diferencias y desigualdades internas. Era una categoría intermedia entre la unidad familiar y comunitaria a la que podríamos aplicar según necesidades, actividades específicas. La categoría la recogimos en los trabajos teóricos del Dr. Menéndez, pero no encontramos un ejemplo de aplicación y cuando en textos de otros autores se referían a la misma, en nuestra apreciación tenía el mismo significado que comunidad, población, era otra forma de denominarlas que no daba lugar a análisis y procedimientos particulares. Para nosotros se convirtió en un reto que debería llevar un buen tiempo para su realización, pues el Conjunto era un cruce de clase social o estamento dentro de las comunidades, condiciones de vida, formas de significar y afrontar el proceso salud/enfermedad/atención, perfiles de morbi-mortalidad, religión, cultura, […].

La recogida de información del Censo llevó el compromiso con las autoridades comunitarias de hacer una devolución de la misma. Era queja permanente de las autoridades y de la población, la llegada, una tras otra, de personal de diferentes instituciones recogiendo informaciones variadas siempre bajo el título de "diagnóstico" y que luego no se concretaban en apoyos a la comunidad a la vez que desconocía los resultados y los usos dados a esas informaciones. Al año de elaboración del censo y línea basal, se entregaron a las autoridades comunitarias y a representantes de los diferentes grupos comunitarios, a través de pequeñas asambleas o "talleres", unos sencillos documentos, con la información sistematizada de manera comprensible y de utilidad para sus propias gestiones de cara a otros proyectos de desarrollo comunitario.

Tras el Censo, la siguiente actividad previa a la apertura de las CSC, fue una campaña de inmunizaciones, la última en nuestro propósito, pues las siguientes estarían integradas en el día a día del trabajo. Las campañas son muy habituales en Guatemala y Centroamérica y en el mejor de los casos son trimestrales, aunque no siempre tienen seguimiento, pero nuestro objetivo era que las CSC tuvieran cadena de frío y las inmunizaciones se hicieran de manera regular, junto al "control del niño sano" y sólo excepcionalmente en campañas.

La papelería de inmunizaciones era un trámite administrativo importante para el control y seguimiento de los niños/as y embarazadas, grupos priorizados, a la vez que comenzó a

mostrase como un arma de doble filo. Importante para la información y el control institucional a la vez que comenzaba a mostrarse como un personaje central del trabajo, pues mientras los niños y embarazadas eran números a nivel informático, anónimos a través de cuyos números se evaluaba a los ASC, la cantidad numérica comenzaba a priorizarse sobre la calidad de la relación.

La apertura de las CSC para la atención curativa, a partir del segundo semestre del 2004, se hizo de manera escalonada y con acompañamiento, algunas veces por mi parte, para darles seguridad, tranquilidad y supervisión a los ASC, ante el reto que suponía para ellos y ellas, presentarse ante sus comunidades como legítimos curadores y demostrar que el curso no había sido en vano. Necesitaban mostrar que regresaban a las comunidades con saberes que respondían a las expectativas de los enfermos y sus familiares. Era una prueba de fuego que los tenía nerviosos, a unos/as más que a otros/as.

La consulta como paradigma de la atención médica, la actividad más sentida y solicitada por sus pares étnicos y vecinos, era toda una prueba de fuego, el rito de paso de estudiantes a Agentes de Salud Comunitaria, y prueba básica de legitimidad ante las comunidades. Me correspondió acompañar a las/los ASC en las aperturas de tres CSC, una de ellas en Las Barrancas. Mi percepción de estas primeras semanas fue que ante la inseguridad en el manejo de la papelería y de los protocolos de atención, echaron mano de los saberes previos y del curso, de experiencias de situaciones similares a las que narraban los enfermos, y establecían una relación cercana a la horizontal priorizando el espacio de escucha, de diálogo, de negociación y recomendación sobre la indicación y la autoridad del experto. En algunos casos se convertía en una relación entre *pares madres, pares jóvenes, pares hombres* en que apelaban a sus propias experiencias y no sólo a los saberes biomédicos. En caso de duda, recurrían a mi persona […] y a los pocos días ya volaban solitos/as, con mayor presencia de los protocolos, y quedando mi papel más activo para las varias emergencias que se nos presentaron, de heridos a partos y hasta quien hubo de evacuarse al hospital por una apendicitis.

A la experiencia del curso, una escuela para todos las/los que participamos en ella, a la experiencia de consultas entre pares madres, pares jóvenes […] se sumó el “cuento” que en

el curso nos relató uno de los ASC, David, para ejemplificar la necesidad del diálogo con la población, la del mono subido al árbol transformado en “salvador de peces”. Más o menos, éste fue su relato y dibujo en la pizarra:

> “Había un mono subido a un árbol que observaba como los peces en el río nadaban bajo el agua. Preocupado y queriendo ayudarles, pues de plano se estaban ahogando, comenzó a sacarles de uno en uno y a colgarlos junto a él en el árbol. Al rato, los peces estuvieron muertos y el mono no entendió cómo habiéndoles ayudado resultó que se murieron”.

Imagen 29

Moraleja: ¿Qué tanto íbamos a reproducir en la implementación del Programa, la escucha, el diálogo y la autonomía de los pacientes, o nuestra autoridad y saberes sobre la población?

A modo de conclusión capitular y como aproximación a las experiencias y saberes de los cuatro ASC, preferentes sujetos de estudio, la Inclusión en ellos y ellas pasaba por mejorar sus condiciones de vida, aprender para crecer personalmente a la vez que generar más ingresos para la bolsa familiar. Todos ellos desde su infancia vivieron en familias donde las transacciones de saberes y recursos en el campo de la salud fueron la norma, el *todo sirve*, que ellos mantuvieron con cambios en las relaciones entre los dominios de saberes. De unos padres/madres con mayor dominio explicativo desde lo tradicional maya, ellos y ellas a través de la escuela, cursos, han construido un todo sirve de hegemonía biomédica explicativa y de complementación de saberes populares, pues tienen la evidencia empírica de que también

sirve, aunque desde el mundo científico sea excluido y/o estigmatizado como creencia, ignorancia.

La experiencia personal y familiar del proceso s/e/a desborda la atención institucional pero la representación de ésta es el MMH, tratar la enfermedad, donde buena parte de las veces es una desviación biológica. Reconocen la importancia del buen trato, pues Jovita tuvo maltratos en los servicios públicos de salud, maltrato que para todos ellos es consustancial con lo público, sea sanidad, enseñanza, administración u otro, como un saber social relacionado con el racismo ladino.

Los cuatro tuvieron cursos previos de promotores y experiencia de trabajo en salud además de importantes liderazgos comunitarios en los casos de Francisco y Jovita, y en su grupo de Ixtahuacán por parte de Diego. Esta experiencia les da seguridad en el desempeño como ASC, tanto para tratar las enfermedades con medicamentos de farmacia, como para conocer las situaciones familiares de cada enfermo, de las familias y las racionalidades de las diferentes personas, familias y de la comunidad. El último en incorporarse a responsabilidades comunitarias ha sido Lisandro y reconoce estar aprendiendo en ella, para el desarrollo del trabajo como ASC.

La dimensión religiosa era importante en sus vidas, Francisco como pastor de la Iglesia de Cristo, Jovita como responsable de un grupo de mujeres de la iglesia presbiteriana, Lisandro como músico de la iglesia católica y Diego como antiguo catequista católico. Todos, menos Diego donde primaba más la perspectiva política, la religiosidad era un dimensión muy presente en como entendían su estar en el mundo.

La representación de la atención médica institucional era la del MMH, y en ella, sus experiencias y saberes personales, al margen de lo biomédico, eran saberes que insumaban sus habilidades personales para generar confianza en las personas, pero no plantearon ser fuente de conocimientos institucionales. Y reforzando esa representación biomédica estaba que Diego quería ser médico, Jovita enfermera profesional y no tenían tan claro Francisco y Lisandro de hacer carrera en la profesión sanitaria.

De las experiencias del colectivo de ASC, *futuras personas benévolas*, el curso inicial fue significativo en cuanto a reconocer sus diferentes contextos y experiencias comunitarias. A lo largo del curso se pudieron identificar características personales y grupales de las y los ASC en base a regiones de procedencia, Bocacosta de Sololá u Ostuncalco. Las experiencias comunitarias y sus contextos particulares marcaron diferencias en los ASC, sólo tres del grupo de Ostuncalco eran de origen urbano/suburbano, que se cruzó con la hegemonía de los hombres (y maestros) en el grupo de ASC de Bocacosta y de las mujeres (y auxiliares de enfermería) en el grupo de Ostuncalco.

Siendo ambas regiones y sus comunidades de procedencia eminentemente campesinas (ver capítulo 3), en Sololá el trabajo era casi en exclusiva en la propia parcela y con escaso trabajo asalariado dentro y fuera de la comunidad. En el caso de Ostuncalco, las comunidades compartían trabajo en su parcela con trabajo asalariado en las comunidades así como en Ostuncalco y Quetzaltenango; además de que una buena parte de los hombres (los maridos de varias ASC) eran migrantes temporales en los EEUU y aún cuando las familias de los suegros ejercían un importante control sobre sus mujeres, éstas lograban mayor autonomía que las mujeres de Sololá. A lo largo del curso, el grupo de Sololá fue hegemonizado por los hombres-maestros k´iche´es que imponían un fuerte control sobre las mujeres k´iche´es con la amenaza de llevar a las comunidades las críticas que a ellos les hicieran, así como los incumplimientos de su *deber ser*, ejemplo de ello, que ellas hicieran bromas y risas. En el grupo de Ostuncalco, la hegemonía estuvo en las mujeres-auxiliares de fuerte autonomía y carácter, y donde los hombres, salvo uno de tres, se mostraron solidarios con ellas en los conflictos con los ASC maestros.

La representación de atención médica institucional que transmitió el grupo era un *todo sirve* bajo la hegemonía del modelo biomédico (MMH). La representación del pluralismo médico tendía a la polaridad entre el MMH y el comunitario con un todo sirve, transaccional, que tenía carácter práctico y en un continuum conceptualmente difuso. Las representaciones eran polares en la ciencia y la cultura, la ciencia como saber académico y la cultura como saber popular, tradiciones, creencias, el primero técnico, apolítico, neutral y el segundo anclado en una identidad cultural que incluía tradiciones. Así, en los sociodramas, las teatralizaciones, contrastaron entre una representación de curanderos y comadronas atendiendo ojeados y

partos, con ceremonias y bromas, todo en los idiomas mayas, mientras que el MMH se representaba en los servicios públicos ligados al maltrato y al castellano. Estuvieron ausentes las representaciones transaccionales y de su futuro trabajo.

Y los ASC ¿Cómo representaban su curso inicial? ¿Cómo representaban la atención que iban a desarrollar en el Programa de salud? ¿Polar o en continuum transaccional? El curso “no pertenece a nuestra cultura, pero es bueno porque ayuda, es ciencia, mientras que lo otro es tradición, pero que también sirve”. Su interés en el curso y Programa estaba en poder ejercer un trabajo de auxiliares de enfermaría cuya base fueran los saberes biomédicos que en su aplicación representativa estaba menos por la versión de los servicios públicos generalmente excluyentes de los saberes tradicionales, y más por la de algunas ONGs, como complementariamente subalternos o alternativos.

Los antecedentes de llegar al curso siendo auxiliar (en calidad de titulación privada y no reconocida por el MSPAS) o maestro eran importantes, los disponía a una hegemonía de la escuela, la academia como fuente de la ciencia, hegemonía del modelo biomédico y que mayoritariamente estuvieran por una complementariedad subalterna. Los ASC con más edad, menos titulaciones académicas y/o jóvenes con otros cursos de salud, presentaban una articulación de dominios culturales variada pero que el entrar en una institución médica hicieron como base del trabajo los saberes biomédicos, al que integrarían su experiencia en el que el eran conscientes de sus fortalezas en la racionalidad comunitaria, en los remedios populares y algunos en sus habilidades relacionales. Todos los ASC eran conscientes de que entre las fortalezas del Programa e institución en el que iban a trabajar estaban el hablar el idioma local, la confianza y el buen trato a los pacientes.

Los saberes populares y tradicionales eran en buena medida conocidos por todos ellos desde el nivel familiar y algunos/as de los ASC habían participado en cursos de herbolaria y alternativos. El ciclo vital que compartieron en el curso desde la tradición social k´iche´ y mam fue un ejemplo de ello, y lo expresaron más como un saber vigente en sus padres que en ellos y ellas, que ya habían adoptado los periodos de vida “modernos”, de infancia, adolescencia, jóvenes, adultos y adultos mayores, y prestos a adoptar en los servicios médicos

los de menores de 1 año, menores de 5 años y en las mujeres en relación a la menarquia, edad reproductiva y la menopausia.

¿Cuáles eran las representaciones de discriminación más sentidas y expresadas por las y los ASC a lo largo del curso y que podían ser fuentes de conocimiento? El género, lo étnico-cultural y la pobreza destacaron en sus experiencias personales y colectivas. En el curso, el género fue especialmente vivido con intensidad y conflicto entre las y los ASC.

Los conflictos entre las y los ASC expresaron las luchas de poder y autonomía entre ambos géneros que en el curso se correlacionaban también con las identidades étnicas k´iche´es o mames. Frente a los hombres k´iche´es que identificaron *cultura con tradición y deber ser*, las mujeres de Ostuncalco opusieron el "hay que cambiar la cultura que es perjudicial para las mujeres". Frente al trabajo doméstico de las mujeres "porque así es nuestra cultura y hay que preservarla" de ellos, el "eso no es cultura, es machismo, y nosotras no queremos eso" de ellas. Las mujeres mames en todo momento se enfrentaron a los hombres k´iche´es cuando estos quisieron dominarlas, pero las mujeres k´iche´es ante la agresividad de los hombres k´iche´es se desempeñaron en silencio. Entre éstas mujeres k´iche´es identificamos a varias de ellas como "mujeres frontera", lideresas comunitarias, que no traspasaban los límites del imaginario comunitario, pero iban otro poco más allá, abriendo caminos.

De la discriminación étnico-cultural, la escuela de primaria fue en todos el primer ámbito social de confrontación con profesores que minusvaloraban el idioma y saberes tradicionales. No quedó ámbito social en que especialmente las mujeres no percibieran discriminación, desde el laboral al de atención en los servicios públicos de salud siendo los más duros emocionalmente los referidos a la familia (priorización escolar de los chicos, el trabajo doméstico […]) y en la iglesia (roles de las mujeres, separaciones por sexo en las capillas […]). Coincidieron que para superar las discriminaciones y exclusiones el camino era de mejorar la autoestima, elevar la conciencia y la organización y el trabajo de salud se les presentó como un ámbito en donde podían dar un paso en ello, pues la Casa de Salud Comunitaria, CSC, también podía ser un espacio de Compañerismo, Solidaridad y Comunicación, nuevas relaciones entre las/los ASC y con la población.

Las "competencias" que se quisieron desarrollar en el curso, como un *saber hacer* que integrara nuevos conocimientos teóricos, prácticos y actitudinales no se desarrollaron suficientemente pero son una herramienta válida para los procesos de inclusión, y resultó novedoso en la experiencia de los que en ella participamos. Entre las limitaciones que hubo estuvieron las dificultades de integrar las perspectivas en las competencias, el escaso personal implicado en la elaboración teórica y docencia, que cada módulo fue construido por un equipo y con poca/nula comunicación con los otros, y la ausencia de un equipo que diera acompañamiento, coherencia entre módulos con respecto al Hacia Incluyente y tutorización de los futuros ASC.

La conformación de estos equipos fue, desde la perspectiva de las y los ASC, una combinación de profesionales indígenas y profesionales no indígenas solidarios, "sabios", que hacían confiables los saberes transmitidos, lo que abría la porosidad al mismo y les reforzaba en la hegemonía biomédica en la versión del Programa. El mensaje tras los saberes fue de un divorcio entre problemas sociales y saberes técnicos, conciencia y organización social para los primeros, mientras que los técnicos eran comprendidos por docentes y ASC como neutrales, apolíticos y técnicos. El resultado presumible fue que los ASC iban a ser expertos, técnicos, frente a los saberes culturales de sus pares étnicos, que si no eran estigmatizados etno-culturalmente, sí iban a ser reconocidos como ignorantes ante el paradigma biomédico de la enfermedad. La relación pasaba de interétnica a intraétnica, sin estigmas pero manteniendo las relaciones de poder insertas en el MMH en base al saber biomédico.

La clausura del curso fue un momento importante, el reconocimiento al esfuerzo a través de la titulación con presencia de familiares y autoridades municipales y departamentales, un paso a la adquisición de una identidad profesional, un nuevo sujeto multisituado, cuya representación hegemónica estaba en el MMH con "algunos aditivos" que anunciaban la reproducción de las subalternidades sociales pero que requería ver su implementación en la práctica.

El nuevo sujeto posicionado y su identidad profesional estaban dando sus primeros pasos, que previsiblemente irían adquiriendo mayor fuerza con la reafirmación en el puesto de trabajo, tanto por el reconocimiento institucional como desde la población. Un sujeto posicional biomédico que se debía a una institución médica y al contrato laboral en donde primaba el

MMH, con un saber que algunos ya sabían era poder y otros pronto lo descubrirían. Pero también con un conocimiento situado en la experiencia compartida con sus pares étnicos, a partir de sus experiencias y saberes personales, familiares y comunitarios, sociales y del proceso s/e/a, que no se hicieron suficientemente presentes en el curso y que se percibían iban a ser parte de una agencia limitada a las recomendaciones curativas, a las habilidades relacionales o a los márgenes del Programa.

Capítulo 5. Del dicho al hecho del Programa de Salud o las relaciones desiguales de los sujetos a partir de sus conocimientos situados.

El programa individual de atención en salud. Los protocolos son técnicos y también políticos.

Los protocolos de atención, unas guías técnicas tanto como políticas

La consulta “es todos los días”

La medicina desagradable

Las metas institucionales y la difuminación de las perspectivas

De la inclusión al ítem cultural políticamente correcto

La hegemonía del medicamento y la glolocalización

Programa familiar de atención en salud: La necesidad de encontrar sentido a las visitas.

¿Qué piensan los ASC y cómo actúan las familias?

“Una es la visita del Programa y otra la visita de los hermanos [religiosos]”

El programa comunitario y la promoción de la salud: un camino de largo recorrido

Las actividades con los ajkunanelab´ mayab´ [médicos mayas]

Actividades con comités y grupos comunitarios

Educación en salud con la población: ¿cuál es el punto de partida?

El sistema de información y la gestión del tiempo

Uno es el tiempo institucional y otro el tiempo del paciente

Formación de los Agentes de Salud Comunitarios, los saberes hegemónicos y sus usos

¿Cuál es el punto de partida de los aprendizajes?

La hegemonía y subalternidad entre los saberes y sus portadores

El acompañamiento y supervisión como formación continuada ¿o todo lo contrario?

Cultura organizacional o la institución como cultura

El clima organizacional y el calor/frío de las relaciones personales

El barco

Las diferencias con el Ministerio de salud

Ideología y juicios presentes en el trabajo

Aportes del Modelo Incluyente de Salud a la salud guatemalteca

La Antropología Médica aplicada: la crítica y la urgencia ante las muertes evitables

Impacto en la salud

Incidencia en el Ministerio de Salud

Reconocimiento desde la comunidad

Del dicho al hecho del Programa de Salud o las relaciones desiguales de los sujetos a partir de sus conocimientos situados.

> "No se trata de asesorar al sector salud
> para que complete una inculcación positivista y unidireccional,
> sino de hacerle ver, en su contraposición con los saberes populares,
> el juego de dominación en donde se inserta y de permitir, en una relación dialéctica,
> la intervención de los propios actores en los mecanismos de comunicación
> y transformación de las doctrinas en materias de salud"
>
> Pablo Bartoli (1989: 17-23)

El Programa de cara a la población. "Ver, escuchar, sentir y dialogar"

El título quiere llevar del "ver, escribir y hablar" de la formación médica clínica (Good, 2003:129-168), versión sanitaria de los McDonald´s, al propósito incluyente en el Programa de salud, al "ver, escuchar, sentir y dialogar" como pasos en el camino hacia una ciencia con conciencia y una sonrisa de Corazón.

El Programa desarrolla una estrategia programática a partir de identificar que en el área rural guatemalteco existen al menos tres ámbitos o niveles críticos donde se integran aspectos de reproducción material y socio-cultural que van a comportarse como determinantes-condicionantes en la reproducción bio-socio-cultural y en consecuencia en el proceso s/e/a. Estos niveles críticos se convierten en niveles de análisis-acción, en mediaciones que dan sentido a las intervenciones a través de los programas individual, familiar y comunitario, y donde la población y la institución sanitaria tienen posibilidad de una acción más integral en el proceso s/e/a (INS, 2002: 44-57). Estos programas junto actividades ligadas al sistema de información y evaluación, formación de los ASC y cultura organizacional nos van a servir de apartados, para comprender el paso *del dicho al hecho,* de la teoría a la práctica del Programa, a través del día a día de los ASC.

Y ¿logra el Programa una mejora de la salud de la población? Las estadísticas nos informan en un primer momento de mejoras en la productividad de los servicios, en las coberturas de inmunización y de controles prenatal e infantil, del entorno próximo ambiental y de atención a los enfermos pero también se muestra una tendencia, se requiere un tiempo más largo, de

una mejora de la salud (disminución del sufrimiento a través de la enfermedad y la mortalidad), gracias a los servicios aún cuando no se han cambiado los condicionantes-determinantes de la salud.

El desarrollo del Programa de salud se inició meses antes de su arranque formal con el programa individual de énfasis curativo en el 2004, y digo formal, pues es el que la población y los trabajadores identifican como el más sentido, necesario y legitimador de las actividades en el campo de la salud. Los previos y a nivel comunitario fueron de un par de años de múltiples gestiones como el de la aceptación de las/los comunitarios de trabajar con el Programa, la búsqueda de candidatos para el curso de ASC, los compromisos para la construcción de las CSC e inicio de las obras, y finalizado el curso inicial e intensivo de los ASC, el levantamiento del Censo y Línea basal. Esta fue la primera actividad de los ASC de cara a la población a la que siguió secuencialmente el programa individual y un año después el programa familiar. Junto a estos programas siempre estuvieron desde el principio muy presentes, en tiempo y esfuerzo, las actividades relacionadas con el sistema de información, el clima/cultura organizacional y la formación continua. El programa comunitario aparentemente fue el último en establecerse pero en realidad fue el primero, aparentó ser último pues en los primeros años respondió a generar las condiciones del desarrollo del Programa, aspecto fundamental, y no fue hasta después que tuvo una agenda como programa comunitario de actividades y metas.

Cómo se concretó la inclusión en los programas individual, familiar, comunitario, en el sistema de información, formación continua, cultura organizacional y qué mejoras de salud presenta el Programa tras varios años de experiencia será el propósito del capítulo.

El programa individual de atención en salud: Protocolos y miradas.

El programa individual, curativo-preventivo, se inició con la apertura de la primera Casa de Salud Comunitaria (CSC) en El Tizate en Ostuncalco, en el año 2004. Mi presencia en su primera semana se debía a la importancia de acompañar a los ASC, para apoyarles en sus dudas y acompañarles en su trabajo. También para rebajar la tensión que suponía para casi

todos el dar por primera vez la cara ante la población en una actividad curativa, auténtica prueba de fuego y de legitimación, y también por el previsible número alto de consultantes. El personal de base en este sector con numerosa población iba a ser de cuatro ASC, y lo iniciamos trabajando con seis, en tres parejas, con una extra para que se fuera preparando para la siguiente apertura que sería la CSC de Las Barrancas.

En estos primeros días, me llamó la atención, una de las parejas de ASC, ambas madres de familia y con experiencia previa de trabajo en salud, una como auxiliar y la otra como promotora. La consulta era en mam, yo no entendía la comunicación verbal, aunque el tipo de examen y lo anotado en la ficha médica en castellano, eran una buena pista del contenido. Ante la barrera idiomática, mi atención estuvo en la comunicación no verbal y en los tiempos de habla y escucha de cada quien. La comunicación entre las ASC y las mujeres consultantes, transmitía complicidad, confianza, compartimento de saberes alejado de un interrogatorio unidireccional. Había tiempo para que las pacientes se explayaran con sus padecimientos o los de sus hijos, y las ASC respondían combinando sus saberes experienciales, que ejemplificaban con situaciones similares vividas por ellas, y los nuevos saberes biomédicos del curso intensivo. La consulta con estas ASC transmitía horizontalidad en la relación, una relación de *pares madres* compartiendo experiencias y saberes biomédicos, populares, y experienciales.

Al trabajar en parejas por esta semana, alternaban en la consulta quien hablaba y quien llenaba la ficha, por lo que siempre había una que mantenía la mirada y conversación con la paciente o su acompañante. La primera semana me dejó gratamente sorprendido. No quise especular sobre el futuro de una atención como la observada, de “ver, escuchar, sentir y dialogar”, pero no dejé de ser optimista pues ambas ASC tenían antecedentes de trabajo en el Ministerio y ONG, y se las miraba desbordando el modelo biomédico así que me pregunté ¿Cómo influirá en la atención el nuevo ámbito laboral, el tiempo que les dé la calidad de *expertas y seguras* en su rol y el papel desempeñado por los protocolos e instrumentos de información?

Si mi presencia en el Programa había iniciado con el trabajo como “antropólogo” y lo entrecomilleo pues eran mis preguntas antropológicas las que me habían llevado a participar en la investigación y formulación de la misma, para los ASC era un médico con un perfil un tanto polifuncional, pues tan pronto estaba preguntándoles sobre sus experiencias y saberes

personales y de la comunidad, como acompañándoles en los partos y en las consultas, echando tortillas y tapiscando maíz o poniéndonos narices rojas en la consulta.

Imagen 30

ASC en primera semana de apertura de la CSC de El Tizate (2004)

Mi regreso en el 2007, tres años después de mi salida laboral del Programa, mi presencia fue vista sin extrañeza en los ECOS y actividades que participé, como una combinatoria de acompañamiento y mi particular interés de hacer "un trabajo" para recibirme en antropología, trabajo que por el término les remedaba al que varias de ellas habían hecho para recibirse de Bachilleres. Muestra de que mi presencia no era vista como evaluatoria o de "espionaje" era que en bastantes actuaciones se salían del margen de las Guías de abordaje/protocolos de atención, el ajuste de impresiones clínicas a los medicamentos demandados por los pacientes u otras actuaciones que no las hacían en presencia de los miembros del Equipo de Apoyo.

Los protocolos de atención, unas guías técnicas tanto como políticas

"Nos acordamos de la salud cuando nos falta" y ello convierte a las consultas médicas en la actividad más demandada y valorada por la población, a la vez que también por los ASC, a la que dedican más tiempo y esfuerzos por ser la más supervisada institucionalmente, por ser la representación hegemónica de su trabajo, y la legitimidad que les reportaba ante la comunidad. El desarrollo de las consultas es una muestra significativa de cómo se expresan las relaciones

entre los trabajadores y pacientes, a partir de sus roles, las transacciones de saberes, sus usos en un camino hacia la inclusión de la persona como primer paso.

En el Programa de salud, las actividades curativas están fundamentalmente estructuradas en el programa individual de atención en salud (PIAS) y las consultas médicas son su actividad principal. La consulta médica en los servicios biomédicos individualiza al paciente y conlleva básicamente un interrogatorio médico, una serie de exámenes físicos y pruebas físico-químicas o radiológicas, con el fin de llegar a un diagnóstico de enfermedad y posteriormente proporcionar un tratamiento. En instituciones como las sanitarias donde son miles los trabajadores es necesario reglamentar las actuaciones, y se realiza a través de protocolos de atención o guías de abordaje. Los protocolos tienen la finalidad de homogenizar la atención, facilitar su evaluación, y cabe una cierta agencia del trabajador a partir de su saber popular y experiencial. Los protocolos se presentan como guías técnicas y encubren su carácter político, pues el soporte técnico parte de una perspectiva biomédica hegemónica en donde se articulan desigualmente los otros saberes y dimensiones, sus usos, siendo por tanto guías políticas de inclusión y exclusión.

Destaco tres instrumentos trazadores de la inclusión de saberes y del uso de las mismas en las relaciones: Las guías de abordaje/protocolos de atención médica, las fichas médicas individuales y las guías de evaluación con los que se evalúa el trabajo de los ASC. Si los programas individual, familiar y comunitario van a ser “mediaciones o niveles de análisis-acción” de los condicionantes de salud en las actividades sanitarias, los tres instrumentos se van a convertir más allá de la teoría, *del dicho* de los discursos y representaciones, en las *mediaciones* de esos programas, en *el hecho*, de cara a la población que podrán ser bien facilitadores hacia la inclusión o camisas de fuerza.

Los instrumentos que se contaban para la atención eran los del Ministerio de Salud y de diferentes ONGs, pero no integraban las perspectivas del Programa, así que previo al comienzo del programa individual, varias personas entre las que me encontraba, iniciamos en la elaboración de los mismos. Se priorizó la elaboración de las fichas médicas individuales diferenciadas para mayores y menores de 5 años, de mujeres en embarazo y puerperio, división de grupos de edad y situación que respondían a programas priorizados por el

Ministerio. Hacerlo así facilitaba los reportes mensuales requeridos por el Ministerio a la vez que darle seguimiento a cada persona a partir de la ficha. Lo habitual en los Centros de salud es disponer de una hoja de consulta para todos los pacientes del día para poder reportar sexo, edad, enfermedad y tratamiento, y no se usa para darle seguimiento al paciente sino para informes de productividad y epidemiología. Tras las fichas individuales, se elaboraron unas guías de evaluación o boletas de cotejo consistentes en un listado de ítems que debían ser tomados en cuenta para considerar se habían incluido en la actividades aspectos básicos de pertinencia intercultural, perspectiva de género y derecho a la salud.

Las Guías de abordaje o protocolos de atención quedaron para la siguiente etapa, dado el escaso personal que se disponía para trabajar en la parte operativa y en el diseño de instrumentos. En el primer año de implementación, los protocolos provisionales fueron un conjunto de documentos como el "*Donde no hay Doctor*" (Werner, 1973), guías de atención del Ministerio, guías de herbolaria […] documentación sencilla de aplicar, que ya entonces no considerábamos lo más idóneo, pero era lo que teníamos en espera de confeccionar algo más incluyente.

Tras dos años y medio de ausencia por mi parte, al regresar en el 2007 los protocolos de atención no los conocía, a diferencia de los otros instrumentos citados del programa en cuya elaboración había participado, se mantenían prácticamente igual y mi observación comenzó con los protocolos. Se encontraban permanentemente sobre la mesa de consulta, a modo de vademécum, y que había llevado al "*Donde no hay doctor*" y demás documentos a situarlos en el armario como libros de consulta. Era comprensible su presencia visible y abierta pues era la brújula que guiaba a los ASC en la consulta, y su diseño conllevaba algoritmos que a través de pasos secuenciales daba las claves para llevar a cabo el interrogatorio, examen, diagnóstico, tratamiento, consejería y seguimiento.

La "*Guía de abordaje de la consulta del PIAS para mayores de 5 años y para mujeres de 10 a 59 años*" (Anexo 1, 2006) daba respuestas a la mayor parte de situaciones y en su Introducción (Ibíd., 4-5) clarificaba aspectos como la validación y uso de las plantas medicinales y los límites en la autonomía de los enfermos.

Los saberes curativos médico-populares reconocidos como válidos son las plantas medicinales y el temascal. Con respecto a las plantas medicinales hace mención de que las recomendadas en las guías han tenido un proceso de validación a nivel regional: “las plantas medicinales mencionadas en éste grupo de guías son aquellas que han sufrido un proceso de validación por estudios a nivel nacional y de la región Centroamericana y El Caribe”. Aunque no se explicita el tipo de pruebas que las validan, el nivel regional sugiere que se ha realizado buscando principios activos, su eficacia bioquímica. Si así fuera, quedan relegados los criterios de validación local y empírica, imponiéndose los criterios biomédicos sobre los saberes populares y la movilización de otras dimensiones en el proceso terapéutico.

Aunque en la introducción no se especifica el tipo de complementariedad que se va realizar entre saberes y recursos naturales/populares y bioquímicos, al abordar situaciones previsibles como la escasez de medicamentos –punto 3-, se reconoce que cabe la posibilidad de que “no se cuente con las plantas medicinales para dicho tratamiento indicado”. La asimetría prevista de recursos se hace realidad cuando en las farmacias de las CSC no se dispone de plantas medicinales, sino sólo de medicinas de patente, a pesar de que la Clínica Maxeña, la ONG implementadora del Programa en Bocacosta de Sololá, disponía en Santo Tomás La Unión de un laboratorio para procesamientos y venta de plantas medicinales.

La herbolaria se hace presente a través de “huertos demostrativos” –colindantes a las CSC- pero no está disponible institucionalmente para un uso equitativo con la medicina de patente. La justificación está en que la visibilidad del huerto promueve el cultivo entre la población, pero el resultado era otro para Quirino (Albizu, 2005: 295), un campesino chimalteco con años de experiencia facilitando cursos de plantas medicinales: “las plantas aún cuando están en el campo, cerca de casa y son gratuitas, su recogida y preparación significa esfuerzo, trabajo, y por comodidad, peor los jóvenes, prefieren la medicina de farmacia”.

Otro de los aspectos reveladores en la Introducción estaba en la perspectiva del derecho en relación a la autonomía del enfermo. Así en el proceso de negociación del tratamiento, se clarifican sus límites: “En el actual proceso de la Atención a las Personas con un manejo Intercultural se encuentran momentos que dan participación al paciente o la familia en la selección de su tratamiento *si el caso lo permite y no pone en riesgo al enfermo*, entre la

medicina natural y la medicina con químico-farmacéuticos" (Anexo 1, 2006: 4-5). La autonomía del paciente queda supeditada a la consideración del ASC.

Tras las páginas introductorias, la Guía (Ibíd., 6-8) presenta los algoritmos médicos, donde a partir de los signos biomédicos se hace un primer triage por alteración grave de alguno de los signos vitales o de algún signo que relacionamos con el órgano o aparato afectado. Posteriormente se priorizan las enfermedades más comunes que se localizan en los aparatos respiratorio, digestivo, piel, mucosas y el aparato reproductor de las mujeres.

El abordaje de la consulta y su "manejo intercultural" comienza por conocer el autodiagnóstico del paciente, la toma de signos vitales y posteriormente 5 pasos: El paso 1 contempla Pregunte, Observe y Escuche. Con *Pregunte* se refiere a la anamnesis, al interrogatorio unidireccional. A modo de ejemplo, en caso de ubicar el problema en el aparato respiratorio, las preguntas pueden ser por la tos, sus características, número de días con tos […] donde las preguntas corresponden a los signos con los que se construye una enfermedad. Con *Observe y Escuche* se refiere a la exploración y auscultación en sus aspectos físicos, no refiriéndose el *escuche* a la palabra del paciente ni su interpretación del padecimiento.

El paso 2 es la *Clasificación/Impresión Clínica* en base al *CIE 10*, lo que debe llevar a un diagnóstico en base a esta clasificación universal de enfermedades, dando espacio en la ficha médica para anotar también el padecimiento sociocultural. El paso 3, es el *Actué* con dos posibilidades de *Manejo Intercultural*, con medicina natural y/o medicamentos esenciales. El Paso 4 es el *Oriente y Aconseje* como *Intercambio educacional o Consejería*. El Paso 5 el *Seguimiento* en base a citas, visitas domiciliares, referencia a agente tradicional de salud o vigilancia epidemiológica según la enfermedad diagnosticada en el enfermo.

En base a algoritmos y cuadros con la secuencia de los 5 pasos se aborda la atención, de los mayores de 5 años en relación a las enfermedades comunes respiratorias y digestivas; para todas las edades, en relación a enfermedades de la piel y mucosas-boca y ojos-; y las más comunes para las mujeres de 10 a 59 años. La Guía incluye *Anexos* sobre uso y preparación de plantas medicinales, recetas de plantas, guía de alimentos calientes y fríos, recomendaciones

para problemas respiratorios, listado de medicamentos con sus dosis, nombres de plantas en mam y k´iche´, puntos de digitopresión para la cefalea, bibliografía.

Otro documento importante que me aproximó a la conceptualización y práctica de abordaje de lo cultural fue el “Protocolo de vigilancia epidemiológica sociocultural” (Anexo 2, 2007) donde se pasan a analizar algunos de los padecimientos reconocidos como tradicionales y populares o Síndromes Culturalmente Delimitados. La caracterización de cada Síndrome sigue el modelo de abordaje o construcción de las enfermedades, a través de la selección de causas, síntomas y signos y se ha priorizado el estudio y detección de siete de ellos: el ojeado o mal de ojo, la caída de mollera, el empacho, el aire o calambre, el susto, la caída de matriz y el mal hecho, hechizado, brujería. Aspecto relevante de este documento son las relaciones de hegemonía/subalternidad entre la capacidad diagnóstica del paciente y el curador, que sigue la norma del experto, pues mientras al terapeuta tradicional se le atribuye la capacidad confirmatoria del diagnóstico, al paciente y entorno familiar sólo es la de probabilidad.

Todos los *padecimientos* siguen el patrón de las *enfermedades* para su diagnóstico y el abordaje jerárquico entre el terapeuta tradicional y el paciente. La razón de su vigilancia se aproxima a las causas y grupos de edad en el que son más frecuentes. Un ejemplo de ello es el mal de ojo:

Cuadro 4:

Enfermedad o síndrome: Mal de ojo, ojeado, ojo.

Razón de la vigilancia
Una de las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma principalmente a los infantes (menores de 6 años) y en menos frecuencia a escolares. Tiene la característica de multicausalidad, no exclusiva de filiación cultural maya y rural (Relacionada con la teoría de Frío-caliente, los Vahos, del deseo intenso, o aquella de intervenciones sobrenaturales menos frecuentemente), ya que se puede encontrar en población urbanas y de campesinos no indígenas distribuidos en toda la región Mesoamericana.

Definición de caso clínico:
Menor de 6 años (rara vez en escolares) con problema de cheles (supuración no acuosa) en uno o dos ojos, con diarrea (más de 3 deposiciones líquidas o blandas por día) de color verde; fiebre, decaído pero irritable. Al observar la cara del niño, tiene un ojo pequeño y el otro grande.
Puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como nausea ó vómitos, granos, tos, temblor en el cuerpo. Proceso de duración por lo general menor de 14 días, pero puede encontrarse atípicamente casos crónicos.

Otros criterios:
Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes como tal, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó en la ficha familiar.
Referido con tal denominación por el-la terapeuta tradicional.

Clasificación de caso:
Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico.
Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica ó en la familiar).
Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el-la terapeuta tradicional popular.

Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Sociocultural: Enfermedades Tradicionales y Populares. Proyecto de Implementación/Clínica Maxeña/IDEI/Instancia Nacional de Salud. 2007: 1-2.

Ambos instrumentos –Guías del PIAS y Normas de Vigilancia Socio-cultural- se convierten en mediadores del programa individual expresando la hegemonía del modelo biomédico a través de: a) al ser los principios activos bioquímicos el criterio de validación de los recursos “tradicionales”; b) la complementación subalterna de los recursos y saberes médicos populares; c) la jerarquía decisoria del ASC sobre la autonomía del paciente; d) el cumplimiento de estas Guías bajo supervisión del personal médico y de enfermería se conforma como la representación y práctica hegemónica en la formación del ASC. Se agrega el particular reconocimiento *intercultural* entre “expertos”, el reconocimiento del médico tradicional, pero que se hace reforzando la subordinación del paciente, pues para que el autodiagnóstico del padecimiento sea confirmativo se necesita al experto tradicional.

La agencia del ASC se desplegará oficialmente en la consejería y recomendaciones, donde podrá desplegar sus experiencias y saberes locales. Al margen de lo escrito, informado y oficial, se observa una agencia muy particular cuando el ASC acomoda diagnóstico y tratamiento a las expectativas de pacientes y/o familiares, siempre sin presencia de los miembros del EAPAS, y sobre lo que analizaré posteriormente. En el *ámbito extralaboral*, la agencia sobre el tratamiento es mayor; fueron escasas las consultas que observé, ya privadas o con familiares, y en ellas los protocolos del Programa eran un referente importante, pero las demandas del paciente privado tenían mayor incidencia si querían inyecciones o sueros intravenosos; y en el ámbito familiar, los abuelos marcaban su autonomía en relación a los medicamentos de patente indicados, los días que los tomarían y la última palabra en la herbolaria.

Las consultas se realizaban en el idioma de preferencia del paciente, siendo prácticamente todas en k´iche´ en Pasaquijuyup y en mam en Las Barrancas. Ello me significó en un principio, desconocedor de ambos idiomas, una fuerte limitación para entender las narrativas. Luego reconociendo que las consultas eran un interrogatorio unidireccional –con preguntas ya conocidas-, las respuestas tan escuetas como deducibles por los gestos y anotadas en castellano, permitían que mi atención estuviera dirigida a la comunicación no verbal y a los tiempos de cada quién.

Al poco tiempo reconocí que la ficha médica se convertía en el gran actor, alrededor del cual giraban el ASC y el paciente. La mirada fija del ASC en la ficha, haciendo las preguntas sin levantar la mirada hacia el enfermo, me llevó –no era difícil apreciarlo-, a la presencia de ese tercer personaje, los instrumentos y en este caso la ficha médica. El llenado de la ficha absorbe buena parte de esfuerzo del ASC, llevando a difuminar al enfermo y convertir a la ficha en un personaje con vida propia. Si ya había percibido la personificación de la enfermedad en la formación médica, ahora también se personificaba la ficha. Para el ASC el cumplimiento de la ficha sin casillas vacías y la coherencia entre enfermedad y tratamiento, se convertían en claves para la evaluación institucional de su quehacer, la primera por el digitador del EAPAS y la segunda por el personal médico.

Esta presencia de la ficha de papel hizo puente con mi experiencia personal como paciente en Osakidetza, con mi ficha digitalizada en el ordenador, y cuando tras el “hola, buenos días”, el doctor fijó su mirada en la pantalla del ordenador y entró a mi ficha médica, a la que por su extensión le llevó varios minutos, mientras yo me sentí estar en el lugar equivocado por mi presencia innecesaria. Cuando tomó la palabra: “¿cómo estás, qué te pasa?”, le recomendé invertir los pasos, iniciar con la persona, el motivo de consulta, y después pedir tiempo para la ficha.

La mesa con su abundante papelería se interponía entre el ASC y el paciente, marcando las fronteras de los roles, pero los gestos de los pacientes eran mayoritariamente de confianza hacia el ASC, hacia un ASC que los recibía en su idioma, y que aunque no les permitía explicar suficientemente su malestar, a como en el Centro de salud, a diferencia de éste, no les daba un trato denigratorio.

La ficha médica personal (Anexo 3) iniciaba con un encabezado de la CSC en cuestión, y del nombre del ASC que proporciona la consulta. Le seguían los datos personales del paciente y el código de su familia/vivienda que ayudaba a situarlo en familia y administrativamente en una carpeta familiar. Posterior, iba toda la secuencia de preguntas en casillas que a modo de tablero y en cuatro bloques, ayudan en un golpe de vista, a tener una impresión rápida del desarrollo de la consulta.

Un primer bloque son los antecedentes familiares e individuales, y el de controles periódicos a los recién nacidos, menores de 5 años, prenatal/puerperal, con el objetivo de darles seguimiento, tomando en cuenta que son prioridades la disminución de la mortalidad infantil y materna, así como la cobertura de inmunizaciones y el Papanicolau. Al final de la ficha y en relación a estas prioridades, se pregunta también a la acompañante del paciente, si está embarazada, en un afán de detección precoz para su control. Un segundo bloque incluye el Motivo de consulta, el Autodiagnóstico familiar y el Itinerario terapéutico, con quienes le atendieron y remedios utilizados, hasta la llegada a la CSC. Un tercer conjunto de casillas/ preguntas se refieren a los Signos vitales, Signos de peligro, Examen físico y Pruebas diagnósticas disponibles o a realizar. Este conjunto se acompaña de especificidades dirigidas a niños/niñas para control de crecimiento y a las mujeres para control de embarazo y

planificación familiar. Un cuarto bloque recoge la Impresión clínica biomédica con su Codificación en el CIE-10 y las enfermedades socioculturales locales; el tipo de medicamento y cantidad proporcionada, así como recursos médicos locales, mayas y populares; consejería sobre planificación familiar, alimentos, signos de peligro u otros; el seguimiento con nueva cita o la referencia a los terapeutas tradicionales, comadronas o al hospital; y tipo de apoyos que tiene el paciente en cuidados o en caso de emergencia.

La ficha médica de los ASC, toda en castellano me era *vieja* conocida, pues años antes había formado parte en su elaboración y poco había cambiado desde entonces. Las respuestas debían entrar en una pequeña casilla y si el paciente se extendía en su relato, además del tiempo que suponía su escucha, era obligado hacer una síntesis o destacar alguna idea, palabra. La situación invitaba por tiempo y espacio a procurar que las respuestas fueran breves y destacaran los signos y síntomas que le ayudaran en el diagnóstico biomédico. En un principio, la ficha médica quiso ser la guía de una entrevista semiestructurada, que integrara de una manera sencilla -en una sola hoja-, las perspectivas del paciente y la biomédica, pero al poco tiempo la práctica nos mostró el peso de las numerosas casillas e información con las que había sido construido, lo que conllevaba numerosas preguntas hacia el paciente, y que la consulta aún cuando la entrevista era un interrogatorio unidireccional llevaba un mínimo de 20-30 minutos en un adulto lo que reforzaba no ya el diálogo o el co-aprendizaje sino la posición el ASC y de la hegemonía del modelo biomédico.

La palabra estaba en manos del ASC, que pocas veces la daba y rápido la quitaba. Los 20 y hasta 45 minutos del tiempo de duración de cada consulta, en caso de un menor de 5 años o de mujer embarazada, no agobiaba a los ASC aunque fueran numerosos los pacientes en espera, siempre que llevara el buen cumplimiento del llenado de la ficha. Pero el tiempo que puede parecer bastante, estaba más en función de las necesidades institucionales que de las del paciente. En una de las consultas, pregunté a Francisco: “¿Por qué no dan más tiempo a que hable el enfermo? ¿Por qué no deja hablar más a Manuela sabiendo de su temor?”. Manuela estaba en su segundo embarazo y angustiada pues la comadrona tenía dudas de cómo venía la criatura. De inicio, Francisco dejó que tomara la palabra y al rato me comentó: “le voy a cortar, pues no hay tiempo” y retomó el interrogatorio en base a la ficha. El tiempo y preocupaciones del paciente, comprobé repetidas veces con todos los ASC, no estaba en

sus agendas, y si el paciente se explayaba, terminaba pronto *cortando la palabra a modo de entrevista incruenta*.

Unos pacientes más que en otros, evidenciaban la necesidad de hablar y así viendo que Antonia era la última paciente, pedí a Diego que le diera tiempo para expresarse. Ella se quejaba de que constantemente estaba con el "sentir una basura en el ojo", se le enrojeciera […] estaba desesperada, así que cuando tomó la palabra fueron unos minutos largos, en los que nunca había oído hablar tan de prisa en k´iche´. El diagnóstico era de pterigión y se le recomendó lavados con agua fresca. Ella exigía cloranfenicol en colirio, otras veces le habían dado y le mejoraba, así que no calló hasta conseguirlo. Para Jovita, ASC de Las Barrancas, el problema era de tiempo: "Tenemos poco tiempo para la consulta. Cuando hay tiempo, la gente cuenta su historia de la enfermedad y uno le cuenta despacio el tratamiento. Con tiempo se cuentan más cosas y si tienen dudas, se animan a preguntar".

Aún cuando la mirada del ASC estuviera fijada en la ficha, comprobé que algunos ASC y con algunos pacientes, el hecho de no mirarse no significaba mala comunicación. Había una comunicación que yo interpretaba desde la/el paciente como *ya nos conocemos, me vas a entender lo que te digo, y sé que tienes que escribir en esa hoja*. Con Jovita fue con quien observé más veces, en parte por ser ella una lideresa y la mayoría de consultantes mujeres, pero mientras la paciente hablaba, ella escribía sin levantar la mirada, y cuando ambas hablaban, se reían y sonreían, dándose a entender que se entendían, que Jovita conocía muy bien lo que la paciente le hablaba, que el significado que la mujer otorgaba a sus palabras, eran comprendidos por Jovita de la misma manera.

Y la palabra siendo tan importante en las comunidades indígenas de Guatemala también se acompaña del silencio. En mis primeras aproximaciones a ella, me resultaba extraño que trabajando de médico en las comunidades, y uno llenando en la noche la papelería e informes, se llegaban ancianos que no hablaban *la castilla* (ni yo sus idiomas mayas), se sentaban al lado, no buscaban conversación, y estaban en un estado de ausentes y presentes. Al final creí entender que estaban contentos con mi presencia en la comunidad y venían a ver si estaba bien […] me pareció muy bonito y el intercambio de nuestras palabras se reducían a los saludos de

llegada y despedida, en las que ambos éramos bilingües, ellos saludaban en castilla y yo en sus idiomas.

El silencio es también uno de los poemas de Ak´abal (2001: 38-39): “No es que las piedras sean mudas: guardan silencio. *Ri ab´aj man e men taj: Xa kakik´ol ri kich´awem*”. Y algo así fue el silencio ceremonial con el que Francisco hizo la revisión del embarazo de María en presencia de su madre comadrona ante las dudas sobre la posición del feto. Tras las preguntas iniciales de la ficha, se hizo el silencio cuando la joven se acostó en la camilla. Le tomó los signos vitales y comenzó la revisión del abdomen con un movimiento palpatorio de manos como si fuera la bola de cristal de una adivina. Veinte minutos de silencio y con la comadrona con extrema gravedad absorta en las manos de Francisco. El silencio se rompió con un “*utz”* [está bien] de Francisco y tras ello, el torrente de preguntas de la comadrona, empezando por la solicitud del aceite de farmacia para aligerar la placenta gruesa. La consulta duró 45 minutos y fue bien contrastante con las que realizan las comadronas en donde la palabra es constante, dirigida a hablar desde la posición del feto, a los alimentos, la situación familiar o recursos que se requieren en el parto y post-parto.

Junto a la ficha médica individual, otras fichas de importancia y habituales son la de control pre y post natal (Anexo 4) y la ficha para niños de 2 meses a 5 años (Anexo 5) conocida como ficha del AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia). La atención de control precoz y del seguimiento de ambos colectivos, embarazadas/puérperas y niños menores de 5 años, es una prioridad en el Programa y en el Ministerio, dado que la muerte materna e infantil son extremadamente altas en el país y su disminución un trazador de éxito. La atención de ambos grupos sociales son las más tardadas, por los exámenes físicos y preguntas de rutina a realizar en el cumplimiento de la consulta, pero en lo fundamental, tanto la ficha como la atención siguen el patrón hegemónico de la ficha y atención individual.

Todas las fichas médicas son individuales y se agrupan en Carpetas familiares. La CSC dispone de un croquis de la(s) comunidad(es) con las viviendas, sus claves [al levantar el Censo-Línea Basal 2004 se asignó una clave a cada vivienda y teóricamente la familia debe conocerla] y ayuda a que los pacientes que no la recuerden puedan reconocer su vivienda en el croquis. En base a ellas se ordenan las Carpetas que también contienen la ficha familiar,

instrumento básico del programa familiar. En el futuro, cabe la posibilidad que desde ellas, las unidades familiares, puedan establecerse los *Conjuntos socio-culturales* – en el año 2002 se retiró lo de *clase* por motivos de incidencia política- dentro de una comunidad o sector, tomando en cuenta sus especificidades epidemiológicas, socio-económicas, étnico-culturales y de cara a intervenciones específicas.

Las Guías y fichas son importantes para el control y evaluación de la consulta, el seguimiento del enfermo, y la necesidad de contar con información para la gestión sanitaria, pero hoy por hoy, se hace en demérito de la palabra diagnóstica y terapéutica del paciente, en demérito del diálogo y de que se exprese una mayor inclusión.

La consulta "es todos los días"

La Casa de Salud Comunitaria, (CSC), es la infraestructura física en donde se realizan las consultas y en Pasaquijuyup se anuncia con un cartel en donde se lee en castellano y k´iche´:

"Casa de Salud Comunitaria.
Ja Rech Utz Wachil Rech Komon.

La salud es para todas las personas, hombres y mujeres.
Ri Utz Wachil Quech Conojel Winaq´ Achijab Ixokib".

La presencia de los auxiliares de enfermería en los Puestos de salud del Ministerio de Salud (MSPAS) y que dispongan de medicamentos, es una reivindicación permanente de la población campesina guatemalteca, dado que aquellos no siendo de la comunidad, al igual que los maestros, utilizan el lunes para llegar a la comunidad y el viernes para salir. Igualmente varios días al mes son convocados por el MSPAS para cursos de formación, recogida de medicamentos, entrega de informes, cobro de salarios […]. Así que los Puestos del Ministerio pueden estar medio abiertos/medio cerrados, por la falta de medicamentos o las salidas de los auxiliares o permanentemente cerrados por falta de presupuesto o personal. Por ser lo anterior una queja permanente, uno de los criterios con el que la población va a valorar el Programa de salud y el trabajo de los ASC van a ser los horarios, los días reales de consulta y la disponibilidad de medicamentos.

Tanto en la CSC de Pasaquijuyup como en Las Barrancas, la consulta se anuncia de lunes a

viernes a partir de las 8 de la mañana, siendo en la primera de 8 am a 12 pm y de 2 a 4 pm; en la segunda de 8 am y de seguido hasta atender a todos los pacientes, acabando entre las 12 pm y las 2 pm. El trabajo se inicia en ambos a las 8 am con la limpieza de la CSC y media hora, después con la consulta.

En Pasaquijuyup, la primera actividad de cara a la población es una *charla educativa*, de carácter magistral, en k´iche´, con una duración de 20 minutos. Generalmente, el ASC se ayuda de láminas relativas al problema abordado, y los más habilidosos, de relatos y anécdotas cercanas para captar la atención. El ASC conoce los saberes populares y en estas charlas muestra las diferencias entre el conocimiento académico y las creencias populares, para desvelar cuales son las verídicas, las académicas, para el logro de la salud. Tras la charla se reparten los números de consulta por persona o familia, y entre las 8:30 – 9:00 de la mañana se inicia la consulta hasta las 12 del mediodía donde se descansa para almorzar; se reanuda a las 2 de la tarde para finalizar aproximadamente a las 4 de la tarde. De 4 a 5 de la tarde se realiza trabajo de oficina, como ordenar las fichas médicas individuales, familiares, el control de medicamentos y otros, que se complementa con las mañanas de los sábados.

La consulta se suspende al mediodía para almorzar, las hijas o hijos de los ASC traen el almuerzo a la CSC y se descansa hasta la 2 pm en que se reinicia la consulta. Las 12 p.m. son el fin de la consulta matutina y hora del almuerzo y se convierte en prioritario, independiente del número de las personas que esperan a consulta y en una ocasión, aún cuando al joven que venía acompañado de una anciana se le miraba mal, se le pidió regresara en la tarde. El joven al regreso, deliraba con 40 grados Cº por un gran absceso en la nalga; pero otras veces no regresan, quizás por la distancia en que están sus casas, las tareas domésticas de las mujeres […]. Estas situaciones no llevaban a los ASC a replantearse otros posibles horarios, ni tampoco observé malas caras entre los pacientes –salvo en casos excepcionales-, y era asumido como es así y punto. Los horarios eran estrictos con poca flexibilidad, y el “venga por la tarde o mañana”, reproducía la desigual relación entre quien tiene el poder de curar y un horario laboral, y quien no se siente en condiciones de exigir, aún en la urgencia del joven u otras situaciones. La experiencia del joven y otras, de haberse producido en el Centro de salud y con personal ladino, hubieran sido vividas por los pacientes como discriminatorias, pero

siendo la relación intraétnica, lo que se destacaba era la falta de derechos del paciente frente a los derechos laborales del trabajador.

En Las Barrancas, los ASC también llegan puntualmente a las 8 am a la CSC y tras el previo de media hora en la limpieza, barrer y trapear, se inicia la consulta a las 8 y media. La consulta va de corrido hasta atender a todos los pacientes, sin descanso para el almuerzo, pudiendo dar la una, las dos o las tres de la tarde. Tras ello el almuerzo, a horarios desiguales y las dos-tres horas restantes del horario laboral de la tarde se dedican al control diario de las fichas y medicamentos, a la papelería.

La elección de esos horarios en palabras de Lisandro se debió a que "nos da pena el tiempo de espera de la gente. Por eso, no comemos hasta acabar con las consultas". El tiempo de duración de cada consulta es similar al de Pasaquijuyup, las esperas son largas, y aunque la gente es muy paciente, a veces no esperan y se van, unos sin mayor ruido y otros protestando, a uno de los cuales, Jovita le tuvo que explicar que "era bastante la papelería a rellenar en la consulta, que por eso se tardaban y que tuviera paciencia". De todos modos, salvo en los días de preparación de los informes mensuales, si algún paciente llegaba a consulta se le atendía, había mayor flexibilidad que en Pasaquijuyup.

Los diferentes horarios en una y otra, remedaban los horarios de la parcela y de la finca, pues en Pasaquijuyup el trabajo en la parcela individual era *de todo el día, mañana y tarde*, con un tiempo intermedio para el almuerzo, al que igualmente los hijos se acercan con la comida caliente a donde esté el papá, sea en el campo o en la CSC. En Las Barrancas, buena parte de los hombres trabaja en las fincas *por tarea, de seguido*, hasta sacar la tarea en la finca o la consulta en la CSC, y después el tiempo es disponible para el trabajo en la parcela o descansar en el caso del campesino, o en la papelería en los ASC.

Los horarios de consulta matutinos parecen favorecer a las mujeres que trabajan más en el hogar o en su parcela y asumen el cuidado de hijos y abuelos. Así eran frecuentes en ambas CSC, que en la mañana se hicieran presentes grupos de mujeres con sus niños. En el caso de los hombres, en Pasaquijuyup, y siendo parcelistas, el horario de mañana y tarde, parecía facilitarles pues si estaban en condiciones de ir a trabajar podían venir en la tarde y en caso

contrario en la mañana. En Las Barrancas, las mujeres que trabajaban en las fincas salían al mediodía del trabajo y la CSC les quedaba de paso y abierta, lo mismo para los hombres quienes con la *tarea*, podían acabar al trabajo antes que las mujeres, pero generalmente esperaban a que éstas hubieran acabado las consultas, para no coincidir con ellas.

Los ASC en ambas CSC reparten números siguiendo criterios de orden de llegada. En Las Barrancas observé que varios hombres preferían esperar fuera de la CSC y quedarse para el final de las consultas. Hablando con ellos, me comentaron que se sentían mal en la sala de espera entre todas las mujeres y niños, no supe distinguir entre la pena [vergüenza] o la consideración que la CSC era un espacio de mujeres. En ambas comunidades, la CSC era un espacio de todos, pero los hombres sólo que estuvieran muy mal acudían a consulta, su primera opción estaba en aguantar o en la automedicación.

En general, las mujeres tienen preferencias en ser atendidas por mujeres, y aunque no es tan citado, los hombres prefieren ser atendidos por hombres, especialmente unas y otros si sus consultas se refieren a padecimientos y partes del cuerpo relacionados con la sexualidad. Para que ello no fuera obstáculo en el acceso, los ECOS fueron conformados de manera mixta, así sucedía en Las Barrancas pero no fue posible en Pasaquijuyup, donde la comunidad eligió dos hombres que eran previamente conocidos como promotores y accesibles aparentemente también para ellas. En Las Barrancas, inicialmente hubo resistencias de las embarazadas a ser revisadas por Lisandro, pero con el tiempo se ha logrado generar confianza entre ellas y autoconfianza en él, lo que no quita que tanto en una comunidad como en otra, no se puede asegurar que no haya mujeres y hombres que tengan resistencias a llegar a las CSC.

La percepción de las y los ASC era que las mujeres que acudían a consulta por los niños, eran éstos el motivo principal de la consulta, y aprovechaban la visita para consultarse. Pocas veces debieron tener la percepción contraria, pues uno de los días fue motivo de alegría para la doctora del EAPAS de Ostuncalco cuando en la consulta percibió que primero consultó por ella, la madre, y luego fue por los niños.

En mis semanas de permanencia fueron pocos los hombres atendidos, más en Pasaquijuyup que en Las Barrancas, y las consultas fueron mayoritariamente por accidentes laborales,

cuadros febriles o de malestar general en el que se sentían impedidos de trabajar. La principal estrategia para facilitar el acceso de los hombres a las consultas, sea en las CSC o centros de salud, ha sido la de repensar los horarios para adecuarlos a sus horarios laborales, pero todo indica que además de ello, su no acercamiento está ligado a la masculinidad, a no perder el día de trabajo como generador de ingresos, a la enfermedad como debilidad y a su preferencia por la automedicación.

El anuncio de que la consulta es *todos los días* sigue siendo un reto. Sin hacer de ello, el paradigma de accesibilidad y de calidad, las CSC permanecen cerradas varios días al mes, justificadas en parte, por las actividades de formación e información institucionales y los descansos de fines de semana. Los EAPAS de Bocacosta Sololá con frecuencia programaban actividades los lunes en la Clínica Maxeña y la CSC permanecía cerrada tres días seguidos, y aunque ello era sabido con antelación –a veces no- por los ASC, la población no encontraba la nota de aviso hasta esa mañana en que llegaban a la puerta de la CSC. La población entiende la necesidad de los ASC de entregar informes, de tener reuniones de trabajo y que algunos días pueda estar cerrada la CSC, pero sí era una queja constante el que no fueran avisados con antelación. Aspecto fácil de mejorar si no hay cambios en una programación mensual y se buscan lugares visibles de la comunidad para el aviso.

Otro aspecto no cerrado de la atención *permanente* eran las urgencias, que se presentan sin horario y que al vivir los ASC en la comunidad, eran avisados para su atención, atención que se realizaba, pero generaba en algunos malestar por estar fuera del horario laboral siendo cuestión de debate si debía ser considerado como una práctica privada y como tal, compensada económicamente por el paciente.

La medicina desagradable

Me recuerdo que un amigo me comentó que los indígenas preferían la medicina agradable, la que no hacía daño, la que no era amarga ni dolorosa. La verdad es que esto sólo lo observé abiertamente en los niños, niños que ya dando sus primeros pasos al pasar con sus mamás por delante de las CSC, ambas estaban a 10 metros de la carretera/calle por donde caminaban, corrían atemorizados de que sus mamás los llevaran a vacunarse, a inyectarlos, a la camilla

o algún medicamento amargo. Las madres se reían al ver a sus niños de 2-4 años escaparse en ese tramo de carretera. A veces era suficiente que uno de los ASC llegara de visita a la casa para que también se escondieran.

En el caso de los adultos, mi impresión era que para curarse tenía que doler y qué mejor que las inyecciones para curarse más rápido o que si la herida pica es que se está curando; por el contrario, se consideran peligrosos y no recomendables las medicinas amargas para las embarazadas por el riesgo de abortar como es el caso de la cloroquina (anti-palúdico), abortivo sí en altas dosis aunque no por su amargura. Uno de los medicamentos más solicitados y dolorosos es el complejo B inyectable que se aplica intramuscular a pequeñas dosis y a días alternos, por motivo de que se resiente el dolor por días, y ante el que si antes los médicos lo recomendaron, ahora se ha convertido en campo de batalla entre los pacientes que lo piden y los sanitarios que lo niegan.

Otro momento doloroso para los niños es la revisión física en la consulta. La separación del niño de la madre y su colocación en una camilla dura y fría provoca inevitablemente sus lloros y gritos. Es un momento también difícil para la madre, pues *que un niño no llore* es culturalmente parte de su *deber ser* como madre. Contradicción que ellas lo asumían como inevitable en los servicios de salud, igualmente asumido sin contradicciones por los ASC, que ante mi propuesta de que las madres hicieran de camilla, la respuesta inevitable era, “así es la norma, así nos dice el doctor”. Ni la mamá-camilla, ni la mamá-canguro, ni la mamá-tlacuache (un marsupial de la región que siempre carga sus hijos) cabían ante la norma del doctor. Si la salud y la vida se basan en el equilibrio, Adams (1952) en un estudio sobre prácticas médicas en el Altiplano guatemalteco interpreta la relación entre niño-madre, como el equilibrio entre la condición débil del niño y la condición fuerte de la madre, llevando la separación a un riesgo de desequilibrio.

La norma de exploración física de los niños en la camilla iba contra el sentido común, ¿cómo es posible explorar el abdomen, auscultar el respiratorio en medio de los sollozos de los niños? Para mi sorpresa, los ASC lo hacían y anotaban signos vitales y auscultación. Obviamente los signos vitales se disparaban, los niños resultaban con bronconeumonías y neumonías, pues era obvio que una auscultación en esas condiciones era una orquesta, y el *abdomen* siempre *en*

tabla, duro. Es posible que la alta prevalencia de neumonías en los informes, algo tenga que ver con ello, pero la norma era la norma y cabían sugerencias pero no cambios.

Siempre me llamó la atención, que si ante el niño llorando la mamá se movilizaba automáticamente, *chineándole* [moviéndolo], rascándole la cabeza, tapándole la cara, dándole el pecho, no movía un dedo cuando le colgaban los mocos, tosía u orinaba en la sala de consulta, aspecto éste último que Francisco valoraba como de gran comprensión en el doctor Kelly de la Iglesia de Cristo, y que evidentemente le chocaba con la actitud de otros médicos, que puedo suponer amonestaban a la madre.

Uno de los niños se salvó del diagnóstico de neumonía, pues la alteración de signos vitales y la auscultación en la camilla lo señalaban, a que el motivo de la consulta era en palabras de la mamá una "infección de la piel". Me sorprendió el autodiagnóstico de la mamá, pues lo que el niño presentaba era una gran escaldadura de piernas y nalgas producida por el orín, padecimiento habitual entre los niños de la región, debido a que aunque se les mantiene secos no hay costumbre de limpiarles con agua y jabón al orinarse y tampoco hay facilidades cuando están fuera de la casa. La mamá refirió no conocer el padecimiento, ni el ASC fue más activo explicándole a la mamá con algunos cuidados. Tuve la percepción de que también para el ASC era algo inevitable que hubiera escaldaduras entre los niños y no cabía mayor comentario o sugerencia.

Las metas institucionales y la difuminación de las perspectivas

La prioridad institucional desde la mirada de los ASC está en el cumplimiento de las metas y todo indicaba que así era. El hecho de que algunos sectores tuvieron bajas las coberturas de inmunización llevaba a movilizaciones de los ASC en las Jornadas interprogramáticas con el objetivo de cumplir con las metas del Ministerio, mientras que otros objetivos del Programa como el seguimiento de enfermos crónicos, quedaba en el olvido de los Equipos de Apoyo al no ser prioridad ministerial.

Miguel y Dominga eran dos adultos jóvenes con ataques epilépticos y en tratamiento medicamentoso. Miguel tras los ataques se sentía muy débil y asociaba la recuperación a la

toma de vitaminas, “cuando tomo vitaminas me siento mejor”. El ASC asoció la debilidad a la anemia y le proporcionó sulfato ferroso, recomendándole que cuando se le acabaran los fármacos antiepilépticos debía venir a la CSC y no como ahora, estar varias semanas sin medicación. Lo mismo le pasaba a Dominga que había iniciado los ataques desde la adolescencia, los medicamentos le reducían la frecuencia, pero no desaparecían. Llevaba dos meses sin medicación y también a ella le dieron la misma recomendación. El ASC fue consciente que tomé nota de la falta de seguimiento de ambos pacientes y se disculpó, aclarándome que “el seguimiento de los crónicos corresponde al doctor del EAPAS”.

A las deficiencias en el seguimiento de los enfermos crónicos y sus cuidados o la necesaria medicación continuada, observo que hay poca comunicación para las mutuas explicaciones del padecimiento. Entre los crónicos, han sido los epilépticos los más visibles, pero los enfermos diabéticos se van haciendo cada día más presentes aunque son pocos los diagnosticados. La combinación de cambios alimentarios, aunque sea más fácil cambiar de iglesia, el tipo de vida (Menjívar Iraheta, 2011: 30-32) y la genética (Hurtado- Capetillo et al., 2006) están en el aumento de diabetes mellitus tipo 2 y de la obesidad, entre la población indígena en el área rural y urbana, con la dificultad añadida a llevar cuidados y tratamientos continuados y la incomprensión a llevar un control de la ingesta de azúcar cuando “si perdemos azúcar por la orina hay que reponerla tomando más”.

En el caso de los sectores con bajas coberturas de inmunizaciones, y en control de peso-talla infantil y de las embarazadas, la estrategia para lograr las metas pasaba por las Jornadas Interprogramáticas en una dinámica en donde la prioridad estaba en la productividad por encima de otras consideraciones. Dos experiencias de Jornadas, una con los objetivos antes citados en un sector de Bocacosta Sololá y otra relacionada con una posible epidemia de tosferina en Las Barrancas, tuvieron características similares, la del fin justifica los medios.

En la primera de bajas coberturas fueron convocadas las madres con niños que no cumplían con los esquemas de vacunación. Llegaron varias decenas de mujeres con niños, se les pidió alienarse en columnas para vacunas, para control de crecimiento infantil y otra de embarazadas. Iban pasando rápidamente en un trabajo en cadena, impersonal, sin mayores explicaciones en las que entre el griterío y lloros de los niños, a unos los iban vacunando y a

otros pesando y tallando. Los miembros del EAPAS y ECOS no veían problema en ello, estaba dentro de las imágenes y rutinas con las que se movía el Ministerio, así que ellos hacían lo mismo con el objetivo loable de ampliar cobertura y mejorar las metas. La metodología ya me era conocida de las Jornadas médicas en las que había participado en otros lugares siendo yo el médico del Puesto o Centro de salud y en donde enfermos que había visto de víspera llegaban de nuevo a la fila de la Jornada a consultar por lo mismo y a por más medicamentos. El día a día del trabajo se contradecía con el repartimiento de medicamentos que suponían las Jornadas. En la Interprogramática se intentaba cubrir lo no realizado en el día a día, pero las largas filas de gente, la falta de diálogo y las madres con puños de micronutrientes, remedaban las Jornadas Médicas. La meta cuantitativa sustituía a una relación más personal entre trabajadores y la población, *por el bien de ésta* y encima de otras consideraciones.

La Jornada fue un éxito cuantitativo o eso me pareció, pero para el doctor que con frecuencia desmerecía el trabajo de los ASC, todo había sido poco, “no había estado suficientemente bien porque no llegó tanta gente y los ASC no habían informado suficientemente a la población”, a la que uno de los ASC del sector respondió que “si no han llegado más, es porque lo que quieren es medicinas y no vacunas y control de los niños”.

Un mes después y ya en Las Barrancas, surgió la sospecha de que varias personas pudieran tener tosferina, así que se avisó al coordinador del EAPAS y esa misma mañana se presentó el coordinador-doctor- k´iche´ con el traje de campaña del Ministerio de salud, traje distintivo del técnico ministerial marcando diferencias con los ASC, y con los materiales necesarios para tomar muestras de la mucosidad nasofaríngea en los enfermos sospechosos.

La comunidad había sido avisada por la radio local “La Voz de lo Alto” para que todos los tosedores y especialmente los que tuvieran tos perruna se llegaran a la CSC. De nuevo las filas, la toma de muestras y el puño de eritromicinas [antibiótico] indicados para los sospechosos. Para entonces el Ministerio ya había informado de que en los municipios colindantes se habían confirmado varios enfermos por lo que era más que probable que alguna de las muestras diera positiva. Semanas después el Ministerio informó de 11 casos de enfermos positivos en Las Barrancas (MSPAS, 2008b). Por esta vez, no hubo que agregar muertes al sufrimiento de la población.

Para el Ministerio de salud, el brote de cualquier enfermedad contagiosa prevenible con inmunizaciones, lo lleva a movilizarse rápidamente, al cuestionar no sólo su programa estrella, las inmunizaciones, sino que dadas las condiciones de vida de la población y la alta prevalencia de niños desnutridos, hay un alto riesgo de generar una alta mortalidad poniendo en evidencia el frágil hilo de mejoras en la mortalidad sin cambio en las condiciones de vida. Si a los Ministerios de salud sería más apropiado llamarles en función de su real trabajo Ministerios de enfermedades, en Guatemala sería en palabras del coordinador del EAPAS de Bocacosta de Sololá, Ministerio de inmunizaciones, priorizados por su bajo coste económico y alta eficiencia.

Las epidemias en Guatemala han causado estragos aún en épocas recientes. La epidemia de sarampión de 1990 tuvo una mortalidad del 58% de los notificados, según reconocía el propio Ministerio, y significó cientos de muertos, y a mediados de la década de los 90 tuvo que hacer frente a una epidemia de cólera […]. La participación de la población en las inmunizaciones encuentra dificultades por diferentes motivos, uno de los cuales son los efectos secundarios de fiebre y malestar ante el que las familias responden con “el niño estaba bien y con la vacuna le pegó la calentura”. La población en buena parte identifica vacunas con medicinas, por lo que no se entiende que en vez de curar, primero tenga que enfermar. Otro obstáculo está en que la insuficiente información se combina con el ordeno y mando, que llevó en un tiempo a que para empadronar a los recién nacidos, había que ir con la tarjeta de vacunación a la municipalidad, generando desconfianza y resistencias. Otro elemento de resistencia, la promueven determinadas iglesias que hacen de ellas un objetivo de sus campañas de movilización permanente, como en la campaña nacional de vacunación de sarampión-rubéola programada por el MSPAS para abril-mayo del 2007 que fue boicoteada por buena parte de la población, por la participación en ella de los mormones a quienes se les identificó y acusó de ser el Anticristo.

De la inclusión al ítem cultural políticamente correcto

La biomedicina reconoce en los “otros culturales” padecimientos culturalmente delimitados, sin reconocer que en su propio sistema, la construcción de enfermedades en base a la unidimensionalidad biológica es también una construcción cultural. En el Programa se recoge tanto en el autodiagnóstico como en la impresión clínica de la ficha médica, en la aproximación a la epidemiología socio-cultural y en el protocolo de vigilancia epidemiológica los padecimientos reconocidos como Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD). En ambas áreas de trabajo, de mediados del 2004 a finales del 2005 fueron recogidos como autodiagnósticos, 92 ojeados, 46 sustos, 238 empachos y 594 desequilibrios del calor-frío. Entre los ojeados, 79 eran niños menores de 6 años que junto al alto número de desequilibrios calor-frío nos indica que tanto los desequilibrios energéticos como del calor-frío son modelos explicativos principales para comprender los padecimientos.

Desde la antropología se han trabajado modelos conceptuales para explicar la salud/enfermedad entre la población indígena de Guatemala y países del entorno, como la relación entre equilibrio/desequilibrio entre el caliente-frío, húmedo-seco, la condición débil-fuerte, interna-externa, las normas y relaciones familiares, comunitarias y con los seres sobrenaturales, o la intervención de otros seres humanos (Adams, 1952) (Neuenswander, 1977b) (Henne, 1978) (Hurtado, 1973) (Barrios, 1980) (Foster, 1980). Todos ellos son útiles como una primera aproximación a la cosmovisión del paciente, su familia y comunidad en unos contextos cambiantes, donde están a la orden del día las transacciones entre saberes provenientes de diferentes procedencias y explicaciones.

Se observa en las comunidades que la mayor parte de los niños menores de un año, portan permanentemente uno o varios de los recursos protectores: un collar o pulsera con un *ojo de venado* (una semilla), una bolsita de ruda en el collar, una cinta roja en la muñeca o un gorrito de vivos colores en los que no puede faltar el rojo. Todos ellos tienen una condición fuerte que protege al niño de amenazas externas ante su condición débil. Y esa es también la explicación que daban las mamás y que protegían a sus bebés de la mirada fuerte de las mujeres en su menstruación, de las gestantes o de los *bolos* [ebrios] y a las que agregaban como recursos, el no mostrarlo, llevarlo tapado para no provocar la envidia y el deseo de tenerlo o tocarlo. En

caso de enfermarse recomendaban hacer una cruz en la frente del bebé con la saliva de la embarazada o del bolo [ebrio] según fuera la causa.

Imagen 31

Niño con “collar rojo y ojo de venado” protectores del mal de ojo. Pasaquijuyup.

En relación a estos padecimientos, los ASC los respetaban, les eran saberes cercanos pero en las consultas, especialmente en el caso de Francisco había una actitud de prudencia ante algunos autodiagnósticos. Tal fue el caso de Sabila una niña de 5 años que según su mamá padecía de *susto* desde que se fue su papá a Los Estados. La niña preguntaba insistentemente por su papá y a Francisco no se le ocurrió otra cosa más que preguntarle a la mamá si ella también no estaba triste por lo mismo y no tenía susto. La señora se rió y la recomendación de Francisco fue que hablaran por el celular con el papá. Mientras, Diego insistía que había que tratarla de susto. Cada ASC entendió el susto de diferentes maneras pero ambos coincidieron en desparasitar y vitaminar a la niña.

También Catarina desde que entró en el consultorio se mostró como una muchacha nerviosa, inquieta. El autodiagnóstico era de *susto*. Francisco me comentó que la chica había tenido cinco novios y todos se le habían escapado, el último a New York. Eso la tenía enojada y triste, le daban desmayos, desarreglos menstruales y desde hacía dos años no acudía a las celebraciones religiosas. Francisco le llamó la atención por haber perdido las vitaminas y le

invitó a las oraciones, a lo que respondió que en su casa no había dejado de orar. También me comentó: “Parece chiste pero así fue. Una vez tuvimos una familia entera con diarrea y repetían que alguien les había *embrujado*. Yo les expliqué que sí, que eran las moscas las que les habían embrujado y enfermado. Mi recomendación fue que taparan la comida y se limpiaran las manos antes de comer para no volver a ser embrujados”. En otra: “Llegó un abuelo a consulta por su nieta que padecía de *susto*, y la causa estaba en que sus papás no iban al cementerio a llevar las ofrendas a los antepasados. Le traté con piperacina y echó 65 lombrices, mejoró en dos meses. Ahora que tiene 15 años ya es mamá”.

También la avidez con que algunos niños y embarazadas comían tierra, arena, telarañas, poso de café, la cal de las paredes […] era identificaba como *mañas* en los niños y *antojos* en las embarazadas. En Pasaquijuyup, al menos un par de veces llegaron niños con estos padecimientos, siendo diagnosticados por los ASC como anemias severas y tratados con desparasitantes y sulfato ferroso. Al ser considerada maña o antojo, es frecuente que sea reprimido familiarmente amarrándoles las manos, con guantes a los niños, llegando a situaciones límite con la vida al no buscar algún tratamiento.

Los ASC reconociendo el autodiagnóstico del paciente –padecimiento-, como parte de la información a recabar en la ficha, van a situarlo en el proceso de diagnosis y tratamiento en relación al relato del paciente, al conocimiento que tengan de la persona enferma, y su personal mirada sobre los padecimientos y enfermedades. La posición de Francisco fue la más clara en este sentido, mientras Diego hacía en general suyo el autodiagnóstico del paciente y así lo abordaba, Francisco siempre tomaba una doble posición interpretativa, el respeto y prudencia hacia el autodiagnóstico, no sin cierta ironía en algunos casos, y un análisis del contexto en el que conociendo las herramientas de interpretación de la población y las historias personales, tomaba distancia para hacer su propia interpretación y a veces un tratamiento que integrara ambas.

En los cuatro ASC estudiados, dos de ellos, Francisco y Jovita mostraron capacidad de llegar a contextualizar e interpretar el autodiagnóstico a partir de conocer la cultura e historia personal del paciente, abordándolos según cada situación desde *dominios* diferentes, mayormente biomédicos y complementados con saberes médicos locales y elementos de la dimensión

religiosa [aspecto que no se ingresaba en la ficha médica]. En el caso de Diego y Lisandro, las hegemonías eran irregulares y en buena medida dependía de la seguridad con la que el paciente se autoafirmase en su autodiagnóstico procurando responder a las expectativas de los pacientes.

Con los SCD se corre el riesgo de ser imprudentes, tanto de traducirlos en enfermedad biomédica como de biomedicalizarlos, sumando unos y otros a un listado de enfermedades y padecimientos sin contexto social y cultural, y que me lleva a recordar el riesgo de las traducciones estudiada por el antropólogo guatemalteco García Ruiz (1992). En tiempos de la Colonia las órdenes religiosas estaban interesadas en llevar su racionalidad y valores a las comunidades cakchiqueles y confundieron los pecados mortales cristianos de la época –pecados sexuales- con las faltas veniales indígenas –sexuales-, y las veniales españolas –incumplimiento de las leyes sociales- con las faltas graves indígenas como era la transgresión de las normas comunitarias. Estas traducciones le llevaron a García Ruíz a cuestionar las bases del sincretismo, por los contradictorios entendidos, y condicionar la integración a conocer "cuál es la función del elemento incorporado en el nuevo contexto y en qué medida el significado original sigue vigente".

Sobre la importancia de conocer a la persona, su historia personal y familiar, el contexto, son relativizados en la medicina tradicional o maya, y la dinámica parece estar más relacionada con la confianza en el poder de curar del terapeuta. Así Felipe (entrevista, 2007), un amigo ajq´ij me explicaba que:

> "El ajq´ij no requiere conocer previamente a la persona, pues sus métodos diagnósticos son otros, viendo al enfermo de un primer golpe de vista, echando las semillas de tzité en la mesa. El diagnóstico es adivinatorio en unos casos y en otros sí que hay que conocer a la persona. Aunque a los médicos estos procedimientos puedan resultarles extraños, el paciente llega porque confía en los métodos diagnósticos y terapéuticos del ajq´ij´, sus raíces históricas, familiares y comunitarias, su *don*, su misión. Soy consciente de que es un reto para la medicina occidental entender nuestros conocimientos y nuestras prácticas, como que la enfermedad, *yab´l*, tenga dueño, que observemos el estado espiritual, *k´o rajaw*, de la persona, su energía, su fuerza, su condición sicológica, la enfermedad física, *tzij yabilal*, las transgresiones a las normas

sociales, que las plantas tengan principios y energías que cambian en el día o con los ciclos lunares, y que su uso no es mecánico, que no sirven igual a todas las personas. Las autoridades sanitarias ven el mundo maya, la espiritualidad y a los ajq´ijab´ como folclore".

Lo que se observa es que la población tiene diferentes expectativas en cada modelo de salud, en cómo va ser diagnosticada y tratada, a partir de una concepción y práctica de la atención que integra en los saberes populares, saberes de procedencia maya, religiosa, biomédica y otras, en donde la fuerza simbólica está en todos presente y que no llega a chocar que en unos el diagnóstico sea adivinatorio y en otros a través de un interrogatorio, y que tanto le ayudan la oración, una ceremonia maya o el medicamento.

La mayor resistencia a los SCD, con carácter de tolerancia, estaba en algunos miembros de los EAPAS. En una de las actividades, uno de los médicos indígenas me transmitió: "tantos años y esfuerzos que me ha costado estudiar medicina, para que ahora me vengás diciendo que las creencias de nuestra gente también son importantes". Situación similar se dio entre los catequistas católicos de la primera generación (1950-60) cuando décadas después y con las corrientes de enculturación (1990) entraron en la contradicción de que habiendo sus ingresos en la Acción Católica supuesto dramas familiares y comunitarias con la gente de la costumbre, ahora los sacerdotes les reivindicaran la costumbre como punto de partida a enculturar desde el Evangelio.

Para los ASC, la inclusión cultural se realizaba a través de hablar el idioma maya local, el reconocimiento del autodiagnóstico, incluir en las recomendaciones los remedios populares y un trato que consideraban respetuoso al no tener las formas de maltrato de algunos trabajadores del MSPAS. Respondía en mi forma de entender a una inclusión subalterna, en donde la hegemonía estaba en la mirada biomédica como científica, y en donde las relaciones de quien sabe y quien no, se expresaban ahora en una relación intraétnica, sin el carácter estigmatizante del otro cultural de los servicios públicos pero siempre vertical y en donde los derechos laborales competían con los derechos y necesidades de los pacientes.

La inclusión cultural la caracterizaría como "un ítem políticamente correcto", a como utilizan Good y Kleinman en su experiencia con los estudiantes de Harvard (Comelles, 2004), con

la diferencia de que en Guatemala significa para los ASC y la población, un reconocimiento de su cultura, de mayor confianza y accesibilidad a unos servicios que han estado siempre demasiado lejos.

La hegemonía del medicamento y la glolocalización

La integración de las inmunizaciones en las actividades diarias y no trasladarlo a las Jornadas y campañas periódicas ha supuesto un gran esfuerzo y una mejora sustancial de las coberturas de inmunización. Con el tiempo, las familias, las mamás se han habituado, pero llama la atención que tras la búsqueda de la ficha individual del niño/niña, el ASC se muestra más preocupado del esquema de vacunación infantil que del motivo de consulta.

Junto a las inmunizaciones, la aplicación de la vitamina A y los micronutrientes para los niños y embarazadas, van a estar integrados en la atención diaria de los pacientes. De estas consultas, las mamás salen satisfechas pues se llevan un puño lleno de micronutrientes al que se agrega la cuasi rutinaria desparasitación de los niños. El *pero* sin dejar de reconocer la utilidad de todo ello, es el reforzamiento de la dependencia al medicamento, y dejar ausente el diálogo en torno a las causas y cuidados del parasitismo y alimentación, pues el medicamento se convierte en la panacea, en la solución al problema. Para las familias, las vitaminas son la respuesta a una alimentación que se les ha insistido desde los servicios de salud es deficiente, y que es difícil de cambiar tanto por las dificultades económicas y culturales para otras siembras, como por las de modificar hábitos alimentarios. Si en las décadas anteriores, hubo un auténtico diluvio de mensajes desde los servicios de salud y empresas farmacéuticas sobre la necesidad de tomar vitaminas en preparados farmacológicos, los nuevos mensajes desde los servicios, de priorizar la alimentación chocan con el poso educativo que le antecedió, y sigue siendo común vender los huevos y gallinas para poder comprar vitaminas en las ventas y farmacias.

Los ASC en familia, participan del mensaje de mejorar la alimentación, lo cual es visible al compartir mesa en sus casas, pero no son inmunes a la vitamina en tableta, pues por un lado está así estipulado para niños y embarazadas y es un comodín para consultas en las cuales el enfermo no puede salir sin algún medicamento. Si el paciente ha ido a consulta es por algo, y salir sin pastillas, sería indicio de que el ASC no sabe, no puede curar. Esto les lleva con

frecuencia a saltar los protocolos y alterar la Impresión Clínica sospechada por otra que justifique la administración de “algún medicamento”, en unas será con vitaminas pero en otras con medicamentos más o menos inocuos. Un ejemplo de la presión de los pacientes sobre los ASC para hacerse con algún medicamento o alguno en particular en el que confían, estuvo con María que tras entregar al ASC el papelito donde traía anotada la clave de su vivienda y mientras éste buscaba la carpeta y su ficha individual, dado que era joven me animé a hablarle en castilla. Tenía una dermatitis en zonas expuestas al sol, cara y brazos, así que le pregunté si usaba camisa de manga larga, si usaba sombrero para que el sol no le diera directamente a lo que respondió con risas, risas que interpreté no porque me hubiera dirigido en español a ella sino por la impertinencia cultural que significaba usar camisa y no huipil, así como sombrero. Ella solicitó, exigió literalmente “un protector solar”. Como no había protector solar ni nada inocuo salvo vaselina, el ASC optó por administrarle un antimicótico en crema y en la impresión clínica anotó micosis. Posteriormente le administró la vacuna de sarampión y rubéola y sus correspondientes micronutrientes.

El que las mamás y los niños salieran con puños de medicamentos, que las mamás llenaran las bolsas de sus *gabachas* [delantales] con medicamentos de sus varios enfermos, siempre me generó dudas sobre su toma. La responsabilidad del ASC no acaba con el diagnóstico y proporcionar el tratamiento, no acaba intramuros de la CSC, continua asegurándose al máximo posible, la buena toma de los medicamentos, aunque el paciente y su familia tengan la última palabra. Mis dudas sobre el uso de los medicamentos se confirmaba en las visitas domiciliares, en donde en la cocina o dormitorio, en los canastos o cajones se observaban tiras y frascos con medicamentos.

Desde el 2004 en que participé como médico en las actividades del programa individual, el desencuentro activo de los miembros de los EAPAS, y pasivo de los ASC, fue permanente en torno a que la medicación se individualizara, en una bolsita por persona junto a la explicación oral y por escrito de la dosis y finalidad del medicamento. La resistencia fue total. Y su justificación era clara, “no saben leer, la bolsita la van a echar nada más salir de la Casa de Salud, van a contaminarnos”, a la que no servía mi respuesta de “si no saben leer, sobran los carteles educativos de la CSC. Hagamos la prueba con la bolsita y la receta”. Jovita fue la única ASC de los cuatro estudiados que lo hacía, con el mérito extra de hacerlo en papeles

usados que de ese modo los reciclaba. A pesar de la resistencia, me parecía tan necesaria dar la medicación escrita, que en ese 2004, se les proporcionó una propuesta de hoja informativa muy sencilla a entregar al paciente que incluía el diagnóstico clínico del ASC, los medicamentos y su dosificación, escrita y en dibujos, ésta en versión para analfabetas en relación a las posiciones del sol. No le hicieron el menor caso.

No me cabe la menor duda de que los ASC y miembros de EAPAS conocen las lógicas de la población mejor que yo, pero considero que en esto, les podía la comodidad ante el tiempo y el trabajo de escribir. Pero ¿cómo va recordar una persona, mamá o papá, si sale con los tratamientos propios y de varios hijos, cada quien con su medicación y todos los medicamentos junto en una bolsillo de la gabacha? No hay familia, en que alguno de sus miembros sí sepa leer, por lo que no darles el escrito era percibido por mí, primero como comodidad, segundo como que la responsabilidad acaba en la puerta de la CSC y tercero una minusvaloración y riesgo hacia la población. La responsabilidad limitada al intramuros también se trasladaba a las bolsas de incaparina proporcionadas a los niños desnutridos. A una niña menor de dos años, a la que se le proporcionaba cinco bolsas de incaparina quincenales y no aumentaba de peso, habían decidido aumentarle la cantidad en contra de la evidencia de que aplicaban el criterio cultural, de que los alimentos disponibles se repartían entre toda la familia y la que menos aprovechaba era la niña desnutrida e inapetente.

La comunicación oral es predominante en las comunidades, para el día a día y para convocar sus reuniones, pero lo escrito está presente comenzando con el levantamiento de actas de las reuniones importantes. Los mismos trabajadores del EAPAS que se negaban a hacer las recetas eran bien estrictos en exigir que a las autoridades comunitarias se les informase de las reuniones siempre por escrito.

Para el ASC que iba a ser evaluado a partir de que en la ficha individual, la impresión clínica y el tratamiento siguieran las Guías de abordaje/protocolos, la toma de los medicamentos eran responsabilidad de los pacientes y familiares y conociendo a sus vecinos sabían lo difícil que es, con receta o sin receta, el buen cumplimiento de la misma. Del medicamento se espera mejoría inmediata, dos días sin cambios notables significan que no sirve, no es el adecuado. Y si mejoró en dos días, puede que sea suficiente y se guarde el medicamento para la próxima vez que se enferme. El medicamento tiene una carga mágica/sobrenatural de efectividad

inmediata que lo acerca más a la oración, a las ceremonias mayas para recuperar el espíritu que a otros procesos locales que requieren de más tiempo, como el crecimiento de la milpa [el maizal], la medicina natural que popularmente “cura más despacio, pero no hace daño como los medicamentos químicos de farmacia”.

Si la globalización es “un objeto cultural no identificado”, el medicamento de farmacia es glolocalizado y en torno a él, cabría reconocer como “las culturas locales difícilmente se evaporizan y se insertan en lo global, en sus márgenes, de diversas maneras, pero no como simple `mcdonalización´” (García Canclini, 2005: 45,51). Fanon (1974: 102) considera que “para el `indígena´, la enfermedad no evoluciona progresivamente sino que ataca con brutalidad al individuo, de manera que la acción de un remedio resulta menos de su repetición continua, rítmica y progresiva que de su carácter masivo, de su acción simultánea y total; de allí la preferencia que tienen los `indígenas´ por las inyecciones”. El indígena de Fanon es el argelino, pero podía ser también el indígena guatemalteco.

La fiebre, la tos, son generalmente comprendidas como padecimientos y con un medicamento se espera su pronta desaparición. En Las Barrancas, una de las mujeres que padecía tosferina y a pesar de recibir su tratamiento antibiótico y antitusivo, y la explicación de que la tos iba persistir varias semanas, a los tres días de iniciado el tratamiento y desesperada por la persistencia de la tos fue a Agua Blanca con José Pío, un promotor de salud que gozaba de gran confianza por parte de la población por su efectividad, y médicamente “por matar moscas con cañones”. Tras una serie de sueros intravenosos, inyecciones musculares, la tos persistía y regresó desesperada a la CSC a pedir medicinas más fuertes. No aceptaba que la tos persistiera tanto tiempo y no hubiera medicación para ello.

La pérdida de la salud, la enfermedad como un combate interno, como metáfora de una guerra (Sontag, 2003) que necesita del apoyo externo, de medicamento para su curación, es una imagen que utilizan con cierta frecuencia los médicos, y que lleva a identificar la CSC con los medicamentos. En los Puestos y Centros de salud del Ministerio el número de consultas variaba en la década de los 90 en gran medida cuando la población a primeros de cada mes, detectaba que ya habían llegado los medicamentos, con los tiempos en que no quedaban sin existencias. La medicina es en gran medida la línea de evaluación de los servicios, así el catequista de Pasaquijuyup en su celebración dominical rezaba “porque hubiera buena

medicina en el puesto de salud”, y Elena, habiendo sentido la muerte, el tratamiento de Diego le había reportado una mejoría rápida que en la siguiente visita, le agradecía con “ustedes si tienen buena medicina, tomé las dos primeras cápsulas y al rato empecé a sentirme mejor”.

En la consulta, los pacientes transmiten confianza hacia los ASC pero ante la pregunta de ¿cuáles remedios ha recibido el paciente antes de llegar a la CSC?, es frecuente que digan que no saben, no saben de remedios. Estas respuestas generalizadas de “no sé” contrastaba con las respuestas que las mujeres daban en las conversaciones informales, y fuera del ámbito de la CSC. En uno de los viajes, en la palangana del picop, a Margarita perteneciente a una de las pocas familias no indígenas de Las Barrancas le pregunté cómo le hacían cuando alguien se enfermaba, a lo que me respondió: “A Dios gracias nadie se enfermó grave, no hubo que ir al hospital. Siempre llegamos al puesto de salud, y para las enfermedades comunes, siempre sabemos remedios y curamos con montecitos”. Para los ASC, la población les tiene confianza pero quizás nos dicen que no saben debido a “podría ser por miedo al regaño, quizás piensen que para nosotros esos remedios no valen y que son ignorantes”. Mi comentario a los ASC para que lo pensaran fue: ¿No será una estrategia para lograr los medicamentos y evitar que ustedes respondan, siga usando los mismos remedios?

Los medicamentos de farmacia y herbolaria recomendados se justifican institucionalmente desde el reconocimiento de sus principios activos, no habiendo lugar para el complejo B inyectado u otros que gozan de gran confianza de la gente, que los médicos los indicaban antes, pero no ahora, y no sabemos dentro de unos años. El caso del complejo B inyectable tan solicitado en los cuatro puntos cardinales de Mesoamérica es un caso paradigmático. Introducido por los médicos, los vendedores ambulantes que iban de casa en casa y siempre disponible en las ventas, pasó a ser ejemplificado, contra la evidencia de la población, de que no servía para nada. Desconozco qué tanta función antineurítica o de placebo cargue esa inyección rojiza y dolorosa, pero que el paciente mejora, mejora. Hago un paréntesis en el tiempo y en el área geográfica y en los dos últimos años, platicando con amigos que por años vivieron en Centroamérica hemos coincidido varios en que debemos tomar suplementos de vitamina B12 por dificultades en la absorción. ¿Podrá suceder algo parecido entre la población centroamericana?

En el Programa, el complejo B inyectable estaba presente pero al margen y como agencia de algunos ASC. La oposición del personal médico de ambos EAPAS era notoria y sus posiciones cerradas generaban contradicción en los ASC, pues debían responder a las expectativas de la población y la evidencia empírica de sus mejorías con la posición biomédica de que no servía salvo como placebo. “La doctora dice que no sirve para nada, pero la gente nos lo pide y entonces nosotros lo tenemos y les inyectamos. El complejo es pagado, lo traen ellos o si lo traemos nosotros de Ostuncalco, lo damos a como nos cuesta”. Lo guardaban en la cocina con el correspondiente nombre del paciente a la vez que en esos días en la farmacia oficial de la CSC se descartaban 25 frascos de neurobión [complejo B] ya caducados. El complejo B es un medicamento *caliente* que se acompaña de un dolor local notable tras su aplicación intramuscular, dolor que provoca un calentamiento general del cuerpo y no pasa mucho tiempo para que el paciente se sienta mejor a la primera inyección o antes de acabar el primero o segundo frasco. Aquí sí, la confianza en el complejo B lleva a cumplir todo el tratamiento (5 o 10 inyecciones de 2 cc) o darle más tiempo a que tenga su efecto.

El medicamento a veces necesita otro apoyo externo y aquí la dimensión religiosa es clave, para unos será el comienza del itinerario terapéutico –pentecostales, testigos de Jehová, mormones-, en otros será complementario. Tanto Francisco como Jovita lo utilizaban con cierta frecuencia. Francisco frecuentemente pedía acompañar los medicamentos con oraciones. También para Jovita, la dimensión religiosa era un aspecto presente en su quehacer diario, “porque yo así lo siento, y también la gente que viene a pedir oraciones” para los pacientes y familiares. En situaciones de gravedad llegaba a conformar situaciones de alta significancia como en una urgencia atendida por Lisandro y Jovita: “La seño ya no contestaba y su madre le movía. Entonces le pedí a la mamá, pongámonos a orar para que llegue hasta el hospital”. Lisandro tenía también mucha confianza en la fuerza curativa de la oración, pero se sentía menos seguro en el trabajo sanitario que Francisco y Jovita, y se salía menos de las Guías de trabajo que no contemplan la dimensión religiosa. Francisco y Jovita, además de una mayor experiencia como promotores de salud, tenían un reconocimiento manifiesto como líderes comunitarios, y se sentían más seguros para desplegar su agencia de saberes en la dimensión religiosa.

Programa familiar de atención en salud y la visita en casa.

El Programa familiar de atención en salud (PFAS) tuvo como referencias en su elaboración (2001), entre otras, las experiencias de Cuba, Costa Rica y Chile, en las que el Dr. Valerín, un salubrista tico, de Costa Rica, que trabajaba en OPS Guatemala nos compartió sus aprendizajes. Su primera recomendación fue que las visitas se hicieran a todas las familias y que las prioridades impactaran a corto plazo, como las inmunizaciones, el control de las diarreas, aspectos de saneamiento como el agua, basuras y excretas, y la labor educativa. Recomendaba que las visitas fueran anunciadas, para no encontrar la casa vacía o caer de sorpresa y que en caso de que el ASC fuera mujer se acompañara de algún personal voluntario de la comunidad para evitar violaciones, asaltos, sustos.

La experiencia de Costa Rica había sido buena y una de las principales dificultades había estado en la resistencia de los trabajadores de salud a salir del puesto de salud, a movilizarse en el área rural. Así que recomendaba que el nuevo personal contratado se hiciera incluyendo las movilizaciones, pues los funcionarios contratados en las anteriores condiciones, difícilmente lo iban a hacer.

En el Programa de salud, el programa familiar tenía un énfasis preventivo y nació con prioridades en completar esquemas de inmunización, el control de crecimiento infantil, el manejo del agua, excretas y basuras así como labores de educación para la salud. Si la primera aproximación a la unidad familiar se había realizado a través del Censo/Línea basal (2004), en las siguientes visitas se continuaría con la actualización y complementación de lo que se consideraba información básica e ir conociendo los riesgos y potencialidades en cada familia. Tras estos objetivos inmediatos y de mediano plazo estaba el ir conociendo y atendiendo de manera particularizada las unidades familiares, y en un futuro poder construir los Conjuntos socioculturales como nivel de análisis-acción entre familia y comunidad/región.

Inicialmente la meta fue la realización de dos visitas por familia y año, pero al poco de *principiar*, se valoró que una vez al año era una meta más factible, y alguna visita más a las familias priorizadas por su problemática. En la primera ronda de visitas, entre los riesgos

detectados estuvieron la violencia intrafamiliar y el alcoholismo, ambas de la mano, pero también se hicieron presentes las dificultades de acceso del ASC al ámbito familiar, que para una buena parte de la población eran innecesarias o de intromisión: “¿qué vienen a hacer?”, “vienen a vigilarnos, a meterse en nuestras casas, ¿acaso voy yo a las de ellos a ver si tienen limpia?”. Desde el principio, el programa familiar se presentó como un reto, no sólo para los ASC y su entrada en las familias, también para el desarrollo del Programa, por lo incómodo que las caminatas resultaban para los ASC y a que no se le veían, en un principio mayores resultados.

El trabajo de los ASC se realizaba con una programación rotativa semanal. Mientras uno de los ASC atendía la CSC, el otro(s), según el número de componentes en el ECOS, realizaban visitas familiares y las reuniones comunitarias. De preferencia, la visita familiar debía ser anunciada y con presencia de todos los miembros de la familia, pero lo uno y lo otro resultaron difíciles.

Las comunidades tienen antecedentes de trabajo familiar por parte de las comadronas, ajq´ijab´ y grupos religiosos, quienes realizan actividades a nivel domiciliario integrando atención individual y familiar. Las comadronas desarrollan su trabajo en la vivienda de la mujer embarazada, dando allí seguimiento al embarazo, parto y puerperio, estableciendo relaciones de confianza y siendo de su conocimiento el entorno familiar. Para los ajq´ijab´, el ámbito familiar y comunitario es importante en su *trabajo* [hacer un trabajo es el término que dan a su atención] cuando los padecimientos que tratan tienen que ver con problemas o incumplimientos de normas familiares y comunitarias; cuando los diagnósticos son adivinatorios, los ajq´ijab´ refieren que es la confianza lo que se moviliza, más que el conocimiento de la familia. En el caso de la visita familiar por parte de los miembros de la comunidad religiosa, la visita es altamente apreciada por el enfermo y familia. Las visitas se dan en todas las denominaciones religiosas, incluida la católica, y donde la oración y los cantos se acompañan frecuentemente de regalos alimentarios de alto valor nutritivo y/o sabroso.

A nivel biomédico guatemalteco, no he conocido abordajes familiares en el área rural, sí en al área urbana, donde hasta finales de la década de los 70 estaba extendido el médico de

cabecera como parte de la medicina privada. Uno de estos médicos de cabecera, aún en activo en la ciudad de Guatemala, es el doctor Juan José Hurtado, pediatra y antropólogo guatemalteco, que a sus 75 años sigue ejerciendo ambas. Su práctica médica en la medicina privada le llevó siendo pediatra a convertirse en médico de cabecera y de familia, "ya que los niños fueron creciendo, formando familias y acabé viendo varias generaciones de una misma familia".

Para el doctor Hurtado, sus pacientes le valoran además de en su expertaje biomédico, en la confianza que establecen y su mirada amplia, no ciñéndose únicamente a una analítica, un órgano o a un episodio de enfermedad: "Conocer el entorno familiar es fundamental y echo de menos el no poder realizar ahorita visitas domiciliares por el crecimiento de la ciudad. La medicina actual con la especialización y la poca comunicación entre los médicos, tiene muchas limitaciones". Frente a la mirada superespecializada le gustaba poner a sus estudiantes de medicina el ejemplo de la abuelita de un niño prematuro: "Mire don Juan José, al recién nacido primero le vio el oftalmólogo y nos dijo que a pesar del oxígeno, el niño tenía bien los ojos, luego llegó el cardiólogo y también lo vio bien, y finalmente llegó el neumólogo que lo vio mal. No sé qué pensar del niño, si está bien o mal. Le echamos de menos doctor".

La medicina pública no ha logrado salir del ámbito de intramuros, y aún tiene dificultades para responder a la consulta por demanda, por lo que una atención teniendo a la familia como unidad de intervención puede ser un mayor reto pero también un aporte del Programa de salud Hacia la Inclusión.

¿Qué piensan los ASC y cómo actúan las familias?

La visita familiar es una actividad poco apreciada por la mayoría de los ASC, tanto por el esfuerzo que supone caminar y cargar los materiales para desarrollar las actividades como por los escasos resultados, según ellos, alcanzados hasta el momento. En consecuencia, era frecuente escuchar "la carga es muy pesada, llevamos tallímetro, pesa, medicamentos, termo. A veces no llevo el termo pues llego a la vivienda y no están, sólo están los hijos pero no la madre, entonces ¿para qué llevar el termo que pesa tanto? Sólo que sea importante, que sepamos le falta una dosis, entonces sí".

Si se pensó la visita familiar con la familia al completo, la realidad ha sido otra. Por el momento no se ha resuelto la coordinación necesaria entre los ASC y las familias, tanto porque las visitas se hacen en horarios laborales en el campo, tanto de los hombres como de una parte de las mujeres, por la consideración familiar que las actividades de salud son competencia de las mujeres, y sobre todo porque no son del agrado familiar, el hogar es un ámbito familiar, interno.

Buena parte de la población refiere desconocer los motivos de la visita, y aunque se les explicite, siempre queda la duda de si hay algo más, temen que la entrada de los ASC en la vivienda, dé pie a una crítica a la higiene y a su forma de vida, viviéndose como una intromisión a su ámbito privado. Si el ASC avisa, la familia que no quiere ser visitada se ausenta, y sin aviso previo, el ASC puede encontrarse con la puerta cerrada, con ausencia de los adultos que están trabajando y sólo están los niños jugando o está la mamá con los niños y nunca los hombres. Los ASC coincidían en que "bastante gente no quiere visitas, y si les avisamos, lo que hacen es no estar, así que hay mayores probabilidades de encontrarles, llegando de sorpresa. Unos se asustan, a otros no les gusta que lleguemos a sus casas y otros nos reciben bien". Para Jovita: "las visitas que hacemos, tal vez en algunas ayudan, pero en la mayoría no practican lo que hablamos, y algunos están en contra de la visita. Cuando les hablamos de la higiene dicen que 'así hemos vivido siempre y ahorita no vamos a hacer eso', 'no hasta ahorita vamos a practicar nosotros esas cosa'. Pero otra gente acaba agradeciéndonos".

Del "Censo. Línea basal del 2004" se tiene información de cada unidad familiar tanto a nivel social como cultural, y la Ficha de salud familiar (Anexo 6. Ficha familiar) con la que se hace la visita, tiene un objetivo más operativo, confirmando los nombres y edades de los miembros de la familia, y priorizando aspectos relacionados con las inmunizaciones, embarazos, saneamiento y potenciales riesgos familiares.

La ficha familiar como todo instrumento, puede ser una guía o camisa de fuerza. La habilidad de cada ASC la convierte en una u otra, pero la supervisión por parte de los miembros del EAPAS, hace hincapié en el completo llenado de casillas y responder a las metas

priorizadas institucionalmente: control de inmunizaciones, control de embarazos y planificación familiar. Bajo esa presión, la ficha vuelve a hipnotizar al ASC, haciendo preguntas mecánicas, mirando la ficha y anotando las respuestas, y sacrificando otro tipo de comunicación que construya mayor cercanía, confianza e información que el ASC conozca de esa unidad familiar. Para el ASC la visita familiar requeriría articular una mirada cercana, del conocimiento y condiciones de vida locales, con una mirada lejana, socio-sanitaria, que no es fácil pues salvo en algunos aspectos como la higiene, llevan al ASC a comentar "así son nuestras casas, así vivimos nosotros". Será posteriormente en la CSC o desde el EAPAS y en base a los datos recogidos en la ficha, que se caracterizará el grado de riesgo de cada unidad familiar. De nuevo, la mirada fija en la ficha limita una mirada más amplia y cualitativa y una intervención más pronta, en ese difícil equilibrio entre las necesidades institucionales y una mayor agencia de los ASC a partir de sus saberes locales y un cierto extrañamiento.

Mis primeras visitas familiares fueron en Pasaquijuyup de la mano de Francisco. Iniciamos por las familias más alejadas de la CSC, y por el material a llevar, repartimos la carga del rotafolios, el tallímetro, la papelería, los micronutrientes, desparasitantes […] y el termo con las vacunas. Acabó sacándome la risa cuando me comentó: "como es grande el peso que toca llevar en las visitas, he pedido un caballo al coordinador". No obtuvo respuesta del coordinador, pero sí la mía de: "Francisco, del curso a ahora que trabajas de ASC creo que has ganado varias libras [engordado]".

Eran dos viviendas contiguas con un patio compartido donde se encontraban cuatro mujeres adultas y numerosos niños, algunos en edad escolar que no habían ido a la escuela y los hombres ausentes por encontrase en el campo. La visita no estaba anunciada y tras el saludo, Francisco les explicó el motivo de nuestra llegada. Francisco abordó a cada familia por separado y en ambas inició con una charla educativa. Si en la primera abordó las inmunizaciones, en la segunda fue la diarrea y la importancia de hervir el agua. Las mujeres y los niños siguieron con atención la clase magistral de Francisco y las láminas que yo iba pasando con mujeres y niños que vestían con el traje típico de la zona. A pesar de que Francisco era el único que hablaba, el público no perdía detalle a sus palabras. Posteriormente a las charlas, pasamos a vacunar a los niños, a pesar y tallarlos así como a proporcionar un puño de desparasitantes, sulfato ferroso y ácido fólico, para niños y mujeres embarazadas,

así como unos sobres de suero oral como reserva y sin mayor explicación, al dar por hecho que sabían de su manejo. Uno de los niños, de 12 años era epiléptico, y estaba presente en el patio, pero no hubo preguntas en relación a su situación ni tratamiento, pues no era parte del objetivo de esta visita y su seguimiento era tarea del doctor del EAPAS.

Caminamos poco, cinco minutos, y llegamos a una vivienda donde la familia había rechazado la vacuna de sarampión y rubéola de este año (2007), al participar del temor generado por los grupos pentecostales y algunos católicos de que esa campaña era impulsada sí por el Ministerio, pero también por el Anticristo. El jefe de familia había comenzado a estudiar en la escuela de adultos y le habían advertido de los riesgos de la epidemia y las ventajas de la vacunación y a partir de ello habían aceptado la vacunación. “Esta gente necesita educación para entender las cosas como son” fueron las palabras de Francisco. En la casa sólo había una joven y como ya estaba vacunada, seguimos el camino.

En el recorrido, siempre llegando a las familias sin previo aviso, y en la misma dinámica de charla magistral, inmunizaciones y micronutrientes visitamos varias familias. De regreso a la CSC, nos acercamos a una vivienda en el que previo a su llegada, Francisco me adelantó que la joven se había recién curado de susto, susto que consistía en que cuando tejía, sentía a alguien detrás y le movía el telar, siendo previsible que esa persona que le llegaba era su cuñada, una joven que se había suicidado tras ser golpeada por su madre. Se había curado o al menos se sentía mejor tras ser tratada por una vecina con las limpias de ruda y pasándole un huevo de gallina por el cuerpo. Las caminatas por la comunidad dentro del programa de visitas familiares permiten al margen de lo escrito, dar seguimiento informal a algunos enfermos conocidos y ampliar la confianza y empatía con la población.

En las visitas familiares observé en Pasaquijuyup, el que prácticamente todas las familias tenían *chiqueros*, cercados para los *coches* [cerdos]. El enchiquerar a los cerdos fue una de las labores de los promotores de salud, pocas veces lograda pues si se mantienen libres, ellos se buscaban la comida, mientras que encerrados había mayor gasto para darles de comer. El hecho de que las familias vivieran relativamente cerca y con las milpas intercaladas había obrado a favor de enchiquerarlos, pues los destrozos de las siembras y el pago consiguiente los

había convencido. El resultado era una mejora considerable de la higiene de las viviendas y su entorno.

De Pasaquijuyup y antes de trasladarme a Las Barrancas, pasé por la comunidad de Tzamabaj, perteneciente a otro sector del Programa. Acompañé a Tomás, uno de los ASC, en las visitas y la dinámica fue la misma, caer de sorpresa a las familias. Las primeras cuatro visitas fracasaron por la ausencia de adultos y en la quinta para mi sorpresa, en el corredor de la misma había una caja de muertos. Al interior una señora mayor estaba enferma y se percibía grave. Tomás no me dio mayor explicación sobre la caja, que luego vimos también en otra, pero al comentarlo con los miembros del EAPAS, una de las enfermeras relató que su abuela, también k´iche´ y de un pueblo cercano a Quetzaltenango, "al sentir la cercanía de su muerte, pidió la caja, y al verla se sintió más tranquila, segura de recibir un entierro como era debido".

Ya en Las Barrancas, la primera visita la realizamos en la otra comunidad del sector, en Granadillas. La vivienda no era conocida por Jovita ni por la miembro del EAPAS que la acompañaba, y nos llevó un buen tiempo encontrarla, pues no había viviendas cercanas en donde preguntar y aunque estaba cerca de la carretera, no era visible por la abundante vegetación. Llegando a ella, la joven que nos recibió nos recomendó con palabras sencillas y suaves, "tengan cuidado con el perro", no molestándose en atarlo: "si se descuidan, muerde". La joven cargaba una criatura, mientras Jovita le explicaba el objetivo de la visita e iniciando las preguntas y llenado de la ficha con la mitad de los sentidos puestos en el perro.

La ficha, a modo de cuestionario, acabó convirtiendo la entrevista en un interrogatorio, en una rutina que aportaba información, para analizarla en todo caso en la CSC, pero quitaba espontaneidad al momento. Jovita quedó atrapada en las muchas preguntas de la ficha como religión, estado civil y otras, pero transmitió la suficiente confianza a la joven que tenía la necesidad de compartir sus problemas. Las palabras de la joven transmitían temor y vigilancia a las preguntas. Con su cuerpo cerraba la puerta de la cocina, tras el que se observaba un tapesco del que colgaban los pies de un hombre. A nosotros nos mantuvo en el corredor, expuestos al perro. Nos relató que venía de una aldea cercana, Palestina, sólo hablaba castilla y hacía año y medio que se juntó con su marido, al poco de llegar éste de Los Estados, quien se mantenía ebrio y a veces violento. Vacunamos a la nena de tres meses y se le ofreció apoyo

para los problemas del alcoholismo, sin especificar el tipo de apoyo. Nos alejamos de la casa con el temor del perro y de que por la información vertida por la señora pudiera ser golpeada por su marido. Nos quedó claro que era una familia de alto riesgo y había que darle seguimiento. En el 2008 (INS) se constata que "se vigilan y previenen 53 riesgos para la salud familiar y se destaca el trabajo con familias afectadas por la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, así como la vigilancia de riesgos relacionados con el manejo de plaguicidas, agua y basuras".

Regresando de Granadillas a Las Barrancas, Jovita me comentó que al ECOS le faltaban 88 visitas familiares para cumplir las metas. Le pregunté sobre la receptividad de las familias y la validez de las mismas, siendo su respuesta contundente: "vale nada o poco, pues en las visitas tomamos el peso/talla a los que no vienen a la CSC y si no llegan, es porque no les interesan ni las vacunas, ni el peso/talla, ni la visita". Le pregunté por cuales actividades podrían ser de mayor impacto en la salud, respondiéndome: "nos falta tiempo para extender más las visitas y dar más tiempo en las consultas. No es posible prolongar más, pues no cumplimos con las metas semanales y mensuales".

Al día siguiente fui de visitas con Lisandro. En las cinco primeras familias visitadas, solo encontramos niños. En la sexta tuvimos suerte y nos recibió la señora de la casa. Muy amablemente escuchó la charla [en mam] de Lisandro pero finalmente no aceptó las tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico. Las razones de ello, eran que el mes anterior el marido le había tirado a la basura todas las pastillas, incluidos los antianémicos (fumarato o sulfato ferroso y ácido fólico), ante la sospecha de que fueran anticonceptivos. Algunos maridos asocian anticonceptivos con el que sus esposas puedan acostarse libremente con otros, y éste era el caso. Ante ello, Lisandro me confió que la señora se inyectaba depo-provera en la CSC y había negociado con los ASC, como lo hacían con otras mujeres, de no llevar registro de ello, para evitar complicaciones violentas con su marido o con la familia en caso de que el marido estuviera en Los Estados.

En las Barrancas, una buena parte de las mujeres trabajaban en el campo durante las mañanas, así que pregunté el por qué no se hacían las visitas en la tarde. La respuesta fue, que en las tardes era habitual que lloviera y a las mujeres no les gustaba, pues el ruido del agua en las

láminas de zinc dificultaba la conversación. Una buena parte de las familias consideran que la visita no es una actividad que beneficia a la población sino de interés institucional y así una mujer a la que por llegar fuera de horario no se le dio la consulta, alegó a la ASC que "mientras ella daba su tiempo para que yo pudiera sacar mi trabajo [la visita], yo no le daba cuando ella necesitaba".

Las visitas familiares me posibilitaron el ampliar la mirada de las condiciones de vida de la población, y aunque para los ASC eran más que conocidos, mi conclusión fue de que una buena estrategia para que mejoraran su percepción sobre esta actividad era trabajar su mirada de cercanía con una mirada de extrañamiento, la lógica de la población y suya como comunitario/a con una como biomédicos y salubristas. Mis comentarios para animarlos en las visitas y que el trabajo de salud no se redujera al trabajo intramuros, no fue muy convincente pues sus miradas denotaban cansancio ante el esfuerzo que realizaban, los pocos resultados y lo alejadas que siempre les quedaban las metas.

"Una es la visita del Programa y otra la visita de los hermanos [religiosos]"

En la vida comunitaria son habituales las visitas familiares ante eventos como nacimientos, enfermedades o fallecimientos y para las fiestas de 15 años y casamientos. Así que intentando encontrar puentes con alguno de estos eventos socio-culturales pregunté a los ASC si sus visitas familiares se parecían en algo a las visitas que realizan los grupos religiosos ante la enfermedad de alguna persona. La respuesta inicial y automática fue "nada que ver".

Para Diego [católico]: "Nunca he hecho visitas familiares como ahora. En los trabajos privados, no hacíamos visitas familiares y tampoco como promotores de salud. Por parte de la iglesia, sí íbamos a visitar enfermos, se consolaban y agradecían. Les preguntábamos cómo estaban, si habían ido al médico, si tomaban medicinas […]. Lo nuestro de ahora es diferente pues es una visita integral. Una es la visita del Programa y otras la de los hermanos [religiosos]". Para Jovita [presbiteriana]: "Los grupos religiosos hacen visita familiar, pero es diferente. La visita religiosa es preguntar como está y luego se hace una oración. En algunas visitas, las personas expresan su sentimiento, nos agradecen y nos hacen preguntas". Para Lisandro [católico]: "Algunas iglesias hacen visitas a los enfermos, pero hacen oración, van

con la fe de que Dios está con nosotros y los acompañamos en el dolor y tristeza. A veces, con el dolor se desaniman y olvidan de Dios, y a través de las visitas que hacen las mujeres, la oración les recuerda a Dios y les fortalece, se nos olvida el dolor, el sufrimiento".

La visita familiar tiene para los ASC una mirada distante de las preocupaciones de las familias, que contrasta con la cercanía que transmite la visita religiosa como consolar en el caso de Diego, expresar sentimientos en Jovita y acompañar en el dolor y la tristeza en Lisandro. La integralidad de la que habla Diego no deja de ser una categoría en la mirada médica que queda bastante alejada de la subjetividad e intersubjetividad que se movilizan en la visita religiosa. Contrasta el abordaje unidireccional del experto en la perspectiva biomédica con la visita religiosa en donde como en la autoatención se movilizan la solidaridad y afectividad, la escucha y el diálogo y dimensiones que llegan al corazón de la población. La visita familiar es un ámbito que ofrece más posibilidades para des-biologizar la mirada médica que en la consulta médica, y acercarse a los condicionantes del proceso s/e/a, pero para ello es necesario reforzar la mirada holística en la formación de los ASC, y las experiencias de la población son uno de los puntos de partida.

La etapa en que se encontraba el desarrollo de este programa en el momento del estudio, era incipiente, y lo previsto es que además de darle seguimiento a las prioridades actuales se abordaran problemáticas psico-sociales y se reconocieran las racionalidades comunitarias para abordar este tipo de problemáticas.

Si en la consulta, dependiendo del paciente y padecimiento se reconocen diferentes modelos de actuación, activo-pasivo, guía-cooperación, participación mutua (Freidson, 1978: 209-301), en el caso de la visita médica y el trabajo preventivo, la negociación y participación mutua son más necesarios puesto que estamos en un ámbito de actuación social y de autonomía familiar.

El programa comunitario y el largo recorrido de la promoción de la salud

A los estudios de Virchow, McKeown y de la medicina social sobre la limitada contribución de los servicios a la salud de la población, debemos agregar los de Lalonde (1974) en Canadá, Dever (1976) en EEUU, donde la reducción de la mortalidad fue atribuida en un 11% al sistema sanitario, un 27% a la biología, y un 62% al entorno y estilo de vida. En la misma línea, Navarro (1984a), Ugalde (1998) consideran imprescindible la intervención intersectorial sobre las causas estructurales que condicionan y determinan la salud.

En el Programa de salud se plantea el programa comunitario (PCOS) como la vía para la promoción de la salud, entendida como de coordinación y apoyo a las acciones en donde la comunidad participa en la transformación de los condicionantes-determinantes de la salud a nivel comunitario. La estrategia programática (INS, 2002: 63-64) intenta adecuar los diferentes tipos de intervención de la institución sanitaria, a las necesidades inmediatas y sentidas de la población, como son los aspectos curativos y algunas acciones preventivas, para sobre la base de unas relaciones de mayor confianza se pueda desarrollar un trabajo de promoción de salud. Este se concretaría en el programa comunitario que iría en incremento a través de la progresiva participación, organización y empoderamiento comunitario dirigido a acciones que modifiquen algunas de las determinantes-condicionantes de su salud.

En el programa comunitario de salud las actividades para su realización deben ser consensuadas o coordinadas con las autoridades comunitarias o con los grupos de interés específico. Ello no quita que en algunas actividades la dirección esté en la institución sanitaria, por su capacidad económica y de relación con instituciones exteriores a la comunidad. Tal fue el caso, en la mejora de la carretera y la reconstrucción del agua entubada solicitada por la comunidad con la intervención económica de apoyo por la institución sanitaria; o la hegemonía de las instituciones sanitarias en las actividades educativas y en la coordinación con los médicos “tradicionales”.

Las actividades con los ajkunanelab´ mayab´ [médicos mayas]

El Programa hace suyo el planteamiento de las organizaciones de ajkunanelab´ mayab´: ajq´ijab´, comadronas, médicos mayas […] de desarrollar una relación bajo la propuesta de "coordinados, pero no integrados" planteada durante la investigación para formular el Programa. La frase expresa la idea central de "juntos, pero no revueltos", en la perspectiva multicultural de muchas de las organizaciones indígenas que desde sus diferentes ámbitos de trabajo, conocen la relación desigual que establecen con organizaciones no indígenas en base a la hegemonía de éstas. La estrategia política de multiculturalidad formulada por buena parte de las organizaciones mayas, resulta de difícil aplicación en el campo de la salud en las comunidades, por la hegemonía del modelo biomédico y la realidad transaccional, así como por la pobreza de los ajkunanelab´ mayab´, que priorizan sus estrategias de sobrevivencia en el día a día.

En Bocacosta de Sololá hay ajq´ijab´ [guías espirituales, sacerdotes mayas], curanderos, comadronas y otros especialistas médicos mayas y populares pero no se conforman como organización, algo que sucede en la mayoría del país, por la persecución, aislamiento y subalternidad en el que han sobrevivido. Aunque gozan del respeto de la mayoría de los comunitarios es bastante manifiesta su subalternidad con respecto a los promotores y doctores, así como de sus recursos curativos con respecto al medicamento de farmacia. Resultó muy significativo en ese sentido que los ajkunanelab´ mayab´ de los sectores de Sololá que cubre el Programa, acudieran a la Clínica Maxeña a recibir sus carnés de terapeutas comunitarios con el que se sentían más respaldados legalmente pero también más legitimados ante la comunidad.

El reparto de carnets a los médicos tradicionales, bajo la responsabilidad de la Clínica Maxeña, una clínica benévola, mostraba la mutua confianza y el beneficio mutuo, en el mutuo reconocimiento como autoridades. Para la Clínica significaba el reconocimiento a su integración socio-cultural en la región desde su contraparte histórico-cultural en el campo médico comunitario, pocos médicos tradicionales pero simbólicamente importantes. Para los médicos tradicionales, su carnet significaba una legalización indirecta pero fuerte, pues tras la Clínica estaba la Iglesia católica, ante las autoridades estatales que cíclicamente amenazaban

con denunciarlos por sus actuaciones ilegales, por sus actuaciones no reconocidas por los biomédicos y las anteriores autoridades del Ministerio de Salud, y un plus de legitimidad ante sus propios vecinos comunitarios. El carnet también tenía la fuerza de que durante los años más fuertes de la represión, poseer un carnet de promotor del Ministerio de Salud era un salvoconducto para su movilización, para evitar capturas indiscriminadas y salvar la vida.

Imagen 32

Comadronas y terapeutas tradicionales en espera de recibir su carnet de Clínica Maxeña

Que una Clínica perteneciente a la Iglesia católica diera carnets a los curanderos y ajq´ijab´, era también significativo de su cambio de actitudes ante estos actores comunitarios, que si en tiempos no tan lejanos habían competido por la feligresía, ahora ya no lo eran por su subalternidad, y la competencia venía del ámbito evangélico. Entre las hermanas religiosas que dirigían y trabajaban en la Clínica su opción estaba clara:"debemos apoyar todo lo que sean las comadronas, la herbolaria y la medicina natural", a la vez que si alguna expresó sus dudas sobre el *esoterismo* maya al otro lado del río Nahualate (comunicación personal, 2001), la misma hermana financió poco después varias ceremonias mayas en un cerro cercano, así como el viaje y atención de un joven herido en Tzamabaj con un huesero muy famoso de Atitlán (2004), a quien yo había recomendado reposo por el fuerte golpe en la cabeza de fémur.

El Programa en Pasaquijuyup ha tenido contacto con los médicos tradicionales, curanderos… levantando un listado de terapeutas en las comunidades, de jornadas de intercambio de saberes, así como de coordinación de referencias y contrarreferencias. El trabajo en este

sector/comunidad se ha concretado más con las comadronas, algunas de las cuales son también curanderas, y en una de sus reuniones, ante mi pregunta de donde estaban los curanderos, la respuesta fue que sólo había uno, “trabaja en la profecía” y no viene porque “ya es mayor, analfabeto, no habla castilla y le da pena estar sólo con puras mujeres”.

La coordinación con las comadronas en Pasaquijuyup, según la enfermera del EAPAS, ha tenido varias etapas: “Durante los dos primeros años hubo intercambios, pero ahora nosotros les enseñamos, pues las comadronas quieren aprender lo que no saben”. Los trabajadores biomédicos han dejado de aprender de las comadronas, pero no éstas del EAPAS, y similar situación se presentó en Ostuncalco, donde una miembro del EAPAS resultó sorprendida ante la solicitud de los curanderos, de “queremos aprender lo que saben los médicos”, solicitud a la que respondió: “no puede ser, porque cada quien tiene un trabajo diferente”. A nivel de salud y comunidades lo que se observa son transacciones entre diferentes saberes y prácticas, y en el que algunos de los terapeutas tradicionales comunitarios quieren ampliar sus conocimientos y prácticas con lo biomédico en un *todo sirve* que presumiblemente está construido desde significados y dominios diferentes a los biomédicos.

Participé en varias reuniones con comadronas en Pasaquijuyup, siempre reuniones alegres, un espacio de mujeres, de intercambios de dimes y diretes, de interés al margen de la clase magistral. En una de esas reuniones, me llamó la atención que queriendo teóricamente construir un espacio de horizontalidad, la enfermera k´iche´ del EAPAS había cambiado su habitual corte-huipil que le acercaba identitariamente a las comadronas, por el uniforme de enfermera profesional, camisa-pantalón, que marcaba diferencias y desigualdades. El tema del traje no es baladí y había sido un tema importante de discusión al comienzo del Programa por el que se había consensuado que las ASC llevarían el huipil y corte local, mientras los hombres la ropa habitual de los lugares, las camisas o playeras y pantalones, y todos sobre la ropa anterior llevarían la filipina que les identificaría como trabajadores de salud. En ambas regiones, salvo algunos ancianos k´iche´es que usan *koxtar*, una especie de faldilla, la ropa habitual de los hombres son los pantalones mientras las mujeres visten el corte y huipil locales y que diferencia a cada municipio.

Retomando una reunión con las comadronas, llegaron siete de las nueve comadronas y tras los saludos de bienvenida, la enfermera y la responsable del programa comunitario, ambas hablantes k´iche´es, presentaron “la hoja de referencia” que iba ser validada para cuantificar la atención de ellas, y posteriormente el uso de varias plantas medicinales. La “Hoja de referencia para las comadronas” (Anexo 7), elaborado por la animadora del programa comunitaria, se presentó para validar y posibilitar el que las comadronas informaran de sus actividades curativas. Dado el analfabetismo de las comadronas, la hoja se basaba en dibujos a marcar, dibujos que debían ser identificados con los padecimientos que ellas atendían: el ojeado, la mollera caída, el empacho, el susto, las fracturas, la caída de matriz; y dos recursos posibles: la profecía y la ceremonia maya. Las mujeres tuvieron dificultades en identificar todos los dibujos por lo que acabaron aprendiendo los que no habían entendido. Cada comadrona llevaría una hoja y marcaría una X sobre el dibujo por cada atención presada.

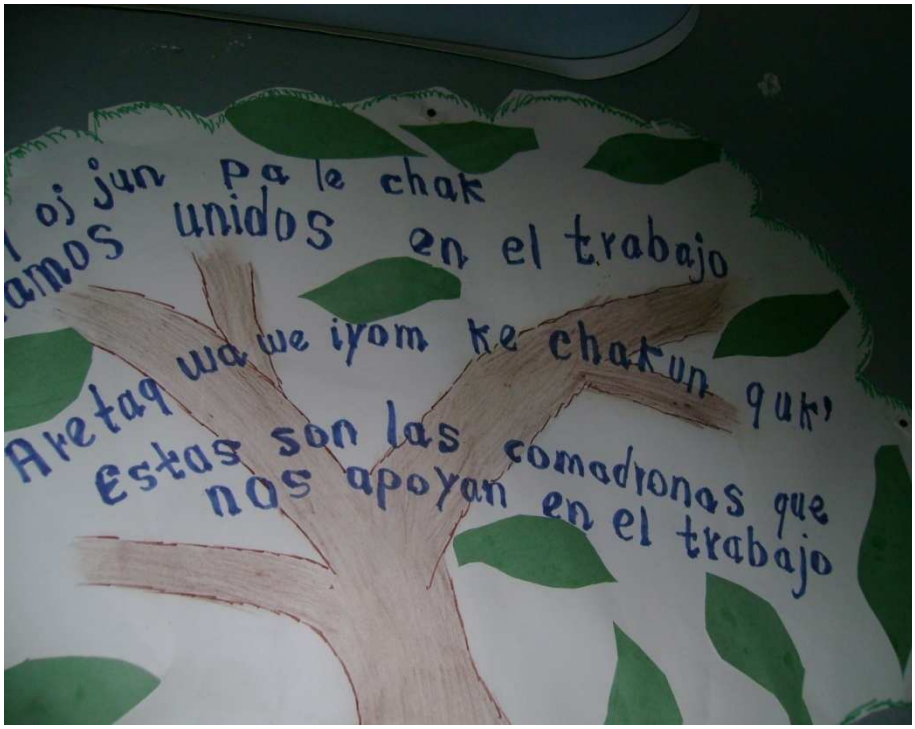
Cuando se daba por terminada la validación, una de las comadronas resultó sorda y tomó la palabra, habló por 10 minutos tras de los cuales dejó claro que no entendía los dibujos. La animadora muy pacientemente le explicó dibujo a dibujo lo que significaban y que debía recordar. De esta manera se dio por re-validada la hoja de referencia. Ningún dibujo se refería a diarreas, parasitosis intestinal, catarros y otras enfermedades que también tratan las comadronas, pero del que supuse debían referir a los ASC, y ellas serían las expertas de los padecimientos de la “Hoja” con enfermos que también serían referidos desde los ASC.

Para la segunda actividad, la enfermera había llevado tallos, hojas, raíces de plantas medicinales con las que iban a hacer tisanas, para tratar la tos seca y la tos húmeda. Las comadronas escucharon atentas el tipo y número de hojas que se utilizaba y el número de tisanas a tomar en cada padecimiento. Posteriormente se invitó a las participantes a tomar las tesinas, que por su abundante azúcar hizo las delicias de las comadronas y que acompañado de jugos de frutas de las ventas de Santo Tomás, papas fritas y demás aperitivos hicieron de lo más exitosa la reunión.

En el pilotaje de Ostuncalco, las actividades con las comadronas, habían decaído tras el impulso inicial y la médica del EAPAS daba por acabado, al menos temporalmente, el trabajo de capacitación con las comadronas. En ambos pilotajes, la relación de los miembros de los

EAPAS con los terapeutas tradicionales dejaba la horizontalidad y el co-aprendizaje en el horizonte futuro de la equidad. Los miembros del EAPAS creaban escuela y los ASC reproducían la misma verticalidad y estatus con los terapeutas comunitarios y en la educación en salud con la comunidad. En Tzamabaj, los ASC habían colocado en la sala de espera de la CSC, un cartel con las fotos de las comadronas que llevaba el significativo escrito de: “Estamos unidos en el trabajo. Estas son las comadronas que nos ayudan en el trabajo”. El mensaje traslucía sin dulcificaciones, la representación y práctica de complementariedad subordinada que tenían para ellos, las comadronas en su trabajo. En general, las ONGs son poco críticas entre el discurso de co-aprendizaje y horizontalidad con los terapeutas comunitarios, con unos hechos que lo desmienten. El MSPAS no padece de tales contradicciones, pues tienen claro que ellos rectorizan, saben y aquellos complementan en la subordinación y subalternidad.

Imagen 33



Cartel de comadronas elaborado por los ASC en Tzamabaj

Actividades con comités y grupos comunitarios

Entre las prioridades del Ministerio de Salud y del Programa está la reducción de la mortalidad materna así como enfrentar las catástrofes sociales provocadas por los deslaves, huracanes o terremotos. Ambas tienen en común, la necesidad de abordar la emergencia a través una intervención rápida y del requerimiento de la organización comunitaria.

Una mujer en un parto problemático deberá ser trasladada de urgencia a un hospital y habrá que asegurar el dispositivo de su evacuación, tomando en cuenta que no hay ambulancia, y es necesario tener concertada la salida y su pago con alguno de los vehículos de la comunidad. La comunidad deberá estar organizada también para enfrentar otras urgencias médicas, fue el caso en Las Barrancas con un cortador de café que presentó una apendicitis y una primigesta que llevaba más de un día con trabajo de parto; y ante los desastres sociales consiguientes a los desastres naturales por movimientos de tierra, deslaves, terremotos, inundaciones […] como fueron el Mitch, el Stan y serán otros. La propuesta gubernamental para enfrentar las emergencias ha sido la conformación en todas las comunidades de Comités Para Emergencias Comunitarias (COPEC) y que el Programa está trabajando en su implementación en las poblaciones bajo su cobertura.

La promoción de esta estrategia está en manos de los responsables del programa comunitario, y la animadora del mismo, miembro del EAPAS, convocó a una reunión para darle vida al COPEC de Pasaquijuyup que languidecía como languidecen los grupos que son promovidos desde fuera y que no logran enraizar en la comunidad. A la reunión y a las dos de la tarde de manera puntual llegaron cuatro de los miembros del COPEC, pero en vista de que faltaban otros se dieron un tiempo de espera que en las comunidades a veces llega a ser de una hora. A las 3 de la tarde y en vista de que no llegaban más participantes, se inició con la bienvenida de Diego y de la responsable del programa comunitario. Tras media hora de intervención de ambos trabajadores presentando la agenda del COPEC, los cuatro miembros comunitarios de ésta tuvieron una intervención de 10 minutos. La dirección del COPEC en manos de la institución sanitaria, y la posición de escucha a las actividades programadas externamente a los miembros del Comité, mostraba la subordinación de éstos. La propuesta para sacar del letargo al COPEC era un curso en la Clínica Maxeña y se les anunciaba su necesaria participación, curso que iba tratar, de la gestión del dinero comunitario para los traslados de emergencias y la capacitación de grupos locales en neumonía, diarrea y partos. La reunión finalizó a las 4 de la tarde, y una anciana que esperaba fuera desde las 2 de la tarde, solicitó consulta, pero le fue denegada “por estar fuera de horario”.

En esos días, otra actividad del programa fue la cloración del agua de los tanques y la limpieza de las tuberías de distribución del agua en la comunidad. Se pasó el aviso a uno de los miembros del Comité de agua de Pasaquijuyup de la necesidad de la limpieza ante la aparición de bacterias *colis* en las muestras del agua de bebida de la comunidad. Las *colis* significan presencia de heces fecales y en consecuencia de un alto riesgo de diarreas. El día señalado para la limpieza, de las 4 personas del Comité, sólo llegó la persona directamente avisada y la actividad fue realizada por él, dos miembros del EAPAS y uno de los ASC. La actividad fue considerada un éxito y los miembros del EAPAS se retiraron a Santo Tomás en la tarde-noche. Al día siguiente cuando amaneció y para mi sorpresa, ni Francisco ni Diego estaban en sus casas. Tomé el camino de la CSC y a mitad del recorrido me topé con una reunión multitudinaria de hombres frente al salón comunal. No observé entre ellos a los ASC, y continué el camino hasta llegar a la CSC. Estaba cerrada y no había pacientes en la espera.

A las 8 y media de la mañana, llegaron ambos ASC, algo asustados, pues la cloración se había convertido en un gran problema. La asamblea había sido convocada con urgencia a las 5 de la mañana para las 6, y el motivo era pedir explicaciones a los ASC y al miembro del Comité por el "envenenamiento" del agua. De hacía un año, un acuerdo comunitario prohibía la cloración del agua, pues ésta había sido considerada venenosa, algo habitual en las comunidades del Altiplano guatemalteco, pues al cambiar el color y sabor del agua, cualquier malestar digestivo se le atribuye a la cloración y provoca su rechazo. El acuerdo no había sido cumplido y en ello estaban implicados los miembros del EAPAS identificados como Clínica Maxeña, los ASC y el miembro del Comité de agua, unos por su participación directa y los ASC y el miembro del Comité, que sabidos de la prohibición, no lo habían impedido. La razón de la no intervención de los ASC no me fue explicada, pero intuí que las metas institucionales son las metas y que el riesgo de diarreas graves por la presencia de las colis era atenuante para saltarse la norma. Una actividad similar en el año anterior por parte de una ONG catalana, Intervida, sus trabajadores estuvieron "a punto de ser linchados por lo mismo, por no respetar los acuerdos de la comunidad", en palabras de uno de los ASC.

El incidente además de desvelar el rol subalterno de los comunitarios en las actividades de este programa, también desveló el malestar interno en los EAPAS, tras el cual en parte estaban la lucha de poder y saber en torno al conocimiento de la comunidad entre una auxiliar y un

doctor. Éste tuvo que venir a mediar en el conflicto con la comunidad y culpabilizó a la auxiliar de “a pesar de los años que lleva, sigue cometiendo errores; no se puede confiar que avisando a un miembro del Comité va pasar aviso al resto, no vale enviar por escrito, es necesario avisar a cada uno de ellos personalmente, sino no se garantiza el aviso. Ya se sabía de la oposición al cloro pero se confió en un sólo miembro del Comité, lo que no hay que hacer nunca”.

El paso de la tormenta Stan (2005) por la región centroamericana causó miles de muertos y destrucción de buena parte de la infraestructura. En la región de trabajo del Programa no hubo muertes pero viviendas e infraestructuras fueron afectadas. Para paliarlos, un proyecto de emergencia gestionado desde el Programa, priorizó la reconstrucción de viviendas, el arreglo de varios tramos de carretera y un nuevo proyecto de agua entubada para Las Barrancas.

En Las Barrancas, el responsable del programa comunitario estaba implicado en dos infraestructuras, carretera y proyecto de aguas y cada uno con sus problemas particulares. En la carretera se expresaba el permanente conflicto entre Granadillas y Las Barrancas, el mismo que hubo en la construcción de la CSC de Las Barrancas. Cuando llegué a la comunidad en el 2007, el arreglo de la carretera estaba bastante avanzado y el responsable del programa comunitario estaba dando seguimiento a las reuniones. En la reunión realizada en Granadillas, el único que tomó la palabra fue él, 45 minutos y ante mi sorpresa, toda transcurrió en español. Al preguntarle la razón pues él hablaba mam, la respuesta fue de sentirse más seguro hablando español y todos lo entendían. El problema tratado, el mismo de siempre, las autoridades de Las Barrancas, aldea con 294 hombres entre 15 y 59 años, 228 familias, exigían las mismas horas de trabajo comunitario a Granadillas que tenía 64 hombres en ese grupo de edad, 51 familias (INS, 2004). El responsable del programa hacía de mediador a partir de su autoridad moral y financiera al ser miembro del Programa que había logrado el financiamiento, y reconocía que “se había avanzado, aunque lo ganado un día, se perdía al siguiente, pero de todos modos se avanzaba”.

Al conflicto entre comunidades se unía siempre los tiempos de la comunidad y el tiempo de las ONGs presionadas por las financieras. Este dilema lo tenía muy claro la promotora de salud Pilar Ramírez (Albizu, 2005: 311):

> “Con nosotros no es como en la ciudad, correr y correr, aquí la gente está acostumbrada a llevar su tiempo. Cuando les apuran, se desesperan, pues no estamos acostumbrados a correr. Los proyectos de las ONGs son como un tiempo de ciudad que se mete en la comunidad y altera nuestra vida. La gente de la ciudad pide información y no se adaptan al ritmo de la gente. Lo trastornan a uno, nos enferma, el tengo que hacer esto y lo otro. Uno es el tiempo de las comunidades y otro el tiempo de los proyectos”.

Junto al proyecto de la carretera, el proyecto de agua entubada en Las Barrancas que había sido destruido en la tormenta también fue motivo de reconstrucción y apreciado tanto por hombres como por mujeres, especialmente por éstas que en su *deber ser* les tocaba buscar el agua en la barranca del río, lugar de difícil acceso. Para conocer *in situ* el desarrollo del proyecto de carretera y la inauguración del proyecto de agua se llegó una representación de la financiera, la misma que financiaba el Programa de salud. Ante el evento, las autoridades comunitarias desplegaron todas sus habilidades relacionales con el siempre impresionante para los *incrédulos europeos*, de mostrar primero su agradecimiento a Dios y de segundas a la ONG que había actuado de intermediaria.

Las autoridades en pleno recibieron a los europeos, 25 personas representando a todos las organizaciones comunitarias incluidos los dos Comités de agua, dada la división interna, y que habían logrado un doble entubado en paralelo, un entubado por cada Comité. A las palabras de los comunitarios, siempre muy ceremoniales y finalizadas con el: “Nosotros no les podemos pagar pero Dios les pagará. Agradecemos a Dios por su presencia, y a Dios y a ustedes por las mejoras en la comunidad” se sumaban al impacto que producen las obras titánicas realizadas a golpe de pico y pala. Esta solemnidad y esfuerzo comunitario contrastaba con el discurso de modestia y modestas palabras de los oenegistas comprometidos. Y para finalizar, el ofrecimiento por las/los comunitarios de sus “modestos alimentos”: tortillas, tamales y pollos con mole poblano, auténticas delicadezas que ofrecen de Corazón y que sirven también para tejer fino futuros proyectos.

Como parte del programa comunitario está la intervención progresiva sobre los condicionantes-determinantes de la salud, que en Guatemala si se va a los estructurales es

conocido como “tocarle los huevos al tigre”. En el Programa y dentro de lo política y pragmáticamente posible, las intervenciones como muestran las actividades de los programas familiar y comunitario, las Salas de Situación –análisis epidemiológicos-, va dirigido a intervenir en las causas inmediatas, en los condicionantes locales como el agua para tomar, el saneamiento (basuras y excretas), […]. Aspectos que son modificables en un corto-mediano plazo junto con las organizaciones comunitarias, de las familias y personas, producir mejorar en la salud y con la expectativa de apoyar un proceso de empoderamiento en el que se aportan perspectivas como el derecho a la salud, la pertinencia intercultural y la perspectiva de género.

La intervención en las causas estructurales de salud, hoy por hoy, sigue encontrando en el biologismo inherente a la mirada médica, la exclusión de los procesos y factores sociales, históricos, culturales respecto al proceso s/e/a, donde una cosa es reconocer la importancia éstos y otra, operar sobre dichos factores desde el nivel técnico e institucional, donde su manejo será, por decirlo suavemente, limitado (Menéndez, 2005b: 48-49). Desde el Programa sus participantes son conscientes de estas limitaciones, pero el camino se hace andando, profundizando en las perspectivas del mismo y teniendo presente las palabras de los ajq´ijab´: “¿cómo voy a estar sano, si mi comunidad está enferma?” o ¿cómo voy a trabajar la salud incluyente, si mi Guatemala es excluyente?

Educación en salud con la población: ¿cuál es el punto de partida?

La educación es una de las actividades que forman parte de la promoción de salud, pero al igual que la definición variada de la APS, la promoción puede ser identificada como educación, información a transmitir a la población en los saberes y estilos de vida saludables teniendo como punto de partida los saberes biomédicos o en la capacidad de tomar decisiones en la propia vida personal, familiar, comunitaria y de transformación de las causas estructurales base de la salud.

El Programa pretende en su formulación, en el dicho, que en el trabajo con la población, la educación sea más un intercambio de saberes, una puesta en común de diferentes saberes en la perspectiva de poder trabajar con la pertinencia intercultural y de género, y la atención una coordinación en paralelo. Pero a los pocos años de la implementación del Programa, se

reconoce que ello es más complejo (Verdugo et al., 2008), pues en los hechos, la educación se convierte en transmisión de saberes biomédicos en clara hegemonía con respecto a los saberes populares u otros, educación que se transmite como saberes y normas a cumplir por el bien de los educandos.

En las actividades educativas con la población, más allá de que se llamen talleres, charlas, el punto de partida de los saberes son los propios ASC, sus saberes biomédicos articulados con saberes populares para hacer más eficiente la aceptación de los primeros. Su representación de la educación está en las técnicas con las que ellos han sido capacitados a lo largo de su vida, escuela, grupos religiosos o en salud, y reforzada por los métodos y saberes hegemónicos que utilizan mensualmente los EAPAS.

Los EAPAS, en la formación mensual de los ASC desarrollan las clases magistralmente por lo observado en el 2007, clases librescas, donce no se toman en cuenta la práctica laboral diaria de los ASC, y el lenguaje era muy representativo de la academia del personal médico y de enfermería del EAPAS, un lenguaje científicamente correcto como parece debía corresponder a un buen trabajador de salud. Los ASC con la población reproducían la clase magistral, pero cambiaban el lenguaje con un bricolaje de términos académicos y populares, saberes biomédicos y populares, y de éstos los reconocidos biomédicamente como válidos junto al de "puras creencias" que se encargaban de ridiculizar generando hilaridad y atención.

Las actividades educativas de los ASC van dirigidas a los pacientes en espera de consulta, a los adultos presentes en las visitas familiares, y a grupos amplios de mujeres y escolares. En los meses del 2007 que acompañé a los ASC no hubo reuniones educativas con grupos de hombres. Con grupos pequeños generalmente tomaban el nombre de charlas educativas y en grupos amplios podían ser de talleres. En la práctica todas ellas eran magistrales, y más o menos atractivas según las habilidades del ASC, apoyadas en láminas elaboradas para ese fin y tema, con un tiempo de preguntas en donde quedaba claro quien sabía y quien estaba para aprender.

Francisco y Jovita tenían especial motivación por el trabajo educativo y también habilidad para mantener atento al grupo, se veía su experiencia en el trabajo con otros grupos

comunitarios. Si Francisco era especialmente habilidoso en provocar risas entre la gente a partir de las puras creencias, Jovita muy conocedora de las preguntas de interés de las mujeres, incluidas las “preguntas tabú” que ella decía y relacionadas con la sexualidad y la maternidad, las respondía sabiendo que nadie iba a hacerlas. Ambos tenían vocación de enseñantes y en Jovita su deseo de dar más tiempo al trabajo educativo chocaba con las prioridades de las otras metas.

Jovita con las mujeres trabajaba la sexualidad, sexualidad entendida como funcionamiento biológico de los órganos reproductores, pero sólo el término, ya era rompedor de uno de los grandes tabús comunitarios. Sus charlas, clases, talleres, se apoyaban siempre en láminas en las que las figuras de los dibujos vestían como las mujeres locales, con las que el público se identificaba; las imágenes de los órganos identificados como sexuales causaban impacto, poniéndose unas muy serias mientras otras reían. En los grupos grandes, la discreción era la norma y pocas preguntaban, al contrario de en grupos pequeños, pero Jovita las conocía, así que sus mensajes daban en el blanco:

> “Les gusta bastante saber cómo se embarazan, cómo es la menstruación, cómo es el cuerpo de la mujer por dentro. Más, he visto preguntar con el parto, por la edad adecuada para tener hijos, cómo se queda una mujer embarazada, cómo hacen en el cuerpo los métodos anticonceptivos, la regla. Al explicarles se quedan admiradas de los riesgos de los embarazos y de los partos. Piensan: `las mujeres tenemos dos pies, uno en la casa y el otro en el cementerio. Nuestras vidas están regaladas en el embarazo´”.

Lisandro, para quien varias veces me ejemplificó la cultura como los conocimientos y actitudes aprendidos de los abuelos, consideraba que a través de la educación:

> “El conocimiento de los abuelos está cambiando, la cultura está cambiando tanto de la sexualidad como de las relaciones entre hombres y mujeres. Para muchos es muy prohibido hablar del sexo y de métodos anticonceptivos, pero ya conforme el tiempo nos hemos acostumbrado a decirlo, al principio nos costaba pero ya es normal. En las visitas familiares lo hablamos cuando la mujer está sola, que no esté su marido”.

Algo que no me pasó desapercibido fue el diferente comportamiento de las mujeres de Las Barrancas y de Pasaquijuyup ante las fotos. Mientras las primeras recelaban de mi presencia y no querían que les sacara fotos, las segundas mostraban alegría y estaban encantadas de ser fotografiadas. Me resultó paradójico, pues en mi experiencia, las mujeres más acostumbradas a relacionarse con el mundo no indígena como en Las Barrancas, tenían menos recelos que las mujeres con menos contactos con el exterior, como era el caso de Pasaquijuyup. Los ASC no supieron explicarme pero pensé que quizás en Las Barrancas la presencia frecuente de extraños, hubiera llevado a las mujeres a tomar distancias para evitar abusos, mientras en Pasaquijuyup, la presencia de un extraño, era novedosa, exótica, y ante la curiosidad de mi presencia se prestaban más a las fotos con la siempre contrapartida de recibir una copia.

Como parte de las actividades educativas o al menos a eso se supone que se dirige, eran los carteles presentes en las CSC del Programa y en los puestos y centros de salud del MSPAS. El asunto de los carteles desbordaba la labor educativa, era algo más, pues entre las viviendas, las CSC y los centros de salud había vasos comunicantes, todas tenían sus paredes empapeladas de carteles. En todas las viviendas, fueran de adobe, tablas o bloques, sus paredes transmitían tanta información socio-cultural, como la del material con que estaban construidas. De ella cuelgan cuadros con fotos de la familia, los álbumes familiares están en la pared, imágenes de santos y vírgenes, los títulos de estudios como los cursos de promotores de salud y recortes de periódicos y revistas, entre los que destacaban los futbolistas y las chicas de las páginas intermedias. Pero también hojas enteras de periódicos, cualquier hoja del derecho o del revés, pues no eran para leer sino un adorno o un parche para tapar un agujero en la pared.

Las CSC y Centros de salud participaban de la misma dinámica. No logré saber donde se había iniciado, pero sí donde estaba la Capilla Sixtina de las encarteladas, el Centro de salud de Guineales. Todos los Centros son una biblioteca de mensajes pero en éste no había un centímetro cuadrado, del suelo al techo, donde se pudiera ver la pared. Las decenas de mensajes de inmunizaciones, controles prenatales, algoritmos de diarrea y problemas respiratorios, tratamientos antibióticos o exámenes oculares y otros, se mostraban en una ilógica educativa, que por ello, y ante la explicación de que tenía labor educativa, resultaba doblemente ilógica. El contraste con las decenas de pacientes, mujeres y niños, analfabetas al mensaje de los carteles, en un primer momento me pareció chocante, luego de gran poder

simbólico al reafirmar a las pacientes en su ignorancia ante la ciencia mostrada en los carteles, ciencia que controlaban los trabajadores a los que iban a consultar y debían someterse porque tenían el poder de entender los carteles y en consecuencia el poder de curar. Finalmente y como otro elemento más, no excluyente, el que las mujeres no prestaban atención a los carteles o hasta eran agradables pues era como en casa.

Algo similar sucedía en las CSC del Programa, había menos carteles pero suficientes para reconocer que había poco criterio cultural en algunos como el de mostrar mujeres blancas embarazadas con su abdomen abultado desnudo y recomendando el control prenatal, lo que confirmaba las críticas a los hospitales que las desnudaban para la atención, o carteles en el que recomendando dar la chiche [el pecho materno], el texto acusaba de malos cuidados a quienes utilizaran las pachas [biberones]. Desconozco el impacto de estos carteles, pero sí el de las fotos de actividades comunitarias que levantaba a verlas a las personas en la sala de espera y a desarrollar animadas conversaciones; curiosamente las fotos de las actividades comunitarias les tocaba ocupar los escasos lugares vacíos de carteles y en Las Barrancas tenían que subirse a las sillas para ver las fotos que estaban a mayor altura que ellas. No había ninguna mala intención en ello, me consta, solamente que los carteles y fotos se colocaban de rutina y quedaban allí por tiempo indefinido.

El sistema de información y la gestión del tiempo

"En el Ministerio no se ve movimiento, sólo papelería"
Hermana Maryknoll (con 40 años de trabajo médico en las comunidades de Guatemala)
(Albizu et al., 2005: 81)

Uno es el tiempo institucional y otro el tiempo del paciente

Las prioridades institucionales del trabajo sanitario están marcadas por los profesionales, del Ministerio de salud o de la institución sanitaria de la que se trate, y para su gestión es clave el sistema de información. Sistema de información que prioriza la información epidemiológica, la producción de servicios, los indicadores de salud […] en donde la centralidad está en la institución y sus expertos, teniendo la población, más allá del discurso, un rol de beneficiario.

La información oficial invisibiliza todo el campo de cuidados familiares y de terapeutas comunitarios, además de la medicina privada lucrativa o no, y como el iceberg o el *ixpec* [sapo en k´iche´], no recoge más que la punta del iceberg, punta que prioriza la producción de servicios institucionales, porcentajes de las metas logradas e indicadores de morbi-mortalidad. Sobre los condicionantes-determinantes de la salud, la información se reduce a los condicionantes locales ligados a agua, basuras y excretas.

En la implementación del Programa se está haciendo un gran esfuerzo tanto en desarrollar un sistema de información institucional fiable, aspecto que en la Guatemala oficial tiene "sus secretos", también en ampliar la capacidad de interpretación de los datos por los miembros del EAPAS y ECOS, y de transmitir los resultados periódicamente a las autoridades comunitarias. El esfuerzo informático fue fruto de un pequeño grupo de trabajo que elaboró el programa del mismo y la comprobación exhaustiva de los datos recogidos a nivel sectorial para otorgarle máxima fiabilidad, en un tiempo en que el Ministerio informatizaba los datos a nivel provincial pero no a nivel distrital.

El sistema de información se apoya en las fichas individuales, carpetas familiares, fichas de actividades priorizadas como inmunizaciones y control de embarazadas, así como el control de la farmacia, todo ello con base o soporte físico en el papel y que semanal o mensualmente es digitalizado con trabajadores especializados en la misma. De la consolidación de la misma,

sale información para responder a los requerimientos del Ministerio así como otras particulares para el Programa, como las evaluaciones sobre la calidad del trabajo de los ASC en torno a ítems relacionados con las tres perspectivas.

Imagen 34

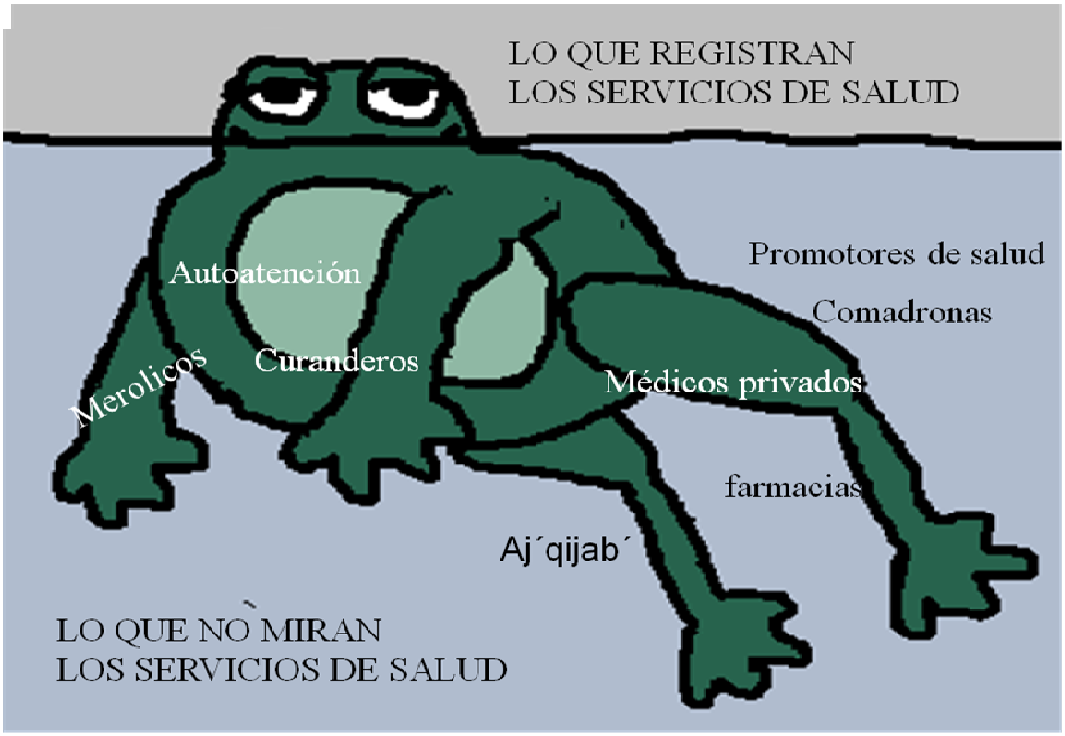


Imagen del *ixpec* [sapo] utilizado por la INS (2002) para explicar en las comunidades el iceberg epidemiológico y de terapeutas y cuidadores, donde se hacen visibles las enfermedades y los trabajadores institucionales de salud, a la vez que permanecen ocultos los padecimientos y las/los terapeutas y cuidadores comunitarios como las madres, comadronas, guías espirituales, curanderos y otros.

Las fichas médicas y familiares incluyen información –autodiagnóstico, itinerario terapéutico y otros- para aproximarse a la racionalidad del paciente y de la familia, pero no han pasado de ser ítems políticamente correctos, ya que la mirada del ASC va estar dirigida a aquellos aspectos por los que va a ser evaluado, en el caso de la ficha individual, a su llenado completo y a la coherencia biomédica entre la Impresión clínica y el tratamiento. El resto de ítems se subalternizan, al igual que la palabra del paciente, y a pesar del tiempo que lleva la consulta, de 20 a 45 minutos según sea una enfermedad común o el control del niño o la embarazada, no lleva a modificar la perspectiva biomédica hegemónica.

El difícil equilibrio entre el tiempo para la información institucional y el tiempo del paciente para que su palabra sea incluida, con la consiguiente transformación de los ítems en sustanciales, hoy por hoy, se han decantado hacia la institución médica. Si la información es necesaria para la gestión institucional, constituirá un reto el riesgo ya reconocible de

personificar la papelería y las metas cuantitativas, pues su priorización se está llevando a costa de desplazar a un segundo plano a las personas, familias y comunidades.

Del sistema de información, algo que las autoridades comunitarias valoraron altamente y agradecieron fue la devolución del Censo-Línea Basal (2004). En reuniones con las autoridades y con grupos comunitarios fueron entregados documentos con la información de cada comunidad. No era lo habitual, como ya lo habían planteado en el tiempo de su levantamiento, "vienen, se llevan la información, y nosotros seguimos igual" y ahora en cambio, tenían la información por escrito, presentada de una marera comprensible y les iba ser de gran utilidad para presentar sus propios proyectos.

La cara visible del sistema de información cara a la población, en el diario trabajo, son las fichas individuales, quedando invisibilizadas las que resultan más dificultosas para los ASC, como son los consolidados de inmunizaciones y especialmente el control de la farmacia. Buena parte del tiempo diario tras las consultas es dedicado al movimiento de medicamentos, entradas y salidas diarias, así como las mañanas de los sábados y los últimos días del mes previos a la entrega de los informes mensuales. El control de la farmacia es un rompecabezas para los ASC, un tiempo que consideran necesario a la vez que generador de malestares. Un tiempo de papelería que de cara a la población es difuso y no suficientemente visible.

Para Diego y Francisco, la farmacia son horas y horas de contar tabletas, una por una, y vuelta a empezar cuando, como sucede con frecuencia, no coinciden las administradas anotadas en las fichas con las salidas no anotadas en la farmacia y que llevan a hacer un inventario mensual de existencias en la farmacia. Para Jovita:

> "Lo que nos quita más tiempo es el control de medicamentos, el kardex[34], el BRES[35] y si cometemos un error y no nos cuadra, hay que volver a revisar todo […] Hay gente que se enoja porque no le damos consulta, pero es por la papelería. El control prenatal de embarazadas con su plan de emergencia y el AIEPI con los menores de 5 años son los que llevan más tiempo. Entre los ECOS hemos platicado que las fichas médicas son

[34] Hojas de control para entradas y salidas de cada medicamento en la farmacia de la CSC.
[35] Formulario de balance, requisición y envío de medicamentos utilizado por el Ministerio de salud.

necesarias y que mejor reducir la ficha de medicamentos. La doctora nos exigía el BRES, pero a veces no nos cuadraba, nosotros nadie llevamos medicamentos a casa, si no hay es porque se ha entregado. Ahora ya pusieron una orden estricta, de que si no cuadra, hay que pagar. Ya hemos platicado que si nos cobran, vamos a pagar. Es como que desconfían de nosotros. Eso es lo que sentimos, que no se confían de nosotros. Pero los medicamentos no es como *galgerías* nadie va comer si no necesita".

El esfuerzo de recoger la información diariamente continuaba con la entrega semanal de las fichas e inmunizaciones a los digitadores del EAPAS, salvo los casos de enfermedades de notificación obligatoria y urgente que se hacen vía telefónica con la oficina del EAPAS. Esto ha significado un gran esfuerzo, desde la elaboración de un programa informático específico como el contratar digitadores para cada uno de los dos proyectos de implementación. Con ello se facilita la vigilancia semanal y mensual de cada sector, así como los análisis anuales de situación de salud y la presentación de la información en los consejos y organizaciones comunitarias (INS, 2008:17), aspecto que al Ministerio todavía le resulta difícil operativizar.

La información sobre morbilidad, además del iceberg del subregistro estructural de las instituciones sanitarias, se acompaña en Guatemala de la vox populi de estar manipulada. Varios ASC coincidían que:

"El Ministerio tenía un secreto, inventan las cosas. Nosotros lo que informamos es lo real, es lo que hacemos. En el Ministerio informan vacunaciones y de repente no encontraron a la familia y ellos enterraron la vacuna en el cafetal. Es una picazón que a ellos les da en todo el cuerpo. En el Ministerio no llegan a saber si la familia tiene un problema, si hay un mortinato o un aborto, no les dicen. Si las mujeres no quieren hacer el Papanicolau, nosotros informamos tal cual, si no se vacunan nosotros no inventamos. Una familia sí aceptó una vacuna porque viene la enfermedad, pero la BCG no quieren, así informamos nosotros. Los del Ministerio son tramposos, no es verdad lo que dicen que hacen".

En las reuniones de ASC escuché repetidamente: "a los trabajadores del Ministerio sin coberturas de vacunación del 90%, los dejan sin vacaciones en diciembre. Entierran las

vacunas en el cafetal y si llega la inspección, sólo llega hasta las comunidades cercanas, nunca a las alejadas donde informan de coberturas del 100%". Uno de los coordinadores con años de trabajo en el Ministerio, llevaba poco tiempo en el Programa y desde el principio desconfió de los informes de los ASC. Para Francisco, "el coordinador entró duro, pues no creía que los informes de los ASC fueran reales, pensó que nos inventábamos como en el Ministerio. Acabó reconociendo que eran reales". Esta apreciación me fue posteriormente confirmada por el propio coordinador y reconocida públicamente en: "Nuestros indicadores son más fehacientes y más confiables que los que registra el sistema oficial" (INS, 2008: 16).

El sistema de información y su tiempo entran en contradicción con el tiempo del paciente, de la familia y de la comunidad, el reto está en el equilibrio siempre difícil entre ambas necesidades y necesarias en la inclusión.

Formación de los Agentes de Salud Comunitarios y usos de los saberes hegemónicos

Si para el Programa, la salud incluyente camina en la integración de los saberes y recursos de la comunidad con los institucionales, en la implementación se espera que los miembros de la comunidad –de la que forman parte los ASC-, las familias y sus individuos son también sujetos de los que aprender para concretar la inclusión. ¿Cómo se incluyen los saberes de los comunitarios? ¿Son diversos u homogéneos, como modelos explicativos personales para padecimientos concretos, como modelo maya y/popular? ¿Qué tanto se incluye la experiencia y saberes de los ASC, previos a su incorporación al Programa y de su experiencia en ésta? Las respuestas a estas preguntas las podemos visibilizar especialmente a través de tres procedimientos: los protocolos de atención y dos actividades directamente realizadas por los miembros del EAPAS como son la formación permanente de los ASC realizada mensualmente y su acompañamiento/supervisión del trabajo diario.

Los protocolos o Guías de atención vistos anteriormente al abordar el Anexo 1, ya nos mostraban la relación hegemónica entre el saber biomédico y los otros saberes que asumen la complementariedad subalterna, a la que se agrega el uso que de ellos se hace en la relación entre el trabajador de salud y el paciente, relación de personas y de sus saberes que son

relaciones técnicas encubriendo relaciones políticas de desigualdad.

¿Cuál es el punto de partida de los aprendizajes?

El punto de partida en la formación nos muestra entre otras, las fuentes del saber, sus portadores y la interacción entre los portadores y saberes. La equidad entre saberes, modelos de salud, no es independiente de quienes son sus portadores, saberes diferentes que se convierten en desiguales porque sus portadores lo son.

El equipo de dirección del Programa (ECON) ha establecido y establece las prioridades estratégicas en el marco de un tiempo institucional del Programa que navega entre el tiempo de las financieras –financiamientos tri o cuatri-anuales de la Unión Europea-, el tiempo político del Ministerio –cambios gubernamentales cada cuatro años y las consiguientes modificaciones para marcar perfil propio-, y el tiempo comunitario, más largo, y con sus propias expectativas hacia los servicios de salud. En el tiempo institucional que debía responder a las financieras e incidir en el MSPAS se respondió forzando el cumplir los requerimientos del Ministerio, entre las que estaban el cumplimiento de las metas, ya un reto per se, y la formación técnica de los trabajadores. Formación *técnica* que inicialmente se presentó abierta pero que las propias limitaciones de sus autores, en los que me incluyo, de concretar de otra manera, la formación y el instrumental operativo con el que se iba trabajar, facilitó que la biomedicina de hiciera omnipresente.

Para el Ministerio, las actividades y resultados del programa individual son prioritarios, y estando su énfasis en lo curativo, el personal médico y de enfermería de los EAPAS, que se mostró el menos sensible a las inclusiones, hicieron que sus saberes biomédicos fueran el punto de partida. Entre los miembros de los EAPAS, a los médicos/as y enfermeras/os no les fue difícil establecer su hegemonía de saberes, su mayor estatus dentro del equipo, tanto por responder a las prioridades del MSPAS como a las prioridades de la población. Las debilidades en la interiorización de las perspectivas por parte de estos profesionales, en buena medida porque llevaban a cuestionar su estatus y poder profesional, se mostraron junto a la priorización de las metas del MSPAS como dos retos difícilmente superables en un mayor avance en el horizonte de la inclusión.

La observación me mostró una de las caras más duras al interior del Programa, la reproducción magistral de los saberes biomédicos ante unos ASC ávidos de aprendizajes. Las clases magistrales, los monólogos médicos, la ausencia del aprender de la experiencia laboral, del aprendizaje del día a día, la falta de diálogo en torno a saberes me mostró los límites institucionales de la exclusión. En las varias reuniones de formación mensual en que participé, la dinámica fue similar. El desarrollo de los temas o problemas seguía la secuencia académica que no incluía experiencias de los ASC o comunitarias, sino preguntas finales por si había dudas biomédicas. Así a la rabia en perros y humanos seguía la historia clásica de las formas de transmisión, periodo de incubación del virus, los signos de enfermedad en animales y humanos, la importancia de la vacunación y las medidas a tomar en caso se detectara alguna persona fuera mordida por un perro sospechoso y la notificación obligatoria. ¿Había alguna experiencia con la rabia en las comunidades? ¿Qué valor tenían los perros para la población cuando en sus inmunizaciones voluntarias se lograban mayores coberturas que con los niños y embarazadas?

La violencia intrafamiliar fue abordada tras un gran esfuerzo de la enfermera por resumir la problemática desde un libro de psicología, describiendo los numerosos factores que incidían y la clasificación de violencias. La terminología resultó incomprensible y los ASC hicieron esfuerzos por no cabecear. Cabía la posibilidad de partir de las experiencias comunitarias y de las reflexiones de los ASC ante una problemática a la que eran especialmente sensibles, bien porque algunas lo habían vivido en carne propia como por la dificultad de abordarlo, la frecuencia y finales fatales que se daban en las comunidades, pero no, aprender para los miembros del EAPAS llevaba la dirección contraria.

Una de las problemáticas presentada como estudio de caso, una muerte infantil sucedida hacía varias semanas en una de las comunidades, pareció iniciarse con otra dinámica más participativa y experiencial. La presentación fue de la enfermera, no de los ASC del sector, con las características de presentación de una sesión clínica hospitalaria pero también abordó la problemática local en torno a la tardanza de los padres en solicitar la atención, la falta de detección precoz del riesgo por parte de los ASC. Los ASC del sector dándose por aludidos y criticados por no haber sido suficientemente proactivos tomaron una actitud defensiva. El hecho había modificado sustancialmente el indicador de mortalidad infantil, uno es mucho

cuando el denominador es bajo, y pesaba como un fracaso estadístico para los informes y para el Ministerio de salud.

En días posteriores a las reuniones de formación me acerqué a la enfermera que había presentado el estudio de la muerte infantil y le felicité por el método aplicado, el partir de la práctica y que en próximas sesiones había que animar a los ASC a que ellos presentaran otras experiencias. Su respuesta fue que ya habían intentado, que los ASC hicieran las presentaciones de temas a partir de los libros –de medicina y enfermería-, pero había fracasado. Volví a insistir, de partir de situaciones vividas, reflexiones que se hubieran hecho, como lo habían abordado, qué saberes habían aplicado […]. Le compartí experiencias con promotores de salud en las que se invitaba a enfermos a contar sus experiencias en torno a la enfermedad, las visitas a las viviendas con un cierto extrañamiento para sorprendernos y no naturalizar lo que viéramos […]. Ahí acabó el conversatorio, me quedé con el sabor de que querían convertir a los ASC en profesionales cuyas referencias a seguir eran las enfermeras y médicos, bajo el lema "Id y enseñad", llevar la ciencia a los ASC y éstos a las comunidades.

En otra de las sesiones, el coordinador de uno de los EAPAS –los de ambos proyectos eran médicos- presentó "Los 10 Mandamientos de la calidad de atención". La presentación logró mantener la atención de los ASC a lo largo de la hora de duración, un enfoque de calidad a través de mensajes cristianos y que siendo él católico, logró fueran lo suficientemente ecuménicos como para no generar malestar entre las/los ASC de Ostuncalco en el que buena parte eran presbiterianas/nos. La calidad de atención fue interpretada a través de adjetivos como ser positivo, educado, prevenido, atento, cumplidor de lo planificado, trabajar con amor, cuidar la salud personal y todo en relación a que somos hermanos en Cristo. No hubo preguntas, todo quedó claro tras un monólogo apoyado con diapositivas que si fue sencillo y cercano espiritual y religiosamente a los ASC, siempre fue unidireccional. Monólogo que se mantuvo en las 8 horas que duró la reunión y que sólo fue cortado por las inconformidades de que una de las ASC de su ECOS pasaba a reforzar el EAPAS y su ECOS quedaba disminuido, lo que significaba de entrada más trabajo para cumplir las mismas metas.

En otra de las sesiones se avisó de la retirada de un ASC por migración a Los Estados y anunciado a todos de la necesidad de buscarle sustituto. Debía hacerse entre personas

conocidas de las comunidades que con preferencia tuvieran titulación de auxiliares de enfermería o técnicos en salud rural, puesto que su formación técnica y su manejo de papelería facilitaba su integración en los equipos sobre el de promotores, comadronas o con otros perfiles y experiencias. Cuando acabada la sesión hablé con varios de los miembros del EAPAS, éstos tenían claro que era más fácil asumir las perspectivas una vez consolidada la formación técnica y no al revés. Mi posición escéptica sobre ello fue interpretada como la de alguien que no priorizaba el logro de las metas institucionales y del Ministerio.

La presentación magistral de los temas de estudio había sido asumida por los ASC como adecuado, era lo más parecido a las escuelas de enfermería o medicina, donde uno sabe y los otros aprenden. Esperan en las sesiones, un discurso acabado que no deje dudas de los saberes, de las preguntas y sus respuestas. Ello se puso en evidencia cuando en una sesión en la que no participé por ser previa a mi llegada, invitaron como docente a una “que no sabía”. Lisandro y Jovita me compartieron que la docente hacía preguntas y no daba respuestas, pero “si ella era la licenciada, le correspondía transmitir los conocimientos y no a los ASC que no sabíamos”, dejando claro que no había respondido a sus expectativas. La licenciada había denominado “taller” a la actividad, término que en la educación popular guatemalteca representa una actividad de compartimento de saberes, por lo que me cupo la duda, de si la docente habría querido hacer de los saberes experienciales de los ASC el punto de partida, y éstos habituados a la dinámica vertical de transmisión, se habían malamente sorprendidos.

Los ASC han asumido que los portadores de saberes son los miembros del EAPAS y han hecho de los saberes biomédicos, los hegemónicos en el campo de la salud. No es algo novedoso, la mayoría de ellos y ellas, se habían graduado como maestros de primaria o auxiliares de enfermería, y habían asumido la escuela y los docentes como la fuente de saberes, así como el sistema pedagógico de las clases magistrales y el rol pasivo de los estudiantes. Punto de partida que es también asumido por buena parte de la población con una clara subalternidad en relación a sus saberes frente a la Escuela y la Universidad.

La hegemonía y subalternidad entre los saberes y sus portadores

Las comunidades indígenas han sido reconocidas hasta hace unas décadas como comunidades gerontocrácicas donde la edad era un atributo de autoridad, experiencia y conocimientos. En la segunda mitad del siglo XX, las comunidades indígenas a través del final de las barreras étnicas para el acceso al gobierno municipal, la pérdida de poder de las cofradías frente al empuje de la Acción Católica, la introducción de nuevos productos agrícolas, nuevas formas organizativas […] se acompañaron de un traspaso de la autoridad y gestión comunitaria a las nuevas generaciones mejor preparadas –bilingüismo, educación escolar, conciencia de lo injusto del sistema y deseo de mejorar sus condiciones de vida - para las nuevas situaciones y al cambio llevando a jubilar a los ancianos.

El bilingüismo y la educación escolar se convirtieron en recursos en manos de los jóvenes para propiciar otras oportunidades y mejores condiciones de vida. Los promotores de salud eran manifestación de esos cambios comunitarios con la introducción de nuevos saberes en el campo médico, que se convirtieron en hegemónicos en la forma, en la utilización del medicamento, pero siendo incierta su hegemonía a nivel de significado, interpretación del mismo. Para Sheldon Annis (1980) los promotores eran la expresión de "la creciente necesidad que tiene la aldea de aprender más y obtener más del mundo exterior". También con los promotores llegaron nuevas formas de selección de curadores comunitarios, selección que era realizada por la asamblea o las autoridades comunitarias, en la que es incierto saber el papel desempeñado por *el don*. Un *don* para el trabajo en salud que hasta entonces había estado determinado por el día de su nacimiento, la presencia de lunares y velo blanco que el recién nacido traía en el cuerpo, los sueños con flores de colores […] con el elemento de que si no respetaba su camino, surgía el dolor, el sufrimiento, enfermedades que desaparecían en el momento en que se asumía *el don* y la consiguiente *misión*. Los promotores representaron nuevas formas de aprendizaje que pasaban del individual, desde su nawal y/o con otro médico maya, aprendizajes secretos, al aprendizaje en grupo y abierto del promotor; frente a la oralidad y práctica del curandero, el libro, el médico y el diploma como referentes de los nuevos saberes del promotor.

El disponer de un diploma de reconocimiento de promotor de salud ha sido por años un

elemento simbólico muy importante pero que hoy es insuficiente ante la prioridad de los ingresos. Entre los requisitos para ingresar en la base de la pirámide de titulaciones del MSPAS, la graduación escolar mínima es la Secundaria. Requisito que la dirección de la Escuelas de Auxiliares de Enfermería ha considerado necesario para garantizar la calidad de la atención, pero que paradójicamente dejaba a las comunidades sin atención, por la falta de auxiliares que quisieran algunos puestos de salud alejados. Y es que la/el joven que logra tener una Secundaria y un título de auxiliar de enfermería, aún cuando su procedencia sea campesina, va aspirar a vivir en el medio urbano o bien comunicado y no en lugares de difícil acceso. La Secundaria era un obstáculo para el acceso de bastantes promotores que con años de buena experiencia y viviendo en comunidades alejadas, no tenían acceso a convertirse en auxiliares y poder ingresar laboral y económicamente en la institución ministerial.

En el 2007, los ASC del Programa siguieron un proceso de reconocimiento como auxiliares de enfermería ante el MSPAS, proceso en el que primero debieron lograr la Secundaria y posteriormente aprobar el examen de la Escuela de Enfermería. Francisco era el único ASC que a esa fecha no tenía ese grado escolar, lo que le tenía preocupado pues si el Programa llegaba a ser integrado en el MSPAS, él quedaría fuera del mismo. Esperaba que aunque este año, la Clínica Maxeña no le había dado permiso para en los sábados avanzar en la Secundaria, lo pudiera hacer el año que viene. En ese 2007 coincidí con una enfermera de larga trayectoria docente en la Escuela de Enfermería que estaba realizando un estudio evaluatorio sobre los conocimientos de los ASC así como concretando un plan de formación de cara al futuro examen en la citada Escuela. Mi conversatorio con ella, ya finalizando su trabajo de campo, era que los ASC estaban mejor formados, teórica y prácticamente, y más polivalentes que los auxiliares de la Escuela, considerando no tendrían problemas para superar el examen. Posterior a *mi trabajo de campo*, en el 2008, recibí el aviso de que todos los ASC menos uno habían superado la prueba, estando entre los aprobados los cuatro ASC del presente estudio.

Las capacitaciones y títulos son también para las/los ASC una meta y la representación hegemónica pasa por ellas. Jovita valoraba altamente lo aprendido en el campo de la salud de su abuelita, de su tía a la que acompañaba cuando atendía enfermos con ojeado, caída de mollera, y luego de sus propios partos y crianza de los hijos. Recordaba su primer parto: “Fue duro, no tenía experiencia y la comadrona que me atendió fue capacitada pero no acabó todos

los cursos, se quedó a mitad del camino. Ella no miraba a qué hora iba nacer el niño y me exigía que lo le hiciera fuerza. Me exigía y ahora me pongo a pensar, ella no tenía la culpa, pues no acabó su capacitación. Mi objetivo ahora es lograr ser enfermera titulada".

Diego con ocho hijos y más ambicioso: "Lo que yo quiero es estudiar medicina los fines de semana […], pero para eso necesito una beca […] o irme a Cuba donde se puede estudiar sin pagar". Y ante situaciones problemáticas en la comunidad como considerar la cloración del agua como envenenamiento, y la amonestación que les cayó a los ASC, en su enojo expresaba: "la gente de campo que no ha estudiado es ignorante". Francisco también consideraba que en salud buena parte de la ignorancia se debía a la falta de escuela, y le confirmaba el señor que negándose a que su mujer e hija se vacunaran contra el Sarampión-Rubeola, al comenzar su alfabetización en la escuela se convenció de la importancia de la vacunas. Lisandro y Francisco expresaron menos interés por los títulos, a Lisandro le empezaba a pesar bastante el esfuerzo que suponía el trabajo de salud y soñaba con regresar a su vida de sastre junto a su familia sin necesidad de cursos externos. Y Francisco, tenía ya demasiados diplomas de albañilería, promotor, pastor y el reto a corto plazo estaba en lograr el título de auxiliar de enfermería y punto.

La valoración de los ASC sobre los títulos que recibieron tras el curso de ASC se reveló en la fiesta de clausura, al que fueron invitadas las autoridades locales, llegaron las familias al completo y tras la bandera patria y el himno nacional desfilaron los ASC para recoger su *diploma y anillo de recibidos* [titulados]. Y es que el reconocimiento del esfuerzo realizado, desplazamientos, tiempo invertido, trabajos detenidos […] se rinden ante el tributo debido al título, algo muy latinoamericano, posiblemente tanto enraizado en la cultura colonial española como de raíces indígenas. La autoridad reconocida al titulado es parte de un estatus social que marca fronteras, *licenciado* fulanito o *doctor* menganito. En el Programa, los doctores llevaban siempre esta denominación por delante, estaba naturalizado, y una de las enfermeras exigía que se le llamara así, pues ella era "enfermera titulada".

De los saberes sobre la organización comunitaria y relacionada directamente con el programa comunitario, como funcionaban los grupos, los liderazgos visibles e invisibles, las divisiones, para Francisco, Diego y Jovita, eran consustanciales a sus saberes, los tres eran líderes comunitarios y aunque sus saberes los limitaban a sus grupos Nahualá, Ixtahuacán

respectivamente ellos y a mujeres y trabajo en educación y salud en ella. Diego era el más explícito “sólo conozco a los de mi grupo [Ixtahuacán]”. Lisandro con menos experiencia participativa ahora reconocía su importancia: “Ahorita estoy en el COCODES y estoy aprendiendo bastante, me sirve para trabajar en el programa comunitario, para conocer de cerca cómo trabaja la comunidad. Yo me formé parte del Comité como hace cinco o seis años. Al principio no quería ser pero ahora veo que se aprenden varias cosas”.

Institucionalmente los saberes reconocidos hacia los ASC son el idioma, mam o k´iche´, requisito para el ingreso, el cumplimiento de protocolos y metas institucionales quedando los saberes populares en el ámbito de habilidades personales, sea el conocimiento de la herbolaria como de la confianza y liderazgo que se logre tener con la población. Lo que escape al saber institucional y sus metas quedan en el ámbito de lo no explicitado y en el limbo de lo naturalizado o invisibilizado.

El conocimiento personal de los pacientes para Lisandro es fuente de cercanía: “El conocer a las personas de la comunidad me ayuda por la confianza que nos tienen y nos cuentan el problema. A nosotros sí nos cuentan bien, qué es lo que les pasa, nos ayuda para darles la consulta. Una de las ASC [no era de la comunidad y estaba temporal] no conoce a las personas ni a la comunidad y ese es su problema”. En las visitas familiares y en las actividades comunitarias junto al conocimiento personalizado de las familias y de los líderes comunitarios, hay todo un complejo de experiencias y saberes en los ASC que ellos aplican de manera naturalizada porque “aquí, así son las cosas” y que incluyen las historias familiares, las redes familiares, el quehacer de los grupos religiosos, de los comités […], la historia de la comunidad. Saberes que están en los ASC y que debieran aflorar para ser compartidos, y reconocer mejor las racionalidades locales, familiares y comunitarias.

La hegemonía de los saberes biomédicos y de los saberes expertos –representados por los EAPAS, los asesores y los protocolos de atención-, secundarizan cuando no invisibilizan unos saberes que están como el magma volcánico, ocultos bajo el paisaje de lo hegemónico, subalternos y silenciados, pero presentes a poco que se escarbe. La profundización en esos saberes comunitarios por los ASC, los miembros de los EAPAS y asesores ayudaría a una mirada más cercana a la polivalencia que combine las dimensiones bio-socio-culturales.

El acompañamiento y supervisión como formación continuada ¿o todo lo contrario?

El acompañamiento y supervisión del EAPAS a los ASC tiene un componente tanto de formación como de control, y fueron pensadas como una mancuerna en el que la formación era la clave, como acompañamiento formativo y supervisión formativa. La realidad es menos lograda pues la ejecución de la misma, especialmente del personal de enfermería y medicina, ha sido de control y demostración de su poder utilizando las boletas de evaluación como su instrumento principal.

Desde el nivel institucional, los tres referentes principales por los que va ser reconocido y evaluado el ASC, y este o ésta lo tienen claro si quieren mantener el puesto de trabajo, van a ser: el cumplimiento de las normas de atención por las que se rige y evalúa la consulta médica; la supervisión directa de los miembros del EAPAS, en particular del médico/a y enfermero/a a través de unas boletas de evaluación; y el cumplimiento de las metas institucionales. Desde la comunidad, el reconocimiento del ASC está en basado en responder a las expectativas del paciente y su familia y a la eficacia de la medicación -curación o mejora-. La posibilidad de responder a la expectativa, un medicamento en concreto o un puño de ellos, depende del ASC que siempre puede acomodar la impresión clínica al tratamiento solicitado y de la no presencia de los miembros del EAPAS.

La calidad de la atención en la consulta tiene institucionalmente dos referencias, la ficha médica en donde el digitador de las oficinas, compruebe que todas las casillas estén rellenadas y la coherencia entre la impresión clínica y el tratamiento medicamentoso en base a la Guía. Y la segunda referencia será a través de la observación directa del miembro del EAPAS que con la boleta de evaluación en mano, en la consulta o visita familiar, comprueba el cumplimiento del mayor número de ítems por el que se cualifica porcentualmente su competencia en la pertinencia cultural, derecho a la salud, perspectiva de género, calidez y satisfacción del paciente.

Las boletas de cotejo o evaluación (Anexo 8. Boletas de evaluación o cotejo) tanto para consulta como para la visita familiar contienen un listado de ítems con las que se pretende evaluar la calidad del trabajo del ASC. Tuve participación directa en la primera boleta de evaluación de consulta, que se ha mantenido con pocos cambios, aunque ampliada a 78

ítems y se ha implementado una boleta para la visita familiar, que ha pasado de tener 125 ítems a 172, de las cuales 48 corresponden a la fase preparatoria de la visita, 111 a la ejecución y 13 al seguimiento (Boletas del año 2007). Las boletas de evaluación, al igual que sucede con las fichas médicas, pueden ser guías o camisas de fuerza. Los ítems nos recuerdan aspectos concretos que deben ser incluidos en la atención, son guías, pero pueden convertirse en trampas en caso de convertir el ítem en un movimiento aislado y no continuo e integrado. La medición a través de porcentajes de ítems cumplidos convertía su cumplimiento en una secuencia de actos mecánicos, más que en un todo integrado. Mi primera impresión fue recordarme la secuencia de movimientos mecánicos de los bailes de Michael Jackson, pero primando cada movimiento sobre el conjunto. La boleta se ausentaba de las preocupaciones de los ASC si no había evaluación directa, pero pesaba como una losa en presencia del miembro del EAPAS que contaba ítem por ítem, y el ASC procuraba recordar los 78 o 172 según la actividad evaluada. Al final de la consulta médica o visita familiar se contaba el número de ítems cumplidos, y a partir del 85% de cumplimiento, se daba por bien realizada la actividad. La vivencia de la evaluación, la presión de la boleta llevó a que para los ASC: “Sólo Dios puede llegar al 100%”.

En el cambio de significados, las competencias como un saber hacer integrador de conocimientos teóricos, habilidades técnicas y actitudes, una competencia integradora de las perspectivas, se había transformado en la competencia como ítem. El cambio era profundo, pues su sentido cualitativo había sido transformado en una medida cuantitativa de 78 competencias en la consulta y 172 en la visita familiar del año 2007.

Si en la competencia de los miembros de los EAPAS estaba el acompañamiento y supervisión, el primero había desaparecido y más bien temían la llegada del miembro del EAPAS con boleta en mano. La supervisión no tenía carácter formativo, más bien al contrario, un afán inquisitorial de capturar al ASC en el incumplimiento de los ítems y evidenciarles lo mal que lo hacían. Esa fue la dinámica de todas las supervisiones y la incomprensión o poco interés del personal de enfermería y médico en cambiar su mirada biomédica. A mis observaciones a unos ítems que no debieran observarse aislados sino en conjunto, algunas de las respuestas médicas fueron del tipo: “Mirá Chepewicho [mi nombre guatemalteco], vos y yo, hemos estudiado en la Universidad ¿qué me vas a enseñar vos, si hemos estudiado lo mismo? Ya sé lo que es el

trabajo médico. Llevo años en esto”.

Un ejemplo más de ello fue en Pakim, comunidad-barrio cercano a Pasaquijuyup, donde fuimos un pequeño grupo a realizar una visita a una puérpera y su recién nacido y que iba ser motivo de evaluación del ASC por el doctor y la enfermera. Tras los saludos de rigor desde fuera de la casita, entramos en la cocina y nos encontramos con un fuego central en el suelo, con sus tres piedras, oxik´ub', tetuntes, que reproducían la imagen del Popol Wuh. Un centro del hogar, un centro del cosmos como inicio de la creación, al permitir que sobre las tres piedras pudiera levantarse el cielo y separarse de las aguas de origen, un triángulo de estrellas (Alnitak, Saiph, Rigel de la constelación de Orión *occidental*) y el fuego y el humo (la Nebulosa de Orión). Orión representaría para algunos estudiosos, el Corazón del Cielo, el Creador. Y alrededor de la mítica imagen del mundo del Popol Wuh, una anciana y la puérpera acostada con su hijo, sobre una tabla en el suelo. La puérpera, el bebé y la anciana cada quien en diferente etapa del ciclo de la vida, pero compartiendo los tres un periodo frío y el calor del fuego. La mamá y el bebé, por su condición de fríos, estaban completamente tapados por una cobija, tanto para protegerse de las corrientes de aire que circulaban entre las paredes de tablas como al bebé de nuestras miradas y un posible ojeado.

Imagen 35

Ya dentro de la cocina, el doctor y el ASC se sentaron en dos troncos, mientras el resto permanecimos de pié. El doctor sacó su boleta de evaluación y Diego con la ficha de

control de la puérpera y del recién nacido comenzó el interrogatorio, que era respondido por la anciana cuidadora. A todas las preguntas respondía que estaba bien y que la mujer iba permanecer en la cocina, acostada, evitando el frío y el viento exterior, bañándose con agua caliente y tomando alimentos también calientes. Ella le cuidaría todo ese tiempo. Ni a la mamá ni al niño los vimos pero si llamó mi atención que a la cabecera de la cama/tabla hubiera varias latas de jugos –*fríos*- y varias tiras de tabletas de sulfato ferroso y fólico –por color y sensaciones digestivas, *calientes*-. Ni el doctor levantó la mirada de su boleta ni el ASC de su ficha. El número de ítems cumplido daba para un "*utz*" [está bueno].

De allí, nos dirigimos a otra vivienda, esta vez con la supervisión de la enfermera y nos recibió una mujer en avanzado estado de gestación con una *marimba* de niños y niñas [a como las tablas en el instrumento musical, los niños eran de todas las tallas], de los que destacaban tres, aparentemente hermanas, con unas cabelleras quebradizas que remedaban uno de los signos de la desnutrición Kwashiorkor, pero no era el caso, dado que no paraban de jugar y estaban sobrantes de vitalidad.

Diego y la enfermera repitieron el rito de cada quien con su ficha y boleta, y sin mediar una sola palabra entre ambos trabajadores comenzó y terminó el interrogatorio y la exploración física que tuvo todo el carácter de un examen. Diego consideró que la señora llevaba bien su embarazo y al rato todos nos pusimos contentos cuando la enfermera nos comentó que había cumplido más del 85% de los ítems. Mis preguntas al ASC y enfermera sobre las tres niñas cayeron en saco roto. No tuve respuesta más que de la mamá que ya lo había consultado en diferentes lugares, pero nadie le daba respuesta al problema del cabello de las niñas. Habían tomado todo tipo de vitaminas, tenían buen apetito, y ya lo había dejado así pues las niñas crecían normalmente.

Cultura organizacional o la institución como cultura

El Programa (INS, 2002: 15, 24 citando a OPS-OMS-PNUD, s/f; 7-12) caracteriza la institución sanitaria siguiendo a la OMS, como: "Estructura jerárquica bien definida con un sistema de reglas y normas escritas para tratar con las situaciones del trabajo. Una

organización que opera de acuerdo a normas y reglas, que se basan en la estandarización de las acciones relativamente repetitivas […]. Relaciones inter personales neutrales e impersonales para evitar sesgos en las relaciones y decisiones laborales. Existencia de normas y requisitos para la selección, reclutamiento, promoción y transferencia de los trabajadores dentro de los cargos del sistema. Los trabajadores reciben un sueldo acorde a nivel de complejidad de su cargo".

La definición recuerda en los aspectos de jerarquías y normas al de la comunidad étnica, mientras que el de las decisiones impersonales y neutrales a la mirada objetiva que se pide al biomédico tomando distancias de sus pacientes, en una atención más centrada en la enfermedad que en el paciente. En cuanto a comunidad se comparte el reconocimiento a la autoridad jerárquica y el bien común, "estamos todos en el mismo barco". La observación me lleva a reconocer que la autoridad y las normas son temidas y tampoco todos estamos en el mismo barco.

El clima organizacional y el calor/frío de las relaciones personales

Las "relaciones interpersonales y neutrales" e impersonales se difuminan como el humo ante la evidencia de la importancia de las relaciones en la conformación de equipos de trabajo y en el clima institucional. De hecho, en todas las reuniones de los ECOS con los miembros del EAPAS, en las que he participado, hay un tiempo para abordar las relaciones inter-personales y la satisfacción laboral bajo el nombre de clima organizacional. La importancia de las relaciones nos llevó a que al finalizar el curso inicial de los ASC se planteara que la Casa de Salud Comunitaria (CSC) pudiera significar Compañerismo, Solidaridad y Comunicación como cualidades que debiera tener la relación entre los ASC y como práctica de lo que se anunciaban como perspectivas del Programa.

Una primera evidencia de la dificultad con la neutralidad e imparcialidad se presentó al finalizar el curso inicial de los ASC y su posterior selección. Una de las ASC de Ostuncalco más brillantes para el trabajo del Programa, tanto por su capacidad de asimilar aprendizajes como su perspectiva crítica, fue vetada por alguna miembro del EAPAS y de varias ASC que incidieron en no contratarla. Veto que fue aceptado para evitar problemas con el resto de

las ASC dado el liderazgo y lobby que formaban quienes la vetaban. El hecho de que la ASC crítica no se plegara al mandato del grupo y a los silencios cómplices impidió su ingreso en el Programa. Los pactos de silencio y los liderazgos entre los trabajadores, a veces perniciosos, son aspectos a tomar en cuenta en el clima organizacional. Es reconocida la importancia de conocer las redes familiares y liderazgos intracomunitarios para desarrollar el trabajo pero igual importancia son los liderazgos, pactos y vetos que se producen al interior de la institución laboral.

El tiempo de evaluaciones en las ONG guatemaltecas es un momento crítico como el mayo estacional, un periodo de cambio de la época seca a la de lluvias, lluvia de la que dependerá la siembra de la milpa y evaluación de la que dependerá también la continuidad laboral en la ONG. Es el tiempo de una expresión cultural, la representación de un discurso de compromiso con la misión de la ONG, "estamos en el mismo barco", con una práctica de silencios sobreentendidos, "no me critiques y no te critico". Tal fue el caso del taller entre los dos Equipos de Apoyo de Bocacosta Sololá y Ostuncalco, con los asesores y Equipo de Conducción del Programa (ECON) realizado en julio del 2007.

Se inició el taller con una evaluación de fortalezas y debilidades de cada miembro de los dos EAPAS. Como fortalezas, todos coincidieron en "estar motivados", "ser responsables", "comprometidos con su gente", "identificación con el Programa de salud que reconoce la medicina tradicional indígena". Los doce miembros de ambos EAPAS eran indígenas, salvo dos, un coordinador y una médica. Las debilidades fueron "la falta de iniciativa y liderazgo, así como problemas en la gestión del tiempo". Este apartado de auto fortalezas y debilidades es siempre muy comedido, tiene como propósito con diferentes grados de inconsciencia, de destacar el compromiso con la misión institucional y confesar algunas debilidades –ya conocidas y leves- con propósito de superarlas, una autocrítica que no pasa de tirarse piedras pequeñas que no rompan el tejado. La seriedad del ECON en la evaluación, para quien no cabían los silencios ni los pactos, generaba temores ante las críticas previas recibidas en privado por varios de ellos. Y aunque la intención del ECON, todos ellos guatemaltecos, fuera profundizar en diferentes aspectos del desarrollo del Programa, en la lógica de los miembros de los EAPAS, al igual que lo hacían los ASC, pesaba más el temor a perder el trabajo y la defensa del honor laboral, "nunca me han criticado por mi trabajo" en boca de una

miembro del EAPAS de Ostuncalco. La lógica socio-cultural les llevaba al silencio recíproco y las verdades a medias.

Tras el ritual de fortalezas y debilidades se pasó al desarrollo de los desempeños personales. Estos pasaban por el cumplimiento de metas cuantitativas como un determinado número de evaluaciones a los ASC, en consultas y visitas familiares. Ello implicaba el desplazamiento en auto de los miembros de cada EAPAS a las comunidades y a pie en algunas de las visitas familiares. El ECON estaba sabido de las resistencias en algunos a realizar los desplazamientos, el temor de que algunos informes fueran inflados y algunos falsos motivos que justificaban los incumplimientos. El temor de unos y la desconfianza de otros eran palpables en el ambiente. Las críticas se llevan mal, por más constructivas y fraternas que sean, y la estrategia del trabajador evaluado lleva la crítica laboral a transformarla de crítica personal a problema personal, relacional, dificultando su abordaje. Es una estrategia cultural, tan frecuente como inconsciente, altamente eficaz, al llevarla de un análisis de incumplimientos a otro de dimes y diretes, en donde con frecuencia se acaba en lágrimas y ahora sí, desvía la crítica laboral a un plano afectivo y de apoyo emocional colectivo al criticado, convirtiéndolo en víctima y al crítico en victimario.

Fue el caso de una de las enfermeras, que en medio de la cena, no pudo contener la crítica recibida una hora antes y se puso a llorar. Se había sentido aludida en un “falso motivo” para justificar su incumplimiento, motivo que ella tenía “justificado” y consideraba el informe individual una forma de controlarle. La coordinadora, a quien atribuía la sospecha, le abrazó y le explicó de nuevo el sentido de los informes individuales y no sólo grupales donde se diluía la responsabilidad de cada quién. La calmó pero era obvia la tensión no superada y la dificultad de llevar el trabajo a un nivel de reconocimiento de errores, dificultades, limitaciones que cuestionaron al trabajador. Pero no era sólo que los miembros de los EAPAS en esa cultura laboral le entraran a lo afectivo, también uno de los asesores consideraba injusta las críticas al ECON a “tienen mejores ojos para unos que para otros”, “se confían en los informes de los miembros de ese EAPAS (Bocacosta de Sololá) y de su coordinador” y “no llegan suficientemente al campo y no son capaces de apreciar lo que realmente sucede”.

“Clima organizacional” era uno de los puntos de la agenda de las reuniones mensuales de los ECOS con su responsable del EAPAS. Si cada miembro del EAPAS asumía técnicamente un programa, el individual, familiar o comunitario, a nivel sectorial asumía el acompañamiento de su ECOS y aquí se requerían habilidades relacionales. El punto del clima organizaional se iniciaba con la pregunta de “¿cómo nos sentimos en el trabajo?” y en ella se abordan desde relaciones personales a situaciones familiares, todo aquello que incidiera en el estado de ánimo de las/los ASC y que acabaría teniendo incidencia en el trabajo. En una de esas reuniones, la salida sin previo aviso de una ASC temporal en Las Barrancas por migración a los Estados, la posible baja por enfermedad de Jovita, llevaba a ésta y a Lisandro a sentirse especialmente preocupados por el cumplimiento de las metas. Jovita llevaba años con una dolencia crónica que con sus nuevos aprendizajes biomédicos le llevaban a pensar podía ser grave, y soportaba una fuerte presión de sus abuelos porque dejara ese trabajo que le ocupaba casi todo el día y no atendía suficiente a sus hijos. Lisandro consideraba injusto no se tuviera en cuenta por el coordinador del EAPAS, del esfuerzo y dificultades que tenía el trabajo, horas e incomodidades, y sólo se les evaluara en función de cumplimiento de las metas, al que se sumaba en esta reunión la posible baja temporal o incluso definitiva de Jovita, que le suponía perder una compañera de trabajo que le daba seguridad y le llevaba a pensar el retomar el trabajo de sastre, donde controlaba horarios y trabajando en casa junto a la familia.

Los estilos de dirección incidían en el clima organizacional y eso se evidenciaba en el cambio reciente de coordinador del EAPAS de Ostuncalco. Todos coincidían que el anterior coordinador les preguntaba y escuchaba mientras el nuevo no lo hacía con nadie, si el anterior tenía problemas con el ECON, éste los tenía con el EAPAS y los ECOS. Los ASC consideraban al anterior coordinador como preocupado por ellos, dialogante, mientras el actual sólo estaba preocupado del logro de las metas y era autoritario.

El logro de las metas cuantitativas se había convertido en el reto laboral y su cumplimiento en una obsesión. Su incumplimiento los dejaba cabizbajos pues el esfuerzo realizado se diluía y no había ningún reconocimiento. No era difícil percibirlo, y la doctora del EAPAS de Ostuncalco lo tenía claro: “Cuando los ECOS logran sus metas de inmunizaciones y visitas familiares, llega el aviso de San Lucas [ECON] de subir las metas, y así permanentemente, entonces cuando no las alcanzan, se ponen tristes”. El control de la farmacia y la decisión

administrativa de “si no se entregan a tiempo los BRES (informes de farmacia de los medicamentos del MSPAS), no saldrá el cheque. Si se rompe un frasco, se pierde algún medicamento o no cuadran los medicamentos, ustedes deberán pagar la diferencia”, los tenía preocupados y tristes pero no les llevaba a enfrentarlo. Lo expresaron en Las Barrancas en una reunión con el EAPAS, “lo pagaremos si falta algo, pero nosotros no somos ladrones, ¿acaso son galguerías [golosinas] las medicinas?”. La gestión de las relaciones personales dentro de la institución es un elemento clave. Si lo impersonal, la supuesta objetividad y neutralidad no caben en la atención médica, en el proceso s/e/a, tampoco caben en cualquier institución donde la gestión de las relaciones sociales es estratégica.

El barco

No es Guatemala un país en cuyo imaginario destaque la pesca ni el mar, por eso me resultaba especialmente curioso en el mundo de las ONGs que se apelara con frecuencia entre los trabajadores al “estamos todos en el mismo barco” para señalar que estábamos comprometido con la misión institucional en beneficio de las comunidades. El barco apelaba a la misión altruista y comprometida en donde navegaban juntos los trabajadores de la ONG, sus directores y la comunidad beneficiaria. Pero como en todo barco, la tripulación y el pasaje tenían división de trabajo y escalas de mando, y en los proyectos, al pasaje/la comunidad beneficiaria le correspondía el trabajo voluntario y gratuito, y a la tripulación, los oenegistas, la gestión y los salarios.

Un amago de motín en el barco se dio en el segundo semestre del 2005 cuando el aumento del precio del petróleo llevó a un aumento del gasto del transporte -y de la cesta de la compra-, con el consiguiente gasto diario de desplazamiento de los ASC que no residían en el sector de trabajo. Esto fue especialmente relevante en el área de Ostuncalco en donde 8 de los/las 14 ASC, utilizaban camionetas o picops en sus desplazamientos diarios viendo afectadas sus economías, en mayor medida que los ASC de Sololá, donde las distancias y el gasto eran menores. De un día para otro, el transporte se encareció en un 30% y se acompañó con el alza de los productos básicos de alimentación, incluido el maíz, por una supuesta escasez, justificada en que los EEUU estaban destinando buena parte de su producción a elaborar bioetanol.

Los salarios de los ASC eran equivalentes al de los auxiliares de enfermería del MSPAS como parte de las equiparaciones con éste y para facilitar el paso del personal al Ministerio, si éste posteriormente se hacía cargo del Programa y de sus trabajadores. Las/los ASC de Ostuncalco realizaron un par de reuniones discretas para abordar la problemática del coste de la vida y lo plantearon en una reunión mensual de ECOS y EAPAS. Varios ASC me habían compartido la problemática y ante la previsible respuesta negativa de aumentos salariales cabía hicieran huelga. Mi recomendación fue de no hacerla, pero con todo el derecho a plantear sus reivindicaciones. Como era previsible, los miembros del EAPAS se opusieron de entrada a la reivindicación, y la respuesta quedaba postergada al regreso del coordinador que se encontraba de viaje. Para una miembro del EAPAS, resultaba escandaloso que pusieran en peligro el trabajo cuando "todos estamos en lo mismo, todos somos iguales, todos estamos en el mismo barco" e incluso "todos ganamos lo mismo". Era obvio que todos estábamos comprometidos en el trabajo, pero no todos teníamos las mismas responsabilidades ni salarios, y eso era sabido.

Las miradas de los ASC y miembros del EAPAS se dirigieron hacia mí, a los que respondí con: "El derecho a solicitar mejoras como trabajadores es indiscutible, y el proyecto les reconoce un contrato laboral y la seguridad social. Tienen todo el derecho, pero ni el EAPAS ni yo podemos darles una respuesta que corresponde al coordinador y tendrá que ver con el equipo de dirección. Los salarios de ustedes es el mismo que los ASC de Sololá, y la subida tendría que ser para todos por lo que tendrán que ver si es posible en un proyecto que ya tiene asignadas las partidas presupuestarias. Lo que está claro es que en una semana han subido bastante los gastos de transporte y alimentación y el proyecto tiene un dinero que es el que es". Mi respuesta no gustó a los miembros del EAPAS que hicieron piña para cortar las demandas económicas de los ASC, como si aquello fuera un motín. A los pocos días, la llegada del coordinador y en consulta con el Equipo de Dirección, les transmitió el mensaje de que no había dinero para tal aumento salarial, pues por pequeño que fuera implicaba a los 28 ASC de ambas áreas de trabajo. A partir de entonces el malestar y problemas en el proyecto de Ostuncalco tuvieron para el EAPAS, un claro culpable en mi persona.

En Guatemala, son cientos de organizaciones no gubernamentales y miles las personas que trabajan en ellas. Si en las empresas privadas y oficiales, los trabajadores han luchado con un alto costo de vidas por tener organizaciones sindicales, las ONG con su misión, filosofía y cultura organizacional han convertido en *innecesaria* la organización sindical a través de la cooptación forzada de los trabajadores y de que los proyectos con sus tiempos limitados llevan a contratos anuales, en donde no hay despidos sino no renovación de contratos a los trabajadores problemáticos. El temor al despido lleva al silencio a los trabajadores del barco.

Las diferencias con el Ministerio de salud

El Programa se construye sobre tres perspectivas que quieren avanzar hacia una salud incluyente y ello debe estar integrado en las competencias de los trabajadores que deben percibir que su quehacer es diferente a los trabajadores del Ministerio. ¿Reconocen los ASC esas diferencias si las hay? ¿El hecho de trabajar en un Programa que incluye aspectos culturales los motiva en el trabajo?

Antes que se iniciara la implementación del Programa, los cuadros intermedios del Ministerio, de una manera abiertamente interesada o no, conscientes o no, repetían "no hay diferencias entre lo de ustedes y lo que hacemos nosotros, es lo mismo". Aparentemente no les interesó el marco teórico y al referirse a las actividades, consideraban "es lo mismo que hacemos nosotros". El Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio se nutre del Informe del BM (1992), "Invertir en salud", focalizando las actividades en los pobres del país (mayoría guatemalteca), y servicios mínimos y selectivos a actividades de alta eficacia/eficiencia, a la vez que inequitativos. También se nutre de especificidades guatemaltecas como la identidad del promotor de salud, voluntario y gratuito al servicio de la comunidad, pero ahora trasformada en guardián de la salud, "forzada" pues si no hay guardianes por parte de la comunidad no hay extensión de cobertura, "remunerada" (5 euros mensuales por una hora diaria de trabajo) y al servicio de la comunidad (y del Ministerio) –todos en el mismo barco por el bien de la comunidad- ejecutando las acciones planificadas por el Ministerio.

Diferencialmente, el Programa "Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente – bases y lineamientos-" plantea el derecho a la salud, la equidad, los servicios integrados

[…] un horizonte de promoción y transformación social. Y tras tres años de implementación (2004-2007) ¿Cómo perciben los ASC las coincidencias y diferencias entre ambos Programas, el suyo y el del Ministerio? Las respuestas de los ASC eran muy prácticas y estaban ligadas a las actividades, y con escaso reconocimiento de las perspectivas que deberían transversalizar las competencias. Para todos/as, las diferencias se dirigían al uso del idioma local, a las nuevas actividades y al mayor logro de las metas requeridas por el MSPAS. El abordaje diferencial a través de los programas individual, familiar y comunitario se difuminaba ante la prioridad del cumplimiento de las metas.

Así para Diego:

> "Una diferencia grande con el Ministerio es que sólo a dos de cada cinco niños les hace la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), un protocolo de atención a menores de 5 años, y nosotros a todos. Ellos registran pocos datos y nuestras fichas recogen más información. A través del autodiagnóstico sabemos de otras enfermedades que el Ministerio ni se da cuenta. Al Ministerio le dicen tos y ya no preguntan más, tampoco hablan k´iche´. En el Ministerio cierran a las cuatro de la tarde, y aunque haya enfermos cierran y no dan más consulta, en cambio nosotros vemos a todos los enfermos. El sábado no es día de consulta sino para poner al día la papelería, hacer la limpieza general, pero si viene algún enfermo también lo vemos".

Y para todos, una de las actividades claramente diferencial con el Ministerio es la visita familiar: "Nosotros hacemos visitas familiares integrales y el Ministerio no, también nuestra papelería es diferente. Tenemos más información que la que el Ministerio nos pide". Para Jovita, el idioma y la calidez son diferenciales con el trato del personal del Ministerio:

> "En el Ministerio lo que he visto es que a veces atienden con regaño, que no atienden bien. En la mañana salen a repartir número y dan a los que están, los que llegan después ya no los ven. Es muy necesario dar la consulta en mam pues la mayoría no entiende el castellano, lo he visto con la doctora […] es muy amable pero me llama para interpretar la palabra de la gente. Otra diferencia es que en este proyecto se trabaja el programa familiar y comunitario".

Para varios miembros del EAPAS: “Aunque la propuesta [el Programa de salud] es diferente, lo que estamos haciendo es lo que el Ministerio planea, y lo diferente son el idioma y las visitas familiares”, y para uno de los contadores/administradores: “La principal diferencia está en que se tienen más recursos que el Ministerio”.

Para Francisco y Diego, la atención en salud desde el Programa como un derecho humano y social, no entraba en contradicción con su consultorio privado. Ambos en sus charlas comunitarias planteaban el derecho a la salud en relación al Ministerio, pero el Programa era un proyecto privado, con horarios que no abarcaban las 24 horas y el doctor del EAPAS también tenía su consultorio privado en Santo Tomás. El Programa era un proyecto privado y el cobro entraba dentro de la racionalidad de los terapeutas tradicionales, la reciprocidad en especies o dinero, y la de Francisco al que: “En el Ministerio siempre nos decían que había que cobrar, eso sí lo que la gente pueda, pues lo gratis no se valora”. Podía ser contradictorio para Diego, quien capacitado en ASECSA se identificaba al promotor como gratuito, pero en el que era sabido que una parte de los mismos se mantenía motivado por los pequeños ingresos del mismo. A enfermos que llegaban al domicilio de los ASC por consulta privada y no tenían dinero, les ofrecían la CSC del Programa; en otras, eran los propios pacientes que llegaban a la CSC y les pedían que el seguimiento fuera privado.

Esta combinación público-privada no la observé en Las Barrancas, y cuando Jovita era solicitada en las noches por algún enfermo o parturienta, el apoyo era voluntario, a merced de que le pudieran dar algún donativo. Jovita, al liderazgo comunitario en el que los trabajos son gratuitos, le agregaba su *don*, don que lo interpretaba más desde la mirada tradicional ligada a una *misión* en salud que a su perspectiva religiosa presbiteriana. Ella era una lideresa en salud en Las Barrancas y en caso de que la urgencia fuera solicitada a Lisandro, si éste le solicitaba apoyo, ella allí estaba.

El derecho a la salud no tenía antecedentes prácticos en las comunidades, así que la reciprocidad en la atención paciente-terapeuta-ASC, combinaba el apoyo al ASC con carácter voluntario con Jovita o el de unas tarifas establecidas en Pasaquijuyup. El coordinador médico del EAPAS de Maxeña estaba sabido de todo ello, su criterio provenía de su experiencia en el Ministerio: “Que los ASC cobren por un trabajo privado que hagan, no me extraña, pues el

Ministerio siempre recomendó a los promotores de salud que cobraran, pues lo que se da gratis la gente no lo valora. Lo que hacen los ASC ya lo conozco". El médico del EAPAS también tenía su consultorio privado en Santo Tomás, así que la atención permanente en las comunidades pasaba por la combinación público-privada como sucedía con los médicos del Ministerio de salud.

Ideología y juicios presentes en el trabajo

A pesar de las proclamas de neutralidad de la ciencia, los valores e ideología de la sociedad hegemónica, de las instituciones y la de cada trabajador, se hacen presentes. Al respecto escribe Bartoli (1989: 17-24):

> "El educador sanitario es portador de una subcultura profesional, el saber técnico-científico, que le separa de los profanos y, al mismo tiempo, de la subcultura profana del grupo social al que pertenece. Esto significa que su operatividad, por mucho que esté fundada sólidamente en el saber profesional, está en mayor o menor medida afectada por opiniones, prejuicios, actitudes y opciones ideológicas que le pertenece no como profesional sino como educador de a pie. El placer y el dolor, la sexualidad y los métodos anticonceptivos […] respecto a ellos, el personal sanitario se nutre inevitablemente, y a menudo expresa de forma más o menos explícita, sentimientos, creencias y juicios que tienen poco que ver con sus conocimientos científicos".

En nuestro caso también en el abordaje de la sexualidad y de la planificación del espaciamiento familiar (PEF) se hacen especialmente visibles la perspectiva del Ministerio, las instituciones participantes y las de los trabajadores. En Bocacosta de Sololá, la institución participante en el Programa pertenece a la Iglesia católica y su posición con respecto a la PEF discrepaba del MSPAS y del coordinador actual del EAPAS, antiguo trabajador de la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) y del MSPAS abiertamente favorables a la PEF pura y dura, donde el éxito se mide no por el número de personas informadas, sino por el crecimiento porcentual de mujeres planificando. La institución que participaba en Ostuncalco, laica y con un fuerte compromiso en la prevención del VIH + y de las enfermedades de transmisión sexual, tenía una posición abierta a los derechos sexuales y anticoncepción, a diferencia de su coordinador del EAPAS, que desde su perspectiva católica

era más favorable a los métodos naturales. Los ASC, católicos y presbiterianos, participaban mayoritariamente de una posición pragmática en donde el elemento religioso *hacia aguas* cuando se trataba el tema de la sexualidad y la natalidad, lo que no quitaba que un ASC de Las Barrancas (2004-2006) y pastor presbiteriano había dejado el trabajo entre otras por las contradicciones que generaba en torno a la PEF.

Una de las reuniones mensuales del EAPAS y ECOS de Sololá fue demostrativa de las diferentes posiciones ideológicas con respecto a la anticoncepción y se convirtió en el primer punto a abordar, dada la alarma que había generado entre las hermanas religiosas que dirigían la Clínica Maxeña. A la dirección había llegado una hoja del PEF que utilizaban los ASC en las comunidades y el coordinador del EAPAS [no indígena y ex trabajador de APROFAM y del MSPAS] consideraba necesario explicarla a la dirección y a los trabajadores. El mensaje fue de autocrítica por haber dado por supuesto que todos entendían lo mismo que él, "como realmente es". "La estrategia debe ser hablar de riesgos y no del número de hijos. Hay un malentendido, si se ha entendido la PEF sólo como anticoncepción, hay que abordarlo como derechos de la persona y derechos sexuales. Con adultos se trabajarán riesgos y paternidad responsable pero no anticonceptivos, y con los escolares las infecciones de transmisión sexual pero no PEF".

El coordinador era consciente de que había topado con la Iglesia católica y era necesario pasar "al donde digo dije, digo Diego". La forma de abordarlo, no hizo más que mostrar sus prejuicios hacia los indígenas: "Si tienen muchos hijos, la familia será más pobre, los hijos estarán desnutridos y tendrán retraso mental. A menor número de hijos, mejora la calidad de vida pues se facilita la educación, la vivienda, la alimentación, la recreación y el vestuario. La PEF como derechos debe explicarse a la población que reduce riesgos en la madre y mejora la alimentación infantil". El enfrentamiento con la directora de la Clínica Maxeña estaba servido: "La gente debe conocer sus derechos, todos, y hay que tener cuidado con el mensaje de la PEF y de los derechos sexuales. La posición institucional no es ponerle vendas a la gente, sino que conozcan sus derechos. La Clínica Maxeña promueve métodos naturales y si alguna persona quiere anticonceptivos, para eso están cerca los centros de salud del Ministerio".

En esa polaridad de posiciones, entre la dirección de la Clínica Maxeña y las metas laborales de aumentar el porcentaje de mujeres planificando, la tomada por los ASC respondía a la

personal de planificar con discreción –es lo que ellos/ellas hacían- y por otro lado la de responder pragmáticamente a las metas institucionales. Entre ellos consideraban que “lo ideal son tres hijos”, era el ideal de un sector de personas de su generación que trabajaban fuera del hogar. Nadie tomó en cuenta los valores y criterios de la población, ésta no era el punto de partida, y quienes tomaron la palabra fue para establecer mensajes asumibles para la población y cuyo objetivo no oculto era que tuvieran menos hijos: “No hay que entrar directamente a los métodos anticonceptivos, sino explicar cómo ser buenos adultos, cuidando mejor pocos que bastantes niños”. Y en las escuelas: “Es mejor hablar de los riesgos de embarazo, de enfermedades de transmisión sexual y de calidad de vida, pero sin mencionar los métodos anticonceptivos, pues si se habla de ello, al día siguiente vendrán protestando los papás”.

La discusión sobre la mejor forma de abordar el tema, la PEF que no los derechos sexuales de las personas, compaginaba el discurso políticamente correcto de informar para que las parejas y en especial las mujeres tuvieran libre elección, con la meta cuantitativa base del éxito, así considerado por el coordinador y el MSPAS, de aumentar cuantitativamente el porcentaje de mujeres planificando. Mientras que el coordinador apuntaba a “su punto de vista científico”, nadie abordaba el tema como un nudo de dimensiones sociales, culturales, religiosas y otras.

El abordaje institucional de la PEF puso en evidencia, el nulo o insuficiente reconocimiento de la racionalidad y contexto comunitario, predominando una visión estigmatizante sobre quienes tienen un número elevado de hijos, y no tomando en cuenta que “el tamaño de la familia y el control de la fertilidad deben considerarse dentro del sistema productivo puesto que el trabajo de los niños […]” (Ainsworth, 1998) y los valores culturales del grupo sociocultural suelen ir de la mano. La PEF como derecho a la información y a decidir el número de hijos no se corresponde con la nula o escasa beligerancia del Ministerio y los trabajadores de salud sobre otros derechos, como el derecho a la atención y el derecho a la salud. El derecho a la información en el Ministerio se mide por el número y porcentaje de hombres y mujeres planificando, lo importante es aumentar esos porcentajes y no los de información. En “esta información” el mensaje se acompaña de la violencia simbólica sobre las mujeres, al criticar a aquellas que optaran por tener más hijos de los planificados institucionalmente, y ser malas madres al no poder cuidarlos como la institución recomendaba aunque luego no fuera posible por la exclusión social.

La Planificación Familiar (PEF) no es tanto un espacio de información de derechos sexuales sino una actividad con metas que se miden en “hombres y mujeres a convencer y convencidos”, tal como se muestra en el siguiente Análisis de Situación de Salud (INS, 2007). Tras él no está sólo que el embarazo tenga más riesgos que la PEF sino una serie de intereses político-biológicos que se encubren médicamente.

Cuadro 5 ASIS. 2007

Indicadores relacionados con PEF

Indicadores relacionados con PEF en familias con embarazadas en noveno mes	Septiemb	Octubr	Noviem
Embarazadas en noveno mes	12	30	17
PEF establecidos (en relación al total de embarazadas en 9 mes)	10	23	17
Porcentaje de PEF establecidos	**83.3**	**76.7**	**100.0**
Número total de personas a quien convencer	13	71	39
Número total de personas convencidas	11	52	39
Porcentaje de personas convencidas	**84.6**	**73.2**	**100.0**
Número total de hombres a quien convencer	11	34	21
Número total de hombres convencidos	11	27	19
Porcentaje de hombres convencidos	**100.0**	**79.4**	**90.5**
Número total de mujeres a quien convencer	2	39	18
Número total de mujeres convencidas	2	27	17

Otro aspecto en la PEF son las dificultades entre mantener una toma de anticonceptivos orales diarios ante la opción de los inyectables mensuales y trimestrales o la esterilización definitiva. En esa dificultad de la toma diaria de anticonceptivos y la frecuente necesidad de ocultar la anticoncepción a la pareja, el método más frecuente es el inyectable, mensual o trimestral. Los inyectables a pesar de tener mayores efectos secundarios que los orales, quedan minimizados por las mujeres de Las Barrancas ante el riesgo reconocido del embarazo, “tenemos un pie en la casa y otro en el cementerio”.

Ante el aborto inducido, actividad prohibida por la legislación guatemalteca, los ASC y miembros de los EAPAS, priorizan la desmotivación del mismo tanto como opción más cercana a sus valores ético-religiosos personales como destacando los riesgos del aborto provocado por personal comunitario. Criterio legal y del trabajador institucional que

minusvalora la decisión de la mujer embarazada ante los estigmas sociales que le ocasionarán en caso de ser madre soltera o con marido en los Estados Unidos. Dado lo delicado del tema cuando una mujer solicita abortar y/o amenaza con el suicidio de no practicársele, entra en apoyo algún miembro del EAPAS. Fue el caso de una mujer con tres hijos y embarazada de un cuarto, llevando su marido dos años en los EEUU, que había solicitado abortar y amenazaba con suicidarse. Ante las dificultades para su realización, se había resignado a proseguir el embarazo, pero ahora se encontraba con la amenaza de la expulsión del hogar materno y de la pérdida de su red familiar. Su padre y marido, migrantes ambos en Los Estados no estaban dispuestos a apoyarla con su nuevo hijo y tampoco su madre quien estaba sabida del embarazo de riesgo [embarazo transverso] y que posiblemente requeriría parto hospitalario.

Los ASC y la doctora coincidían en que "solicitudes de abortos no faltan, pero intentamos desmotivarlas por medio de las complicaciones del aborto para la madre. Tenemos claro lo complicado de tener un hijo siendo madre soltera o como en el caso de ella con su marido fuera, que es rechazada por su propia madre, pero no hay otra forma legal de ayudarlas". Mientras la doctora y una de las ASC se reunía con la señora y su hija embarazada, yo jugaba con los numerosos niños que vivían en la casa, finalmente cuando salieron de la reunión: "La madre ha aceptado llevar a su hija al hospital de Xela cuando cumpla los nueve meses. Esperemos que lo haga".

En Pasaquijuyup, en una de las visitas familiares, Francisco me comentó: "la joven con deficiencia mental que ves en el patio, hace pocos años fue 'tocada' por un chavo y resultó embarazada […]. La mamá de la joven pidió abortar, quería una inyección para que cayera el chiquito de 4 meses pero los ASC no nos prestamos a ello. Los papás echaron a la joven de la casa. Cuando nació la criatura, el abuelo supo que era varón y se puso muy contento, aceptó que su hija regresara a la casa y adoptó al varón como hijo".

El desarrollo de las actividades de PEF y sexualidad, es una temática en donde los valores de cada trabajador se evidencian y también sus saberes comunitarios, sus habilidades personales, su agencia y en donde las leyes estatales y la institución sanitaria ejercen su violencia sobre las mujeres.

Aportes del Modelo Incluyente de Salud a la salud guatemalteca

La Antropología Médica aplicada: la crítica y la urgencia ante las muertes evitables

Si desde diferentes perspectivas se reconoce que con dificultades pero hay que caminar Hacia la Inclusión, el Programa *Hacia una atención el Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente* en ello está, aunque el paso a reconocerse como un *Modelo Incluyente de Salud* resulta paradójico en una Guatemala excluyente, una paradoja más en la historia de la nación imperfecta entre el discurso y la práctica, entre dicho y el hecho. En este caso, un bucle político-ideológico que reconociendo mejora los servicios públicos existentes no deja de ser un modelo que reproduce las desigualdades del modelo médico hegemónico. Reproducción de las desigualdades en las relaciones entre los ASC y la población, entre los saberes biomédicos con los otros saberes, ausencia de escucha, de diálogo, de co-aprendizajes, de una intervención que difumina las causas estructurales, una práctica en donde las priorizaciones institucionales en torno al sistema de información y registro están llevando a personificar las fichas y reificar las personas.

Pero si la antropología debe aportar a la vida de los sujetos de estudio, que no siempre lo hace, la medicina debe siempre actuar resolutivamente y con urgencia. Es desde esta perspectiva médico-salubrista que considero el Programa tiene sus mayores aportes, en acercar unos servicios de atención a la población y poder mejorar, limitada pero sustancialmente, el sufrimiento ante la enfermedad y muertes evitables. Otros aportes aparentemente menores desde experiencias en otros países y desde los ámbitos académicos son grandes pasos en Guatemala, y como ejemplo, el que sea requisito que los trabajadores de salud hablen el idioma local, aspecto que como reconoce Ramírez (2009: 179) no debería ser considerado intercultural sino “de sentido común”, pero aquí adquiere el reconocimiento político oficial a la diferencia en el campo de la atención en salud.

Las dos regiones en donde se implementa el Programa, Bocacosta de Sololá y San Juan Ostuncalco, son áreas priorizadas por el Ministerio de Salud “según criterio de baja calidad de vida, altos niveles de pobreza, vulnerabilidad alimentaria y retardo de talla […] a las que se

suman alta vulnerabilidad por deslizamientos, sismos e incendios" (ISIS, 2010) y con baja cobertura de servicios públicos de salud.

Los condicionantes-determinantes de la salud obviamente van a ser una limitante permanente de la salud de la población pero mientras se avanza en esos cambios que deberán ser abordados intersectorialmente, los servicios de salud tienen algo que aportar a ello y en el mejoramiento de la atención. Los aportes del Programa hay que situarlos en el contexto guatemalteco en donde se parte de un modelo público de salud en su primer nivel que ha sido caracterizado como el de tener que "volar con las alas rotas" (Estrada Galindo, 2008: 121) y en el que con una autonomía y acción limitada también hay un sector de trabajadores implicado en su mejoramiento. El Ministerio no es una institución monolítica y es también un ámbito de lucha por ponerlo en función del derecho a la salud o de la beneficencia neoliberal.

El "*Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos*" del 2002, se pasó a definir como "*Modelo Incluyente en Salud*" en el 2008 y tanto en la formulación como en la implementación su propósito es aportar al sistema de salud, incidiendo especialmente en el Ministerio de Salud, con quien la relación ha sido constante tanto en los diferentes niveles de gerencia como a lo largo de las varias administraciones gubernamentales (Verdugo et al., 2008:3). En su auto-evaluación/sistematización del año 2008 (Ibíd., 3-59) destacan entre otros aportes al primer nivel, los aspectos programáticos para mejorar la integralidad de la atención, los aspectos operativos para facilitar el acceso a los servicios de manera continua y el sistema de información para la vigilancia en salud y la gestión institucional.

La estrategia programática con sus tres niveles de análisis-acción convertidos en los tres programas individual, familiar y comunitario favorecen/posibilitan una atención de las personas de una manera más amplia, multidimensional, al abordar a las personas en su individualidad y en su contexto familiar y comunitario. Esta estrategia es novedosa para los servicios públicos de salud de Guatemala donde las veces que los trabajadores de salud han salido extramuros ha sido casi en exclusiva para acciones de inmunización.

Desde la mirada sanitaria biomédica esta estrategia posibilita trabajar una mayor integralidad, entendida ésta médicamente como abordar la curación, prevención, promoción y

rehabilitación. Desde una mirada salubrista y antropológica, tiene el potencial de darle seguimiento a las personas en su contexto social, en sus condicionantes, y no a las enfermedades que es lo habitual en los servicios médicos con el agravante que cada enfermedad acaba siendo convertida en un programa y desconectado de otras enfermedades y problemas. La integralidad desde una perspectiva antropológica, desborda los límites de la institución médico-sanitaria, ya que aún limitando la integralidad a las acciones curativas, preventivas […] quedan fuera de la institución, el autocuidado, las otras formas de atención y que las decisiones del itinerario terapéutico quedan fuera del ámbito institucional, al ser de carácter individual y/o familiar por lo que podernos afirmar que "la salud integral no está en las instituciones" (Comelles, 1998: 262). La atención programática y las actividades que se desarrollan en el Programa cuestionan el paquete básico de servicios del Ministerio, pues las intervenciones responden a las necesidades locales y no se limitan a las inmunizaciones y atención de un programa materno-infantil.

El diseño operativo facilita la accesibilidad y equidad de la población a los servicios. Dos criterios básicos para ello son la sectorización de la población en base al tiempo de acceso a un Equipo Comunitario de Salud (ECOS) y una Casa de Salud Comunitaria, garantizándolo también en época de lluvias; y el número de ASC (2-3-4) que componen los ECOS en función de la carga laboral, en donde se toman en cuenta el número de población, su concentración y dispersión y las actividades a desarrollar de cada programa en el que es importante el acceso y tiempo de movilización a pie de los ASC a las viviendas.

En este diseño son aspectos claves el trabajo en equipo tanto de los ASC conformando los Equipos Comunitarios, como el del Equipo de Apoyo. Mientras los miembros del EAPAS están especializados en aspectos programáticos y desde ella apoyan a los ECOS, los ASC son polifuncionales rotando en los tres programas, realizando la vigilancia en salud y la gestión de la CSC. La polifuncionalidad tiene la ventaja de posibilitar el ampliar la mirada del ASC, al dar seguimiento a las personas en los ámbitos familiar y comunitario, cubrir la ausencia de alguno de ellos dando continuidad al trabajo, así como la capacidad de reacción ante cualquier emergencia en las comunidades. La desventaja que se advierte es que no todos tienen la facilidad de realizar todo tipo de tareas propias del polifuncionalismo. Que el ASC hable el idioma maya local y sean personal contratado, no voluntario, puede parecer de sentido común

en otras latitudes pero no en Guatemala.

El sistema de información manual en las CSC e informatizado a nivel del EAPAS permite conocer de manera periódica y con rapidez la situación de salud local a la vez que con garantías de ser información confiable, reconociendo sus limitaciones dado que su información responde al iceberg epidemiológico, al no registrar lo extra-institucional. La información y el registro son de gran importancia en la gestión y en el seguimiento de las personas y unidades familiares, pero a nivel del ECON debe evaluarse la reducción de datos, si toda la información recogida es relevante en el periodo actual, con la mirada puesta en darle más tiempo a la escucha y diálogo en las actividades programáticas y en la no personificación de los instrumentos, aspectos éstos que tienen que ver con la calidad e inclusión del Programa. En el caso de la consulta individual en la Casa de Salud, el autodiagnóstico familiar y remedios recibidos no dejan de ser ítems políticamente correctos pero que no son operativos, no son tomados en cuenta por los ASC y la población miente con frecuencia. Para los ASC son la cumplimentación de los instrumentos en los aspectos evaluados y el cumplir con las metas cuantitativas los aspectos laborales principales, los “que les dan dolor de cabeza, les quitan el sueño y les ponen tristes cuando no logran salir bien evaluados” (médica del EAPAS de Ostuncalco, 2007).

La inclusión en la vigilancia epidemiológica de los reconocidos como Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD) es novedoso en Guatemala y aunque su inclusión tiende a ser biomedicalizada, puede ser un tema de debate en los ámbitos sanitarios y a partir de ella, reconocer la racionalidad de la población, los modelos explicativos y el contexto socio-cultural. El modelo biomédico en Guatemala está estrechamente relacionado con la estigmatización socio-cultural y debatir aspectos como los SCD abre la cultura como una perspectiva de reflexión.

En el informe/evaluación (Verdugo et al., 2008) se reconocen como existentes el intercambio educacional en las diferentes actividades, algo que no fue observado en mi estancia en el 2007. Más bien al contrario, el permanente punto de partida en la formación de los ASC eran los saberes académicos, aspecto que los ASC reproducían con los pacientes y en las visitas familiares. El tiempo de consulta a pesar de su duración se ocupa en cumplimentar las fichas y

no hay lugar para la escucha al paciente, por lo que difícilmente hay lugar para el intercambio dialógico. Institucionalmente son los saberes populares curativos los más reconocidos de la población y entre los saberes de los ASC, los relacionados con el diagnóstico de los SCD y sus tratamientos, incluida la herbolaria. Y en los tiempos educativos, escasos en las consultas y más presentes en las visitas familiares y en las charlas con grupos comunitarios, el punto de partida son los conocimientos biomédicos sin espacio para un intercambio de saberes. Los saberes de los ASC en torno a las lógicas socioculturales compartidas con la población, como parte de la intersubjetividad existente "entre los mismos", no es reconocida institucionalmente salvo como habilidades relacionales y en función de establecer confianza por el paciente.

Igualmente en relación a la "coordinación en paralelo" con los terapeutas comunitarios, es de reconocer que tras la referencia y contrarreferencia, las relaciones son de hegemonía/ subalternidad tanto en como los ven los ASC, "las comadronas nos ayudan en el trabajo", a como se ven los terapeutas que buscan legitimidad y legalidad a través de la Clínica Maxeña y solicitan en Ostuncalco aprender de los médicos la atención de urgencias. Es también en esas relaciones desiguales y de subalternidad, asumida por los terapeutas, que éstos son anualmente chequeados en su salud por los ASC, pero éstos y los miembros de los EAPAS no son "chequeados" por los terapeutas.

Sobre el derecho a la salud se reconoce institucionalmente que es un proceso social e ideológico que por los déficits históricos es desconocido por la población y el personal sanitario, y una acción decidida por su cumplimiento puede llevar a ser confundido con el paternalismo. Que "el derecho a la salud puede ser confundido con el paternalismo por parte del personal [médico y otros] y vista con desconfianza o mal interpretada por parte de la población" (Verdugo et al., 2008: 7) tiene que ver con que los intereses de los médicos pasan en buena parte de ellos, por los ingresos económicos de su práctica privada y de la salud como mercancía; y con respecto a la población, a la falta de antecedentes históricos de servicios públicos de calidad por su ciudadanía de segunda, estando la calidad identificada con frecuencia a un alto costo económico. Otras experiencias, como con las ONG que han actuado en paralelo al servicio público son identificadas como de apoyo, solidarias, pero no como parte del derecho, y en alguna medida es lo observado en Pasaquijuyup más que en Las Barrancas, donde el derecho es identificado con el MSPAS y no con respecto a su atención como ONG, y

donde los Agentes de Salud Comunitarios han asumido sus derechos laborales antes que el derecho de la población, no faltando el “venga usted mañana”, “venga usted en la tarde”.

Con respecto a los terapeutas “tradicionales” siempre hubo y hay un pago en especies o dinero, mientras que la gratuidad de los promotores, del que algunos sí tuvieron cobros más o menos encubiertos, la población en parte consideró que sus aprendizajes gratuitos desde las ONGs habían sido el pago o como “nueva figura moderna” se conformó más en la “solidaridad” –gratuita- desde una concepción religiosa o socio-política más que en la reciprocidad comunitaria.

Una limitación reconocida de la inclusión cultural en el Programa y como demanda expresada por miembros del ECON ha sido: “¿Qué aporte hay desde la antropología más allá de lo ya incluido y que supere la eficientación del modelo médico hegemónico?”. Difícil respuesta pero en la que si se aprecia el condicionamiento que supone a) desde el ECON poner en primera línea de evaluación las metas cuantitativas y el insuficiente reconocimiento de que los instrumentos técnicos son políticos; b) por parte de los EAPAS la reproducción de sus saberes biomédicos con exclusión de los saberes experienciales de los ASC y de la población, de su verticalidad en la formación y evaluación de los ASC; y c) de los ASC a los que se les refuerza en el modelo biomédico y que reproducen en su cara a cara con la población, personificando los instrumentos y la enfermedad, obviando la escucha, el diálogo y el co-aprendizaje con las personas que acaban siendo en buena medida reificadas.

Impacto en la salud

Uno de los aspectos más reconocidos del Modelo Incluyente de Salud, (MIS), por diferentes técnicos del Ministerio y de los organismos internacionales, es el de ser “una inversión con resultados”, “las coberturas son ciertas, efectivas y documentadas”, “la atención es brindada por personal cualificado”, “los resultados exceden las metas mínimas del PEC”, “el costo es razonable” (Monzón y Valladares, 2008) o “es un modelo ideal para poblaciones dispersas y monolingües, la integralidad que logra y los beneficios intangibles de vidas salvadas, de beneficios que puede reportar y de sus perspectivas” (Oliva Herrera y Ajú, 2008).

Las prioridades ministeriales pasan por la disminución de la mortalidad infantil, materna y la

cobertura de inmunizaciones. Un estudio comparativo debería hacerse con población en similares condiciones de vida, una con cobertura del Paquete Básico de Salud del Ministerio y con su programa operativo, y otra con el presente Programa, pero no se tienen los datos de la parte ministerial, y por otro lado, la serie comparativa debía ser más larga y correspondiente a los mismos años. De todos modos, tanto desde fuera como desde dentro del Programa se reconocen los buenos resultados a partir de que sus resultados son fiables, mientras se pone en duda los del Ministerio, por lo que no resulta extraño que en ocasiones el mejor o similar iceberg epidemiológico de morbi-mortalidad e inmunizaciones del MSPAS se aproxime menos a la realidad que el iceberg del Programa de salud.

A nivel nacional, los datos oficiales constatan una notable desigualdad en cuanto a la mortalidad infantil entre la población indígena y la no indígena, y una tendencia constante de disminución de la mortalidad tanto para menores de un año como para menores de 5 años.

Cuadro 6

Tasa de mortalidad para la niñez e infancia. Guatemala

Descripción	Mortalidad en la niñez (menores de 5 años)				Mortalidad infantil (menores de un año)			
	1987	1995	1988/1989	2002	1987	1995	1988/1989	2002
Indígena	142	94	79	69	76	64	56	49
No indígena	120	69	56	52	85	53	53	40
Urbano	98,6	60	58	58	65	45	49	35
Total	121	79	65	59	79	57	49	44

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1987, 1995, 1998/1999, 2002 (CEPAL, Richard Adams, 2005)

Datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (PNUD: 2009/2010) nos dan la información correspondiente al año 2008/ 2009 con una tasa de mortalidad infantil nacional de 51 entre población indígena y de 33 para la no indígena. A nivel regional, para el suroccidente donde se encuentra la Bocacosta de Sololá la tasa de referencia es de 35x1000 nacidos vivos.

Desde el Programa, cuyos datos vienen a continuación, la aparente paradoja es que las tasas de mortalidad infantil empeoran a los dos-tres años de la implementación. Al mejorar la información, es reconocido por las instituciones sanitarias internacionales que empeoran las tasas. Desde el Programa se reconoce que la información mejoró su fiabilidad a partir del año 2008 tras detectarse que algunas de las muertes infantiles no eran informadas, caso de los niños que no habían sido registrados en el municipio o por retrasos en la información debido a la migración de los padres. En un estudio realizado desde el Programa en el Registro Nacional de Población (RENAP) de los municipios de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán, durante los años 2008-2009, se hizo evidente un subregistro municipal de 24% en relación a las defunciones y 43% en nacimientos con respecto a lo captado en el Programa (ISIS, 2010).

Cuadro 7

Tasa de mortalidad Infantil (menores de un año). Bocacosta Sololá

Infantil, por año	2006	2007	2008	2009
Población menor de 1 año	307	307	308	306
Defunciones en menores de 1 año	10	13	12	10
Tasa de Mortalidad infantil	32.6	42.3	38.96	32.7

Fuente: BDINS, Diciembre 2009

Cuadro 8

Tasa de Mortalidad Perinatal[36]. Pilotaje Bocacosta Sololá

Perinatal, por año	2006	2007	2008	2009
Población menor de 1 año	307	307	308	306
Número de mortinatos[37]	8	6	10	6
Muertes en < 8 días	3	3	5	2
Total de muertes perinatales	11	9	15	8
Tasa de mortalidad perinatal	35.8	29.3	48.7	26.1
Tasa de mortalidad hebdomadal[38]		9.8	16.2	6.53

Fuente: BDINS, Diciembre 2009

[36] La tasa de mortalidad perinatal se obtiene relacionando las defunciones perinatales (mortinatos y defunciones de menos de una semana de vida o menos de 28 días o endógenas, según el criterio que se adopte) con la suma de mortinatos y nacidos vivos.

[37] Mortinato es el recién nacido muerto o el feto con más de 20 semanas.

[38] La tasa de mortalidad hebdomadal o neonatal temprana se refiere a las defunciones de menores de 7 días de vida entre los nacidos vivos registrados por 1000.

Se considera que la mortalidad neonatal (los recién nacidos fallecidos antes de cumplir 28 días) en Guatemala (PNUD, 2005: 191) sobrepasa el 50% de la mortalidad infantil y es aquí donde las intervenciones deben ser mayores en recursos humanos y equipo. Tanto en Bocacosta como posteriormente en San Juan Ostuncalco la mayoría de muertes infantiles se dan en el periodo denominado perinatal que comprende mortinatos y fallecidos en los primeros siete días de vida y en las condiciones actuales de Guatemala implica mejorar y ampliar la cobertura de atención a embarazadas.

Cuadro 9

Tasa de Mortalidad en población de 1 a 5 años. Pilotaje Bocacosta

Por año	2006	2007	2008	2009
Población de 1 a <5 años	1283	1340	1621	1273
Defunciones de 1 a <5 años	4	3	1	3
Mortalidad de 1 a < 5 años	3.1	2.2	0.6	2.4

Fuente: BDINS, Diciembre 2009.

Cuadro 10

Tasa de Mortalidad Infantil. Pilotaje Ostuncalco

Infantil, por año	2006	2007	2008	2009
Población menor de 1 año	234	232	228	259
Defunciones en menores de 1 año	7	8	18	14
Tasa de Mortalidad infantil	29.9	34.5	79	54.1

Fuente: BDINS diciembre 2009.

Cuadro 11

Tasa de Mortalidad Perinatal. Pilotaje Ostuncalco

Perinatal, por año	2006	2007	2008	2009
Población menor de 1 año	234	232	228	259
Número de mortinatos	5	3	8	6
Muertes en < 8 días	1	2	8	4
Total de muertes perinatales	6	5	16	10
Tasa de mortalidad perinatal	25.6	21.6	70.2	38.6

Fuente: BDINS, Diciembre 2009

Cuadro 12

Tasa de Mortalidad en población de 1 < de 5 años. Pilotaje Ostuncalco

Por año	2006	2007	2008	2009
Población de 1 a <5 años	1136	1056	994	927
Defunciones de 1 a <5 años	2	2	0	4
Mortalidad de 1 a < 5 años	1.8	1.9	0	4.3

Fuente: BDINS, Diciembre, 2009

Las causas más frecuentes de muerte en menores de un año fueron las neumonías, la asfixia perinatal y la prematurez; y entre 1 y 5 años, la neumonía y desnutrición. En el año 2009 no hubo muertos por diarrea a diferencia de uno que falleció en el 2008 y dos en el año 2007.

En cuanto a **Mortalidad Materna** no se registraron muertes en los últimos tres años en el pilotaje de Bocacosta de Sololá, mientras que en Ostuncalco se contabilizaron uno en cada año 2006, 2007 y 2009 y ninguna muerte en el 2008.

Aunque no tengo datos comparativos con respecto a lugares similares bajo cobertura del PBS ministerial, Las autoridades ministeriales reconocen las buenas coberturas de inmunizaciones a través de una atención continuada en la Casa de Salud y de las Jornadas Interprogramáticas.

Cuadro 13

Nacidos vivos y coberturas de BCG y OPV3 2004-2006-2007. Ambos Pilotajes

AÑO	Boca Costa Sololá			San Juan Ostuncalco		
	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Nacidos vivos	261	307	307	247	234	232
Cobertura de BCG	70%	87%	93%	64%	74%	100%
Cobertura de OPV3 (polio)	28%	77%	96%	12%	83%	86%

Fuente: Línea de base 2004 y ASIS 2007. (Verdugo et al., 2008: 87)

Cuadro 14

Cobertura alcanzada (%) en atención de menores de 5 años y meta de la Unidad de Asistencia Técnica, (UAT), del Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

Indicador	Meta UAT	Boca Costa Sololá		San Juan Ostuncalco	
		2006	2007	2006	2007
Menor de un año con dos controles	90%	39%	83%	52%	83%
Menor de uno a cinco años con control	90%	50%	69%	39%	53%
Recién nacido con control	44%	ND	98%	63%	95%

Fuente: ASIS 2007 (Verdugo et al., 2008: 98)

Cuadro 15

Cobertura alcanzada (%) en control de mujeres embarazadas

Indicador	Meta UAT	Boca Costa Sololá		Ostuncalco	
		2006	2007	2006	2007
Embarazada con primer control prenatal	75%	102%*	91%	88%	98%
Embarazadas captadas antes de 12 semanas de gestación	21%	31%	32%	23%	42%
Embarazadas con tres controles prenatales	40%	38%	50%	27%	52%
Puérperas con control	44%	93%	100%	56%	100%

Fuente: ASIS 2007 (Verdugo et al., 2008: 99)

*Este porcentaje se debe a que los embarazos fueron más que los esperados

Entre los padecimientos o SCD que se recogen están en Bocacosta de Sololá el ojeado, empacho, mollera caída, aire/ calambre, el susto, la hechicería y la caída de matriz, consultas que se contabilizaron 72 en el año 2007 y 196 en el 2009. El ojeado es el padecimiento más frecuente en los menores de 5 años y el aire/calambre entre los mayores de 20 años.

En el caso del pilotaje de Ostuncalco, y en relación a los anteriores SCD fueron 186 las consultas en el año 2007 y 208 en el 2009. El ojeado y el empacho son los más frecuentes

entre los menores de 5 años, el susto se distribuye entre todas las edades a partir de los 5 años pero especialmente entre los 10 y 50 años y los calambres entre los mayores de 20 años.

Las visitas familiares dieron lugar a reconocer en ambos pilotajes riesgos individuales y familiares relacionados con la extrema precariedad, discapacidades, la violencia intrafamiliar, alcoholismo, la migración, entre otros. También el no reconocimiento de señas de peligro en enfermedades respiratorias en las que la neumonía es en el niños primera causa de muerte, pero también en las diarreas y embarazo. En relación al medio ambiente, en Bocacosta los riesgos son mayores con respecto a la disposición inadecuada de basura y el no hervir siempre el agua, también la presencia de perros sin vacunar. En el caso de Ostuncalco, los mayores riesgos van ligados al uso de plaguicidas y perros sin vacunar (ISIS, 2010).

En relación al programa comunitario y a lo largo de la implementación del Programa son innumerables las iniciativas de apoyo a las/los comunitarios entre las que destaco en Sololá el apoyo a los afectados por la tormenta Stan e igualmente en San Juan Ostuncalco con el apoyo económico al mejoramiento de la carretera de acceso a Granadilla y Las Barrancas y el nuevo sistema de agua intubada de Las Barrancas. Dentro de este apoyo la construcción de Casas de Salud Comunitaria en prácticamente todos los sectores de ambos pilotajes.

En las intervenciones sobre los condicionantes y determinantes de la salud se pueden reconocer varios niveles, los comunitarios ligados a condiciones de vida como calidad de las viviendas, alimentación, laborales y en relación al entorno con riesgos en relación a las de basuras, plaguicidas, letrinas, agua, medidas preventivas como las inmunizaciones a perros, así como el apoyo a las organizaciones comunitarias con la entrega de información (Línea basal del 2004 y los ASIS anuales) que les ayuda en la gestión de proyectos y en la intersectorialidad a nivel municipal y regional.

El “intercambio educacional”, “la inclusión de las perspectivas y una relación diferente” con los pacientes, familias y grupos comunitarios se situaría en este nivel comunitario y serían externalidades consustanciales a un Programa transformador, en sus trabajadores y la población. Las enfermedades y padecimientos mayormente consultados tienen que ver con las condiciones de vida como vivienda, disponibilidad de agua potable, eliminación de

excretas, laborales […] y sobre estos condicionantes se establece la prioridad del trabajo de los ASC tal como se visualiza en los ASIS.

No se muestran aquí la producción de servicios ni la morbilidad, la cual se reconoce estrechamente "ligada a la pobreza, escolaridad de los padres, las condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la contaminación ambiental y la falta de acceso a servicios de salud preventivos y curativos de mayor nivel" (ASIS, Bocacosta Sololá, 2010: 116), (ASIS, Ostuncalco 2010: 58).

Un segundo nivel de intervención estaría ligado a la incidencia a nivel municipal y regional, con otros grupos de salud y sectores que trabajen el derecho a la salud, la pertinencia cultural, las perspectivas de género, los condicionantes de la salud y todos aquellos con quienes se tenga afinidad en la transformación social. Igualmente la incidencia en el Ministerio de salud en donde como institución no monolítica también hay trabajadores por el mejoramiento de la calidad de su trabajo y del derecho a la salud. Y un tercer nivel sería el horizonte de la transformación de los condicionantes-determinantes de la salud y por tanto también de las exclusiones en un amplio campo de trabajo a nivel estatal e internacional.

Incidencia en el Ministerio de Salud

La implementación del Programa además de mejorar la salud de la población *local* tiene el objetivo estratégico de incidir en la política de primer nivel de atención del Ministerio de Salud. Desde el primer momento se buscó la coordinación con el mismo, la buena relación, y cumplir con requisitos básicos como eran atender una población sin PEC, cumplir con las prioridades asistenciales del MSPAS y de entregar la misma información que solicitaba a las ONGs que implementaban el Programa Básico de Salud (PBS). El Ministerio correspondía con entrega del biológico para las inmunizaciones y algunos lotes de medicamentos.

Para el personal del Ministerio, desde el nivel central departamental o distrital, el Programa era algo muy similar a lo que ellos realizaban. Aparentemente no les interesaba el marco teórico de reproducción social y perspectivas, ni el diseño programático u operativo, se referían a las actividades del PBS y como si se hubieran puesto de acuerdo, todos decían, "es lo mismo,

hacen lo mismo que nosotros", que personalmente siempre percibí como modo de defensa del MSPAS y de minusvaloración del Programa,

A la pregunta de "quién incidía más en quién", si el Programa en Ministerio o al contrario, los ASC preguntados y miembros del EAPAS eran críticos con el Programa. Para los ASC entre las diferencias con el MSPAS estaban en que sus fichas tenían más información que las del MSPAS, tenían un programa familiar y más actividades, mejor sistema de información y lo que informaban era fiable y muy especialmente "hablamos el idioma de la gente", "les tratamos bien". A nivel de los EAPSAS, una de las médicas consideraba que el Programa se parecía cada vez más al del Ministerio, sólo que éste no alcanzaba las metas y en el Programa se acercaba más a ellas; se hacían cosas parecidas a las del Ministerio pero en el idioma de la gente. Para uno de los administradores que había trabajado en el Ministerio, la diferencia principal es que el Programa tiene más recursos que el Ministerio. Para uno de los coordinadores del EAPAS, si se quería incidir en el MSPAS, la prioridad era "cumplir los indicadores del Ministerio. El Ministerio es realmente un Ministerio de inmunizaciones y si la propuesta no logra buenas coberturas, no tiene posibilidades de incidir, pues el resto de actividades sanitarias no les interesa. Las inmunizaciones son lo principal y luego viene lo demás, aunque no necesariamente. Hoy es más el Ministerio que incide sobre la propuesta [el Programa de salud] que ésta sobre el Ministerio".

La dinámica del cumplimiento de las metas cuantitativas estaba absorbiendo los mayores esfuerzos y por otro lado, el cumplimiento de las normas técnicas del MSPAS, los registros del sistema de información, el control del gasto de medicamentos y farmacia […] me llevaron a una percepción de que los aspectos transformativos en las/los trabajadores necesarios para llegar a las nuevas competencias estaban quedando relegadas por los "aspectos técnicos". Los aspectos técnicos eran considerados neutros y las *nuevas competencias con la integración de nuevas actitudes, concepciones y prácticas* quedaban para una vez se lograran las metas, a la que agregaría si se aprende críticamente de la experiencia, mayor reconocimiento de los saberes y experiencias de los ASC y de la población, y desde otras disciplinas como la antropología médica aplicada y crítica, ideas e instrumentos para seguir en el camino al Hacia.

Pero si quien incide más en quien es importante, sí hay aspectos del Programa que han sido incluidos en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio (MAIS). El Ministerio de Salud reconoció el apoyo de diferentes instituciones internacionales y nacionales como Médicus Mundi Navarra e ISIS en el apoyo al MAIS (MSPAS, 2011: 7). Las diversas coincidencias no implican sean consecuencia de la incidencia pues entran dentro de lo que hoy son las políticas de salud en países en América Latina con condiciones similares a las guatemaltecas (MAIS de Ecuador, MAIS-FCI de Perú y otros). Entre esas coincidencias y/o incidencias está la inclusión en el MAIS de la pertinencia cultural, pero considerando ésta necesaria "en un contexto de nación pluricultural, multilingüe y multiétnica de la que debe primarse el respeto, el mutuo conocimiento y el énfasis en los elementos de convergencia. Debe basarse en la ciudadanía, derecho a la diferencia, la interacción positiva, la unidad en la diversidad y el cumplimiento de los derechos humanos sin discriminación alguna especialmente en relación a cultura, género […]" (MSPAS, 2011: 13). La caracterización de pertinencia reconoce la ciudadanía pero sugiere que la diversidad cultural en el campo sanitario tiene carácter étnico y no se refiere a la pertinencia cultural con toda la población, indígena o no. Esta perspectiva es corroborada por García Canclini (2004: 20) para quien: "En América Latina predomina la consideración de lo intercultural como relaciones interétnicas" sin reconocer que lo intercultural es más amplio que lo interétnico y que aplicado al campo de salud, la pertinencia cultural sanitaria debe ser con todas las personas, además que la pertinencia no es con las culturas sino con las personas.

Hay coincidencia en la definición de integralidad (MSPAS, 2011: 14) en donde el Ministerio también incluye los niveles individual, familiar y comunitario como niveles de actuación. En la sectorización en base a demografía, diagnóstico de salud y accesibilidad (Ibíd., 33) y con 2-4 auxiliares de enfermería dependiendo de la carga laboral y un equipo de apoyo por cada 10.000 habitantes conformado por un responsable de la atención individual, otro del familiar, otro del comunitario y un asistente de información (Ibíd., 49). En el diseño programático y operativo puede haber coincidencias a la espera de qué actividades desarrollan pero la profundización de las perspectivas será una de las líneas rojas no asumibles, con la alternativa factible de que sean asumidas discursivamente y aplicadas subalternamente.

El Programa ofrece con un coste económico dentro del margen que el PNUD considera para un país como Guatemala, unas bases y lineamientos que ayudan a mejorar los indicadores trazadores de salud sin que el Ministerio tenga que intervenir en la modificación de las causas estructurales ni entrar en conflicto con el poder del sector médico.

La incidencia se ha concretado también en la extensión del *Modelo Incluyente de Salud* a cuatro distritos de los departamentos de Baja Verapaz y Zacapa para el periodo 2009-2013 y siempre con el apoyo financiero externo.

La capacidad del Ministerio en hacer bucles y paradojas discursivas no es de ayer. Las presiones de organismos internacionales por hacer cambios sustanciales llevó a sumar y sumar para finalmente no cambiar sustancialmente, tal fue el caso de las "reformas aditivas" (Verdugo, 2005) (Fiedler, 1985) y será de estar atento si el MAIS no sea otro bucle aditivo.

Reconocimiento desde la comunidad

Las y los comunitarios reconocen la importancia que en sus vidas tiene el contar con unos servicios de salud cercanos, con atención en sus idiomas, y la apertura de las Casas de Salud Comunitaria fueron una demostración de su alegría con una gran fiesta.

Imagen 36

Fiesta de inauguración de la CSC de Pasaquijuyup. 2004

Imagen 37

Fiesta de inauguración de la CSC de Las Barrancas. 2005

¿Qué tanto es posible modificar los indicadores de salud sin cambiar los condicionantes-determinantes de la salud? Siempre presente la experiencia y los aprendizajes del Dr. Jorge Rosal (f), quien compartía emocionado su experiencia sanitaria de la década de los 60-70 y los límites estructurales del sistema: "creímos que desde Medicina íbamos a cambiar el país. Pensamos que íbamos a cambiar el sistema de salud del país y aprendimos que para ello debe haber un cambio político. Nos marcó para toda la vida" (Albizu, 2005: 201).

El *Hacia la Salud Incluyente* va mostrar sus veredas y dificultades, en el paso de la teoría a la práctica en el periodo que se analiza (2003-2007) y donde se muestran como factores claves – haciendo un paréntesis de los niveles macro- el ámbito meso-institucional y micro-comunitario, la institución que implementa el Programa y la relación de los ASC con la población. La institución sanitaria para el desarrollo del Programa, en su pequeña pirámide, se muestra como una *cadena de mediadores y mediaciones*. El ECON con su decisión estratégica de incidencia en el MSPAS, va priorizar las metas del MSPAS y mediar el Programa a través de unos instrumentos de gestión en donde los protocolos de atención, las fichas médicas, las boletas de evaluación de los ASC son ejemplificadoras de cómo los instrumentos técnicos son políticos, respondiendo al MMH. Los instrumentos de la atención curativa gestionan una relación de saberes en el que la enfermedad es eminentemente biológica y reproducen la

relación hegemónica de los saberes biomédicos sobre los saberes populares, y a través de ellos, de las relaciones de poder de los EAPAS sobre los ECOS y éstos sobre la población. Jerarquías donde se secundarizan los conocimientos situados de los ASC, por experiencias y saberes compartidos con la población, y de los ASC con la palabra, la escucha, el diálogo y co-aprendizaje con las personas, familias y las y los comunitarios.

Los miembros de los EAPAS con hegemonía del personal médico y de enfermería con una visión biomédica y celosos de preservar su poder social y estamental, a través de los programas individual, familiar y comunitario, los instrumentos de gestión y las metas en coberturas de inmunización y disminución de las mortalidades materno-infantiles, reproducen su poder, sus saberes y sus relaciones desiguales con los ASC. Los saberes del EAPAS van a ser el punto de partida en la formación de los ASC, saberes biomédicos y *de libro* que van a llegar a excluir la reflexión de los ASC sobre sus experiencias laborales dentro del Programa y excluyendo a las y los ASC de ser fuente de conocimientos.

Los ASC priorizan el mantenimiento de su puesto de trabajo y van a través de la reafirmación en el mismo, hacer del modelo biomédico más hegemónico que al inicio, situando sus conocimientos como personal local, campesinos e indígenas pobres, en el espacio de complementariedad subalterna que les ofrecen los instrumentos del Programa. La agencia de los ASC se mostrará en esos espacios oficiales a través de sus saberes en las recomendaciones complementarias a los tratamientos biomédicos, en su conocimiento de los SCD, habilidades personales en la comunicación y confianza de la población a partir del conocimiento local. La agencia al margen del Programa será fundamentalmente para responder a las expectativas de la población y se realiza sin ser registrado y sin presencia del EAPAS. Para las y los ASC el tipo de modelo que implementan no es motivo de contradicciones pues su representación de la institución biomédica y del MMH es de jerarquía entre saberes que el Programa reproduce, así como de las relaciones verticales y unidireccionales, y que reconoce en subalternidad algunos saberes populares y tradicionales, remedios de cuya validez tienen evidencia empírica, así como la importancia de la confianza que transmiten el hablar el idioma local, ser visto como de los mismos, “benévolos”, y la ausencia de maltrato. Todos asumen las relaciones que reproducen las desigualdades entre personas a partir de los saberes diferentemente situados,

saberes del auxiliar de enfermería ante los de la población, entre los que saben y los que no, *el estigma racista bio-cultural se suaviza en ignorancia científica.*

El énfasis de la enfermedad como desviación biológica lleva a aplicar los instrumentos técnicos de hegemonía biomédica con un interrogatorio y exploración que llevará a la Impresión Clínica del que se desprenderá el Tratamiento farmacológico. En este proceso la participación del paciente es responder al interrogatorio del auxiliar quedando el espacio de negociación al del complemento subalterno y el cumplimiento del tratamiento en el aire, pues una explicación oral rápida de la dosis y frecuencia, nada por escrito, que conociendo la expectativa de la población con respecto al medicamento, hace previsible el incumplimiento del mismo. La mirada de los ASC sobre la enfermedad y los instrumentos lleva a personificarlos, pues a través de ellos va a ser evaluado, mientras que las personas y familias tienden a ser cosificadas. Aún en estas condiciones, los ASC logran establecer una notable empatía con la población a partir del conocimiento mutuo, la confianza y la intuición de una subjetividad compartida por ser de los mismos. La cara del Programa desde los y las ASC hacia la población es de un Modelo Médico Hegemónico "amigable" y una institución amiga con trabajadores benévolos y sabios.

La población tiene su propia representación y práctica con respecto a los servicios biomédicos y busca en ellos, mayormente el medicamento, que siendo un objeto globalizado tiene una interpretación "glolocalizada" y diferente a la explicación biomédica. Ocultan a veces los remedios en la consulta para acceder al medicamento y la administración generalizada de micronutrientes, vitaminas, antianémicos seguro mejora la salud de la población, pero si no se acompaña de otras acciones, se induce la medicalización, a reforzar que los problemas de enfermedad se resuelven con medicamentos.

En torno a la pertinencia intercultural en el Programa, se da en subalternidad al MMH como se muestra en que la herbolaria debe pasar el control biomédico de sus principios activos; los terapeutas tradicionales "les ayudan" en su trabajo a los ASC, los terapeutas quieren conocer el "saber médico" (biomédico), no hay co-aprendizaje, las relaciones son asimétricas, la contraparte de la atención son los terapeutas y su modelo tradicional difuminándose los saberes y transacciones que realiza la población y sus formas de vivir socio-culturalmente

el proceso s/e/a; el autodiagnóstico es mayormente un ítem políticamente correcto al que cada ASC responde de manera diferentes, bien siendo una casilla más a rellenar, respondiendo a la expectativa del paciente de manera que se complementen el tratamiento tradicional y farmacológico o analizando en su contexto y queriendo comprender cual es el problema que expresa el paciente. Cuando las perspectivas pasan a ser evaluadas "cuantitativamente a través de ítems transformados en competencias" pierde su sentido cualitativo y el sentido inicial de las competencias. El uso de los saberes desde los sujetos posicionados institucionalmente reproduce las relaciones desiguales del modelo de los expertos y no lleva a co-aprendizajes ni dentro de la institución, ni con la población. Pero en Guatemala, introducir en un servicio de salud elementos que han sido fuente de estigmatización significa un reconocimiento a los otros saberes, a sus cargadores y un reconocimiento político.

Las y los ASC como fuente de conocimientos a partir de sus conocimientos multisituados son subalternizados, siéndoles reconocidos aquellos que eficientan las metas institucionales y que se integran en el MMH como complementos adicionales. Les son reconocidos en primer lugar sus conocimientos "técnicos" biomédicos y habilidades para el cumplimiento del sistema de información, y en segundo lugar de sus conocimientos como personal local, la confianza que transmiten a la población por ser parte de los mismos y hablar el idioma local, su conocimiento de herbolaria y SCD, y las habilidades relacionales de algunos ASC.

Queda invisibilizado, es parte del MMH, el conocimiento del cómo se vive de manera más integral e incluyente el proceso s/e/a, desde las historias personales y familiares, las situaciones particulares, las racionalidades presentes en las familias y comunidades, la dimensión religiosa como aspecto estructural del proceso, que ayudarían a una visión más holística y compleja pero también más Incluyente y a aplicar en los tres programas. Muchos de estos saberes son naturalizados y no reconocidos por los propios ASC, que requerirían de un "extrañamiento" y reflexión colectiva pues son parte del "sentido común" local, "así somos nosotros", "aquí, así son las cosas", por el que no son conscientes de aspectos que pueden requerir transformaciones.

Los programas familiar y comunitario tienen potencialmente elementos de "participación activa" de la población para la prevención y promoción de la salud así como de

intersectorialidad que pueden cuestionar la hegemonía del MMH en su eficacia curativa y sus limitaciones para abordar aspectos que requieren negociación con otros sectores y sus otras racionalidades. En el año 2007 ambos programas estaban en fase incipiente especialmente el familiar.

El punto de partida de los saberes es la academia y la no inclusión de la experiencia laboral y menos de las experiencias y saberes como sujetos campesinos, indígenas y pobres del lugar hace que la experiencia sea excluida del proceso de implementación al nivel de los EAPAS y ASC. A nivel personal podrá cada quién construir sus saberes pero no son institucionalizados en ese Hacia del Programa. Las y los ASC van haciendo suyo como Incluyente el Modelo en el que están trabajando, subalternizando más sus experiencias y saberes, primando su nueva posición laboral y su identidad ligada a un poder que cada vez se muestra con más peso y en el que los derechos laborales entran en tensión con el derecho a la atención de las personas, y donde el derecho a la atención en salud se identifica con la atención del MSPAS y no en la de ellos, parte de una ONG. Las y los ASC como partícipes de un Programa que trabaja el Hacia la Salud Incluyente o ya autoconsiderado Modelo Incluyente de Salud los motiva parcialmente al asumir en el Modelo elementos de su identidad y cultura que han sido estigmatizados, pero más les motiva su nueva posición de saber/poder/salario como auxiliares de enfermería y reconocidos por el Ministerio de salud.

Como *aportes a nivel de la salud e incidencia en el Ministerio de Salud* están la mejora de la atención y de la salud de la población cubierta en el Programa, que la reconoce y valora. Una información institucional de las coberturas de inmunización y de la morbi-mortalidad más fiable que la ministerial dentro del iceberg epidemiológico de la institución sanitaria. El reconocimiento de ser una inversión con resultados tanto desde las financieras (Unión Europea y otras) que la siguen apoyando y ampliándola a otros distritos de Guatemala (y de Latinoamérica) como de expertos salubristas guatemaltecos e internacionales (OPS).

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Introducción. Los civilizadores

Concluyendo

Recomendaciones

Introducción. La marimba y Luna de Xelajú

Aconsejando

Conclusiones

Introducción. Los civilizadores

"Civilizadores" es la autodenominación que se dan *los unos* conquistadores de todas las épocas
y que *los otros*, los conquistados, serán los salvajes, bárbaros, paganos, inferiores… inhumanos.
Esta ideología ha sido recurrente y en Guatemala sigue vivo y visible en las relaciones sociales
entre *los unos* con *los otros*, en las fincas y maquiladoras,
en las políticas de los gobiernos de turno y también en los servicios públicos de salud.

La naturalidad, de *sentido común*, con que para *los unos*,
los otros son estigmatizados, ignorantes y deshumanizados
me trae a la memoria la película de los "Civilizadores: Alemanes en Guatemala" (Stelzner y Whalter, 1998)
en donde se aborda la llegada y presencia de los alemanes en los siglos XIX y XX
en las Verapaces, región del norte de Guatemala.

La película nos muestra a algunos de los descendientes de aquellos pioneros alemanes
que se hicieron con las tierras y las vidas de una parte de la población q´eqchi´.
Hoy como ayer, *los unos* son parte de la oligarquía guatemalteca y abren confiadamente las puertas
de sus casas y de la Cámara empresarial alemana para mostrarnos su civilización,
la sofisticación de su lujo y modales, seguros de su labor civilizatoria sobre los indios,
en escandaloso contraste con la proletarización/ esclavitud forzada de *los otros*,
de sus penosas condiciones de trabajo y vida en las haciendas,
en donde "aprendieron a trabajar", "a consumir productos industriales", "a ser personas".

Las reacciones de los espectadores son paradójicas pues arrancan los aplausos de la oligarquía alemana,
los silbidos y protestas de quienes consideran que los cineastas alemanes han filmado
una película justificadora de la explotación y el racismo,
y los aplausos de quienes reconociendo la paradoja de auto presentación de los "civilizadores"
y su racismo florido, vivido con natural superioridad, se denuncia la *nación imperfecta*.

La película podía haberse realizado en los servicios públicos de salud
donde su carácter benefactor y altruista, civilizatorio y científico, *está fuera de toda duda*
y donde en su nombre y "por tu propio bien", se construye un modelo médico
que cosifica al enfermo, a la vez que personifica la enfermedad y los instrumentos.
Y cuando personifica a *los otros* es para deshumanizarlos a través de la estigmatización y racismo:
"no lloran cuando se mueren sus niños", "prefieren morir en sus casas antes que venir al hospital", "no sienten el
dolor como nosotros" y hacerlos responsables de sus propios males: "no progresan, porque no cambian",
"¿por qué no trajo antes a su hijo? Se va morir, ya no se puede hacer nada"…
responsabilizándolos de sus enfermedades y muerte.
Las víctimas convertidas en sus propios victimarios.

A la vez que se estudian y tratan cuerpos "sin Corazón", sin historia ni sociedad,
se les carga de estigmas y culpabilidades,
y mientras le reconocemos al modelo biomédico su alta eficacia pragmática,
no siempre visualizamos su alta eficacia política, al reproducir y ocultar, por activa y pasiva,
la violencia estructural en Guatemala que es el origen de sus mayores males.

Concluyendo

La experiencia de globalización es de largo recorrido en Guatemala y también su violencia estructural que desde los tiempos de La Colonia reproduce las transacciones desiguales en base a relaciones de hegemonía/subalternidad y resistencia. Relaciones en el sistema social que se expresan en el proceso salud/enfermedad/atención al ser éste decisivo para la producción y reproducción social, cultural y biológica de los grupos socio-culturales, de toda la población.

La experiencia histórica guatemalteca está marcada por la exclusión de *los otros*, frontera móvil de estigmas bio-culturales, de atributos que se modifican interesadamente, para reproducir el indio, natural, indígena, maya en el "todos somos guatemaltecos" pero como ciudadanos de segunda en la continua "nación imperfecta". Esta subalternidad se manifiesta en el proceso salud/enfermedad/atención a través de las inequidades vitales y evitables, unos servicios públicos de salud que irán reproduciendo la beneficencia de caridad cristiana (de la Colonia y primeras décadas de la Independencia) a la beneficencia liberal (a partir de 1871), a la asistencia social (desde 1944) y beneficencia neoliberal (de finales de los años 90) y en cuyas relaciones micro se expresa la violencia del sistema social.

La Atención Primaria de Salud (APS) es una manifestación de la globalización y relaciones internacionales desiguales en que el Banco Mundial, con sus políticas económicas neoliberales y de sustitución a la Organización Mundial de Salud, los financiamientos condicionados vía Banco Interamericano de Desarrollo y el Tratado de Libre Comercio, DR-CAFTA, han condicionado y siguen condicionando la dirección de las reformas políticas, económicas y sanitarias en Guatemala. La supeditación de los poderes de facto en Guatemala a las políticas neoliberales ha llevado a la actual beneficencia neoliberal, a una política pública de la salud como mercancía y de una APS de Paquete Básico que no responde a las necesidades de la población ni es de derecho a la salud. Así la APS selectiva bajo el patrocinio del BM, se aboca a servicios esenciales de bajo costo, donde el parámetro de costo/beneficio está en la base de la formulación de las políticas de salud y con ítems culturales dado que *la cultura* se visualiza como un importante obstáculo de los excluidos nacionales en el acceso a los servicios

públicos. La decisión sobre qué tipo de servicios de salud debe ofrecerse a todos los ciudadanos tiene implicaciones económicas, pero también éticas y de justicia distributiva.

El nivel médico con su Modelo Médico Hegemónico (MMH) es parte de esa violencia estructural que desborda los simbolismos al cosificar las personas, individualizar y desocializarlas, convirtiendo su biologismo en la ciencia de la salud y sus instrumentos técnicos en neutrales, invisibilizando los condicionantes-determinantes de la salud. La alta eficacia política del Modelo va de la mano de su alta eficacia curativa que la convierte en hegemónica en las comunidades guatemaltecas especialmente en relación al medicamento, donde globalización es glolocalización por su connotación local. El significado del medicamento como icono-imagen fuerza de la hegemonía del Modelo Médico no es biomédica en la mayoría de las y los comunitarios sino que echa raíces en otros dominios explicativos.

Las limitaciones del modelo biomédico hegemónico no derivan de su carácter científico sino de la insuficiencia de su actual paradigma biologista, de su cerrazón hacia la dimensión subjetiva y en general a lo social, ignorando el significado de las experiencias personales, deshumanizando y reduciendo la historia y experiencia humana a una teoría abstracta. Esta unidimensionalidad lleva a la *homogenización*, el *dogmatismo y* al *sistema de cuidados obligatorios* "por tu propio bien" construyendo unas relaciones asimétricas entre los expertos biomédicos y los *ignorantes* pacientes.

En Guatemala estas relaciones desiguales adquieren con el racismo, la ciudadanía de segunda de los estigmatizados y la beneficencia pública, caracteres que van más allá de la violencia general del MMH, pues a la cosificación de la persona, lleva aquí paradójicamente a la personificación deshumanizante *del otro indígena*. La sinergia entre el sistema social con sus estigmas culturales se reproduce en el sistema sanitario con un MMH que excluye lo cultural pero no a quienes son estigmatizados socialmente por ella, a los portadores de una cultura diferente a la nacional y a los que se identifica con obstáculos y resistencias para hacer suyo el Modelo. En Guatemala y América Latina, predomina la consideración de lo intercultural como relaciones interétnicas y esto en el ámbito sanitario lleva a invisibilizar que todos las y los ciudadanos somos culturales, incluido el propio Modelo, de la cultura de la ciencia con su propia historia, sus paradigmas e intereses.

En América Latina los pueblos indígenas han sufrido las exclusiones económicas, políticas, culturales como procesos relacionados y no autónomos, aunque sean fenómenos distinguibles. Ante las exclusiones de los pueblos indígenas y de otros grupos sociales, los organismos internacionales bajo la égida del Banco Mundial plantean una intervención separada de la exclusión cultural con respecto a la exclusión económica, de manera similar a una intervención sanitaria biomédica que aborda la salud sin modificar las causas determinantes de las mismas y las inequidades sociales. En esta separación/desglose de fenómenos impone un tipo de servicios, la APS selectiva, y una formación de los trabajadores de salud con objetivos y patrones universales de educación, donde es central la enfermedad como alteración biológica mientras que las ciencias sociales tienen un carácter secundario a la ve que sobre los condicionantes-determinantes no se tiene la capacidad de intervenir.

En la mayoría de las experiencias sanitarias estudiadas en América Latina se reconocen que las desigualdades culturales van de la mano de las desigualdades políticas, económicas, ideológicas, pero en la práctica, *la cultura* está siendo abordada como sustantivo, desligada de los condicionantes-determinantes de la salud, corriendo el riesgo de ser una cortina de humo ante la urgente necesidad de acabar con el sufrimiento y muertes evitables, y de perder la necesidad estratégica de la transformación del modelo de salud y del modelo social. La cultura se transforma en ítem políticamente correcto que no modifica el MMH, pues la cultura/lo cultural es integrado bajo criterios biomédicos y en complementariedad subalterna para sí facilitar y eficientar el Modelo. Mayoritariamente los profesionales médicos y de enfermería se oponen a la inclusión de los otros y sus saberes aún cuando no se cuestiona su poder y en el meor de los casos se muestran indiferentes. Los servicios interculturales pocas veces han mejorado la capacidad resolutiva que ayude a reducir el sufrimiento y muertes evitables, y más bien han sido una pertinencia de bajo costo sin mejora resolutiva, y en la que considero es una de las pocas excepciones, la experiencia del Programa de salud de estudio por motivo de incluir personal local como benévolo y por los diseños programático y operativo.

La inclusión del personal local ha sido otra de las estrategias para mejorar y facilitar la accesibilidad de los excluidos en los espacios rurales de difícil acceso. Este personal local no ha sido reconocido como fuente de conocimientos multisituados, sino que situados en la

base de la pirámide institucional han sido incorporados como auxiliares de enfermería o cualificaciones similares para dar respuesta a una serie de actividades básicas curativas y/o preventivas y/o educativas en salud trabajando desde la racionalidad biomédica, reduciendo costes económicos y trabajando donde no llegan los profesionales.

Los y las Agentes de Salud Comunitaria o auxiliares de enfermería como trabajadores locales de salud en el Programa *Hacia una Salud Incluyente* se nos presentan como sujetos con conocimientos multisituados, tanto desde una posición de sujetos comunitarios y etno-culturalmente estigmatizados como desde la posición de auxiliares de enfermería con conocimientos en el Programa de salud y desde la que son conscientes de su poder. Los 28 ASC trabajando en el Programa de salud muestran diferentes perfiles de conocimientos y relacionales a partir de las diferentes experiencias comunitarias (Pasaquijuyup y Las Barrancas), de oportunidades de educación formal (maestros de primaria, auxiliares de enfermería privada o con estudios de primaria y diversos cursos sobre temas varios), genéricos (hombres y mujeres con sus particulares *deber ser* y variantes según experiencias), generacionales (jóvenes salvo cuatro de ellos), de procedencia campesina (salvo tres que son urbano-suburbanos) y ser todos indígenas (k´iche´es y mames).

Todos ellos y ellas han vivido experiencias de estigmatización sociocultural en el que la escuela se recuerda como primera y discriminaciones de las que la familia y las iglesias se viven con especial emoción. En los servicios públicos de salud reconocen un ámbito de discriminación, de maltrato, de incomunicación lingüística, de baja calidad vividas en primera persona, por la familia o vecinos y les lleva a considerar que una de sus fortalezas en el Programa de salud en el que trabajan está el hablar el idioma local, la confianza, el buen trato y la buena atención a los pacientes. Tienen una representación hegemónica biomédica del trabajo que desarrolla una institución sanitaria y les lleva a no generar en la implementación del Programa contradicciones con su “todo sirve” personal y comunitario, pues en su práctica institucional se reconocen y no excluyen los saberes “tradicionales y populares”, siendo incluidos a como ellos mismos los representan o progresivamente los van representando, en complementariedad subalterna al saber biomédico.

Los saberes populares y tradicionales eran en buena medida conocidos por todos ellos desde el

nivel familiar y varios han participado en cursos de herbolaria y alternativos. El ciclo vital (Cuadro 3) que compartieron en el curso desde la tradición socio-cultural k´iche´ y mam fue un ejemplo de sus saberes, que lo expresaron más como un saber vigente en sus padres, pues ellos ya habían adoptado los periodos de vida "modernos": de infancia, adolescencia, jóvenes, adultos y adultos mayores, y en el Programa el de los servicios médicos, de menores de un año, menores de cinco años y en las mujeres en relación a la menarquia, la edad reproductiva y la menopausia.

Los saberes populares y tradicionales entran dentro de su "todo sirve", por evidencia empírica de su validez a la vez que son parte de su identidad cultural, pero es cultura y a veces creencias a diferencia de la biomedicina que es ciencia, y por tanto los integran con desigual jerarquía en el campo de los saberes. La formación médica recibida en el Programa y el mismo Programa no reconocen como parte de su cultura maya pero es útil, pues sirve para mejorar la salud de la población y su propio crecimiento personal y familiar. La representación de cultura y ciencia es polar, mientras que las prácticas son transaccionales pero por ahora éstas no son parte de su identidad ni de sus representaciones; los sociodramas evidencian estas representaciones polares en contraste con su práctica diaria.

En relación a los cuatro ASC seleccionados en el estudio por ser originarios y residentes del lugar de trabajo, tres hombres y una mujer, mostraron experiencias y conocimientos sobre la vida comunitaria en la que por su participación activa conocen la racionalidad de los diferentes grupos comunitarios en los ámbitos sociales, sanitarios, religiosos, laborales, familiares y otros. Son conscientes de una identidad indígena que integra pobreza, discriminación, racismo, cultura diferencial, exclusión y marginación, y saben del maltrato en los servicios públicos de salud personalmente o por sus familiares y vecinos, así como discriminaciones en otros ámbitos sociales. Reconocen la dimensión religiosa como aspecto importante en sus vidas y de las y los comunitarios tanto en el proceso salud/enfermedad/atención como en el estar en el mundo, en su sentido de vida. Desde esa estigmatización compartida, los ASC adquieren para sus pares étnicos la categoría de personas benévolas, ser "de los mismos", de quienes esperan un trato diferencial al que reciben generalmente en los servicios públicos de salud.

Pertenecen a familias en donde las transacciones médicas han sido usuales al menos desde una

o dos generaciones, un “todo sirve” que responde en sus padres a una hegemonía del dominio explicativo “tradicional” frente a ellos que a través de la escuela, cursos de salud, relaciones sociales han construido un todo sirve de hegemonía biomédica explicativa y de complementación de saberes populares aunque desde el mundo científico sea excluido y/o estigmatizado como creencia, ignorancia.

Reconocen por experiencia propia y familiar que la atención a la enfermedad es un complejo que además de biológico se acompaña de temor, sufrimiento e interpretaciones que requieren sí tratamiento medicamentoso, pero también cuidados y acompañamiento. La integralidad biomédica no se corresponde con la integralidad más interdimensional de la población, aspecto que ellos reconocen pues conviven diariamente con esas otras necesidades que no cubre la biomedicina. La dimensión religiosa es también parte estructural de proceso pues participa en la prevención, curación, alivio, curación y rehabilitación haciéndose más visible en unos trabajadores que en otros, pero en todos presentes. Diferencian enfermedades pertenecientes a la medicina científica de los padecimientos de base cultural y popular, y que mientras los primeros son universales, para enfermarse de los segundos hay que creer en ellos aunque “haberlos los hay”, siendo esto válido para católicos como evangelicos.

Los cuatro tuvieron cursos previos de promotores y experiencia de trabajo en salud además de importantes liderazgos comunitarios en dos de ellos y uno en su grupo sectorial (grupo de Ixtahuacán). Esta experiencia les da seguridad en atender a los enfermos, llegarse a las viviendas, participar y hablar en las reuniones comunitarias y de conocer las situaciones personales, familiares de buena parte de la población que atienden. El último de los cuatro en incorporarse a responsabilidades comunitarias, vocal de un comité comunitario, reconoce estar aprendiendo en él y su utilidad para el desarrollo del trabajo como ASC.

Desde la institución médica implementadora del Programa de salud se reconocen en los ASC pues son requisitos para su contratación, el idioma, unas buenas credenciales comunitarias y estudios de Primaria como mínimo. Institucionalmente se les reconoce sus conocimientos sobre herbolaria y de los Síndromes Culturalmente Delimitados, así como las capacidades técnicas con respecto a la gestión institucional como el buen llenado del sistema de registro, el logro de las metas institucionales, la entrega a tiempo de los informes y una buena calificación

en las boletas de cotejo/evaluación como el cumplimiento del “85% de los ítems de las perspectivas”. De ello resulta que en las nuevas contrataciones se priorice a los auxiliares de enfermería ya titulados.

Se reconocen las “habilidades personales” pero quedan en el ámbito de lo impreciso el como las adquieren, son como esa cabeza visible del *ixpec* [sapo] (Imágen 34), están ahí y se ven pero no se reconoce suficientemente que hay debajo, toda una serie de experiencias y saberes sociales y del proceso s/e/a que se muestran en una intersubjetividad empática, “sentir lo que el otro siente”, comprender por el ASC o darse por comprendido por el paciente y tras del cual se traslucen diferentes situaciones. Entre ellas están la eficacia curativa cuando fueron promotores de salud y/o comadronas, sus lideragos comunitarios y las buenas relaciones, todos ellos factores que dan confianza y que llevan al paciente a sentirse comprendido aún cuando no se crucen las miradas pues los ojos están puestos en las fichas. La diferencia es notable entre los ASC que asumen un rol técnico y quienes tienen autoridad moral y sensibilidad. En la consulta es reconocible cómo se puede establecer por algunos ASC y con algunos pacientes, una intersubjetividad de pares madres, pares mujeres, de pares hombres, por experiencias compartidas y conocimientos previos o por ser reconocidos dignos de confianza en sus diferentes servicios comunitarios.

También hay saberes naturalizados, invisibilizados, que quedan bajo el “aquí así somos” y pasan desapercibidas las escaldaduras de los niños, que la ayuda alimentaria a los desnutridos se reparta a nivel familiar, el no seguimiento de los tratamientos sabiendo que la lógica de la población es dejar de cumplir las tomas si en un día o con la primera pastilla no siente mejoría, o “aquí somos todos chaparros” sin reconocer su relación con la alimentación y la economía moral.

El *Hacia la Salud Incluyente* va mostrar sus veredas y dificultades en el paso de la teoría a la práctica en el periodo que se analiza (2003-2007) con una cadena de mediadores y mediaciones en base a diferentes condicionantes. Del nivel macro-internacional, especialmente el Banco Internacional de Desarrollo, son condicionantes hacia el Ministerio, la articulación público-privado y la salud como mercancía. Para el Ministerio que vuela “con las alas rotas” va ser sensible al logro de las metas materno-infantiles, la cobertura de inmunizaciones y todo

bajo la horquilla del “per cápita” de 7-11 dólares. Por parte de Equipo de Conducción cuya prioridad pasa por incidir en el Ministerio de Salud está el logro de las metas ministeriales y en proximidad al “per cápita”, así como las mediaciones de los programas a través de los instrumentos como protocolos y fichas que van a mostrarse como políticos tanto como técnicos. Los instrumentos de la atención curativa gestionan una relación de saberes en el que la enfermedad es eminentemente biológica y reproducen la relación hegemónica de los saberes biomédicos sobre los saberes populares, y a través de ellos, de las relaciones de poder de los EAPAS sobre los ECOS y éstos sobre la población. Jerarquías donde se secundarizan los conocimientos situados de los ASC, por experiencias y saberes compartidos con la población, y de los ASC a su vez secundarizando la palabra, la escucha, el diálogo y co-aprendizaje con las personas, familias y las y los comunitarios. La sonrisa de Corazón queda en una sonrisa Mac amigable pues el “ver, escribir y hablar” no pasa a “ver, escuchar, sentir, dialogar”.

Los miembros de los EAPAS con hegemonía del personal médico y de enfermería, con una visión biomédica y celosos de preservar su poder social y estamental, a través de los instrumentos de gestión, protocolos, formación y evaluación, reproducen su poder, sus saberes y sus relaciones desiguales con los ASC. Los saberes del EAPAS van a ser el punto de partida en la formación de los ASC, saberes biomédicos y *de libro* que van a llegar a excluir la reflexión colectiva de las experiencias laborales dentro del Programa, y excluyendo a las y los ASC de ser fuente de conocimientos y reflexión. Paradójicamente serán ellos quienes junto a su máxima resistencia a la Inclusión de saberes y usos más horizontales refieren que “aunque la Propuesta [el Programa] es diferente [al Programa del Ministerio de Salud], lo que estamos haciendo es lo mismo” y “es más el Ministerio quien incide en nosotros que nosotros en el Ministerio”.

El uso de los saberes desde los ASC, posicionados institucional y biomédicamente, se reproducen las relaciones desiguales del modelo de los expertos y no lleva a co-aprendizajes pues no se necesita al “otro” para el diagnóstico biológico, saberes bio de los que el paciente es “ignorante”. El punto de partida es la academia y la no inclusión de la experiencia laboral y menos de las experiencias y saberes como sujetos campesinos, indígenas y pobres del lugar hace que la experiencia sea excluida del proceso de implementación a nivel de los EAPAS y ECOS. A título individual cada quién podrá construir sus saberes pero no son

institucionalizados. El punto de partida de los saberes sigue siendo el experto biomédico, la fuente magistral de conocimientos, y cuando alguno de los docentes invitados ha querido partir de los conocimientos de los ASC, éstos han considerado que aquel “no sabía”.

Los ASC priorizan el mantenimiento de su puesto de trabajo y van a través de la reafirmación en el mismo, situandose en el modelo biomédico hegemónico y como complementos subalternos sus conocimientos locales de campesinos e indígenas pobres, que es el espacio que les ofrecen los instrumentos del Programa. Y el mantenimiento del puesto de trabajo pasa por cumplimentar bien los instrumentos con los que son evaluados y en el logro de las metas. La agencia de los ASC se mostrará oficialmente a través de sus saberes en las recomendaciones complementarias a los tratamientos biomédicos, en su conocimiento de los SCD, habilidades personales en la comunicación y confianza de la población. Pero también hay una agencia *al margen* del Programa que pasa fundamentalmente por responder a las expectativas de la población y se realiza *sin ser registrado y sin testigos* del EAPAS. Los ASC valoran que su relación con la población es mejor que en los servicios públicos a través del idioma, un buen trato y que a diferencia del Ministerio desarrollan más actividades y el AIEPI lo hacen con todos los niños.

En esta cadena de mediaciones la población está también presente pues condiciona a través de sus expectativas el logro del medicamento, su icono en los servicios de salud biomédicos. Valoran que las Casas de Salud tengan “buen medicamento”, y que los trabajadores “benévolos” les hablen en su idioma y haya aún en la jerarquía asumida como socialmente natural una relación política de mejor trato que en los servicios públicos.

Para las y los ASC, el tipo de modelo que implementan no es motivo de contradicciones pues su representación de la institución biomédica y del MMH es de jerarquía entre saberes que el Programa reproduce: relaciones desiguales, verticales y unidireccionales entre personas a partir de los diferentes conocimientos situados que colocan a la biología en la posición superior; la subalternidad de los saberes populares y tradicionales, la importancia de la confianza que transmiten al hablar el idioma local, ser visto como de los mismos, “benévolos”, y la ausencia de maltrato les lleva a identificarse con el Programa. Las relaciones desiguales y estigmatizadoras del MMH de buena parte del ámbito inter-étnico del MSPAS pasa con las y

los ASC en el ámbito intra-étnico, a una relación de entrada no estigmatizadora pero sí jerárquica que al primar la biología como fuente de saberes, lleva a considerar a sus vecinos como ignorantes.

El énfasis de la enfermedad como desviación biológica lleva a aplicar los instrumentos técnicos de hegemonía biomédica con un interrogatorio y exploración que lleva a la Impresión Clínica del que se desprende el Tratamiento farmacológico. En este proceso, la participación del paciente es responder al interrogatorio del ASC quedando el espacio de negociación al del complemento subalterno. El cumplimiento del tratamiento por el paciente queda en el aire, no es prioritario al no evaluarse, quedando en una explicación oral rápida de la dosis y frecuencia, nada por escrito, pues "la gente es analfabeta y nos contaminaría al echar los papeles fuera de la CSC" y conociendo la expectativa de la población con respecto al medicamento, hace previsible el incumplimiento del mismo en un altísimo porcentaje. La mirada de los ASC sobre la enfermedad y los instrumentos lleva a personificarlos, pues a través de ellos van a ser evaluados, mientras que las personas y familias tienden a ser cosificadas. Aún en estas condiciones, algunos ASC logran establecer una notable empatía con la población a partir del conocimiento mutuo, la confianza y la intuición de una subjetividad y de experiencias de enfermedad, atención y roles familiares compartidos.

La pertinencia intercultural en el Programa se da en subalternidad al MMH como se muestra en que la herbolaria debe pasar el control biomédico de sus principios activos; los terapeutas tradicionales "les ayudan" en su trabajo a los ASC, los terapeutas quieren conocer el "saber médico" (biomédico), ellos quieren aprender de los médicos pero los médicos no aprenden de los terapeutas comunitarios, las relaciones son asimétricas y hay un interés cruzado de legalidad para los terapeutas y de legitimidad para los ASC; la contraparte de la atención institucional son los terapeutas y su modelo tradicional, la cultura como sustantivo más que como adjetivo, difuminándose los saberes y transacciones que realiza la población y sus formas de vivir socio-culturalmente el proceso s/e/a; el autodiagnóstico es mayormente un ítem políticamente correcto al que cada ASC responde de manera diferentes bien siendo una casilla más a rellenar, respondiendo a la expectativa del paciente de manera que se complementen el tratamiento tradicional y farmacológico o analizando en su contexto y queriendo comprender cual es el problema que expresa el paciente.

Los aspectos culturales priorizados en el Programa son los identificados como tradicionales e identitarios, son simbólica y políticamente reconocidos a la vez que subalternizados. Exige una revisión crítica de cómo en ellas se articulan la sumisión y la resistencia, y de que la cultura no puede ser analizada desde el consenso sino al igual que la perspectiva de género también desde el conflicto, pues la hegemonía es precisamente la naturalización –sentido común- de las desigualdades en base a las diferencias. Y esto sirve tanto para la relación entre los diferentes grupos socioculturales como al interior del mismo grupo. La posición ante los SCD por parte de los ASC es diversa y según situaciones, desde quienes hacen suyo el autodiagnóstico del paciente y buscan tratamientos culturales, a quienes con el mismo paciente y padecimiento intentan explicarlo de manera contextualizada y reconocen un nombre cultural para un padecimiento/enfermedad que también lo traduce a la biomedicina.

Cuando las perspectivas pasan a ser evaluadas "cuantitativamente a través de ítems transformados en competencias" pierden su sentido cualitativo y el sentido inicial de las competencias. En un proceso a la Inclusión, más allá de la biología y los ítems, las y los ASC son fuente de conocimientos a partir de sus conocimientos situados, el cómo se vive de manera más integral e incluyente el proceso s/e/a, las historias personales y familiares, las situaciones particulares, las racionalidades presentes en las familias y comunidades, la dimensión religiosa como aspecto estructural del proceso, aspectos que ayudarían a una visión más holística y compleja a aplicar en los tres programas. Muchos de estos saberes son naturalizados y no reconocidos por los propios ASC y requerirían de un "extrañamiento" y reflexión colectiva al ser parte del "sentido común" local, "así somos nosotros" "aquí, así son las cosas", por el que no son conscientes tampoco de aspectos críticos que requieren transformaciones y que las ASC han mostrado mayor sensibilidad al tocar aspectos de género.

Los programas familiar y comunitario tienen potencialmente elementos de "participación activa" de la población para la prevención y promoción de la salud así como de intersectorialidad que pueden cuestionar la hegemonía del MMH, más allá de su eficacia biológica, por sus limitaciones para abordar aspectos que requieren negociación con otros sectores y sus otras racionalidades. Las y los ASC van haciendo suyo como Incluyente el Modelo en el que están trabajando, subalternizando más sus experiencias y saberes, primando

su nueva posición laboral y su identidad ligada a un poder que cada vez se muestra con más peso y en el que los derechos laborales entran en tensión con el derecho a la atención de las personas, y donde el derecho a la atención en salud se identifica con la atención del MSPAS y no en la de ellos, que pertenecen a una ONG. Las y los ASC como partícipes de un Programa que trabaja el Hacia la Salud Incluyente o ya autoconsiderado Modelo Incluyente de Salud los motiva parcialmente al asumir en el Modelo elementos de su identidad y cultura que han sido estigmatizados, pero más les motiva su nueva posición de saber/poder/salario como auxiliares de enfermería y reconocidos por el Ministerio de salud. La cara del Programa desde los y las ASC hacia la población es de un Modelo Médico Hegemónico "amigable" y una institución amiga con trabajadores benévolos y sabios.

La población tiene su propia representación y práctica con respecto a los servicios biomédicos y busca en ellos, mayormente el medicamento. Ocultan a veces los remedios probados y sus saberes en la consulta para acceder al medicamento. La administración generalizada de micronutrientes, vitaminas, antianémicos puede mejorar la salud de la población, pero si no se acompaña de otras acciones, se induce la medicalización y a reforzar que los problemas de enfermedad se resuelven con medicamentos. La población sigue viendo a los ASC tras cuatro años de Programa como pares étnicos y personas benévolas pues enfrente tienen la ausencia de antecedentes del derecho a la atención a la salud, de maltrato en los servicios públicos y de relaciones de reciprocidad con pago especies o dinero en la atención comunitaria tradicional. Las relaciones verticales entre los ASC y la población son asumidas como de "sentido común" dentro de una relación entre expertos y no expertos.

La institución científico-médica en su función ideológica mostró su anuencia en lo que el Ministerio de Salud considera *bueno para la población* y para el país, irracionalizando y estigmatizando a sectores de la población que se resisten a la Planificación Familiar. En ella y en las justificaciones y *silencios* entre trabajadores de los ECOS y EAPAS es bien representativo de como las actividades sanitarias no son neutras y como la *legítima información sobre derechos sexuales* y calidad de vida se mide por metas clarificadoras del *número de hombres y mujeres planificando*, lo que desvela los reales objetivos del MSPAS.

Como aportes a nivel de la salud e incidencia en el Ministerio de Salud están la mejora de la

atención y de la salud de la población cubierta en el Programa, que la población reconoce y valora y que se concreta también en un Paquete Básico de Salud más amplio que el del Ministerio. Una información institucional fiable dentro del iceberg epidemiológico de toda institución sanitaria. Reconocimiento como de una “inversión con resultados” tanto desde las financieras (Unión Europea y otras) que la siguen apoyando y ampliándola a otros distritos de Guatemala (y de otros países latinoamericanos) y de expertos salubristas guatemaltecos e internacionales como OPS y OMS. Tras ello están fundamentalmentre los aspectos que serán más valorados por el MSPAS como se observa en su MAIS, el diseño estratégico (los programas individual, familiar y comunitario), el diseño operativo (trabajo en equipos) y el personal local polifuncional y todo ello dentro dentro de la horquilla financiera del Ministerio. Hay que reconocer que en los últimos años, los Modelos de Atención Integrales de Salud (MAIS) se desarrollan también en países como Perú y Ecuador y no son exclusivos de Guatemala.

La capacidad del Ministerio en hacer bucles y paradojas discursivas no es de su exclusividad, se extiende al Programa del Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente convertido en Modelo Incluyente de Salud, que en manos del Ministerio tiene altas posibilidades de convertirse en otra “reforma aditiva” más, junto al riesgo del uso por parte de gobiernos excluyentes con fines contrarios a los que se construyó. El derecho a la salud y a la atención efectiva, más allá del discurso o lo escrito constitucionalmente, pasa por los avances en la ciudadanía política y social.

Mientras la enfermedad sea paradigmáticamente biológica, la objetividad de los signos biomédicos personificará la enfermedad y cosificará a la persona, al ser social. Si el proceso s/e/a es un proceso social y la enfermedad un complejo multidimensional, donde la persona sea el centro de la atención, subjetividades e intersubjetividades en movimiento, se podrá abrir la relación a la complicidad y horizontalidad, al valor de la palabra, al diálogo y co-aprendizaje desde los conocimientos situados avanzando un paso Hacia la Salud Incluyente. Y en el proceso s/e/a guatemalteco la etnia/raza, el género y la clase social no son meramente factores, sino desigualdades estructurales que afectan a los resultados de la salud individual y colectiva.

Recomendaciones

Introducción. La marimba y Luna de Xelajú

La marimba es el instrumento musical autóctono por antonomasia de la región mesoamericana,
cuyos sonidos son parte experiencial de la vida de las y los guatemaltecos,
movilizando sentimientos personales y colectivos, pasiones, identidades,
que hacen sentirla propia independientemente de su procedencia incierta, ¿africana?;
y tocar la marimba es como en los saberes médicos, un saber popular, tradicional, académico…,
un "todo sirve" para ejecutar sones, valses, rancheras, cumbias, clásica de Bach a Vivaldi,
según las preferencias de los marimbistas o marimberos y de las solicitudes del público.

Si hay una pieza musical incluyente de marimba en Guatemala, ésta es el vals "Luna de Xelajú",
capaz de emocionar a las y los guatemaltecos de cualquier condición.
Pero la marimba indígena y popular no fue hasta principios del siglo XIX
que con sus adaptaciones entró en los salones de la burguesía.
"Luna de Xelajú", como *amor imposible* que dedicó Paco Pérez a su amada Sheni Cohen,
tardó poco en ser también símbolo de esa imposible inclusión en la nación imperfecta
y como tal capaz de sacar sollozos entre los presentes, como en los ritos pentecostales,
sin saber si son de tristeza y/o alegría con el que todos se identifican e incluyen.
La marimba y Luna de Xelajú quieren ser el símbolo y reto de ese camino Hacia la Inclusión.

Imágen 38

La marimba. Imagen realizada por Ricardo Pérez (f)

Aconsejando

¿Qué puede aportar la antropología médica *aplicada crítica* en el camino hacia la Inclusión? ¿Reconocer la legitimidad de una parte de las prácticas populares como uno de los objetivos de equidad en el Aparato Médico Sanitario? ¿Hacerle ver al sector salud en su ciencia unidimensional el juego de dominación en donde se inserta y de permitir, en una relación dialéctica, la intervención de los propios actores en los mecanismos de comunicación y transformación de las doctrinas en materias de salud?

Si el paradigma de la atención de la salud se basa en la unidimensionalidad de la biología (y/o sicobiologia), dimensión estratégica pero insuficiente para explicar el proceso s/e/a, el modelo de expertos tendrá justificada la jerarquía de sus saberes sobre el de los pacientes, en el ámbito más sensible y legitimador ante quien se enferma y padece. Trasladada esa racionalidad unidimensional a la prevención, rehabilitación y promoción de la salud, sus limitaciones de abordaje trenzadas con la unidireccionalidad y verticalidad de la relación van a llevar a limitaciones reconocidas hasta por los propios responsables institucionales. Si el sujeto personificado de la atención pasa de la enfermedad a la persona, a la familia y a la comunidad, el modelo de expertos no necesariamente es cuestionado pero se abre una mayor posibilidad del reconocimiento de las experiencias y saberes de las personas, como seres sociales y en los diferentes contextos donde se produce y reproduce como sujeto individual y colectivo.

En el Programa de salud estudiado se reconocen esos niveles de acción, como programas individual, familiar y comunitario, pero la priorización de las metas y cosificación de los sujetos sociales, lleva a reproducir el modelo médico hegemónico en el ámbito intraétnico, donde se difuminan los estigmas, pero no el poder institucional ni el sujeto poblacional como ignorante. La difuminación de las perspectivas en ítems y en las mediaciones instrumentales, lleva a que el dicho no pase al hecho, y las competencias se metamorfoseen en ítems. La educación por sí sola, difícilmente va cambiar las relaciones de desigualdad ancladas en las estructuras, pero a corto plazo, la inclusión pasa tanto por la mejora en la morbi-mortalidad de la población atendida como por el equilibrio entre el tiempo institucional y el tiempo de la palabra, de la escucha, del diálogo con la población. La ciencia sigue sin conciencia ni Corazón y es fuente de poder y de relaciones desiguales entre los trabajadores de salud y la

población. Poner al ser social en el centro de la atención en diálogo con la complicidad del trabajador de salud es un primer paso en el Hacia la Inclusión.

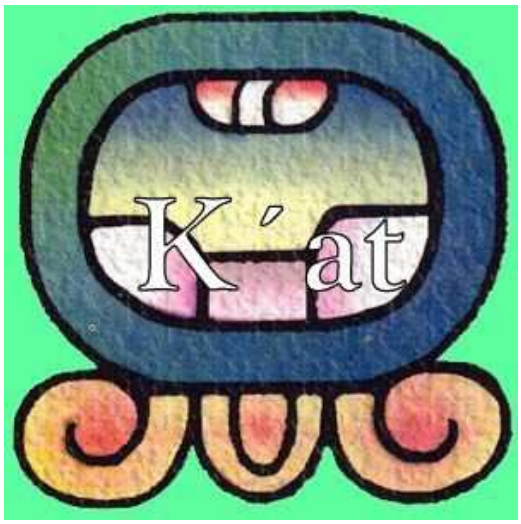
Inclusión es también la reflexión sobre las propias experiencias y saberes situados de las y los trabajadores de salud, de sus familias y comunidades, de reconocer las limitaciones y aportes de cada institución y modelo de salud, de la multi/inter-dimensionalidad del proceso s/e/a y que la integralidad desborda la institucionalidad médica para poder entrar en dialéctica y diálogo con sus propios saberes y los de la población. Reflexión que debe ir acompañada de una mirada crítica a la construcción del *sentido común* de cada grupo sociocultural, tanto de la población como de las instituciones médicas, para reconocer en ellos, los procesos históricos-sociales y poder transformar los saberes y los usos relacionales. Las instancias sanitarias estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica, científica, sino social e ideológica, e igualmente a la cultura y las relaciones interculturales al margen de los procesos histórico-sociales, encubren las relaciones desiguales si no lo relacionamos con los demás factores sociales. El paradigma biomédico es excluyente y unidimensional, muy efectivo "curativa" y políticamente y en el camino *Hacia la Salud Incluyente* se deberá ir construyendo desde la multidimensionalidad, la multidisciplinariedad y el trabajo en equipos en el que esté integrada la población organizada, un(os) nuevo(s) paradigma(s) interdisciplinario(s).

Entre los aspectos a tomar en cuenta en un proceso *Hacia la Salud Incluyente* está el reconocer institucionalmente la propia cultura biomédica, las diferencias de poder en la relación médico-paciente/población, los factores sociopolíticos y culturales que repercuten sobre los pacientes/población/instituciones médicas, las habilidades para comprender a los pacientes, la empatía, el respeto y evitar los prejuicios, inspirar confianza y lazos que faciliten a la población asumir el control de su propio proceso. La ponderación de las funciones de control y normatización de todas las prácticas curativas y preventivas, y la necesidad del cuestionamiento institucional o por lo menos la apropiación colectiva de esos controles. El reconocimiento y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos socio-culturales poblacionales, de sus estrategias que implican un saber colectivo, de la importancia de los ámbitos familiar y comunitario, escolar y laboral, religioso y de ocio, y otros y de reconocer la apropiación pragmática y glolocalizada del saber y práctica médicos por las clases subalternas y de las clases sociales en general.

La falta de antecedentes del derecho a la salud y su atención pública en las comunidades guatemaltecas está cambiando a partir de la conciencia y movilización por el derecho a la vida, a la tierra, al agua, al subsuelo, al salario digno y haciéndose cada vez más presente. La historia de las comunidades nos aporta el *respeto como derecho* comunitario a partir del compromiso y buen hacer en la comunidad, *respeto* que debe ser una premisa de la institución médica que camine Hacia la Inclusión.

El *Hacia la Salud Incluyente* y en el camino de superación de toda la gama de exclusiones requiere desde el campo de la salud reconocer que la salud integral desborda los límites de la institución médico-sanitaria y que el reto incluyente necesita de una amplia alianza, en donde se encuentren los trabajadores comprometidos con las transformaciones necesarias del Ministerio de salud y de fuera del mismo, junto a los sectores sociales excluidos. La perspectiva de interculturalidad es importante, pues como su nombre indica, puede ser la interrelación de saberes diferentes construidos por los colectivos en condiciones histórico-estructurales concretas, pero corre el riesgo de ser una cortina de humo si no se acompaña de la modificación del modelo biomédico, si transcurre en paralelo a sus programas resolutivos y no toca el poder médico. Como cortina de humo será un aditivo al modelo médico hegemónico para que se eficiente y reproduzca las subalternidades.

Imagen 39



K´at como red de disciplinas, dimensiones y alianzas por la Salud Incluyente

El derecho a la salud, con calidad y pertinencias pasa por una atención resolutiva y

transformadora de las relaciones dentro de la institución médica y en su relación con la población. El proceso s/e/a es un “espía” del sistema social y el reconocimiento de las personas, sus diferentes saberes y sus usos cómplices entre trabajadores y la población, suponen una mirada distinta sobre la ciencia, y en particular de las ciencias de la salud que pertenecen tanto al ámbito de la biología como de las ciencias sociales. El logro de estos cambios no vendrá del sector salud aislado, va requerir de la intersectorialidad, de la confluencia de múltiples sectores sociales, intelectuales, políticos, nacionales e internacionales, con quienes haya afinidad en tono a las exclusiones sociales en general.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en su artículo 25, párrafo 1, señala: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. La Conferencia Internacional de Alma Ata (párrafo V de la Declaración de Alma Ata) se puso como meta la “Salud para todos en el año 2000”, “un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”, y que “la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social”.

La I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986) culminó con la redacción de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud instando a: “Reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida”; que una visión integral del derecho a la salud y la mejora de la salud debe basarse en las siguientes condiciones y requisitos: “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” y que “los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud”.

Si el desarrollo humano, en una primera perspectiva puso el acento en el ámbito de las satisfacción de necesidades, la mirada centrada en aquello de lo que se carece, se ha ampliado a las posibilidades para ser o hacer (capacidades) y a la de eliminar las barreras (libertades)

que hacen que las personas no puedan optar por la vida que les gustaría llevar. De las necesidades a las capacidades y libertades, el desarrollo humano como un proceso a la vez que un fin. Poseer un derecho legitima a las personas reivindicar, ser capaz de vivir una vida con dignidad, disfrutando de los derechos humanos y las libertades que de ellos emanan.

El camino se hace andando.

Fuentes documentales.

Bibliografía

Notas

Listado de Anexos

Bibliografía

Acevedo, Joaquín (1986) Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango. Estudio de creencias, prácticas y recursos relacionados con la salud. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. USAC.

Aceves, Gutierre (1992) "Imágenes de la inocencia eterna". *Artes de México. Número 15*, México.

Adams, Richard N. (1952) "Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala; con sugerencias relacionadas con la práctica de medicina en el área maya". Publicación especial, 17. Guatemala. Instituto Indigenista Nacional. Guatemala

Adams, Richard (1956) *Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala*. Guatemala: Editorial del Ministerio de Educación Pública.

Adams, Richard (1996) "Un siglo de geografía étnica. Guatemala 1893-1994: Evolución y dinámica de los sectores étnicos durante los últimos cien años", Guatemala, *Revista USAC*, nº 2 Universidad de San Carlos de Guatemala.

Adams, Richard. (2005) *Etnicidad e igualdad en Guatemala, 2002*. CEPAL, Naciones Unidas. Chile, División de Desarrollo Social. CEPAL..

Adams, Walker. John P. Hawkins (2007). Health Care in Maya Guatemala. Confronting Medical Pluralism in a Developing Country. University Oklahoma Press

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1994) *Programas de salud en la situación intercultural*. México. Universidad Veracruzana. Instituto Nacional Indigenista. Gobierno del Estado de Veracruz. Fondo de Cultura Económica.

Aguirre Rojas, Carlos Antonio (2003) "El Queso y los Gusanos: un modelo de Historia critica para el análisis de las culturas subalternas". Sao Paulo. *Revista. Brasileña de Historia*. Vol.23 Nº.45 July.

Ainsworth Harrison, G. (1998) "Antropología biológica, nutrición y alimentación". En: *Carencia alimentaria. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, UNESCO.

Ak´abal, Humberto (2001) *Ajkem Tzij. Tejedor de palabras*. Guatemala, Cholsamaj.

Alarcón, Ana María y al. (2004) Política de salud intercultural. Perspectiva de usuarios mapuches y equipo de salud en la IX región, Chile *Rev. Méd. Chile*; 132: 1109-1114.

Albizu, José Luis (1999a) *Misión exploratoria al departamento de Totonicapán*. Guatemala. Médicos Sin Fronteras España, mimeografiado.

Albizu, José Luis (1999b) *Estudio sobre promotores de salud y comunidad*. Guatemala, ASECSA, mimeografiado.

Albizu, José Luis. Goyo Todosantos. Mario Efraín Méndez (2005) *El Efecto Guatemala. Un viaje con las y los promotores de salud a través de la vida*. Guatemala, Oxfam- Intermon, Cooperativa El Recuerdo. Magna Terra.

Albizu, José Luis (2010) Misión exploratoria y formulación de proyecto Perú, Bolivia y Ecuador para AECID. Médicos del Mundo España. Madrid.

Albó, Xavier (2004), "Interculturalidad y salud" (65-74). En: Gerardo Fernández Juárez (coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador. Abya Yala. Cooperación España-Bolivia. Universidad de Castilla La Mancha.

Alcina, Rodrigo (s/f) Sistema de Salubridad y Asistencia. La competencia intercultural en la formación del personal de ciencias de la salud. México.

Alonso Meneses, Guillermo (2005) "Violencias asociadas al cruce indocumentado de la frontera México- Estados Unidos" (113-129). Tierra quemada: violencias y culturas en América Latina. *Nueva Antropología*. Vol. XX, # 65. México, mayo-agosto.

Anderson, Benedict (1993) Comunidades Imaginadas. Reflexiones sobre el surgimiento y difusión del nacionalismo. México. Fondo de Cultura Económica.

Andrade, Jorge (1979) *Marco conceptual de la educación médica en América Latina*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 28. Washington D.C. OPS/OMS.

Appadurai, Arjun (1996) Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization. Minneapolis. University of Minnesota Press.

Arriola, Jorge Luis (1973) *Libro de las geonimias de Guatemala*. Guatemala.

Asociación Vulcanológica Internacional. (1958) *Catálogo de los Volcanes Activos del Mundo*.

Ausubel, D. P. (1976) Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo. México. Ed. Trillas.

Ausubel, D. P. (2002) Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva. Barcelona. Ed. Paidós.

AVANCSO. (1992) ¿Dónde está el futuro? Proceso de reintegración en comunidades de retornados. Guatemala: Cuadernos de investigación nº 8.

Aziz Valdez, Julio Andel. (2008) Donde no hay médico… Análisis antropológico del proceso de formación de médicos en el tercer mundo. Lo que representa el médico para la sociedad guatemalteca. Webislam.

Banco Mundial (1993) *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud.* Washington.

Barrett, Bruce (1997) "Identity, Ideology and Inequality: Methodologies in Medical Anthropoloy, Guatemala 1950-1995". *Social Science and Medicine* 44(5): 579-87.

Barrios de Asturias, Linda (1980) *El estudio de la enfermedad folk en Guatemala*, Guatemala. Universidad del Valle.

Bart, Fredrik (1969). *Ethnic Groups and Boundaries*. Boston: Little Brown & Co.

Bartoli, Paolo (1989), "Antropología de la educación sanitaria". *Arxiu d´etnografía de Catalunya*. Barcelona:, 7:17-24.

Bartoli, Paolo (2005) "¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación antropológica médica en México". Rev. *de Antropología Social.*, 14 pp 71-100

Bartolomé, Miguel Alberto (1996). *La dinámica social de los mayas de Yucatán. Mérida, Yucatán.* Universidad Autónoma de Yucatán.

Bartolomé, Miguel Ángel. (1997) *Gente de Costumbre y Gente de Razón. Las identidades étnicas en México*. México, Instituto Nacional Indigenista, Editorial Siglo XXI.

Bascom, Roberto (2009) *Dios habla en Mam. Después de 90 años se completa la Biblia en este idioma Maya*. Sociedad Bíblica de Guatemala. www.sbiblica.org

Bastián, Jean Pierre (1994) Protestantismo y modernidad latinoamericana. Historia de unas minorías religiosas activas en América Latina. México. Fondo de Cultura Económica.

Bastián, Jean Pierre (2008) "Conversiones religiosas y redefinicion de la etnicidad en el estado de Chiapas », *Revue TRACE, Travaux et Recherches dans les Amériques du Centre*, 54 (décembre 2008), p. 19-30.

Bastos, Santiago (1996) "Los indios, la nación y el nacionalismo". *Espiral. Revista sobre Estado y Sociedad*, vol 2, nº 6.

Bastos, Santiago (2000) *Cultura, pobreza y diferencia étnica en ciudad de Guatemala.* Tesis Doctoral. Doctorado en Ciencias Sociales. México, CIESAS-Unidad de Guadalajara.

Behrhorst, Carroll (1975) "Chimaltenango Development Project in Guatemala". In Kenneth W. Newell (ed.) *Health by the people*. Geneve: World Health Organitation, WHO.

Behrhorst, Carroll (1983) "Introduction". En: Steltzer, Ulli. *Health in the Guatemalan Highlands*. EEUU. University of Washington Press.

Benach, Joan. Muntaner, Carles (2005). Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. El viejo topo.

Blog de las iglesias pentecostales de Almolonga. 2009.

Boltvinik, Julio (2004) *Economía moral*.
http://www.jornada.unam.mx/2004/04/09/015a1eco.php?origen=opinion.php&fly=1

Borrell Benz, Rosa María (2005) La educación médica de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires, OPS.

Bourdieu, Pierre (1998) *Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market*. New York: The New York Press.

Bourgois, Philippe (2005) "Más allá de una pornografía de la violencia. Lecciones sobre El Salvador" (11-34). En: Ferrándiz, Francisco; Feixa, Carlos. *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Anthropos Editorial, Barcelona

Briggs, Charles (2005) "Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa". *Revista de Antropología Social*, 14: 101-124

Bruner, Edward (1986) "Experience and Its Expressions". En V.W. Turner & Bruner (ed.). *The Anthropology of Experience*. Urban & Chicago. University of Illinois Press.

Cabanas, Andrés (1999) Los sueños perseguidos. Memoria de las Comunidades de Población en Resistencia de la Sierra. Guatemala, Magna Terra

Cabrera, María Luisa. ASECSA (1995) *Otra historia por contar. Promotores de salud de Guatemala*. Fondo Cultura Editorial. Guatemala.

Cabrera, María Luisa. Carlos Martín Beristain, José Luis Albizu (1999) *En esta tarde perdimos la conciencia. Experiencias de salud mental en comunidades*. Guatemala: Arzobispado de Guatemala.

Cabrera, María Luisa (2006) Violencia e impunidad en comunidades mayas de Guatemala. La masacre de Xamán desde una perspectiva psicosocial. Guatemala: Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial, ECAP.

Cáceres, Armando. Lidia Girón (1984) "Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala". En Elba Villatoro (comp.), *Etnomedicina en Guatemala*, Editorial Universitaria, Guatemala.

Cáceres, Armando (1996) *Plantas de uso medicinal en Guatemala*, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Cannon, W.B. 1942. "Voodoo Death", *American Anthropologist*, 44, 2:169-181.

Cardona Caravantes, Karla (2002) Arqueología, etnohistoria y conflictos de tierras en la región sur del lago Atitlán. Guatemala, Universidad del Valle de Guatemala.

California Childcare Health Program. (2006) *Salud y competencia cultural*.

Campos, Roberto y Laura Rosa González (1999) Interrelación entre dos medicinas. La interrelación del Programa IMSS-Solidaridad con la medicina tradicional mexicana. México, IMSS-Coplamar.

Campos, Roberto (2004 a) "Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia" (93-106). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Abya-Yala.

Campos, Roberto (2004b) "Experiencias sobre salud interculturalidad en América Latina"(129-149). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Abya-Yala.

Campos Navarro, Roberto (2009) "Interculturalidad, cosmovisión y prácticas médicas mayas de la península de Yucatán. Una aproximación antropológica" (281-312). En Julián López y Manuel Gutiérrez (compiladores) *América indígena ante el siglo XXI*. Fundación Carolina. Siglo XXI. Madrid.

Campos, Roberto (2010) "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2010(1): 114-122.

Camus, Manuela (2002) *Ser indígena en Ciudad de Guatemala*. Guatemala, FLACSO.

Camus, Manuela (2007) "Introducción". En Manuela Camus (editora) *Comunidades en movimiento: la migración transnacional en el Norte de Huehuetenango*. Guatemala, INCIDES. CEDFOG.

Cantón, Manuela (1998) Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989-1993). CIRMA Guatemala/ Plumsock Mesoamerican Studies, South Woodstock.

Cardona Caravantes, Karla (2002) Arqueología, etnohistoria y conflictos de tierras en la región sur del lago Atitlán. Guatemala, Universidad del Valle de Guatemala.

Carey, S (1985) *Conceptual change in childhood*. Cambridge: MT Press.

Carey, S (1991) "Knowledge acquisition: enrichment or conceptual change?" (459-487). In Margolis, E.; Laurence, S. (Eds.). *Concepts. core readings*. Cambridge: MIT Press.

Carmack, Robert (1979) *Historia Social de los Quichés*. Guatemala. Seminario de Integración Social.

Carreras, José (1985) "Formación médica y enseñanza integrada". *Jano* 17-28. Noviembre 1985. Vol. XXIX. Nº 665-H.

Carrithers, Michael (1995) *¿Por qué los humanos tenemos culturas? Una aproximación a la antropología y la diversidad social.* Madrid, Alianza Editorial.

Casaús Arzú, María Elena. (1998), *La metamorfosis del racismo en Guatemala*. Guatemala, Cholsamaj.

Casaús Arzú, Marta Elena (1999) "La metamorfosis del racismo en la élite de poder en Guatemala" (47-92). En Clara Arenas, Charlie R. Hale y Gustavo Palma Murga (edit.) *¿Racismo en Guatemala? Abriendo el debate sobre un tema tabú.* Guatemala. Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales de Guatemala, AVANCSO.

Castellanos Cambranes, Julio (1985) *Café y Campesinos. Los orígenes de la economía de plantación moderna en Guatemala, 1853- 1897*. Guatemala, Ed. Universitario. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Castoriadis, Cornelius (1989) *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona, Tusquets.

Castro, Arachu. Paul Farmer (2005) "El estigma del sida y su evolución social: social y una visión desde Haití" (125-144). *Revista de Antropología Social*, vol 14. Universidad Complutense de Madrid.

Caprara, Andrea (2009) La relación médico-paciente: un enfoque intercultural (201-212). En Citarilla y Zangari (edit.): *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en América Latina.* Bolivia. COOPI. PROHIBASA. Unión Europea.

Cavafis, Constantino Petros (2003) *Poesía completa*. Madrid, Visor.

Cavalli-Sforza, L.L (1997) *Pueblos y lenguas*. Barcelona, Ed Crítica.

Censo Nacional Agropecuario III (1979) Informe 1979. Guatemala.

Centro de Estudios Integrales y de Desarrollo Comunal, CEIDEC (1990) Guatemala: polos de desarrollo. El caso de la desestructuración de las comunidades indígenas. México, Ed. Praxis.

Centro Cultural de San Juan Ostuncalco (s/f) Monografía de San Juan Ostuncalco.

Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica, CIRMA (2005) *Guatemala ante la lente. Imágenes de la Fototeca de CIRMA. 1870-1997*. Guatemala.

Cerón Valdés, Mario Alejandro (2006) Patrones de Autoatención y su relación con la diferenciación social en una comunidad k´iche´ de la Boca Costa de Nahualá. Guatemala, Tesis de Maestría de Salud Pública, USAC.

Citarella Menardi, Luca (2009) "Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: Desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud" (3-29). En Citarilla y Zangari (edit.) *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en América Latina*. Bolivia, COOPI. PROHIBASA. Unión Europea.

Claustwitz, Karl von (s/f) *De la guerra. Manuscritos*.
Clavreul. Jean (1983) *El Orden Médico***.** Barcelona, Argot.

Clifford, James. George E. Marcus (1986) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press

Clifford, James (1995) "Sobre la autoridad etnográfica". En: *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva postmoderna*. Barcelona, Gedisa.

Cobián, Dora Luz (1999) Génesis y evolución de la figura femenina en el Popol Vuh. México, Ed. Plaza y Valdés.

Cohen, Anthony (1995) *The Symbolic Construction of Community*. Tavistock Public. London and New York.

Comaroff, John y Jean (1992) "Sobre totemismo y etnicidad" En: *Theory, Ethnography, Historiography*. Westview Press, Boulder Colorado.

Comelles, Joseph María (1998) "Atención Primaria de salud: el difícil maridaje entre la atención integral y la atención institucional". En: *Trabajo social* #29, marzo 1998. Zaragoza.

Comelles, Josep Marie (2004) "El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI" (17-30). En: Fernández Juárez (coordinador), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador, Abya Yala, Cooperación España Bolivia y UCLM.

Comelles, Josep María (2006-2007) *Filantropía. Caritat i Estat del Benestar*. Tarragona, URV, LLASC-MAU-MAMSI.

Comisión para el Esclarecimiento Histórico, CEH (1999) *Guatemala. Memoria del silencio*. Guatemala: UNOPS – Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas, Tomo I, II capítulo 3, III, IX.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH (1994) Informe Especial sobre la situación de los derechos humanos de las llamadas "Comunidades de Población en Resistencia" en Guatemala, OEA/Ser. L/V/II.86, Doc. 5 rev. 1, 16 de junio de 1994, en sec. II.

Comisión Interamericana de derechos Humanos, CIDH. Organización de Estados Americanos, OEA. (2001) *Los derechos humanos de la población desarraigada por el enfrentamiento armado*. Guatemala, Capítulo XIV.

Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, CONAMIT (1994) *Propuesta de apoyo al desarrollo de la medicina indígena tradicional*. México DF, junio de 1994, mimeografiado.

Cosminsky, Sheila (1972) Decision Making and Medical Care in a Guatemalan Indian Community. PhD diss., Brandeis University.

Cosminsky, Sheila (1975) "Changind Food and Medical Beliefs and Practices in Guatemalan Community", *Ecology Food Nutrition*, vol. 4, pp. 183-191.

Cosminsky, Sheila (1977a) "El papel de la comadrona en Mesoamérica", *América Indígena*, vol. 37, núm. 2, pp. 305-335.

Cosminsky, Sheila (1977b), “The Impact of Methods on the Analysis of Illness Concepts in a Guatemalan Community”, *Social Science and Medicine*, vol. 11, pp. 325-332

Cosminsky, Sheila (1977c) “Alimento and Freso: Nutritional Concepts and their Implications for Health Care”, *Human Organization*, vol. 36, fasc. 2, pp. 203-207.

Cosminsky, Sheila (1978) “La atención del parto y la antropología médica” (139-160). En Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana.

Cosminsky, Sheila y And Mary Scrimshaw (1980) “Medical Pluralismo in a Guatemalan Plantation”. *Social Science and Medicine* 14:267-78.

Cosminsky, Sheila y Mary Scrimshaw (1983) “El pluralismo médico en Mesoamérica” (172-185). En Carl Kendall et al (compul.). *La herencia de la conquista. Treinta años después*. México, Fondo de Cultura Económica.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., and Isaacs, M. (1989) *Toward a Culturally Competent System of Care*, Volume 1. Washington, D.C.: Georgetown University.

Cumbre Mundial de Educación Médica (2000) “Declaración de Edimburgo (1993)”. *Rev. Cubana de Educación Médica Superior* 2000; 14(3) 270-283.

Crespo-Burgos, Antonio. La Medicina y la Salud Pública durante la Colonia. Eduardo Estrella (f). Ecuador, 1990.

Crocker, J. Major, B, Steele, C. (1998). Social stigma. In S. Fiske, D. Gilberty & G. Lndzey (Eds.), Handbook of social psycjology (pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.

Cruz, J.L. (1989) “Tziscao” (17-122). En *Religión y sociedad en el sudeste de México*. Vol. II, pp. 35-122. México, CIESAS Sureste. Ediciones de la Casa Chata.

Cueto, Marcos (2005) “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*. 2005, 25, 49-57. Univ. de Granada.

Chávez, Chávez (traductor) (1997) *Pop Wuj. Poema mito-histórico kí-ché*. Guatemala, Ed. Liga Maya.

Das, V. Kleinman, A. Lock, M. Mamphela, R. & Reynolds, P. (2001) *Remaking a world: Violence. Social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press.

Dasgupta, Peter (1993) *An Inquiry into Well-Being and Deprivation*. Oxford, Clarendon Press.

De la Peña, Guillermo (1993) “Individuo, etnia y nación: paradojas y antinomias de la identidad colectiva”. En Ernesto Garzón y Fernando Salmerón (eds) *Epistemología y Cultura. En torno a la obra de Luis Villoro*. UNAM, México.

De León, Julio. (1976) “La enseñanza de la medicina en el mundo de mañana”. En: *Educación médica. Estrategia y tácticas de cambio*. Guatemala: Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina, ACAFAM.

Delgado, H. V. (1986) “Aceptabilidad de programas de salud en poblaciones rurales indígenas”. *Tradiciones de Guatemala*, No. 25, pp. 109-111

De Martino, Ernesto (1977) *La fine del mondo. Contributo all´analisi delle apocalissi cultural*. Editado per Clara Gallini. Turin, Einaudu.

De Martino, Ernesto (2005) *El mundo mágico*. Postfacio de Silvia Manzini. Araucaria.

Der Geest, S. Speckmann, J. Streefland, P (1990) “Perspectiva multiniveles en la Atención Primaria de Salud. Hacia una agenda de investigación”. *Soc. Sci. Med*. Vol. 30, Nº 9, pp. 1025-1034.

De Souza Minayo, María Cecilia (1995). *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires. Ed. Lugar Editorial.
Departamento de Estado de los EEUU (1980) Documentos de Santa Fe I.

Dever, G.E.A. (1976) “An Epidemiological Model For Health Policy Analysis”. *Soc. Ind. Res*. Vol 2: 465.
De Vos, Juan (1997) Vivir en frontera. La experiencia de los indios de Chiapas. México, CIESAS. INI.

Dibbits, Ineke. Marisma De Baer (2002) “Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud”. En *Programa de Salud Sexual Reproductiva en la zona sur de El Alto y el municipio de Patacamaya: desafíos para lograr la equidad* (investigación realizada en 1999-2001). Bolivia, Ed. Tahipamu.

Díez, Ismael (1998) El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos. MSF.

Dilthey, Wilhelm (1986) *Crítica de la razón histórica*. Barcelona, Ed. Península.
Dumont, Louis (1996) Homo hierarquicus. Essai sur le système des castes. París, Gallimard.

Eder, Karin et al., (2002) *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala.* Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA).

Eder, Karin et al., (2004) Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico q’uechi’. Guatemala, ASECSA.

Eder, Karin et al., (2005) La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya. Guatemala, ASECSA.

Eicher, D. L. and A. L. McAlester (1980) *History of the Earth.* Prentice-Hall Englewood Cliffs, Nueva York.

El Periódico, 10 de octubre 2010. “Cutler creía que sus estudios eran una mina de oro”, traducción del estudio “Sífilis por ‘exposición normal’ e inoculación: un médico de PHS [Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica]‘Tuskegee’ en Guatemala, 1946-48” Guatemala.

El Periódico, 3 de enero 2011. “Guatemaltecas fueron esterilizadas sin su consentimiento debido a políticas de EE.UU.” basado en el Informe de Embid (2008). Guatemala.

El Periódico, 4 de enero 2011. Comunicado del Gobierno de Estados Unidos no reconociendo haber tenido “políticas para promover o apoyar esterilizaciones masivas”. Guatemala.

Embid, Alfredo (2008) “Del control de natalidad al genocidio”. http://www.amcmh.org/PagAMC/curr.htm.

Epstein, A.L. (1978) *Ethos and Identity. The Sudies in Ethnicity*. London UK: Tavistok Pub

Esquit, Edgar. Carlos Ochoa. (1995) El respeto a la palabra. El orden jurídico del pueblo maya. Guatemala, CECA.

Estrada Galindo, Gustavo (2008) El sistema de salud en Guatemala ¿Hacia dónde vamos?. Guatemala, PNUD.

Estrella, Eduardo (1980) *Medicina y Estructura Socio-Económica*. Quito: Editorial Belén.

Estrella, Eduardo (1993) “Cambios generados en el perfil epidemiológico después de la conquista y situación actual. Medicina Tradicional: 500 años después y consecuencias actuales”. Eds. Carlos Roersch, José María, Tavares de Andrades, Eduardo Menéndez, *Eduardo Seminario Latinoamericano sobre la Teoría y la Práctica de la Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud*. Instituto de Medicina Dominicana.

Estudio Yas-Noriega (1998) *Guatemala ante la lente*. Imágenes de la fototeca de CIRMA. Guatemala.

Etxeberría, Xavier (1997) Ética de la diferencia. En el marco se la Antropología cultual. Bilbao, Universidad de Deusto.

Falla, Ricardo (2011) Negreaba de zopilotes… Masacre y sobrevivencia: finca San Francisco, Nentón. Guatemala, AVANCSO.

Farmer, Paul (2010) *Partner to The Poor. A Paul Farmer Reader*. Edited by Haun Saussy. Foreword by Tracy Kidder. Univ. of California Press.

Fanon, Frantz (1974) *Dialéctica de la liberación. Argentina*. Ed Pirata. Argentina.

Fanon, Frantz (1986) “Medicina y colonialismo” (97-119). En: *Sociología de una revolución*. México, Ed. ERA.

Federación Luterana Mundial. Guatemala, 2005

Feixa, Carles (1996) “Antropología de las edades” (319-335). En: Prat y Martínez (eds). *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona, Ed. Ariel.

Fernández Aller, Celia (2009) “Fundamentación y Concepto del Enfoque Basado en Derecho”. En: Fernández Aller (coord.). *Marco teórico para la aplicación del Enfoque basado en Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo*. Madrid, Ed. Catarata.

Fernández-Savater, Amador (2011) *Crisis de la presencia. Una lectura de Ticqquin*. Abril. Amador@sindominio.net

Fernández Juárez, Gerardo. (2010) “Sumak Kawsay, retos y paradojas de la Salud Intercultural” (17-51). Editor: Gerardo Fernández Juárez. *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*. Ecuador, MSP. Abya Yala. Univ. Politécnica Salesiana.

Ferrándiz, Francisco; Feixa, Carlos (compil.). *Jóvenes sin tregua. Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona, Anthropos Editorial, Barcelona.

Ferrari, Ana (2000) “La formación en educación para la salud”. *Trabajo social y salud* nº 35, marzo 2000. Zaragoza, Educación y promoción de la salud. Ed Asoc. Trabajo social y salud.

Fiedler, John (1985) “Latin American health policy and additive reform: The case of Guatemala”. *International Journal of health service*. Volume 15, Number 2.

Figueroa-Ibarra, Carlos (1990) “Guatemala, el recurso del miedo”. En: *Nueva Sociedad* nº 105, enero febrero.
Fischler, Claude (1995), El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona, Anagrama.

Fisk, Milton (2004). “Multiculturalism and Neoliberalism”. En: *Capital Social y Etnicidad*. http://www.worldbank.org/poverty/scapital/sources/ethnic2.htm#neg.

Flexner Abraham (1910) Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundationh for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910). The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York.

Flores Martos, Juan Antonio (2004), “Una etnografía del año de provincias y de cuando no hay doctor. Bolivia”. Gerardo Fernández Juárez (coordinador) de *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Abya Yala. Cooperación España-Bolivia. Universidad de Castilla La Mancha.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, SIMAC, UNESCO (1993) *Salud y Enfermedad en la cultura maya. Paquete curricular para formación y capacitación docente en materia de educación intercultural*. Guatemala.

Fort, Meredith. Mary Anne Mercer. Oscar Gish (2006) *Negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica.

Fortuny, Patricia (1994) “El pentecostalismo. Su capacidad de transformación en Jalisco y Yucatán”. *Nueva Antropología*. 445: 49-63. México

Foster, G (1980) “Relaciones entre la medicina popular española y la latinoamericana” (123-147). En: Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (Eds.). *La Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama.

Freyermuth, Graciela (1993) “Las organizaciones de médicos indígenas. Una nueva forma de interrelación”. *Anuario IEI* Chiapas: IV, 1991-1993.

Freidson, Elliot (1978) La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona, Ed. Península.

Freire, Paulo (1970) *Pedagogía del oprimido*. México, Siglo XXI.

Freire, Paulo (1978) *La educación como práctica de la libertad*. México, Siglo XXI.

Freire, Paulo (1996) *Política y educación*. México, Siglo XXI.

Freire, Paulo (1999) *Pedagogía de la esperanza*. México, Siglo XXI.

Galeano, Eduardo (2012) Entrevista a Eduardo Galeano. La Vanguardia (23 mayo del 2012), Barcelona.

Galeano, Eduardo (2012) Los hijos de los días. Madrid, Siglo XXI Editores.

Galtung, Johan (1975) "Peace: Research, Education, Action". En: *Essays in Peace Research*, Copenhaguen Christian Ejlers, Vol. 1

García, Juan César (1964) *Pensamiento social en salud en América Latina*. Interamericana-McGraw –OPS. México.

García, Juan. (1991) "Estado e políticas de saúde na América Latina" (13-97). Textos de apoio. *Ciências sociais* 2. SDE/ENSP. Abrasco. Rio de Janeiro, agosto de 1991.

García, Juan Carlos (1994) "Ciencias en salud en América Latina (Juan C. García entrevista a Juan C. García)" (185-191). En: J.C. García. *Pensamiento social en salud en América Latina. Interamericana*. McGraw-Hill Organización Panamericana de la Salud. Cap. 11. México.

García Canclini, Néstor (2004) Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad. Barcelona: Gedisa editorial.

García Canclini, Néstor (2005). *La globalización imaginada*. México, Editorial Paidós Mexicana.

García Noval, José (1993) Alternativas y mitos en salud pública. Guatemala, Siglo XXI. 23 de noviembre de 1993.

García Noval. José (2003) Tras el sentido perdido de la medicina. Un ensayo a la luz de la ética sobre la desaparición del sujeto en el trabajo en salud. Colección Autores invitados No.10 AVANCSO. Guatemala.

García Ruiz, Jesús. (1992), "El misionero, las lenguas mayas y la traducción. Nominalismo, tomismo y etnolinguismo en Guatemala". En: *Archives des sciences sociales des religions*, vol. 77, nº 1, Paris.

Geertz, Clifford (1989) *El antropólogo como autor*. Barcelona, Paidós.

Geertz, Clifford (1994) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Ed. Paidós

Ghidinelli, Azzo (1981) "La investigación etnomédica y su sectorización", *Guatemala Indígena*, vol. 16, núms. 1-2, pp. 1-46.

Ghidinelli, Azzo (1986) "El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica", *Tradiciones de Guatemala*, núm. 26, pp. 69-89.

Gillin, John. 1959. "El espanto mágico" (151-183), En Richard Adams et al., *Cultura indígena de Guatemala: ensayos de antropología social*, Seminario de Integración Social, Ministerio de Educación, Guatemala.

Girón, Manuel Antonio (1964) Medicina social. Guatemala, Editorial Universitaria.

Godoy Herrera, Juan Carlos (1969) Los volcanes de Guatemala: Identificación y priorización para su manejo dentro de la estrategia de desarrollo del Sistema Nacional de Áreas Protegidas. Guatemala.

Goffman, Erving (1995) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires Amorrortu.

Goldman, L. (1980) Ciencias Humanas y Filosofía. Sao Paulo. DIFEL.

Gómez Isa, Felipe (coordinador) (1999) *Racismo y genocidio en Guatemala*. Instituto de derechos Humanos Padre Arrupe. Universidad de Deusto. Fundación Rigoberta Menchú. San Sebastián.

González Alzate, Jorge (2004) "Las milicias y la preservación del dominio español en los Altos de Guatemala, 1673-1821". *VII Congreso Centroamericano de Historia*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, 19 al 23 de julio de 2004. Plumsock Mesoamerican Studies

González Casanova, Pablo (1980 [1969]) *Sociología de la explotación*. México, Siglo XXI.

González Garza (1945), *Higiene y medicina del trabajo*. Tesis, Monterrey, México

González-Ponciano, J. R. (1999) “Esas sangres no están limpias. Modernidad y pensamiento civilizatorio en Guatemala (1954-1997)”. En: Claudia Arenas, Charlie Hale y Palma Murga (Ed) *¿Racismo en Guatemala? Abriendo el debate sobre un tema tabú*. Guatemala, AVANCSO.

González Ponciano, Jorge Ramón (s/f) “Blancura e identidad ladina en Guatemala” (1-38). *Salud, Interculturalidad y Género*, Vol. 1. FLACSO, INS, Médicus Mundi Navarra. Mimeografiado.

Good, Byron J. y Good Del Vecchio, MJ (1981) “The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice” en Leon Eisenberg y Arthur Kleinman (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel; pp: 165-196).

Good, Byron y Mary-Jo DelVecchio Good (1993). Learning Medicine. En: Lindenbaum, Shirley. Lock, Margaret. Knowledge, Power, and Practice. Univ. of California Press.

Good, Byron J (1994) Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Lewis Henry Morgan Lectures. Cambridge: C.U.P.

Good, Byron (2003) Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona, Ed. Bellaterra.

Gordon, D.R (1988) “Tenacious assumptions in wester medicine” (19-56). En M. Lock y D.R. Gordon (Eds.) *Biomedicine examined*. Dordrech: Kluwer.

Gracia Arnaiz, Mabel (2008) “Introducción: La alimentación en el umbral del siglo XXI: Una agenda para la investigación sociocultural en España”. En: Mabel Gracia (coord.). *Somos lo que comemos. Estudios de Alimentación y Cultura*. Barcelona, Editorial Ariel.

Granma (enero 2011) La ELAM y Guatemala. La Habana, Cuba.

Graves, Theodore D and Clyde M. Woods (1973) “The Process of Medical Change in a Highland Guatemalan Town”. Los Angeles: University of California Press.

Green, Linda (2004) “Comentarios a Paul Farmer. An Anthropology of structural violence”. *Current Anthropology* Vol 45, #3, june pp: 319-320.

Greenberg, Lina (1982) “Midwife Training Programs in Highland Guatemala”. *Social Science and Medicine* 16:1599-1609

Gupta, Akhil. Ferguson, James (1997) “Discipline and Practice: ‘The field´ as Site, Method, and Location in Anthropology”. Edited by Gupta and Ferguson. In: Anthropologica, Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science. University of California Press

Guzmán Böckler; Carlos y Herbert, Jean-Lup (1970) Guatemala: Una interpretación histórico social. México, Siglo XXI.

Hahn, Robert (1995) Sickness and Healing. An Anthropological Perspective. New Haven and London: Yale University Press

Hale, Charles (2004) Ponencia para la conferencia: *“Construyendo la paz: Guatemala desde un enfoque comparado,”* organizado por la Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (MINUGUA), 27-29 de octubre.

Hale, Charles (2006) “Rethinking Indigenous in the Era of the ‘Indio Permitido´” (266-280). *Dispateches from Latin America. Experiments Against Neolineralism*. Ed by Teo Ballvé and Vijay Prashad. Left Word Books- New Delhi.

Henne, M.G (1977) “La comida quiché: su estructura cognitiva”. En: Neuenswander y Arnold (Eds.) *Estudios cognitivos del sur de Mesoamérica*. Guatemala, 1977: 62-88, Instituto Lingüístico de Verano.

Hernández Mack, Lucrecia (2010) *Ajuste, reforma y resultados. Las políticas de salud de Guatemala, 1985-2010*. Cuadernos de Desarrollo Humano, 2009/2010-6. PNUD, Guatemala.

Hill, Robert (2001) Los kaqchikeles de la época colonial: adaptaciones de los Mayas del altiplano al gobierno español, 1600-1700. Guatemala, Cholsamaj. Plumsock Mesoamerican Studies.

Hinn, Benny (1990) *Buenos Días, Espíritu Santo*. UNILIT, Miami.

Hinojosa, Servando (1994) “Training Prophets in Their Own Land: The Prophets of the Maya Physician”. *Anthropology* UCLA 21:1-24

Hostnig, Rainer y Luis Vásquez (1991) *Monografía Municipio San Juan Ostuncalco*. CCIC.

Hurtado, Juan José (1973) “Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala”. *Guatemala indígena* 8(1-2): 7-22.

Hurtado, Juan José (1968) “El ojo, creencias y prácticas médicas populares en Guatemala”, *Tradiciones de Guatemala*, núm. 1, pp. 27-45.

Hurtado, Juan José (1973) “Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala”, *Guatemala Indígena*, vol. 1, núms. 1-2, pp. 7-22.

Hurtado, Juan José (1979) “La mollera caída”, *Antropología Americana*, vol. XLI, núm. 50. Instituto Indigenista Nacional, 1969, “Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala”, *Guatemala Indígena*, vol. 4, núm. 2, pp. 52-86.

Hurtado, Elena, y Susan C. M. Scrimshaw (1984) “Field Guide for the Study of Health-Seeking Behaviour at the Household Level”, *Food Nutrition*, pp. 27-45.

Hurtado, Elena, et al. (1986a) Health-Seeking Behavior at the Household Level in a Highland Community in Guatemala, Guatemala, INCAP.

Hurtado, Elena, y Elba Villatoro (1986b) *Estudio sobre nutrición y salud en una comunidad de Huehuetenango. Informe final*, Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, Guatemala

Hurtado, Elena, y Hernán Delgado (1987a) *Tres aspectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infanti*l. Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, Guatemala.

Hurtado, Elena, et al. (1987b) *Lo que toda mamá debe saber sobre los asientos*. Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, Guatemala.

Hurtado, Elena, et al. (1987c) Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre los asientos y su tratamiento: una sesión de preguntas y respuestas. Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, Guatemala.

Hurtado, Elena (1998a) *Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales*. Guatemala, Mother Care-Guatemala, USAID.

Hurtado, Elena (1998b) Desde la comunidad… Percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención (publicación no corregida). Guatemala, USAID, Mother Care.

Hurtado, Elena, y D. Acevedo (1998c) “Midwives and Formal Providers n Prenatal, Delivery and Post-partum Care in Four Communities in Rural Guatemala: Complementarity or Conflict”. In: A. Pebley y L. Rosero-Bixby, *Demographic Diversity an Change in the Central American Isthmus*, RAND, pp. 271-326.

Hurtado-Capetillo, José Manuel, et al. (2006) “Prevalencia de diabetes mellitus en población náhuatl”. *Segundo Congreso Nacional de Química Médica*. México.

Ibacache, Jaime (1997) *La salud, el Desarrollo y la Equidad en un Contexto Intercultural*. Servicio de Salud Araucanía Sur, 1997.

Ibacache Burgos, Jaime. Fancisco Chureo. Sara McFall. José Quidel Lincoleo (2001) Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile. Chile.

Icú, Hugo (2000) “Tres respuestas al sistema integral de atención de salud por la sociedad civil en Guatemala”. (296-206). En: Bambas, Alexandra. Juan Antonio Casas, Harold Drayton y Valdés, América (Editores), *Salud y desarrollo humano en la nueva economía global: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas* [Versión electrónica]. Washington: OPS, OMS, University of Texas Medical Branch. www.paho.org/Spanish/Hdp/Galveston_spa.pdf

Instituto de Adiestramiento de Personal en Salud. INDAPS (1979) *Memorias 1977-79, Área comunitaria del INDAPS*. Quiriguá, Izabal, Guatemala.

Instituto Geográfico Nacional (1978) Diccionario Geográfico de Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística (2001) Informe Nacional INE 2001. Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística (2002) Informe Nacional INE 2002. Guatemala.

Interamerican Development Advisory Services, IDEAS (1995) Evaluación del programa materno-infantil de Catholic Relief Services, Guatemala.

Intervida (2001) Informe Intervida- Guatemala, 2001..

Instituto de Salud Incluyente (2010) Análisis de Situación de Salud 2010. Guatemala.

Instancia Nacional de Salud. Verdugo, Juan Carlos et al. (2002) Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos. Guatemala, INS.

INS (2004) Censo y Línea Basal del Programa de salud. Guatemala, INS.

INS (2005) Editorial: El peligro de naturalizar el Altruismo, la Beneficencia y la Caridad como sustitutos de la Política Social. Portadores de sueños. Guatemala, año 4, Nº 12, enero-marzo-2005. Guatemala, INS.

INS (2008) Tejiendo el huipil de la salud. Un modelo de salud integral e incluyente para la diversidad del pueblo de Guatemala. Guatemala, INS.

Jara, Oscar (1994) Para sistematizar experiencias. Alforja. Programa Regional de Educación Popular. Costa Rica.

Jarillo Soto, Edgar Carlos (1999) *Educación Médica e Ideología Profesional*. Tesis doctoral en Ciencias Sociales y Salud. Universidad de Barcelona, 1991-1993. Barcelona.

Jung, Carl G (2002) *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Argentina. Ed. Planeta Seix Barral.

Kaqla. Grupo de Mujeres Mayas (2004) *La palabra y el sentir de las mujeres mayas de Kaqla*. Guatemala, Cholsamaj.

Kirmayer, L.J (1988) "Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine". En M. Lock y D. Gordon (Eds.) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer, pp:57-93

Kleinman, Arthur M (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur M (1995) *Writing at the Margin*. Berkeley: UCP.

Kleinman, Arthur M (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basics Books, Inc. Publishers, New York.

Kleinman, Arthur M (1989) *The illness narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Inc. Publishers. New York.

Kleinman, Arthur M Kleinman Arthur and Kleinman Joan (1991) "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience" En*: Culture, Medicine and Psychiatry*. vol.15 Nº 3 Sept. Kluwer Academic Publishers. Dordrech Netherlans - Boston.

Kleinman, Arthur M (2006) *What really matters: Living a moral life amidst uncertainity and danger*. Oxford: Oxford University Press.

Knipper, Michael (2006) "El reto de la medicina intercultural y la historia de la medicina tradicional indígena contemporánea" (413-432). Editor: Gerardo Fernández Juárez. En: *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Ediciones Abya-Yala, AECI. Univ de Castilla- La Mancha. Ecuador.

Kramer, Wendy, Lovell, W. George y Lutz, Christopher H (1994) "La conquista española de Centroamérica", en *El régimen colonial*, Pinto Soria (ed.), tomo 2 de *Historia general de Centroamérica* FLACSO, San José de Costa Rica.

Kymlicka, Will (2003) *La política vernácula. Nacionalismo, multiculturalismo y ciudadanía*. Barcelona, Paidós.

Kwiatkowski, Nicolás, Burucúa, José Emilio (s/f) *Ruptura de cadenas causales y crisis de la presencia: ¿en el límite de la representación?*. Argentina, CONICET-IDAES y Universidad Nacional de San Martín.

Lalive d´Épinay (1968) *El refugio de las masas. Estudio sociológico del protestantismo chileno*. Santiago de Chile: Editorial del Pacífico.

Lalonde, Marc (1974) Una nueva perspectiva de salud de los canadienses. Informe Lalonde. Canada.

Lanceros, Patxi (2003) "La lógica del volcán". *Anthropos*. 2003, nº 198. 154-160.

Larsen, Daniel (1996) *El psicoanálisis y el Hospital. Nº 9. Tres edades*. Sección Colaboradores. Ediciones del Seminario. Buenos Aires. www.elsigma.com

Las Casas, Bartolomé (1951) *Historia de las Indias*. México-Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Las Casas, Bartolomé (1979) *Brevísima relación de la destrucción de Las Indias*. Madrid. Clásicos Castalia.

Lazarus, Ellen (1988) "Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study", *Medical Anthropology*, 2, pp. 34-58.

Le Bretón, David (2002) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires Ed. Nueva Visión..

Lenkersdof, Carlos. (1999), *La cosmovisión maya.* México: CeAcatl.

Lévi-Strauss, C (1992) *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.

Lewis, Oscar (1975) *Antropología de la pobreza*. México. Fondo de Cultura Económica.

Link, B.G., Phelan, J.C (2001) "Conceptualizing Stigma". *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.

Lovell. George (1990) Conquista y cambio cultural. Cambios en la población de la Sierra de los Cuchumatanes entre los años 1500-1821. Guatemala: CIRMA

Lovell. George (2002). "Los mayas del altiplano: supervivencia indígena en Chiapas y Guatemala. En: *Anuario de Estudios Americanos*. Sevilla: Tomo LIX, 1.

Luna, Rolando (1982) "Ponencia en el Congreso de Salud pública de los EEUU", Chicago.

MacLeod, Murdo (1990) *Historia socioeconómica de la América Central española 1520-1720*. Guatemala, University of California Press. Ed. Piedra Santa.

Malinowski, Bronislaw (1989) *Diario de campo en Melanesia*. Gijón: Júcar

Marcus, George. Michael Fischer (2000) *La antropología como crítica cultural*. Buenos Aires. Amorrortu.

Martí, José (1998) *Guatemala*. Guatemala, Editorial Universitaria, USAC.

Martín Beristain, Carlos (1997) *Viaje a la memoria. Por los caminos de la milpa*. Barcelona, Virus.

Martínez Casas, Regina. Guillermo de la Peña (2004) "Migrantes y comunidades morales: resignificación, etnicidad y redes sociales en Guadalajara (México)". *Revista de Antropología Social*. 2004, 13: 217-251.

Martínez Hernáez, Ángel (2007) "Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico" (11-43). Mari Luz Esteban (ed.). En: *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, Osalde/OP.

Martínez Hernáez, Ángel (2008) "Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad". Barcelona, *Anthropos*.

Martínez Peláez, Severo (1995) *Motines de indios. La violencia colonial en Centroamérica y Chiapas*. México, Universidad Autónoma de Puebla.

Martínez Peláez, Severo (1998) La patria del criollo: Ensayo de interpretación de la realidad colonial guatemalteca. México, Fondo de Cultura Económica.

Mazariegos, L. et al. (2005) *Salud y saneamiento, educación, idioma, vivienda y seguridad social: Acceso y diversidad étnico-cultural, 1994-2004. Informe de Consultoría, PNUD/INDH.*

Mazariegos, Juan Carlos (2007) Hacer vivir a unos para dejar morir al resto: Imaginarios sociales hegemónicos de salud-enfermedad en Guatemala. PNUD, Guatemala.

Mazariegos, Juan Carlos (2008) *¿Unos vivimos porque otros mueren? Imaginarios sociales hegemónicos de salud-enfermedad en Guatemala*. Nº 8 de la serie: El Sistema de Salud en Guatemala: ¿Hacia dónde vamos?. PNUD para el Desarrollo. Guatemala.

Mcneill, William H (1984) *Plagas y Pueblos*. Madrid, Siglo XXI.

Méndez Domínguez, Alfredo (1983) "La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala" (273-304). En Carl Kendall et al., *La herencia de la conquista. Treinta años después*, México, Fondo de Cultura Económica.

Menéndez, Eduardo (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" (11-53). Editores: Franco Basaglia et al. En: *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, Nueva Imagen.

Menéndez, Eduardo (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata

Menéndez, Eduardo (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, Cuaderno 86 de la Casa Chata.

Menéndez, Eduardo (1984) "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una Antropología Médica Crítica". *Nueva antropología* Año VI, Nº. 23. México.

Menéndez, Eduardo (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". *Nueva Antropología*, Vol. VII, Nº 28.

Menéndez, Eduardo (1987) "Derecho a la salud, clases sociales y práctica médica hegemónica". En: Doring, María Teresa (com.). *Psiquiatría, política y derechos humanos*. México, Plaza y Valdez.

Menéndez, Eduardo (1988) "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud" (451-464), 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Menéndez, Eduardo (1990) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* Cuadernos de la Casa Chata 159. México, CIESAS.

Menéndez, Eduardo (1994a) "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza". En: *PUBLICAR, Rev. del departamento de antropología de la Univ. de Chile*. Madrid: año III, Nº 4.

Menéndez, Eduardo (1994b) "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?" En: *Alteridades*: 4 (7): 71-83.

Menéndez, E. Di Pardo, Renée (1996) De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS.

Menéndez, Eduardo (1997) "Holísticos y especializados: los usos futuros de la antropología social". *Revista Nueva Antropología*, año/vol. XVI, número 53-52. pp. 9-37

Menéndez, Eduardo (2001) "Biologización y racismo en la vida cotidiana". *Alteridades*, 11 (21): 5-39. México

Menéndez, Eduardo (2002) La parte negada de la cultura. Relativismos, diferencias y racismo. Ed. Bellaterra. Barcelona 2002

Menéndez, Eduardo (2005a) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”
(11-47). Spinelli (compilador). En: *Salud colectiva*. Argentina, Lugar Editorial.

Menéndez, Eduardo (2005b) “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos” (33-69). Revista de Antropología Social, 2005, 14. Madrid.

Menéndez, Otto. Pomés, Carlos E. Cordón, Jorge A. (2001) Enfoque histórico del “Ejercicio Profesional Supervisado” –EPS- en las Universidad de San Carlos de Guatemala. Génesis y desarrollo de una actividad de aprendizaje-trabajo. Guatemala.

Meneses, Sergio (2005) *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis*. Tesis de maestría en antropología social. México.

Michaux, Jacqueline (2004) “Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida”. En: Fernández Juárez (coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Abya Yala. Coop. España Bolivia. Univ. de Castilla La Mancha: pp 107-128.

Midré, Georges (2005) Opresión, espacio para actuar y conciencia crítica. Líderes indígenas y percepción de la pobreza en Guatemala. Guatemala. IDEI- USAC

Mignone, Javier et al (2004) “Interculturalidad en Medicina en Patagonia: Abordaje Multidisciplinario”. En: *Trabajo presentado en las Jornadas Regionales. Interculturalidad para la Equidad en Salud*. Zapala

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, MSP (2008) Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, MSP (2009 a) *Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador*, junio 2008. Quito.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, MSP (2009b) Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, MSP (2010) Segunda Sistematización de experiencias locales en la aplicación de la Medicina Ancestral en las Provincias. Quito.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (1998) *Informe de actividades de Santa Lucía La Reforma*. Totonicapán, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (1999a) *Guatemala: la experiencia exitosa de la extensión de cobertura*. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (1999b) Avances y Perspectivas en la Institucionalización de extensión de Cobertura periodo 1996-1998. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2001 a) *Informes epidemiológicos de los distritos 9 y 10 de Sololá*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2001b) *Informe epidemiológico de Ostuncalco*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2003a) *Programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa*, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2003b) *Conociendo la Medicina Maya en Guatemala. Módulo de sensibilización*. MSPAS, OPS ONGs. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2003c) *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2004) *Informe epidemiológico de Ostuncalco*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2005) *Informe de la Jefatura de Área de Quetzaltenango*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2006) *Memoria de Labores del Centro de Salud de Ostuncalco. En: Diagnóstico socioeconómico y ambiental del municipio de Ostuncalco*. Informe de la Fundación solar y MANCUERNA para el Fortalecimiento Municipal y Asociativo.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2008a) *Análisis de Situación de Salud del Área de Salud de Quetzaltenango*. Jefatura de Área de Quetzaltenango. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2008b) Informe: Análisis de vigilancia de las enfermedades prevenibles con vacuna. Años 2006-2008. Semana epidemiológica en Guatemala. Año XI, Nº 26. MSPAS. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2011) *Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS*. Guatemala.

Miranda, José (2005). El DR-CAFTA: *Impactos probables en salud y educación en Guatemala*. Coordinadores sectoriales: Aguirre, Alejandro (coordinador general), Cabrera, Francisco (educación), José Miranda (salud). Coordinación de ONG y Cooperativas. Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos. Guatemala.

Miranda, José. Agripina Solís. Eugenia De Rodríguez (2006) *Preparación de condiciones para implementar la metodología de Diagnóstico Comunitario Participativo en los Distritos de Salud de de San Miguel Petapa y de Villa Canales, en el Área de Salud Guatemala Sur. Guatemala*, MSPAS- Dirección de Área de Salud Guatemala Sur. Esperanza y Fraternidad. Instancia Nacional de Salud. Enfants du Monde.

Mishler, Elliot G (1981) "Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical Model". En Elliot G. Mishler (ed) *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge: C.U.P., pp: 1-23.

Monzón, Irene. Ricardo Valladares (2008) "Estudio de costos del Modelo Incluyente de Salud, MIS. Informe final". En: *Guatemala: Proyecto "La construcción social del futuro de la salud"*. Guatemala, PNUD, IDRC.

Morales, Lidia (2002) "La salud de las mujeres y los hombres". En: Revista de la INS, *Portadores de sueños 1*, Año 1, Número 1, Enero Marzo del 2002.

Morales, Lidia (2005) "Carácter sexista del Modelo Médico Hegemónico". *Presentación/Ponencia de Vigilancia sociocultural y género*, Guatemala octubre de 2005.

Moreira, M. A (1997) "Aprendizagem Significativa: um conceito subyacente". En M.A. Moreira, C. Caballero Sahelices y

M.L. Rodríguez Palmero (s/f) *Eds. Actas del II*.

Moreira, M.A. (2000) Aprendizaje significativo: Teoría y práctica. Madrid: Visor DIS., S.A.

Moreira, Marco Antonio. Ileana María Greca (2003) "Cambio conceptual: análisis crítico y propuestas a la luz de la Teoría del Aprendizaje Significativo". *Ciencia y Educación*, v.9, n.2, pp 301-315. Brasil

Morín, Edgar (1990) *Ciencia con conciencia*. Edit. Fayard.

Morín, Edgar (2002) *Los sietes saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.

Mosquera, María Teresa et al., (2001) *Conociendo la sabiduría achí: salud y enfermedad en Rabinal*, Guatemala Serviprensa.

Mosquera, María Teresa (2003) La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. Tesis doctoral.

Navarro, Vicente (1984a) "A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration". *Soc. Sci. Med.* Vol. 18 Nº 6 pp 467-474.

Navarro, Vicente (1984b) "A critique of the ideological and political position of the Brand report and the Alma-Ata Declaration". En: *International Journal of Health Services* 14, pp 159-172. Washington.

Neuenswander H. Arnold Neuenswander (1977ª) “Estudios cognitivos del sur de Mesoamérica”. En Helen Neuenswander. Arnold Neuenswander (Eds): *Instituto Lingüístico de Verano, Estudios cognitivos del sur de Mesoamérica*. Guatemala 1977: 89-121.

Neuenswander, Helen.L. y S.D. Souder (1977b) “El síndrome caliente-frío húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos”, *Guatemala Indígena*, vol. 15, núms. 1-2, pp. 137-169.

Novak, J. D. (1988) *Teoría y práctica de la educación*. Ed. Alianza Universidad.

Novak. J. D. (1998) *Learning, Creating and Using Knowledge*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey

Noval, Joaquín (1960) “El principio de la autonomía cultural”. Ministerio de Educación Pública de Guatemala. *Boletín del Instituto Nacional Indigenista, Segunda Época*, Vol. III, Nos. 1-4, pág. 21.

Office of Health Economics (1972) *Medical Care in Developing Countries*. London.

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (1998) Guatemala Nunca Más. Informe Proyecto Interdiocesano de Recuperación de la Memoria Histórica. ODHAG, Guatemala.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1975) “Carrol Behrhorst. Chimaltenango Development Project in Guatemala”, in Kenneth W. Newell, ed., *Health by the people*. Geneve: World Health Organitation, WHO.

Organización Mundial de la Salud (1977) Salud para todos en el año 2000. Atención Primaria de Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1978 a) “Declaración de Alma Ata”. *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. URSS, del 6 al 12 septiembre de 1978.

Organización Mundial de la Salud y J. Habicht and Working Group on Rural Medical Care (1978b) Delivery of Primary Care by Medical Auxiliaries: Techniques of Use and Analysis of Benefits Achieved in some Rural Villages in Guatemala. PAHO/WHO Scientific Publication 278 Washington.

Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*, Canadá.

Organización Mundial de la Salud (1994) Declaración de la 47ª Asamblea Mundial de la Salud. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.

Organización Mundial de la Salud (2002) Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2006) *Informe sobre la salud en el mundo.*

Organización Mundial de la Salud (2008a) Informe sobre la salud en el mundo 2008: La APS, más necesaria que nunca. Ginebra,

Organización Mundial de la Salud (2008b) “Declaración de Beijing sobre Medicina tradicional”. *Congreso de OMS sobre Medicina Tradicional*. Beijing

Organización de Naciones Unidas, ONU (1948) “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. *Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III)*, el 10 de diciembre de 1948 en París. http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm

Organización Internacional de Naciones Unidas (1966) “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Adoptado y abierto a la firma de, ratificación y adhesión por la *Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI)*. Entrada en vigor en 1976. http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008) *La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2009) “Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas”. *Segunda Reunión de la Subred de Salud Intercultural*. Quito, septiembre 2009. Universidad Indígena Intercultural. Fondo Indígena. Quito.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1993) “Salud de los Pueblos Indígenas”. En: *SILOS-34*. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2005a) Renovando la APS en Las Américas. Un documento de Posición de la OPS/OMS. Borrador para discusión. Mayo.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2005b) *Estructuras y procesos de la situación farmacéutica nacional*. Guatemala, presentación electrónica.

Oliva Herrera, Velia. Marta Lidia Ajú (2008) “Sistematización del Modelo Incluyente de Salud”. En: *Informe final. Guatemala: Proyecto USAID/ Diálogo para la Inversión Social en Guatemala*. Guatemala.

Orellana, Olga (2004) *Un currículo para el cambio. Un Programa de Formación de los Agentes de Salud Comunitaria, ASC*. Instancia Nacional de Salud. Guatemala, Mimeografiado.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (1989) Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ginebra.

Palma, Irene (2003) “Ponencia sobre migración”. En: *Diplomado de Interculturalidad, Género y Salud (2002-2003).* Guatemala, FLACSO, Médicus Mundi Navarra.

Palma, Gustavo. Arturo. Taracena. Eduardo Baumeister (2004) *Cambios en la tenencia de la tierra: tendencias históricas*. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.

Palmer, Steven (2005) “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”. DYNAMIS. Acta Hisp. *Med. Sci. Hist. Illus*. 2005, 25, 59-85. Univ. de Granada.

Pérez Sainz, Juan Pablo; Katherine Andrade-Eekof; Santiago Bastos y Michael Herradora (2004) *El orden social ante la globalización. Procesos de reordenamiento social en Centroamérica durante la década de los 90.* San José de Costa Rica: FLACSO – Costa Rica / Comisión Económica para América Latina–Naciones Unidas.

Perreira, Kristra M., Patricia E. Bailey, Elizabeth de Bocaletti, Elena Hurtado, Sandra Recinos de Villagrán, and Jorge Matute (2002) “Increasing Awareness of Danger Signs in Pregnancy through Community and Clinic Based Education”. *Maternal Child Health Journal* 6(1): 19-28

PIES de Occidente (2000) El rol de la comadrona en su contexto sociocultural, Quetzaltenango, Guatemala.

Pineda de Mont (1985) *Decreto de la Asamblea Constituyente de Guatemala, 12 de septiembre 1839*. Guatemala: Tipografía Nacional. I: 471-473. 1895: 115.

Pinto Soria, Julio Cesar (1996) *Nación, caudillismo y conflicto étnico en Guatemala (1821-1834).* Instituto de Investigaciones Políticas y Sociales, USAC, Guatemala.

Pinto Soria, Julio Cesar (1998) “Ladinos e indígenas en la nación criolla guatemalteca: de la colonia al régimen conservador” *Boletín nº 36, Centro de Estudios Urbanos y Regionales*- Universidad de San Carlos de Guatemala.

Pinzón, Carlos Eduardo (2008) “Los grandes paradigmas de la educación médica en América Latina”. *Acta Médica Colombiana*, Vol. 33 Nº 1 enero-marzo 2008, pp 33-41.

Pitarch, Pedro (2001) “El laberinto de la traducción: la Declaración Universal de los Derechos Humanos en tzeltal”. En: *Los Derechos Humanos en Tierras Mayas. Política, representaciones y moralidad. Sociedad Española de Estudios Mayas*. Madrid, 2001: 127-160.

Pollack, Jean-Claude (1972) *La medicine du capital*. Ed. Masptro, Paris.

Press, Irwing (1990) “Levels of explanation and cautions for a critical clinical anthropology”. *Soc. Sci. Med*. Vol. 30, Nº 9, pp 1001-1009.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2005) *Guatemala. Diversidad étnico- cultural: la ciudadanía en un estado plural*. Informe Nacional de Desarrollo Humano.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2010) *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano. 2009/ 2010.

Programa Educativo Pop No´j (2005). *Coloquio ¿Ha disminuido el racismo en Guatemala?* Programa Educativo Pop No´j.

Pujadas, Joan J. (2010). "La etnografía como mirada a la diversidad social y cultural". En: Joan J. Pujadas, Dolors Comas d'Argemir; Jordi Roca i Girona, Jordi. *Etnografía*. Barcelona: EDIUOC.

Quijano, Aníbal (1998) "La colonialidad del poder y la experiencia cultural latinoamericana" (139-155). Editores: Roberto Briceño-León y Heinz R. Sonntag. En: *Pueblo, época y desarrollo: la sociología de América Latina*. Caracas, Nueva Sociedad.

Quijano, Aníbal (2000) "Coloniality Of Power, Ethnocentrism and Latin América". *NEPANTLA* Vol. 1, Nº 3: 533-580.

Rabinow, P. (1992) Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos. Barcelona, Júcar.

Ramírez Hita, Susana (2009) *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

Recinos, Adrián (1960) *Popol Wuh*. México.Fondo de Cultura Económica.

Recinos, Adrián (1984) *Crónicas Indígenas de Guatemala*. Publicación especial ·# 29. Academia de Geografía e Historia de Guatemala. Guatemala.

Recondo, Olivia. Manuela Domínguez (2000) "Una propuesta de investigación social: Violencia política, espiritualidad y suicidios. Sus implicaciones en la identidad de los jóvenes mayas ixiles" (55-62). En: *II Seminario Latinoamericano. Violencia, impunidad y producción de subjetividad*. Brasil.

Redfield, Robert (1941) *The Folk Culture of Yucatán*. (339-343), Chicago, University of Chicago Press.

Redfield, Robert (1955) *The Little Community*. University of Chicago Press. Chicago.

Restrepo Ramírez, Luis Carlos. Manuel Espinel Vallejo (1996) *Semiología de las prácticas de salud*. Santafé, Bogotá. Pontifica Universidad Javeriana Centro Javeriano CEJA.

Reyes Perdomo, Óscar (1998) "Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica", *Estudios Interétnicos*, año 6, núm.8, pp. 61-90.

Reyzabal, María Victoria (1992) *El aprendizaje significativo de la literatura*. Madrid, Ed La Muralla.

Rhodes, Lorna A. (1990) "Studying Biomedicine as a Cultural System" en T.M. Johnson y C.F. Sargent (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger; pp: 159-73

Ritzer, George (1996) *La mcdonalización de la sociedad: Un análisis de la racionalización de la vida cotidiana*. Barcelona, Ariel.

Robinson, Andy (2008) "Sube la fiebre del maíz". Barcelona: *La Vanguardia*; 21 abril 2008

Rodríguez, Francisco (2004) "La pobreza como un proceso de violencia estructural". *Revista de Ciencias Sociales* Vol. X Nº 1, enero- abril 2004.

Romero Noguera, Pablo (2004) "¿Muerte sin llanto? Reflexiones y comentarios críticos en torno de las investigaciones de Nancy Scheper-Hugues sobre la pobreza y la muerte infantil en el Nordeste brasileño". *Gazeta de Antropología*. Nº 20, 2004. Texto 20-26.

Ronaldo de la Roca, J (2006) *Unidad Didáctica de Psicología. Fase 1*. Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Rosaldo, Renato (2000) Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social. Abya-Yala, Ecuador.

Rosaldo, Renato (2006) "Celebración de los héroes de Thompson: análisis social en historia y en antropología". En Rodrigo Díaz (ed). *Renato Rosaldo: Ensayos en Antropología Política*. México, Juan Pablos/UAM Iztapalapa.

Rosales, Lydia et al., (1964) "Epidemiología popular de las enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala: Operación Nimiquipalg", *Guatemala Pediátrica*, vol. 4, pp. 59-64.

Sais, Edward (2002) *Orientalismo*. Editorial Debate.

Salaverry, Osvaldo (2010) “Interculturalidad en salud”. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública* 2010; 27(1): 80-93. Perú.

Salzman, Philip Carl (2002) “On reflexivity”. *American Anthropologist*, vol. 104, núm. 3, pp. 805 a 813.

Samayoa, Claudia (2008) “Violencia y estigma: ¿viejas o nuevas modalidades de ejercicio del poder en el contexto de la globalización?”. Editores: Julián López, Santiago Bastos y Manuela Camus En: *Guatemala: Violencias desbordadas*. Guatemala.

Sánchez-Viesca, Ángel. Luis Octavio Ángel. Héctor Nuila (2002) “Hitos de la historia de la salud en Guatemala” (267-278). En: *V Informe Nacional de Desarrollo Humano. Desarrollo Humano, mujeres y salud*. PNUD. Guatemala.

Sanchiz Ochoa, Pilar (1995). “Poder de la palabra y eficacia de los objetos. Pentecostalismo y ‘costumbre´ en Guatemala”. *Iglesias, pueblos y culturas*, 36: 43-69.

Sapper, K (1925) *Los volcanes de la América Central*. Guatemala.

Scotchmer, David (1991) *Symbols of Salvation: Interpreting Highland Maya Protestantism in Context*. Ph. D. dissertation. State University of New York, Albany.

Schafer, Heinrich (1992) *Protestantismo y crisis en América central*. El Salvador. Departamento Ecuménico de Investigaciones y Univ. Luterana Salvadoreña.

Schambach Morel, Marie Andrée (2003) Modelo explicativo de la negación a ir al hospital: un estudio comparativo entre la población de Estancia Grande y Comunidad Ruiz. Universidad Francisco Marroquín, Guatemala mayo 2003. Mimeografiado.

Scheper-Hugues, Nancy (1997) La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona, Ariel.

Schieber, Barbara. Kathleen O´Rourke, Carmen Rodriguez and Alfred Bartlett. 1994. “Risk Factor Analysis of Peri-Neonatal Mortality in Rural Guatemala”. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 28(3): 229-38

Schuster, D (1993) From misconceptions to rich-conceptios. Trabajo presentado en el III Seminario Internacional sobre Concepciones Alternativas y Estrategias Educacionales en Ciencias y Matemáticas. Cornell University, 1 al 4 agosto 1993

Secretaría General de Planificación del Gobierno de Guatemala, SEGEPLAN (2001) *Mapas de Pobreza*. Guatemala.

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, SESAN (2009). *Informe de Delegación Quetzaltenango* (junio). Guatemala.

Seltzer, Ulli (1983) *Health in the Guatemalan Highlands*. University of Washington Press.

Stelzner, Uli y Thomas Walther (1998) *Civilizadores: Alemanes en Guatemala*. Alemania, film.

Sen, Amartya (2001) *Desarrollo y libertad*. Bogotá. Planeta.

Seppilli, Tullio (1984) “La medicina popolare in Italia”. En: Tullio Seppilli (editor). *La Ricerca Folklorica, 8*, 3-136

Seppìlli, Tullio (1996) “Antropología médica: fondamenti per una strategia”. *AM Rivista della Società Italiana de antropología médica*, 1-2, octubre 1996. 7-22

Sepúlveda, Juan Ginés de (1941) *Tratado sobre las justas causas de la guerra contra los indios*. Argentina. Fondo de Cultura Económica.

Sepúlveda, Juan (1995) “Un puerto para los náufragos de la modernidad. Los motivos del crecimiento pentecostal”. En: *Evangélicos en América Latina. Iglesia, Pueblos y Cultura* Nº 37-38. Abril- septiembre 1995. Ecuador. Ed. Abya-Yala.

Sheldon, Annis (1980) Estudio de los servicios de salud en los departamentos de Sololá, Totonicapán y San Marcos, para el préstamo propuesto entre AID y el MSPAS. Guatemala.

Singer M.et al. (1988) “Culture, critical theory and reproductive behavior in Haití”. *Med. Anthrop. Q.* (N.S.) 2, 370-385, 1988

Singer, Merrill (1990) “Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment”. *Social Science & Medicine*, 30, 1990, pp 179-187.

Singer, Merrill; Baer, Hans (1995) “The Critical Gaze” (59-105). Editor: Ray H. Elling. En: *Critical Medical Anthropology. Critical Approaches in the Health Social Sciences Series.* Baywood Publishing Compagny, Inc. Amityville, New York

Skeet, Muriel (1984) “El agente de salud de la comunidad: ¿motor o freno de la atención primaria de salud?”. *Foro Mundial de la Salu*d, Vol. 5 (1984). Ginebra.

Smith, Carol (1990) “Origins of the National Question in Guatemala: A Hypothesis”. In *Guatemalan Indians and the State: 1540 to 1988*, University of Texas Press, Austin.

Solares, Jorge (1989) “Corrientes antropológicas sobre etnicidad y clase social en Mesoamérica”. FLACSO-Programa Guatemala, *Debate* nº 2.

Solien de González, Nancie (1963) “Breast-Feeding, Weaning, and Acculturation”, *Journal Pediatric*, vol. 62, pp. 577-581.

Solien de González, Nancie et al., (1966) “Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud”, *Milbank Memorial Fund Quaterly*, vol. 44, fasc. 21, pp. 81-102.

Solomón, J. Prompts (1984) “Cues and discrimination: the utilization of two separate knowledge systems”. *European Journal of Science Education*, London, v.6, n.3, pp 277-284. 1984

Sontag, Susan (2003) *La enfermedad como metáfora. El Sida y sus metáforas*. Madrid, Editorial Santillana Ediciones Generales.

Spencer, P. (1990) *Anthropology and theRiddle of the Sphinx. Paradoxes of Change in the Life Course*. Londres, Routledge.

Stavenhagen, Rodolfo (1968) “Clases, colonialismo y aculturación”. *Cuadernos del Seminario de Integración Social de Guatemala*, nº 19, Guatemala

Stein, W.W (1987) “Reflexiones críticas sobre el Proyecto Perú-Cornell” (287-316). En *Rev. del Museo Nacional* XLVIII, Lima, 1987.

Svedberg, Peter (2000) *Poverty and Undernutrition. Theory, Measurement, and Policy*, UNU/WIDER Studies in Development Economics, Oxford University Press.

Tapia, Ingrid. Delgadillo, Juan Carlos (2009) “Modelo de salud Intercultural del Municipio de Tinguipaya” (412- 437). Editores: Citarilla y Zangari. En: *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en América Latina*. Bolivia, Cooperación Italiana. PROHIBASA. Unión Europea.

Taracena, Arturo. (s/f). Guatemala. Del mestizaje a la ladinización, *1524-1964.* cirma.invest@guate.net

Taracena, Arturo (1997) *Invención criolla, sueño ladino, pesadilla indígena. Los Altos en Guatemala: de región a Estado, 1740-1850. CIRMA / Cooperación Francesa / Porvenir, San José.*

Taracena, Arturo. Edgar Ruano (2001) *Las exclusiones heredadas e inventadas durante el siglo XX en Guatemala*. Cuadernos de Desarrollo Humano. Nº 2001-8. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas, 2001 (1-28).

Taracena, Arturo. Gordillo, Enrique. Sagastume, Tania (2004). “Etnicidad, estado y nación en Guatemala, 1944-1985”. Vol. II. *Colección “¿Por qué estamos como estamos?”*. CIRMA. Antigua Guatemala.

Taussig, Michael (1995) *Un gigante en convulsiones*. Barcelona, Ed. Gedisa.

Taussig, Michael (1984) “Culture of Terror, Space of Death: Roger Casement´s Putomayo Report and the Explanation of Torture”. *Comparative Studies in Society and History* 26, 3, 1984: 468.

Teal, Cayla R. Street, Richard L (2009) "Critical elements of culturally communication in the medical encounter: A review and model". *Social Science & Medicine* 68 (2009) 533-543.

The Economist (2004) "Diversity and Development," 15 Julio 2004.

Thompson, Edward Palmer (2000) *Costumbres en común*. Barcelona, Crítica.

Torres-Rivas, Edelberto (2004) "La diversidad etnocultural y clasista en Guatemala". En: *Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano*. Cita de Culturally Responsive Politics, UNSHR, 2004.

Turabián, José Luis (1992) *Participación comunitaria en la salud*. Madrid, Ed. Díaz de Santos S.A.

Turner, Victor (1974) *Dramas, Fields and Metaphors*. Ithaca, Cornell University Press.

Turner, Víctor (1987) *The Anthropology of Performance*, New York, PAJ Publications.

Todorov, Tzvetan (1991) *Nosotros y los otros*. México, Siglo XXI.

Tyrakowski, Konrad (2007) "Temascales o baños de vapor en la región Puebla – Tlaxcala (México): Elementos para un inventario de la cultura material del espacio rural". En: *Rev. de Antropología Americana*. Ser. Public. Univ. Complutense de Madrid: Vol. 37 nº 1, pp 67-90.

Ugalde, Antonio. Jackson, Jeffrey (1998) "Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica". *Cuadernos Médico Sociales* # 73, pp: 45-59, mayo 1998. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario, Argentina.

UNICEF, SIMAC, UNESCO (1993) *Salud y Enfermedad en la cultura maya. Paquete curricular para formación y capacitación docente en materia de educación intercultural*. Guatemala,

Unidad Técnica Municipal de Ixtahuacán (2002) Diagnóstico municipal de Ixtahuacán. Guatemala.

Unidad Técnica Municipal de Nahualá (2002) Diagnóstico municipal de Nahualá. Guatemala.

Unidad Técnica Municipal de Nahualá (2009) Diagnóstico municipal. Guatemala.

Unidad Técnica Municipal de Nahualá (2009) Diagnóstico municipal. Guatemala.

United States Departament of Health and Human Services, OPHS, Office of Minority Health, OMH (2001) *National Standard for Culturally and Linguistically Appropiate Services in Health Care*. Rockville.

United States Public Health Service STD (2011) Estudio de Inoculación de enfermedades de transmisión sexual realizado en 1946-1948 por el Servicio de Salud Pública de los EEUU. Information on the 1946-1948 United States Public Health Service STD Inoculation Study www.hhs.gov/1946inoculationstudy

Universidad Autónoma de México de Xochimilco (1978) *Plan de Estudios de Licenciatura en Medicina*. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México.

Universidad Indígena Intercultural. OPS. Fondo Indígena (2009) Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas. Segunda Reunión de la Subred de Salud Intercultural. Quito, septiembre 2009.

Vallverdú Vallverdú, Jaume (2008) *Las lenguas del Espíritu. Religiones carismáticas y pentecostalismo en México*. Publicactions URV Tarragona.

Vargas, Dr. Luis Alberto (2008) "De la biología a la mesa. La obesidad en México". *Conferencia en de Alimentación, salud y cultura* (13 febrero del 2008) *del máster en antropología médica* de la URV-Tarragona.

Verdugo, Juan Carlos (2003) "Historia reciente de la política y reforma del sector salud en Guatemala". *Portadores de Sueños* # 5, enero-marzo 2003, Guatemala

Verdugo, Juan Carlos (2005a) "Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en Guatemala". En: *Análisis sobre la reforma del sector salud en Guatemala*

Verdugo, Juan Carlos (2005b) "La política y reforma del sector salud en Guatemala, 1986-2000 -*del estado desperfecto al mercado imperfecto* –". En: *Análisis sobre la reforma del sector salud en Guatemala*.

Verdugo, Juan Carlos. Hernández, Lucrecia. Morales, Cristina. Herrera, Velia. Arriaga, Carmen. Sánchez, César (2008) *Del dicho al hecho… Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*. Médicus Mundi Navarra. Guatemala.

Villatoro, Elba (1982) Estudio histórico-entográfico de la medicina tradicional en Guatemala: cuatro enfermedades populares, Universidad de San Carlos de Guatemala, tesis de licenciatura.

Villatoro, Elba (1983) "La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala", *La Tradición Popular*, boletín, núm. 42-43, 16 pp.

Villatoro, Elba (1984) *Etnomedicina en Guatemala*. En: Elba Villatoro (comp.). Guatemala, Editorial Universitaria.

Villatoro, Elba (1986) "El baño de vapor tradicional: un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco", *La Tradición Popular*, boletín, núm. 59, 16 pp.

Villatoro, Elba (1987) "Prácticas y creencias médicas en una comunidad indígena de Guatemala", *Tradiciones de Guatemala*, núm. 28, pp. 31-39.

Villatoro, Elba. Joaquín Acevedo (1989) "Vida y obra de los curanderos de Todos Santos Cuchumatanes, Huehuetenango". En *Boletín La tradición popular*, Guatemala: nº.73, pp12.

Villatoro, Elba y Óscar Reyes (1992) "Mesoamérica y occidente: 500 años de simbolismos y prácticas médicas", *Tradiciones de Guatemala*, No.37-38, pp. 47-59.

Villatoro, Elba (1994) "La comadrona a través de la historia en las prácticas obstrético pediátricas: una experiencia en el área ixil, quiché", *La Tradición Popular*, boletín, núm. 97, 20 pp.

Villatoro, Elba (1996a) "Las plantas: recurso terapéutico a través de la historia", *Tradiciones de Guatemala*, núm. 45, pp. 61-66.

Villatoro, Elba (1996b) "La medicina tradicional en Guatemala: un acercamiento histórico", *Tradiciones de Guatemala*, núm. 45, pp. 9-58.

Villatoro, Elba (1996c) "El papel de la mujer en la atención obstétrica pediátrica en Guatemala", *Tradiciones de Guatemala*, núm. 45, pp. 69-83.

Villatoro, Elba. PIES de Occidente (2001) Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mayas de Guatemala. OPS/ OMS. Washington, D.C.

Villaseñor, Yadira (2003) "Experiencia de trabajo con comadronas en el Hospital de Sololá, experiencias de 1996 y años posteriores". En: *Diplomado de Interculturalidad, Género y Salud (2002-2003).* Guatemala, FLACSO, Médicus Mundi Navarra.

Viola, Andreu (2000) "La crisis del desarrollismo y el surgimiento de la antropología del desarrollo". Andreu Viola compilador. En: *Antropología del desarrollo*. Barcelona, Paidós.

Vuori H (1984). "¿Qué es la Atención Primaria de Salud?". *Atención Primaria*, 1984; 1: 34.

Vygotsky, L. (1995) *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona. Ed. Paidós.

Wacquant, Loic. Pierre Bordieu (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press and Cambridge, UK: Polity Press.

Wainaina, Binyavanga (2005) "How to Write about Africa", in: *Granta* 92, Winter 2005.

Waitzkin, H (1986) "Micropolitics of medicine: theorical issues". *Med. Anthrp. Q*. 17, 135, 1986.

Ward, Victoria M. (1991) *La utilización de los servicios de salud materno-infantil en la población mayense de Guatemala; una revisión de literatura multidisciplinaria*. Guatemala, Agencia para el Desarrollo Internacional.

Watanabe, John (1990) "Enduring Yet Ineffable Community in the Western Periphery of Guatemala", Carol Smith. (ed.) in *Guatemalan Indians and the State: 1540 to 1988*, University of Texas Press, Austin.

Werner, David (1973) Donde No Hay Doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. Fundación Hesperian. Ed. Pax-México.

Werner, David. Weston, Jason. Babb, Steve. Rodríguez, Bill (2000) Fracasos y logros históricos del modelo occidental de medicina en el Tercer Mundo.

Wilson, Bryan (1981) *The Social Impact of New Religious Movement*s. New York: The Rosa of Sharon Press.

Wilson, Richard (1999) *Resurgimiento maya en Guatemala. Experiencias q´eqchi´es*. Guatemala, CIRMA.

Williams, Brackette (1989) "A class act: Anthropology and the race to nation across ethnic terrain", en *Annual Review of Anthropology* nº.18, 1989.

Williams, Brackette (1998) "La competencia por la nación a través de un terreno de sangre". Camus (compiladora). En: *Las ideas detrás de la etnicidad. Una selección de textos para el debate*. CIRMA.

Wolf, Eric (1957) "Closed Corporate Peasant Communities in Mesoamerica and Central Java". *Southwestern Journal of Anthropology*, vol 1 nº 13.

World Bank. Health (1975) *Sector Policy Paper*. World Bank.
Yang, L et al (2007) "Cultura and stigma: Adding moral experience to stigma theory". *Social Science & Medicine* 64 (2007) 1524-1535.

Yoc, Aura Marina (2006) Caracterización de género de las comunidades de Pasaquijuyup y Patzaj, en la Boca Costa de Sololá y de Las Barrancas y El Tizate Centro, en Juan Ostuncalco en Quetzaltenango. Guatemala, INS.

Yoldi, Pilar. Amézquita, Carlos (2000) *Memoria del Ixcán*. Diócesis del Quiché. Guatemala..

Young, Allan (1980) "The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge". *Soc. Sci. Med.*, 148:133-46.

Young, Allan (1995) *The Harmony of Illusions*. Princeton: University of Princeton Press

Zangari, Alessia (2009 a) "La experiencia del Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna" (361-389). Editores: Citarilla y Zangari. En: *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia, COOPI. PROHIBASA. Unión Europea.

Zangari, Alessia (2009b) "La experiencia de la Oficina Intercultural Willaqkuna en el Hospital Daniel el Bracamonte" (393-408). Editores: Citarilla y Zangari. En: *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en América Latina*. Bolivia, COOPI. PROHIBASA. Unión Europea.

Notas

Nota 1. En página: 99

CEH, 1999: Tomos I, IX, III: 314-315, 358-359)
Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico –CEH-. 1999. *Guatemala. Memoria del silencio*. Guatemala: UNOPS – Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas, Tomo I, III, IX.
- Tomo III, pp 314-315. Artículo II de la Convención de Prevención y Sanción del Delito de Genocidio (en adelante Convención) adoptada por la resolución 260 (III) del 9 diciembre de 1948 de la Asamblea General de las Naciones Unidas… entró en vigor el 12 de enero de 1951 y Guatemala la ratificó el 13 de enero de 1950. Se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, en cuanto tal:

a. Matanza de miembros del grupo;
b. Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;
c. Sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que puedan acarrear su destrucción física total o parcial;
d. Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
e. Traslado por la fuerza de niños del grupo a otro grupo. Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
f. Traslado por la fuerza de niños del grupo a otro grupo. Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
g. Traslado por la fuerza de niños del grupo a otro grupo. Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
h. Traslado por la fuerza de niños del grupo a otro grupo.

- Tomo III, pp 358-359. En el apartado de Conclusiones: a juicio de la CEH, el conjunto de acciones violentas perpetradas por el Estado contra la población maya-ixil durantes los años 1980-1983, permite concluir que se cometieron actos de genocidio…los resultados de esta campaña militar incluyen el asesinato de por lo menos 6986 personas, de los cuales un 97,8% eran ixiles habiéndose victimizado al 14,5% de la población… el Ejército arrasó el 70% de las comunidades y el desplazamiento de más del 60% de la población.
- Tomo III, pp 375 Conclusiones similares para el grupo achí; pp 393 para el municipio k´iche´ de Zacualpa; y en pp 417-423 en Conclusiones finales.

Nota 2. En página: 186

"El médico que Guatemala necesita" del Dr. Julio de León Méndez (1976 [1968]), decano de la Escuela de Medicina (1966-70).

"El médico que Guatemala necesita debe tener las siguientes características: que sea consciente de los problemas de la comunidad, con fuete vocación de servicio, con preparación científica que le permita resolver problemas sin recursos de gran ciudad, que tenga habilidad e ingenio, capaz de continuar autoeducándose y que sea conductor y orientador de un grupo multidisciplinario, que dignifique la relación médico-paciente y la extienda a través de la familia a la relación médico-comunidad, conozca la dinámica y estructura de la sociedad dentro de la cual se mueve, que conozca la organización de la familia y las fuerzas que en ella actúan para conservar o perder la salud, que conozca los factores económicos que influyen sobre él mismo, su paciente y su comunidad". "Cuando la meta del cambio es producir un tipo de médico que no existe actualmente en nuestro medio, es difícil proporcionar un ejemplo al estudiante. Ejemplo muy importante para el alumno, cuya perspectiva inicial se basa en…curar al individuo enfermo".

Nota 3. En página: 215

Hombres (y mujeres) de maíz son parte de los mitos y símbolos mayas vivos, porque así lo asume la población al girar la vida productiva y alimentaria de la comunidad en torno al maíz. En ella son también referencia, el libro del Popol Wuj/Popol Whu, en cuyo mito-historia los humanos fueron construidos de maíz, y una de las obras clásicas, "Hombres de maíz", del Premio Nobel de Literatura, el guatemalteco Miguel Ángel Asturias.

Hombres (y mujeres) de café lo tomo de “Nosotros somos café”, una entrevista a Gustavo Palma y Juan Pablo Gómez en “La finca: un modelo sobre el que se estructura el propio Estado de Guatemala” (2010: 68). En: Observatorio Latinoamericano 3. Dossier Guatemala. Facultad de Ciencias Sociales de Buenos Aires. Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, agosto, 2010.

Nota 4. En página: 252

En la estadística del INE (2002) Las Barrancas aparece como caserío aunque ya tenía alcalde auxiliar y las autoridades correspondientes a la categoría de aldea. El informe del INE-2002 cita como aldeas a La Victoria, Varsovia, Monrovia, La Esperanza, Sigüilá, La Cumbre, Los Juárez y no es hasta diciembre del 2008 que en el informe de la Oficina Municipal de Planificación que aparecen como aldeas Las Barrancas y Nueva Concepción. En los informes del MSPAS 2008 también aparece como aldea, Lagunas Cuaches, lo que para esta fecha hacen 10 aldeas

Nota 5. En página: 261

Censo enfitéutico eran las tierras entregadas por las comunidades –obligados por los gobiernos conservadores- en calidad de arrendamiento a los particulares que tenían derecho a cultivarlas pero sin convertirse en propiedad privada. Podían cultivarlas de por vida y dejarlas en herencia a sus descendientes, subarrendarlas e incluso vender su adquirido derecho al usufructo. La ley no permitía que las tierras dejaran de pertenecer a las municipalidades que las cedían a cambio de un reducido impuesto anual.

Nota 6. En página: 289

El Popol Vuh es uno de los textos prehispánicos más conocidos, transcrito según la versión más aceptada entre 1554 y 1558, por Fray Francisco Ximénez, durante su curato en Santo Tomás Chuilá y descubierto a principios del siglo XVIII, en la actual Chichicastenango. Está centrado en la experiencia y el acontecer del grupo maya-quiché a través del mito como discurso fundante e histórico, en donde es posible reconocer la convergencia entre mitología, condiciones materiales y socio-laborales.

Anexos

Anexo 1. Guía de abordaje de la atención a personas mayores de 5 años, por los agentes de Salud Comunitaria en las Casas de Salud Comunitarias. Enfermedades comunes respiratorias, digestivas, de piel y mucosas, y de la mujer de 10 a 59 años. Programa Individual de Atención en Salud. Proyecto de Implementación. Clínica Maxeña. IDEI. INS. Guatemala, mayo 2006.

Este anexo tiene sus propios anexos del 1(Protocolos), 2 (Plantas medicinales), 3 (Alimentos y equilibrio caliente/frío), 4 (Recomendaciones para problemas respiratorios), 5 (listado de medicamentos de uso por los ASC), más nombre de plantas medicinales en idiomas mayas, las formas de preparación y usos de las mismas, un gráfico de dígitopresión para la cefalea y la bibliografía de esta Guía de abordaje o Protocolo de Atención. De página 1 a 77 de Anexos.

Anexo 2. Protocolo de vigilancia epidemiológica sociocultural. Programa Individual de Atención en Salud. Proyecto de Implementación. Clínica Maxeña. IDEI. INS. Guatemala, 2007. Aborda varios Síndormes Culturalmente Delimitados. De página 78 a 85 de Anexos.

Anexo 3. Ficha clínica individual y Registro diario de consulta del Programa Individual de Atención en Salud. Proyecto de Implementación. Clínica Maxeña. IDEI. INS. Guatemala, 2010. Páginas 86 y 87 de Anexos.

Anexo 4. Ficha de Consulta de control de las embarazadas y puérperas, pre y postnatal. INS. Guatemala, 2006. Páginas 88 y 89 de anexos.

Anexo 5. Ficha de control del AIEPI –Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia- para niños de 2 meses a menos de 5 años. Elaborada en base a la ficha de AIEPI del MSPAS. INS. Guatemala, 2004. Página 90 de anexos.

Anexo 6. Ficha familiar. INS, 2010. De página 91 a 93 de anexos.

Anexo 7. Hoja de referencia para las comadronas. 2007. Página 94 de anexos.

Anexo 8. Boletas de evaluación o cotejo. 2004. Páginas 95 y 96 de anexos.

"Proyecto Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud
De Primer Nivel en tres Distritos, Con Carácter Piloto"
ONG/PVD/2003/062-816

GUIAS DE ABORDAJE DE LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS, POR LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIA EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIAS.

Enfermedades comunes respiratorias, digestivas,
de piel y mucosas,
y de la mujer de 10 a 59 años.

Programa Individual de Atención de Salud.
Proyecto Implementación/Clínica Maxeña/IDEI
Instancia Nacional de Salud.

Dra. Anabella Florinda Pérez Consuegra

Mayo 2,006

CONTENIDO

	Paginas
1. Reconocimientos	3
2. Introducción	4
3. Algoritmos	6
4. Signos (señas) vitales	10
5. Enfermedades respiratorias más comunes	13
6. Enfermedades digestivas más comunes	26
7. Enfermedades más comunes de la mujer	39
8. Enfermedades más comunes de la piel	51
9. Enfermedades más comunes de ojos y boca	57
10. Anexos:	
▪ Formas de uso y preparación de plantas medicinales	61
▪ Recetas con plantas medicinales	65
▪ Guía rápida de alimentos frío – calientes	67
▪ Recomendaciones para problemas respiratorios	68
▪ Listado de medicamentos – paginas Buscando Remedio	69
▪ Nombres de plantas medicinales (español – Quiche y Mam)	70
▪ Gráfico de Digitopresión para cefalea	74
10. Bibliografía y entrevistas	75

CON ESPECIAL RECONOCIMIENTO

Por la participación en distintos momentos, y con sus aportes y esfuerzos en la construcción del presente documento.

A EAPAS PIAS:

Juan Poz Sop

Iris Adaly Champet

Maria Teresa Puac

Olga Estela Len

A EAPAS PCOS:

Venancia Dionisio Velásquez

A ECOS:

Clínica Maxeña:

Pablo Cuc, Domingo Guarchaj, Juana Guarchaj, Francisco Sac, Diego Tzaput, Juana Choc, Tomás Chitic, Marta Cotiy, Pascual Tzep, Juan Carrillo, Manuela López, Hingry Adela Sohom Tambriz, María Ixquiactap, Diego Chox.

Asociación IDEI:

Joaquina Vicente, Yolanda Ortega Díaz, Cristina Fuentes, Micaela Len Meza, Elizabet Meza López, Gilda Aguilar Romero, Lucia Cortéz López, Jovita Morales, Mirtala Cristina López Ramos, Edgar Lisandro Vail Díaz, Angélica Maria Vásquez López, Simón Romero Vásquez, Santiago Morales Carreto.

Equipo San Lucas Sacatepéquez:

Lidia Cristina Morales López

Juan Carlos Verdugo Urrejola

Dalia Paola Sac Batzin

GUIAS DE ABORDAJE
DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN LAS CASAS DE SALUD
DENTRO DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DE SALUD (PIAS)

INTRODUCCION:

El propósito de éste Grupo de Guías de Atención de los adultos y niños mayores de 5 años, es el de ayudar a los Agentes de Salud Comunitaria (ASC) proveedor de servicios de salud en las Casas de Salud Comunitaria (CSC), a reconocer las enfermedades respiratorias, digestivas, de la piel y mucosas, y de la mujer (10 a 59 años) más comunes para tratarlas y dar un manejo apropiado; aquellas que quedan fuera de su capacidad de dar respuesta, poder identificarlas para hacer una referencia oportuna.

Este Grupo de Guías de Atención, es un documento donde el ASC puede consultar de manera rápida, y ha sido organizado por pasos de forma similar a el AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia), por grupos de síntomas, signos y enfermedades de las más comunes en la atención en las CSC.

Iniciando el abordaje en una sección de Signos (Señas) Vitales que pueden indicar una Enfermedad Grave de los pacientes adultos, adolescentes, y en niños mayores de 5 años; y provoca la detección de embarazos aunque sea otro el motivo de consulta de Mujeres en Edad Fértil (MEF), con ello contemplar un manejo adecuado e integral. La sección de Signos (Señas) Vitales lleva a un chequeo rápido del estado general de la persona enferma.

Las enfermedades consideradas dentro de éste documento sufrieron una definición de caso y denominaciones dentro de las Normas de Atención del Primer Nivel y sus manuales de referencia (Incluyendo el 2,005) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) así como el manejo terapéutico con énfasis en medicamentos esenciales, la orientación a el enfermo-a y acompañantes, y el seguimiento de casos.

Integra la Medicina Maya y Tradicional con la utilización de sus recursos en éste momento el de las Plantas Medicinales, el Temascal, vapores y baños, etc.; y la incorporación al momento de la consejería o intercambio educacional del autodiagnóstico del paciente o su familia, y el concepto frío-caliente en las plantas medicinales como en los alimentos. Los Agentes Tradicionales de la salud (Curanderos, comadronas, componehuesos, sacerdotes y guías espirituales mayas, etc.) se encuentran considerados como parte de la referencia que puede realizar un Agente de Salud Comunitaria en determinados padecimientos.

El manejo terapéutico plantea que el ASC dispone de opciones terapéuticas con medicamentos químico-farmacéuticos del grupo de los esenciales (Listado de Organización Mundial de la Salud-OMS) como de el recurso de las plantas medicinales sea que disponga de ellas en la CSC ó en el área de influencia de las mismas (A nivel de familia o comunidades). Las Plantas Medicinales mencionadas en éste grupo de guías son aquellas que han sufrido un proceso de validación por estudios a nivel nacional y de la región Centroamericana y El Caribe (Y el acceso a ellas en las comunidades atendidas por ambos proyectos pilotos de la implementación, y el acceso en general en el resto del país); dentro de un amplio grupo de plantas medicinales de las que constituyen parte de la riqueza de nuestro bello país y sus pobladores.

En el actual proceso de la Atención a las Personas con un manejo Intercultural, se encuentran momentos que dan participación al paciente o familia en la selección de su tratamiento (Si el caso lo permite y no pone en riesgo al enfermo) entre la medicina natural y la medicina con químico-farmacéuticos, en el **Actué**

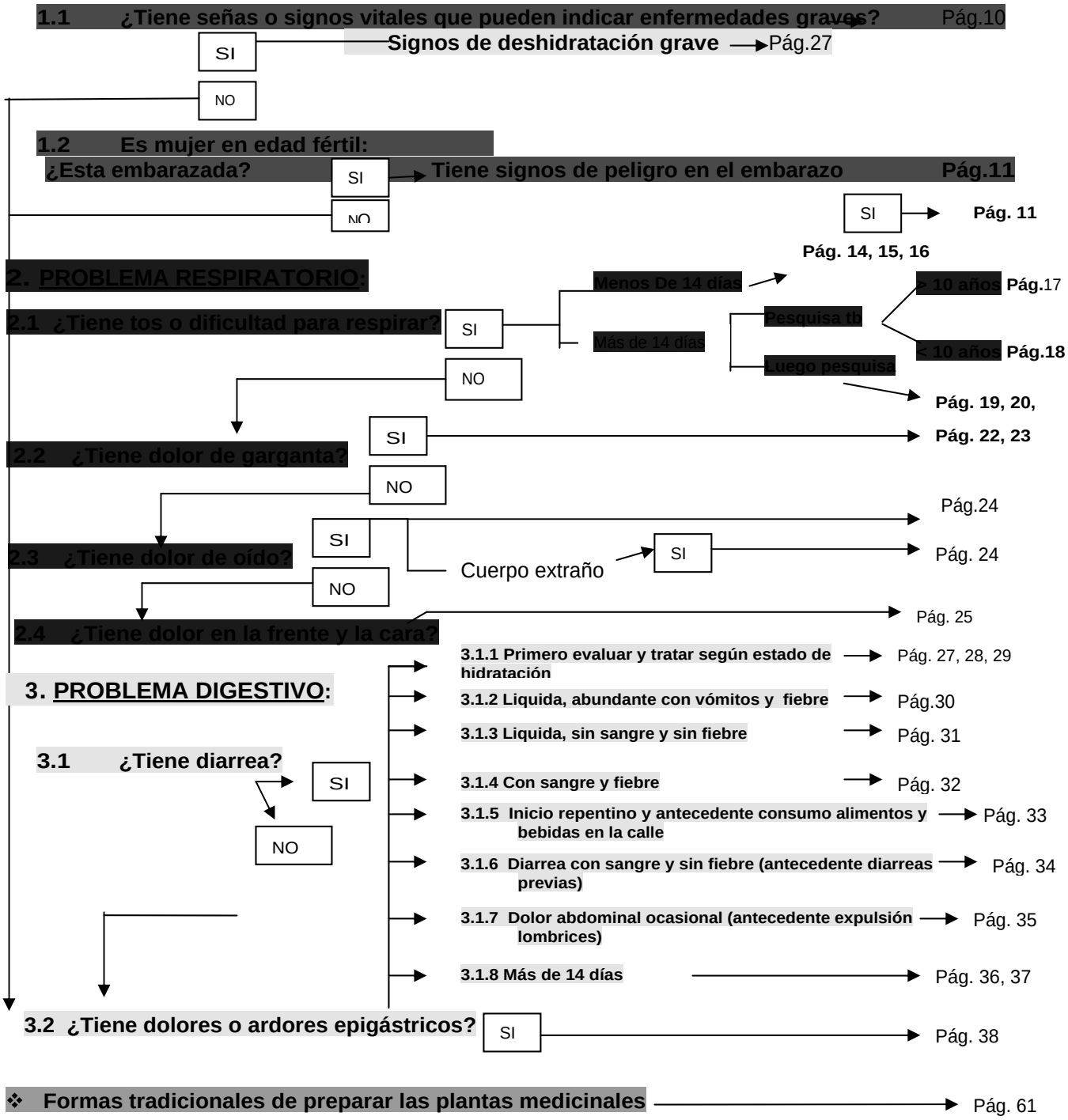
(Tratamiento y referencia), así como en el **Oriente y Aconseje**, debido a por lo menos una de las siguientes tres situaciones:

1) Dentro de las comunidades puede encontrarse población que no sea maya (mestizos);
2) La tendencia del paciente aunque sea maya pueda no ser hacia la Medicina Maya o Tradicional, ni la natural.
3) En el momento del evento problema de salud no se cuente con las plantas medicinales para dicho tratamiento indicado.

Se apegan las guías, a las destrezas y habilidades desarrolladas en la capacitación de ASCs (Intensiva de 6 meses de duración), y una formación y supervisión formativa que debe apoyarles.

MANEJO INTERCULTURAL EN LA ATENCION DE PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS, EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIAS.

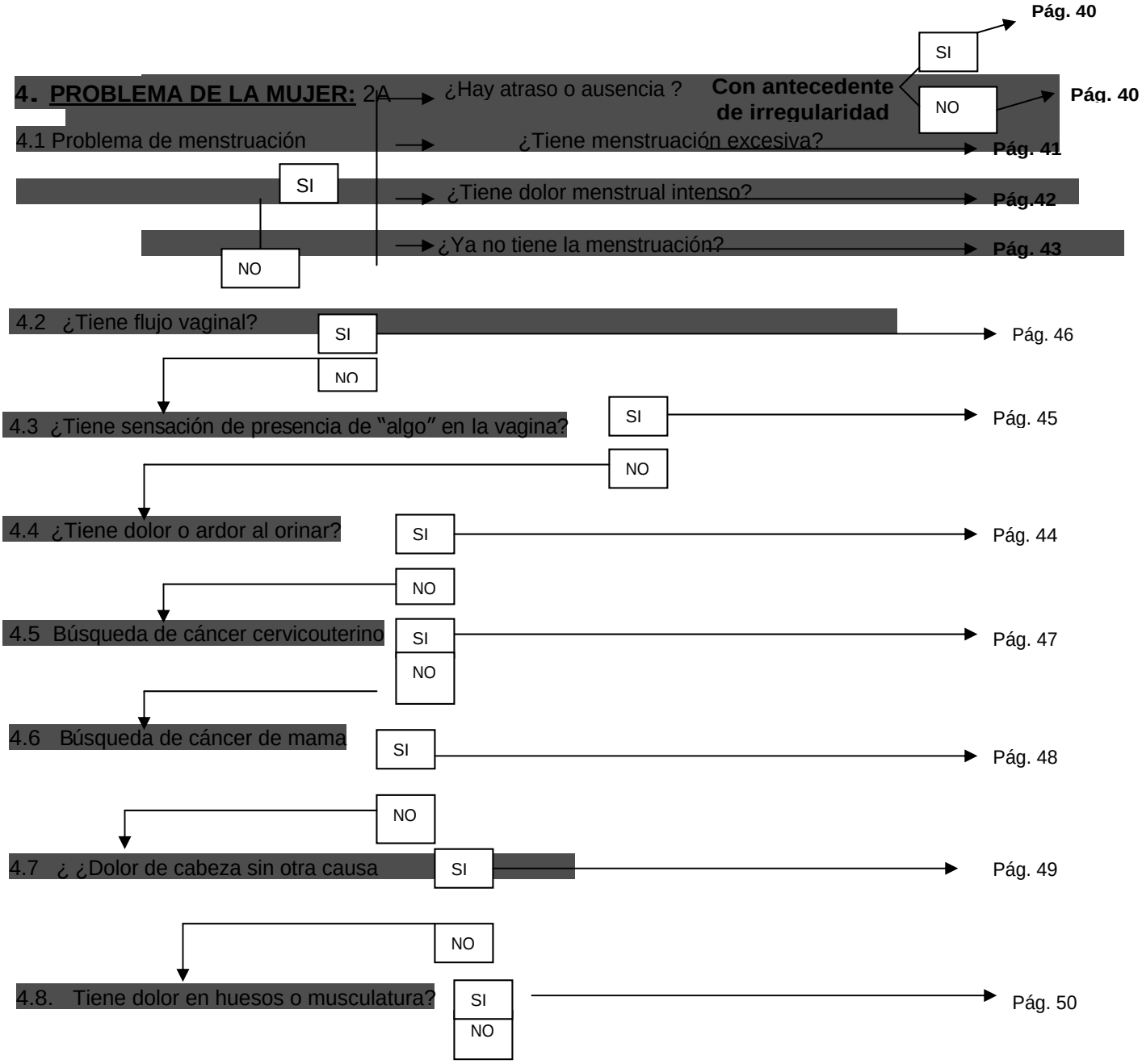
ALGORITMOS DE GUIAS DE ABORDAJE



❖ **Formas tradicionales de preparar las plantas medicinales** → Pág. 61

MANEJO INTERCULTURAL EN LA ATENCION DE LAS PERSONAS EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIAS.

ALGORITMOS DE GUIAS DE ABORDAJE



MANEJO INTERCULTURAL EN LA ATENCION DE LAS PERSONAS EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIAS.

ALGORITMOS DE GUIAS DE ABORDAJE

5. PROBLEMA DE LA PIEL: 2B

1.1 ¿Tiene ronchas? → SI

- **5.1 Con picazón, y lo tiene alguien más en la familia** → Pág. 52
- **5.2 Con costras amarillentas, en especial en niños** → Pág. 53
- **5.3 Regadas en todo el cuerpo, y mucha picazón** → Pág. 55

NO

5.2 Tiene manchas rojas, mucha picazón entre dedos de pies o manos, pliegues, cabeza (o uñas) → Pág. 54

5.3 Tiene piel roja, irritada, ardor o dolor en zona que cubre el pañal o pliegues de cuello, cara → Pág. 56

6. PROBLEMA DE MUCOSAS: 2B Ojo y boca

6.1 Ojo
- **Rojo con ardor** → Pág. 57
- Rojo supurando y con picazón, párpados hinchados → Pág. 58

6.2 Boca
- O en labios: Con llaguitas redondas, blancas, dolorosas → Pág. 59
- Enrojecida, con manchitas blancas, malestar o dolor → Pág. 60

GUIAS DE ABORDAJE DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIA

GRUPO 1: SIGNOS VITALES: Primer momento del abordaje o atención a adultos y mayores de 5 años.
Se refieren a la **temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, y presión arterial** (La **P/A**: En cada consulta, control ó visita domiciliaria en mayores de 11 años, en embarazadas, parturientas o pos parto)

GRUPO 1: SEÑAS (SIGNOS) VITALES QUE PUEDEN INDICAR ENFERMEDAD GRAVE					
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**	**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte En Mujeres en Edad Fértil (MEF) no olvides preguntar por la fecha de última regla (FUR) y/o realizar la prueba verbal de embarazo (Ver siguiente hoja)	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** Referencia: Centro asistencial de siguiente nivel (Centro de referencia, centro de salud u hospital, etc.)	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería considerando el autodiagnóstico (Equilibrio caliente-frío, etc.)	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria
➢ Confusión mental P. ejemplo cuando se pregunta por los datos generales, etc. podemos conocer el nivel de conciencia del enfermo.	▪ Lo trajo alguien cargado (a) en brazos hasta la Casa de Salud? (Posible signo de shock) ▪ Esta desmayado (a) o inconsciente? ▪ **Respiración**: Menor de 14 ó mayor de 30 respiraciones por minuto. ▪ **Pulso** menor de 50 o más rápido de 120 por minuto. ▪ **Temperatura** menor de 35°, o mayor de 40° Centígrados. ▪ **Presión arterial**: Menor de 90/60 mmHg. Ó Mayor de 140/90 mmHg. en 3 mediciones diferentes.	**Enfermedad grave** **Enfgrave** (Con uno o más de éstos signos)	Refiera urgentemente a CR o Centro asistencial (Hospital, Centro de Salud), para diagnóstico y tratamiento. Active Plan de Emergencia Comunitario. Evaluar administración de solución IV, según el caso, por ejemplo deshidratación ver hojas 2 y 3 del grupo de enfermedades digestivas. Si P/A: Mayor de 140/90 mmHg. Anotar en nota de referencia las cifras encontradas y fechas Estar alerta por dolor de cabeza, piernas hinchadas, dolor al lado izquierdo del pecho, dificultad para respirar, sudoración excesiva, palidez generalizada, anuria, convulsiones (Puede tratarse de una crisis)	Entregue boleta de referencia Oriente sobre Plan de Emergencia Familiar y comunitario.	Al regresar del Centro de Referencia (CR), u hospital haga cita. O evalué Visita domiciliaria según el estado del paciente. Ver contrareferencia. De seguimiento según clasificación y manejo (Ver Manual de Referencia para la aplicación de las Normas de Atención 2005, Pág. 208.

GRUPO 1: ENFERMEDAD MUY GRAVE EN EL EMBARAZO					
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**	**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique**	**Actué** **Manejo intercultural** Referencia: Centro asistencial de siguiente nivel (Centro de referencia, centro de salud u hospital, etc.)	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería considerando el autodiagnóstico (Equilibrio caliente-frío, etc.)	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria
En Mujeres en Edad Fértil (MEF) no olvides preguntar por la fecha de última regla (FUR) y realizar la prueba verbal de embarazo (Ver siguiente hoja) buscando probabilidad de embarazo (prueba positiva) Nota: Recuerda anotar en ficha personal de Atención Pre y Posnatal.	Prueba de embarazo en orina positiva. (Realizar si tiene más de 21 días de retraso menstrual)	**Embarazo** **Z34**	Atiéndela considerando el motivo de consulta (y autodiagnóstico) además de su embarazo, los medicamentos naturales o químicos-farmaceúticos contraindicados. Llena la ficha personal de Atención PRE y POST NATAL. Referir a comadrona: Concientizar sobre la importancia de ser evaluada por la comadrona de su elección con visitas antes de el parto.	Iniciar suplementos de Ácido fólico y hierro semanal. Orientar sobre alimentación adecuada. Revisar esquema de toxoide tetánico iniciar o completar. Orientar sobre Plan de Emergencia Familiar. Dé consejería de PF.	Cita en 4 semanas si es normal o dependiendo de alguna enfermedad además del embarazo, por la que hubiere consultado.
Si está embarazada pregunta por: ➢ Cefalea intensa, ➢ Fiebre, ➢ Dificultad respiratoria, ➢ Sangrado vaginal, ➢ Convulsiones o ➢ Perdida de la conciencia, ➢ Dolores de trabajo de parto ➢ Dolor fuerte en boca del estomago.	Puede observarse: ➢ Fiebre, ➢ Dificultad respiratoria, ➢ Sangrado vaginal, ➢ Convulsiones, ➢ Perdida de la conciencia, ➢ Dolores de trabajo de parto. Presentación fetal anormal (Referir por ser signo de peligro en embarazo)	**Enfermedad muy grave en el embarazo** (Complicación especificadas relacionadas con el embarazo) **026.8**	Refiera con urgencia a hospital o Centro de Referencia (CR): SI TIENE O HA TENIDO RECIENTEMENTE cualquiera de estas señales de peligro. Si tiene cualquiera de éstos signos actualmente, inicie infusión IV utilizando una cánula o aguja de alto calibre. Infunda solución salina normal o lactato de Ringer a razón de 1 L en 8 horas. En CR u hospital evaluaran dosis de líquidos por vena y medicamentos.	Entregue boleta de referencia anotando el MOTIVO DE REFERENCIA. Oriente y active Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.	Al regresar del CR, u hospital haga cita. O evalué Visita domiciliaria según el estado de la paciente. Ver contrareferencia.

PRUEBA VERBAL DE EMBARAZO

Después de preguntar la FUR, **haga todas las preguntas siguientes**, buscando las palabras más adecuadas según el idioma y cultura de la consultante, etc.:

Por ejemplo. Para preguntar por la FUR: **¿Cuándo vio o le vino su última menstruación ó costumbre?**

1. Esta usando correctamente un método para planificar su familia?	SI	NO
2. Le ha venido su regla en los últimos 7 días?	SI	NO
3. Ha tenido un aborto o perdida en los últimos 7 días?	SI	NO
4. Ha tenido un parto en el último mes?	SI	NO
5. Tiene un hijo o hija menor de 6 meses, le está dando sólo pecho y todavía no ha visto su regla (MELA)?	SI	NO
6. Ha evitado tener relaciones sexuales desde que le empezó su última regla?	SI	NO

Interpretación:

Responde NO A TODAS estás preguntas, ES PROBABLE QUE ESTE EMBARAZADA, si tiene la posibilidad de realizar la prueba de embarazo en orina, hágala para confirmarlo. Sino refiera a CR.
Responde SI A UNA O MAS de estas preguntas es seguro que **NO ESTA EMBARAZADA**.

GRUPO 2

RECUERDA VER SEÑAS (SIGNOS) VITALES DE PELIGRO: Siendo el primer momento de la atención del adulto y del niño mayor de 5 años.

AUTODIAGNÓSTICOS: (Mencionados en relación a los problemas respiratorios más comunes en mayores de 5 años o en adultos)

- Los alimentos: El consumo de ciertos alimentos especialmente aquellos fríos (Algunos grasos),
- Estados emocionales (Tristeza, preocupación, problemas familiares),
- El baño con agua fría después de actividad –caliente- del cuerpo.
- Por el clima (Frío, lluvia, viento, sol, y calor) especialmente cuando se produce un cambio brusco.

Los estados emocionales que se están relacionando con la enfermedad, como el susto (aún como impresión), y estados sicosociales al ser mencionados en el autodiagnóstico son ejemplos de aquellas enfermedades que podemos tratar y dar una solución definitiva si podemos referir con los agentes de salud tradicionales (Curanderos, componehuesos, sacerdotes y guías espirituales mayas; y otros casos a comadronas, etc.) que hay en nuestra comunidad o región, además de tratarlas en las CSC.

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES

Neumonía. Resfriado.
Sintomático respiratorio/ Pesquisa de enfermos con tuberculosis menores de 10 años.
Asma/ Bronquitis reactiva a frío/ Enfermedad crónica de los pulmones o del corazón.
Faringoamigdalitis bacteriana/ Faringitis viral.
Otitis media aguda/ Cuerpo extraño/ Otitis media crónica. Sinusitis.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique**	**Actué**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
En MEF no olvides preguntar por FUR	Puedes auscultar y percutir tórax.	**ó Impresión Clínica**	**Manejo intercultural y en base a normas del sistema oficial** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento: A) Natural, B) Químico farmacéutico: Medicamento esencial. C) Complementario entre los dos. Referencia: Centro asistencial (Hospital, Centro de Referencia o Centro de Salud; ó agente tradicional de salud, etc.		Intercambio educacional o consejería considerando el autodiagnóstico y equilibrio caliente-frío (En la enfermedad, medicamentos químicos y naturales, cuidados tradicionales del enfermo, etc.)	Cita (Ó visita domiciliaria si la condición del enfermo impide llegar a una cita a la CSC) Otras medidas de seguimiento.
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
				En Anexo 5: Información del medicamento y número de página en el libro Buscando remedio.		

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tiene tos? ____ Cuántos días a partir desde que inicio su enfermedad? ____ (Más de 2 semanas vaya a cuadro de sintomático respiratorio o pesquisa de enfermos tuberculosos menores de 10 años)	Dificultad respiratoria severa, acompañado de cianosis, tiraje intercostal y aleteo nasal. Temperatura mayor de 38.5 C (Fiebre)	**Neumonía** **J18.9** **(Neumonía grave)**		En neumonía grave referir a hospital, abrigándolo durante el traslado. Dar única dosis de **Acetaminofén** Oral: **De 5 a menores de 10 años:** 10 ml. (frasco de 120mg/5ml.) **Adolescente - adulto**: 1 tableta de 500mg.	Activar plan de emergencia comunitario y orientación a familiares para el traslado.	Al retornar de hospital dejar cita en la CSC sino hacer visita domiciliaria, según estado del enfermo.

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tiene tos? ____ Cuántos días a partir desde que inicio su enfermedad? ____ (Más de 2 semanas vaya a cuadro de sintomático respiratorio o pesquisa de enfermos tuberculosos menores de 10 años) Cuando aparece la tos? Se mantiene todo el día y la noche.	Respiración rápida (30 respiraciones por minuto o más) No cianosis, no presencia de tiraje intercostal, posible sibilancia. Temperatura mayor de 38.5 C (Fiebre) Se observa al enfermo con claramente con malestar general.	**Neumonía** **J18.9**	Lo Natural en éste caso es complementario al antibiótico. **Efecto antimicrobiano general**: Recetar una de las plantas medicinales en té (Ver anexo 1) 1 vaso 6 veces al día con: Canela (1 dedo/vaso), eucalipto (5 hojas/vaso), ocote (3 rajitas de un dedo/vaso), ajo (3 dientes/vaso), ó tomillo (1 ramita/vaso), Nota: el tomillo no tomar por las tardes y las noches. En caso de tos, ver la receta de JARABE CASERO EXPECTORANTE Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2) ó indicar 3 vasos al día de plantas medicinales según sea el caso con efecto: **Para calmar la tos**: Llantén(3hojas/vaso), manzanilla(3ramitas/vaso), hierbabuena(3ramas/vaso), buganvilea (1cucharada/v) **Ó para sacar flemas**: Eucalipto (5hojas/vaso), jengibre (1pulgada de raíz), ciprés (5 semillas/v), ocote(3 rajitas largo de un dedo/vaso)	En menores de 10 años dé la primera dosis en la CSC. **De 5 a menores de 10 años:** **Amoxicilina** Oral 7.5 ml. cada 8 horas por 7 días (Frasco de 250 mg/5ml) **Acetaminofén**: 10ml c/6hr. Por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) **Adolescente - adulto**: **Penicilina procaina** 800,000 UI vía IM c/24 hr por 10 días, previa prueba. Si presenta alergia dar **Eritromicina** 1 tab. De 500 mg. c/6 hr. Por 7 días. **Acetaminofén** Oral 500 mg. cada 6 horas por fiebre no mas de 3 días. Apoyarse con medios físicos (Si los familiares aceptan) y líquidos abundantes. En caso de sibilancia dar **Salbutamol** 1 tableta de 4 mg. Oral C/8 hrs. por 3 días.	➢ Tomar en cuenta el autodiagnóstico: La neumonía es una enfermedad fría que necesita ser recuperado el equilibrio del cuerpo, no exponer a chiflones luego del baño (De agua tibia o en temascal) cuando el paciente se sienta ya mejor, sino sólo limpiarlo con un trapo húmedo. ➢ No dar alimentos fríos o frescos (Ver Anexo 3) ➢ Aunque tal vez la persona no tenga muchas ganas de comer, es necesario que se alimente bien. ➢ Orientar sobre signos de peligro. ➢ Ver recomendaciones generales en problemas respiratorios (Anexo 4)	Cita en 2 días. Sino viene a la CSC hacer visita domiciliaria. Si la persona empeora en lugar de mejorar, referir de urgencia a el CR u hospital.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Malestar general, dolor del cuerpo y cabeza, secreción nasal. Le da a varias personas en los mimos días. La duración por lo general es menos de 1 semana.	No mucha calentura (No más de 38.5C) Posible sibilancia.	**Resfriado** **J00.X**	**Para fiebre**: Si hay y no sobrepasa los 38.5 C manejarla con medios físicos (Si los familiares aceptan) con un paño limpio empapado en agua a temperatura del ambiente o del cocimiento de Salvia sija sobre la frente y axilas. Y líquidos abundantes. E indicar plantas medicinales en té (Ver Anexo 1) 3 vasos/día con: Efectos sudoríficos: Verbena (3 ramitas/vaso), limón (1 fruto jugo/vaso), té de limón(3 hojas/vaso), café amargo (En adultos) ½ vaso; y otras utilizadas en la comunidad. En caso de tos, ver la receta DE JARABE CASERO EXPECTORANTE Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2) o dar en té, 4 vasos al día de las plantas con efecto **Para calmar la tos**: Llantén(3hojas/vaso), manzanilla(3ramitas/vaso), hierbabuena(3ramas/vaso), buganvilea (1cucharada/v) **Ó para sacar flemas**: Eucalipto (5hojas/vaso), jengibre (1 pulgada raíz), ocote(3 rajitas del largo de un dedo/v)	Si existe fiebre, de medios físicos (Si los familiares lo aceptan) Y líquidos abundantes. **De 5 a menores de 10 años:** **Acetaminofén**: 10ml c/6hr. Por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) En caso de sibilancia: **Salbutamol** 5 ml. Oral c/8 hrs. no más de 3 días (Frasco 2 mg/5ml) **Adolescente - adulto**: **Acetaminofén** 500 mg. cada 6 horas hasta que no haya fiebre ó un máximo 3 días. En caso de sibilancia dar **Salbutamol** 1 tableta de 4 mg. Oral C/8 hrs. por 3 días.	➢ Recordar el autodiagnóstico del paciente: El resfriado es una enfermedad fría que necesita ser recuperado el equilibrio del cuerpo no exponer a chiflones luego del baño, etc. O a alimentos fríos ó frescos (Ver Anexo 3) ➢ Ver recomendaciones generales en (Anexo 4)	Cita en 5 días.

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tos persistente durante 2 semanas o más. (Varios meses o años) Ha perdido peso y apetito ? _____ Decaimiento, fatiga, cansancio. Sudor y calentura por la noche? ___ Tiene dificultad para respirar o dolor de pecho? _____ Es mayor de 10 años? _____	Expectoración (Saca gargajo) productiva, a veces sanguinolenta.	**Sintomático respiratorio** **A16.9**	Se puede administrar el jarabe casero expectorante y del suavizante además así contribuir con la expectoración para la toma de muestra de esputo o gargajo para el análisis. Ver la receta DE JARABE CASERO EXPECTORANTE, Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2)	Si mayor de 10 años: ➢ Pedirle a el paciente **3 muestras de gargajo o esputo** ➢ La primera al momento de la primera consulta. ➢ Darle 2 vasitos más para dar otra a la mañana siguiente, con la expectoración acumulada durante la noche y el tercero al momento de entregar la segunda muestra. ➢ Entregar a CR o EAPAS encargado para realizar la baciloscopía. Hacer manejo de contactos (Lactante, niño o adolescente menor de 15 años que sea conviviente de un adulto de TB pulmonar Bk+ que esté en tratamiento); para dar quimioprofilaxis no debe tener signos o síntomas de TB. (Ver Manual de Referencia para la aplicación de las Normas 2005, pág. 87 y 90)	➢ Tal vez la persona sintomática respiratoria no tenga muchas ganas de comer, pero es necesario que se alimente bien (Tomando en cuenta el equilibrio frío-caliente, ver Anexo 3) ➢ Es importante advertir que es preferible NO adelantar aún un diagnóstico debido a que ésta es una enfermedad que lleva a que las personas tuberculosas sufran de marginación y rechazo. ➢ Puede indicarse las recomendaciones generales para problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Si el BK es positivo, avisar a Centro de Salud para tratamiento y luego administrarlo y supervisarlo; y estudiar serología para VIH. Agregar en dispensarización, realizando visitas domiciliarias para apoyar al enfermo y que no abandone el tratamiento. Si el BK es negativo dar tratamiento como neumonía, sino mejora referir a CR para investigar (Ver Manual de Referencia para la aplicación de las Normas de Atención 2005, pág. 88 y 91)

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tos persistente durante 2 semanas o más. (Varios meses o años) Ha perdido o no gana peso?____ No tiene apetito?__ Sudor y calentura por la noche? ___ Tiene dificultad para respirar o dolor de pecho? _____ Es **menor** de 10 años? _____		**Pesquisa de tuberculosis en enfermos menores de 10 años** **A16.9**	Se puede administrar la receta DE JARABE CASERO EXPECTORANTE, y DEL SUAVIZANTE (Ver Anexo 2)	Referir a CR o Centro de Salud para pesquisa según el procedimiento de la Normas de Atención del MSPAS (Prueba tuberculínica estándar, radiología pulmonar, bacteriología, etc.)	➢ Tal vez el niño (a) no tenga muchas ganas de comer, pero es necesario que se alimente bien (Tomando en cuenta el equilibrio frío-caliente, ver Anexo 3) ➢ Es importante advertir que es preferible NO adelantar aún un diagnóstico debido a que ésta es una enfermedad que lleva a que las personas tuberculosas sufran de marginación y rechazo. ➢ Indicarse las recomendaciones generales para problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Realizar visitas domiciliarias y citas en la CSC para apoyar al enfermo y que no abandone el tratamiento (Administrar y supervisar); así como hacer manejo de contactos. Si es confirmada agregar en dispensarización.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue tos de más de 2 semanas Cuando aparece la tos? Tos seca (sin flema) al principio, y tos productiva (con flema) después. La enfermedad se repite.	Si cuesta mucho respirar Siente como que le falta el aire. Silbido o "pito" con las respiraciones (sibilancia).	**Asma** (Enfermedad crónica de los pulmones no infecciosa) **J45.9**	Puede usar el jarabe casero expectorante o suavizante según sea la etapa o fase como se encuentra la enfermedad (Ver anexo 2). Pudiendo indicarse de manera complementaria con medicamentos químico-farmacéuticos, cuando no se trata de enfermedad o neumonía grave.	**Si hay sibilancia y hay dificultad para respirar o cualquier signo de peligro**, referir y dar: **Prednisona** Oral en una sola dosis: Más de 10 Kg de peso dar 20 mg. Y tratar como una NEUMONÍA GRAVE (Ver página 2) **Sólo hay sibilancia**: **Salbutamol nebulizado** 1 dosis de broncodilatador de acción rápida cada 20 minutos y repetir hasta 3 veces (Ver presentación de fco. gotero para dilución en solución salina) De **opción** (es): **Salbutamol en spray** con espaciador , dejar que el paciente, respire hasta 6 veces. **Ó Adrenalina** Subcutáneo por dosis. Repetir en 30 minutos, si fuera necesario, a razón de 1mg/ml para inyección subcutánea en jeringa de 1ml. Niño-adolescente:0.3-0.4 ml. Adultos: 0.5 ml.	Orientar sobre el cumplimiento de tratamiento de manera continua y otros que se utilizaran sólo en caso de crisis. Orientar sobre medidas de prevención de crisis. Dar recomendaciones generales para problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Citar en 2 días. Si ha tenido varias crisis en los últimos 3 a 6 meses puede ser que necesite ser investigado o tratamiento continuo. Referir a CR o con doctor (a) para confirmar el diagnóstico. Si es confirmada la impresión clínica agregar en dispensarización.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue tos de mas de 2 semanas Si sólo aparece cuando uno está en el polvo o en el frío, puede ser un proceso alérgico. En niños tos esporádica en el día y persistente en la noche. Pueden referir silbido o "pito" con las respiraciones al tener "aparecer la enfermedad".	Al momento de la consulta: Puede haber 30 respiraciones por minuto o más. Puede haber silbido o "pito" con las respiraciones (sibilancia).	**Bronquitis reactiva** a frió, etc. **J42.**	**Tratar la infección sumada a la bronquitis si ésta no compromete al paciente:** Tratar con té (de administración oral), 6 vasos por 21 días con una de las plantas con: **Efecto antimicrobiano general**: Canela (1 dedo/vaso), eucalipto (5 hojas/vaso), ocote (3 rajitas de un dedo/vaso), ajo (3 dientes/vaso), tomillo (1 ramita/vaso), Nota: el tomillo no tomar por las tardes y las noches. Agregar una planta con **Efecto cicatrizante**: Llantén (3 hojas/vaso), malva (3 ramitas7vaso). **Para la tos**: Madurar la tos seca y productiva (expectoración) durante el día, ó calmar la tos seca durante la noche para favorecer el descanso del enfermo, según sea el caso. Ver la receta DE JARABE CASERO EXPECTORANTE, Y DEL SUAVIZANTE (Anexo 2)	Si tiene sibilancia dar **Salbutamol** Oral por 3 días: **De 5 a 10 años**: 2 mg. tres veces al día; **Adolescentes - adultos**: 4 mg. tres veces al día, y **Prednisona** Oral por 5 días: 20 mg. al día. Si además de bronquitis reactiva sospecha infección bacteriana (Respiración rápida) tratar como NEUMONÍA administre antibiótico (Ver página 3)	Orientar sobre medidas de prevención de crisis. Orientar sobre la alimentación, de acuerdo a el equilibrio frío-caliente (Ver Anexo 3) Dar recomendaciones generales en caso de problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Citar en 2 días. Si ha tenido varias crisis en los últimos 3 a 6 meses puede ser que necesite ser investigado o tratamiento continuo. Referir a CR o con doctor (a) para confirmar la impresión clínica. Citar al regresar de CR y ver contra-referencia.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue tos de mas de 2 semanas La tos aparece cuando hace esfuerzos (caminar en subida o correr) ? Cuáles son las condiciones de la vivienda (Duerme la familia en un solo ambiente ósea dormitorio junto a la cocina)?_____ Es fumador (a) ?___	Palidez o color de piel azulado (cianótico) ?	Otras: **Enfermedad crónica de los pulmones** **J44.9** **Enfermedad crónica del corazón** **I51.9**	Tratar la tos y si se sospecha infección sumada que no compromete al paciente: Tratar como se indico para bronquitis reactiva a frío (Con plantas medicinales con efecto antimicrobiano general y cicatrizante. Tratar la tos según sea la etapa de la tos)	Si tiene sibilancia y además se sospecha infección bacteriana (Respiración rápida) tratar como se indico para bronquitis reactiva a frío. Referir a CR o con doctor (a) para investigar y confirmar el diagnóstico.	Dar recomendaciones generales en caso de problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Cita en 2 días; si fue referido citar al regresar de CR, y ver contra-referencia.

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Hay dolor de garganta?____	Amígdalas inflamadas y enrojecidas. Ver y descartar la presencia de puntos de pus (Sépticos) en las amígdalas. Fiebre.	**Faringoamigdalitis bacteriana** (Proceso agudo) **JO3.9** (Proceso crónico) **J35.0**	**Efecto antimicrobiano local** (gárgaras cada 2/hrs.) por 2 días: Miltomate (1 puño de bolsitas) ó tomillo 3 ramitas) apagado en 1 vaso de agua. Agregar el jugo de 1 limón (Cr) ó 1 cucharada de vinagre (Efecto antiinflamatorio) **Efecto antimicrobiano general:** 6 vasos té/día, por 8 a 10 días: Canela (1 dedo/vaso), eucalipto (5 hojas/vaso), ocote (3 rajitas de un dedo/vaso), tomillo (1 ramita/vaso), Nota: el tomillo no tomar por la tarde y la noche. Endulzar con Miel de abeja (Efecto antiinflamatorio) **Para fiebre:** Si hay y no sobrepasa los 38.5 C manejarla con un paño limpio empapado en agua al tiempo sobre la frente y líquidos abundantes. Y usar plantas con: **efectos sudoríficos**: Verbena, limón, Té de limón, Café amargo (En adultos) y otras utilizadas en la comunidad.	**Si hay presencia de puntos de pus en amígdalas administrar:** **De 5 a menores de 10 años:** **Amoxicilina** Oral 7.5 ml. cada 8 horas por 7 días (Frasco de 250 mg./5ml) **Acetaminofén**: 10ml c/6hr. Por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) **Adolescentes–adultos**: **Penicilina benzatínica** inyectado IM profunda en la parte supero externa del glúteo (nalga), una sola dosis: 1,200,000 UI OJO**: Ver presentación de frasco.** En caso de alergia dar **Eritromicina** 1 tab. De 500mg. c/6 hrs. Por 7 días. **Acetaminofén** Oral 500 mg. cada 6 horas por fiebre no mas de 3 días. Apoyarse con medios físicos (Si los familiares aceptan) y líquidos abundantes.	➢ Tomar en cuenta el autodiagnóstico del paciente: La faringitis o amigdalitis es una enfermedad fría que necesita ser recuperado el equilibrio del cuerpo, no exponer a chiflones luego del baño (De agua tibia o en temascal), no dar alimentos fríos o frescos, ni exponer a cambios bruscos de clima, etc. ➢ Aunque tal vez la persona no tenga muchas ganas de comer, es necesario que se alimente bien (Ver Anexo 3) ➢ Dar recomendaciones generales en caso de problemas respiratorios (Ver Anexo 4)	Cita en 2 días; sino viene a la CSC hacer visita domiciliaria. Si la persona empeora en lugar de mejorar, es necesario referir a el CR con el doctor (a).

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE-10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue… Hay dolor de garganta? Cuando no hay resfriado u otro problema respiratorio.	Enrojecimiento en amígdalas (Puede ser también la garganta) Por lo general temperatura no mayor de 38.5 C	**Faringitis viral** **J02.8** (Faringo-amigdalitis viral)	Es indicado usar plantas medicinales con efecto antimicrobiano local, y con efecto antiinflamatorio local y general. Si hay fiebre indicar aquellas plantas con efectos sudoríficos. Ver página anterior.	Si hay fiebre dar **De 5 a menores de 10 años:** **Acetaminofén**: 10ml c/6hr. Por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) **Adolescente–adulto**: **Acetaminofén** Oral 500 mg. cada 6 horas, por un máximo 3 días. Y líquidos abundantes.	Oriente y aconseje igual que en faringo-amigdalitis (Ver hoja anterior)	Cita en 8 días.

GRUPO 2: ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE-10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Si hay dolor de oído? Cuántos días? _____ Es menos de 14 días Le sale pus? ____	Dolor fuerte de oído al momento de la consulta. Hay presencia de pus en el oído.	**Otitis media aguda** **H66.9**		Dé la primera dosis en CSC. **De 5 a menores de 10 años:** **Trimetropin+sulfametoxazol** Oral 7.5 ml. 2 veces al día por 7 días (Frasco 240mg/5ml) **Acetaminofén**: 10ml c/6hr. por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) **Adolescente–adulto**: **Trimetropin+sulfametoxazol** 1 tab. 960mg Oral 2 veces al día por 7 días. **Acetaminofén** Oral 500 mg. cada 6 horas, por un máximo 3 días. Limpiar con mechas.	Tomar en cuenta el autodiagnóstico del paciente. Orientar sobre cuidados de oído e importancia de la limpieza cuidadosa.	Cita a los 2 días. Sino mejora referir a CR o doctor (a)
Sigue … **dolor de oído** Ha tenido dolor más de 14 días? Le sale pus? ____	Presencia de pus en el oído	**Otitis media crónica** **H66.1**		Mantener el oído seco es el tratamiento más efectivo: Limpiar con mechas.	Orientar sobre cuidados de oído e importancia de la limpieza cuidadosa.	Cita en 5 días sino deja de gotear manteniendo el oído seco, referir a CR o médico (a).
Sigue … **dolor de oído**	En niños de 5 a 10 años observar cuerpo extraño.	**Cuerpo extraño en oído** **T16.9**		Referir: Si al observar a través de la oreja no es fácil el retirar el cuerpo extraño. Tratar el dolor con Acetaminofén, según edad.		Cita para seguir la contrarreferencia.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE-10**	**Actué** **Manejo intercultural** **A) Atención con recursos de la Medicina Natural**	**B) Atención con medicamentos esenciales**	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional	**Dé seguimiento** Cita
Dolor en la frente o la cara. Cuántos días de dolor? _____ (Por lo general es más de 2 semanas) Le ha goteado pus por la nariz?	Fiebre y/o escalofríos. Gotea pus por la nariz.	**Sinusitis Aguda** **J01.9** **Sinusitis crónica** **J32.9**	**Efecto antimicrobiano general**: Recetar una de las plantas medicinales en té, 1 vaso 6 veces al día por 21 días: Canela (1 dedo/vaso), eucalipto (5 hojas/vaso), ocote (3 rajitas de un dedo/vaso), ajo (3 dientes/vaso), tomillo (1 ramita/vaso), Nota: el tomillo no tomar por las tardes y las noches. Hacer 4 veces al día un **lavado de nariz**, con 1 vaso de agua con sal (Del sabor a lagrimas), inhalando lo más profundo posible y dejar pasar por la garganta y salir por la nariz y la boca. Luego de cada lavado de nariz, si es **mayor de 10 años respirar vapores** del cocimiento de por lo menos 1 de las plantas antimicrobianas: Eucalipto (5 hojas sazonas), Ocote (3 rajitas de un dedo), Salvia sija (3 ramitas). Todo por 5 días. **Para fiebre**: Se aconseja el uso de plantas con efectos sudoríficos: Verbena (3 ramitas/ vaso), limón (1 fruto jugo/vaso), té de limón(3 hojas/vaso), café amargo (En adultos) ½ vaso; y otras utilizadas en la comunidad.	Dé la primera dosis en CSC. **De 5 a menores de 10 años**: **Trimetropin+sulfametoxazol** Oral 7.5 ml 2 veces al día por 7 días (Frasco 240mg/5ml) **Acetaminofen**: 10ml c/6hr. por 3 días. (frasco de 120mg/5ml.) Si hay dolor, fiebre o escalofríos, con un máximo de 3 días. **Adolescente–adulto**: **Trimetropin+sulfametoxazol** 1 tab. 960mg Oral 2 veces al día por 7 días. **Acetaminofen** Oral 500 mg cada 6 horas, por un máximo 3 días. Si hay dolor, fiebre o escalofríos. Hasta que no haya dolor, con un máximo de 3 días.	Tomar en cuenta el autodiagnóstico del paciente. Mantener las fosas nasales sin mocos que las obstruyan. Recomendar líquidos abundantes. Dar recomendaciones generales en caso de problemas respiratorios (Ver anexo 4)	Cita en 5 Días de realizar el tratamiento sino mejora referir a CR o doctor (a).

GRUPO 3

RECUERDA VER SEÑAS (SIGNOS) VITALES DE PELIGRO, siendo el primer momento de la atención en mayores de 5 años:

AUTODIAGNÓSTICOS: Mencionados en relación a los problemas digestivos más comunes en niños mayores de 5 años, adolescentes y en adultos.

- Falta de higiene individual y en relación a la preparación de alimentos.
- En relación a los alimentos: El exceso o no suficientes, el consumo de ciertos alimentos especialmente aquellos fríos o calientes, y algunos que son irritantes. Alimentos en mal estado o no bien preparados –crudos. Consumo de galguerías.
- Por estados emocionales (enojo -coraje, tristeza, preocupación).
- El baño con agua fría después de actividad "caliente" del cuerpo.
- Por el clima (Frío, y la lluvia) especialmente cuando es brusco.
- Susto relacionado a falta de apetito y dolor de estomago (Mas como una impresión), ó como un antecedente.
- En menos medida se ha referido el empacho, y mollera caída (Entre 6 a 9 años aún).
- El alboroto de lombrices (Como antecedente).

Los estados emocionales que se están relacionando con la enfermedad, como el susto (aún como impresión), y el empacho, la mollera caída al ser mencionados en el autodiagnóstico son ejemplos de aquellas enfermedades que podemos dar un solución definitiva si podemos referir (Además de tratarlas en las CSC) con los agentes de salud tradicionales (Curanderos, comadronas, sacerdotes y guías espirituales mayas, etc.) que hay en nuestra comunidad o región.

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES **Diarreas (Enfermedad Diarreica Aguda – EDA). Disentería (Enfermedad Diarreica Aguda Sanguinolenta). Diarrea persistente. Parasitismo intestinal. Enfermedad péptica (Gastritis).**				
PASO 1	**PASO 2**	**PASO 3**	**PASO 4**	**PASO 5**

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES **Diarrea:** Deposiciones más líquidas y frecuentes de lo normal (por lo general más de 3 deposiciones líquidas o blandas en un día)						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
TIENE DIARREA? __ **SI TIENE DIARREA, PRIMERO EVALUAR Y TRATAR SEGÚN ESTADO DE HIDRATACIÓN**	Dos o más de éstos signos: ➢ Desmayado o inconsciente ➢ Bebe mal o no es capaz de beber ➢ Ojos muy hundidos ➢ Piel de barriga regresa muy lentamente (Signo de pliegue más de 2 segundos) ➢ Mucosas de ojos y boca muy secos	**Diarrea con Deshidratación Grave** **A09.X1**		Refiera urgente a centro asistencial de nivel superior. **Y mientras se traslada,** iniciar Plan C**: Pesar y rehidratar IV con solución de Lactato de Ringer o Hartmann 100 ml/kg de peso para 3 horas, así:** ▪ **1ª. hr: 50 ml/Kg,** ▪ **2ª. hr: 25 ml/Kg,** ▪ **3ª. hr: 25 ml/Kg.** **(Ver tabla Anexo 6).** **Son opciones: Solución Salina ó Mixta.** **Cuando la persona pueda beber (en 2 hrs.) probar si tolera suero oral, mientras continuamos con líquidos IV.** Al completar la administración IV, evalúe a la persona para seleccionar Plan A, B ó C.	Incrementar todas las medidas de higiene necesarias (Reglas de oro de la higiene de OMS - Organización Mundial de la Salud) colectiva e individualmente, para su prevención. Activar plan de emergencia comunitario y apoyo de familiares para traslado (Excepción si sospecha cólera, ver hoja 5 de éste grupo)	Cita o visita domiciliaria al regresar del centro asistencial. **Vigilancia epidemiológica**: Estar alerta con el aparecimiento de más casos de diarrea en la comunidad (P. ejem: En mayores de 10 años, y en menores de 2 años), durante el transcurso de las semanas. Si hay algún aumento de diarreas reportar a Jefe inmediato superior (EAPAS) y/o Distrito de Salud. Promover la vacunación en niños (as).

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
TIENE DIARREA? __ **SI TIENE DIARREA, PRIMERO EVALUAR Y TRATAR SEGÚN ESTADO DE HIDRATACIÓN**	Dos o más de éstos signos: ➢ Intranquilo ➢ Toma con mucha sed ➢ Ojos hundidos ➢ Mucosas de ojos y boca secos El signo de pliegue que regresa lentamente es menos indicativo, en éste caso.	**Diarrea con deshidratación** (Anota el CIE-10 según la IC de la causa de la diarrea además de la deshidratación) ó como **A09.X2**		En la CSC inicie hidratación con Plan B**: Sobres de Rehidratación Oral (SRO). La cantidad para 4 horas se saca multiplicando el peso en kilos por 75 ml. Se puede alternar con otros líquidos.** Al cambiar el estado del paciente a Diarrea sin Deshidratación iniciar Plan A del que se puede administrar el Suero Casero de Rehidratación (De Plantas Medicinales. Ver Anexo 2) para 3 días. Ver Anexo 1 para la forma de preparación.	Enseñar a los padres o cuidador (a) a preparar los SRO y como darlos. Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados–crudos. ▪ Por el clima (Frío, y la lluvia) Mantener la alimentación (Tomar en cuenta el equilibrio frío caliente ver Anexo 3) Incrementar todas las medidas de higiene (Reglas de oro OMS) colectiva e individuales, para la prevención. Reforzar costumbres saludables y explicar el peligro de otras como dar medicamentos para cortar la diarrea, etc.	Cita en 2 días. Si presenta signos de gravedad ó deshidratación, hidratar y reportar de urgencia a CR o doctor (a), para evaluar la referencia o traslado. Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas. El paciente no ha mejorado ni empeorado a los 3 días del tratamiento general de diarreas (Suero de Plantas Medicinales. Ver Anexo 2) Evaluar el tratamiento para parásitos intestinales, ver hoja 9 de éste grupo.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
TIENE DIARREA? __ **SI TIENE DIARREA, PRIMERO EVALUAR Y TRATAR SEGÚN ESTADO DE HIDRATACIÓN**	Ninguna seña de deshidratación	**Diarrea sin deshidratación** (Anota el CIE-10 según la IC de la causa de la diarrea además de la deshidratación) ó como **A09.X4**	**Suero Casero de Rehidratación.** Ver receta en Anexo 2 y más información de la forma de preparación en Anexo 1. Al preparar el cocimiento, se debe mezclar por lo menos una planta de cada efecto: **Antimicrobiano**: Guayaba o canela. **Antiespasmódico**: Pericón o manzanilla. **Astringente**: Mango o banano maduro. **Cicatrizante**: Llantén o banano verde. Otros ingredientes: Sal, Miel de abeja (Panela o azúcar), Naranja o limón (el jugo de los frutos), Agua (Hervida o clorada) 1 litro de preparación. **Dosis**: **Adulto**: Mínimo dos vasos después de cada evacuación. **Niño**: 1-10 años mínimo 1 vaso (250 ml.) después de cada evacuación.	**Iniciar hidratación con Plan A**. Aplicar las 3 reglas del tratamiento de la diarrea en casa: 1. Dar más líquido de lo que toma normalmente (SRO ó bebidas habituales, agua de arroz, atoles sin azúcar o agua limpia y hervida. Dosis: Dar después de cada evacuación. De 1 a menores de 10 años: ½ a 1 taza Mayor 10 años: Todo lo que desee. 2. Mantener la alimentación para acortar la enfermedad y prevenir la desnutrición. 3. Llevar a la CSC o CR sino mejora o tiene uno de los signos de alarma siguientes: No come ni bebe, evacuaciones más seguidas y líquidas o con sangre, fiebre alta.	Enseñar al cuidador (a) a preparar los SRO y darlos. Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados– crudos. ▪ Por el clima (Frío, y la lluvia) Reforzar medidas de higiene. Mantener la alimentación (Tomar en cuenta el equilibrio frío caliente ver Anexo 3) Preguntar al familiar como trata habitualmente la diarrea en casa. Reforzar las costumbres saludables y explicar el peligro de otras como quitar alimentos, dar medicamentos para cortar la diarrea, etc.	Cita en 5 días. Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas. El paciente no ha mejorado ni empeorado a los 3 días del tratamiento general de diarreas. Evaluar el tratamiento para parásitos intestinales (Consultando con EAPAS los criterios)

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **A) Atención con recursos de la Medicina Natural**	**B) Atención con medicamentos esenciales**	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria. Otras medidas de seguimiento
LUEGO DE EVALUAR Y TRATAR SEGÚN EL ESTADO DE HIDRATACIÓN **EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene diarrea desde hace cuántos días? Aparecimiento e instalación rápida (**menos de 12 horas**) Persona de cualquier edad. Presencia de casos similares sospechoso o confirmado en los días anteriores, en la familia o cerca de la vivienda (Casos por nexo epidemiológico)	Diarrea acuosa abundante acompañada de vómitos y fiebre. Identificación de signos de deshidratación grave: ➢ Desmayado o inconsciente ➢ Ojos hundidos ➢ Piel de barriga regresa muy lentamente (Signo de pliegue más de 2 segundos)	**Rotavirus sospecha** **A08.6** (Recuerda en el seguimiento hay que confirmar por un estudio de heces)		**Refiera urgente a centro asistencial de nivel superior** (CR, Centro de Salud u hospital), e **iniciar Plan B**. Si bebe mal o no es capaz de beber y tiene signos de deshidratación grave, la ubicación de la CSC es lejana al centro asistencial más cercano, y Ud. puede administrar hidratación IV, pesar e iniciar plan C para el traslado. Sólo si hay fiebre dar: **Acetaminofen** Oral: **De 5 a menores de 10 años:** 10 ml. (frasco de 120mg/5ml.) c/6 hrs. **Adolescente - adulto**: 1 tableta de 500mg. c/6 hr. No más de 3 días. **Reportar a Jefe inmediato superior (EAPAS)** y a Distrito de Salud.	Incrementar todas las medidas de higiene, especialmente de manejo de vómitos y deposiciones, en la CSC y en el hogar. Velar por mantener o reiniciar la alimentación (Ver Anexo 3)	Dar seguimiento a contrarreferencia. Vigilancia epidemiológica: Estar alerta con el aparecimiento de más casos de diarrea en la comunidad (Por ejemplo: En mayores de 10 años, y en menores de 2 años), durante el transcurso de las semanas.

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **A) Atención con recursos de la Medicina Natural**	**B) Atención con medicamentos esenciales**	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria. Otras medidas de seguimiento
LUEGO DE EVALUAR Y TRATAR SEGÚN EL ESTADO DE HIDRATACIÓN **EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Hace cuántos días? Aparecimiento repentino, con menos de 5 días de evolución. Persona de cualquier edad. Presencia de caso similar sospechoso o confirmado en los días anteriores, en la familia o cerca de la vivienda (Casos por nexo epidemiológico)	Diarrea líquida y profusa (deshidratante), sin dolor, sin sangre, sin fiebre. Puede haber vómitos (ocasionales) Hay señas de deshidratación? ➢ Intranquilo ➢ Toma con mucha sed ➢ Ojos hundidos ➢ Mucosas de Boca y Ojos secas	**Cólera sospechoso** **A00.9**		Iniciar rehidratación según estado. **No trasladar al paciente.** Reportar a Jefe inmediato superior (EAPAS) y a Distrito de Salud. **El EAPAS evaluara la adquisición de medicamentos e insumos para la atención de éstos casos.** **Antibiótico:** Dé la primera dosis en la CSC. **Tetraciclina**. Oral por 3 días. El cólera es de las pocas indicaciones que tiene esté medicamento. **Niños mayores de 8 años**: 50 mg./Kg./día divididos en cuatro dosis diarias. **Adolescente-adulto**:500 mg. cuatro veces al día. **Ó Doxiciclina** **Mayores de 12 años**: Una dosis única de 300 mg. De **opción**: Oral por 3 días. **Trimetropin+sulfametoxazol** Oral 2 veces al día: **Niño-adolescente**: 480mg, **Adulto**: 960 mg.	Incrementar todas las medidas de higiene, especialmente de manejo de vómitos y deposiciones, en la CSC y en el hogar. Velar por mantener o reiniciar la alimentación (Ver Anexo 3)	Al hidratar y dar salida de manejo de la CSC dar cita o visitar en domicilio en 24 horas. Vigilancia epidemiológica: Estar alerta con el aparecimiento de más casos de diarrea en la comunidad (Por ejemplo: En mayores de 10 años, y en menores de 2 años), durante el transcurso de las semanas.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue... **LUEGO EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene diarrea desde hace cuántos días? (Por lo general menos de 1 semana de evolución) Hay sangre en el popo? _____ Persona a cualquier edad.	Diarrea acuosa con sangre, moco, cólicos (Dolor abdominal). Puede haber fiebre (Temperatura mayor de 38.5 C) Hay señas de deshidratación? ➢ Intranquilo ➢ Toma con mucha sed ➢ Ojos hundidos ➢ Ojos y boca secos	**Disentería de presunto origen infeccioso** **A09.1** Sospechar Disentería Bacilar – Shigellosis; otras bacterias.	Como complementario al antibiótico se puede administrar el **Suero Casero de Rehidratación**. Ver receta en Anexo 2 y más información de la forma de preparación en Anexo 1.	Referir al hospital si el paciente está en muy mal estado o con Deshidratación Grave. Sino hay motivos para referir y es una disentería con deshidratación, hidratar primero con Plan B. Aplique Plan A si es disentería sin deshidratación. **Antibiótico:** Dé la primera dosis en la CSC. **Trimetropin+sulfametoxazol** Oral 2 veces al día, por 7 días: **De 5 a menores de 10 años**: 7.5 ml. (Frasco 240mg/5ml) **Adolescente-adulto**: 960 mg. De **opción**: **Acido Nalidixico**, ó **Ampicilina**, ambas por 5 días. Los EAPAS evaluaran la adquisición de los mencionados antibióticos de opción, según el comportamiento epidemiológico ó de resistencia, etc.	Enseñar al cuidador(a) a preparar los SRO y darlos. Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados. Por el clima (Frío, y la lluvia). Reforzar costumbres saludables, y las medidas de higiene. Velar por mantener o reiniciar la alimentación (Ver Anexo 3)	Cita en 2 días, sino llega a CSC hacer visita domiciliaria (Por estado del paciente) Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas. Si después del tratamiento por Shigella ha fracasado, o en el caso se identifican en las heces glóbulos rojos conteniendo trofozoítos de amebas, tratar por amebiasis intestinal aguda y anotar como CIE-10: A06.0

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue... **LUEGO EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene diarrea desde hace cuántos días? De inicio repentino, y de pocas horas de duración. Puede referir vómitos, y dolor abdominal. Persona de cualquier edad. Consumo reciente de alimentos y bebidas callejeras.	Puede encontrarse signos de deshidratación: ➢ Intranquilo ➢ Toma con mucha sed ➢ Ojos hundidos ➢ Ojos y boca secos.	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso **A09.0** **Intoxicación por alimentos Bacterianas y no bacterianas:** Bacterias que producen toxinas ó infecciones intestinales de períodos cortos de incubación. Otra causa: Intoxicaciones por contaminantes de químicos, etc.	Administrar suero casero sin efecto antiespasmódico al inicio de la administración (En las primeras 4 horas de la toma) en caso de Plan B ó A.	Hidratar según estado, con Plan C, B ó A. Hacer consulta o referir a EAPAS (Según el caso) ya que hay que evaluar el uso de antibióticos debido a que en la gran mayoría de éstas condiciones éstos son ineficaces y no deben darse.	Incrementar todas las medidas de higiene. Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos, en mal estado o no bien preparados–crudos. ▪ El empacho es un autodiagnóstico que puede estar relacionado y la importancia que tiene aquí es que en nuestra cultura algunos creen que no se debe dar antibiótico por lo que hay que explicar y lograr el mejor acuerdo con el cuidador (a). Velar por mantener o reiniciar la alimentación (Ver Anexo 3)	Cita en 2 días, sino llega a CSC hacer visita domiciliaria, según el estado del paciente. Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas.

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sigue... **LUEGO EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene diarrea desde hace cuántos días? (**Con antecedente de diarreas previas con o sin sangre**) Otros síntomas: Moco, pujo, tenesmo, deposiciones en ocasiones de poca cantidad, etc.	Diarrea con sangre por la regular sin fiebre. Otros signos: Cólicos, estomago timpánico (Embotado) Se identifican en las heces glóbulos rojos conteniendo Entamoeba histolytica.	**Amebiasis aguda** **A06.0** (Disentería amebiana aguda)	Prevenir la deshidratación y tratar el dolor. Tratar vía oral con hierba de efecto **amebicida**: **Jacaranda**. 5 flores apagadas en 1 vaso de agua tomar 3 veces al día por 21 días.	Prevenir la deshidratación. Dar **Metronidazol** Oral por 7 días. **Niños**: 35-50 mg./Kg. en 3 dosis; **Adultos**: 500 mg. 3 veces al día. Ó **Tinidazol** Oral en una sola dosis diaria por 2 a 3 días. **Niños**: 50-60 mg./Kg., **Adultos**: 2 g. Tomarlo de preferencia después de las comidas.	Enseñar a los padres o cuidador (a) a preparar los SRO y darlos. Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados–crudos. ▪ Por el clima (Frío, y la lluvia) Preguntar al enfermo o acompañante como trata habitualmente la diarrea en casa. Mantener la alimentación (Tomar en cuenta el equilibrio frío caliente, ver Anexo 3). Reforzar las costumbres saludables, y las medidas de higiene. Explicar el peligro de otras como quitar alimentos.	Cita en 5 días, sino llega a CSC evaluar la visita domiciliaria. Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas.

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES **Diarrea:** Deposiciones más líquidas y frecuentes de lo normal (por lo general más de 3 deposiciones líquidas o blandas en un día)						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **A) Atención con recursos de la Medicina Natural**	**B) Atención con medicamentos esenciales**	**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita Otras medidas de seguimiento.
Sigue... **LUEGO EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene diarrea desde hace cuántos días? Asintomático, ó dolor abdominal por las mañanas, picazón en ano y nariz, diarrea ocasional, perdida de apetito. Pueden referir algunos alimentos que le producen mala digestión o diarrea. Se han comprobado los parásitos o huevos en las heces? Los han visto? __ Han sido sacados (expulsados)? ___ Por examen de laboratorio? ___ El paciente no ha mejorado ni empeorado a los 3 días del tratamiento general de diarreas.	Abdomen (estomago) crecido	**Parasitismo intestinal** **B82.9** Nematodos (Lombrices)	Prevenir deshidratación mientras hay diarrea. Preparar receta de Suero Casero de Plantas (Ver Anexo 2) Y Si hay dolor tratar vía oral con hierbas de **efecto antiespasmódico**: Manzanilla, Pericón ó Hierbabuena 3 ramitas de cualquiera de ellas apagadas en un vaso de agua. **Desparasitación** vía **oral con hierbas de efecto vermífugos**: **Apazote**: Apagar (Ver Anexo 1, sobre forma de preparación) 3 ramitas por vaso de agua; tomar 1 vaso en ayunas , 1 sola vez por día, durante 3 días. **En embarazadas**: Ajo vía oral. Cocer por 10 minutos 3 dientes bien pelados y picados, más una pizca de sal en 1 vaso de agua. Tomar un vaso 3 veces al día antes de comidas, por 3 días.	**Mebendazol** Oral 100 mg. 2 veces al día por 3 días (Para atacar varias clases de parásitos) Ó **Albendazol** Oral 400mg Dosis única. Si se sospecha con cierta seguridad de que se trata de oxiuriasis repetir dicha dosis única en 2 semanas.	Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados– crudos. ▪ Por el clima (Frío; aparece al inicio de la lluvia) Mantener la alimentación (Tomar en cuenta el equilibrio frío- caliente ver anexo 3). Incrementar todas las medidas de higiene. De preferencia desparasitar a grupos de niños en luna tierna. Y reforzar la práctica del uso del apazote al cocinar como al agregar a los frijoles y algunos recados, etc.	Cita en 5 días. Si el enfermo pertenece a una familia que se sospeche de parasitismo en varios de ellos, se recomienda evaluar la desparasitación para toda la familia.

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES

Diarrea: Deposiciones más líquidas y frecuentes de lo normal (por lo general más de 3 deposiciones líquidas o blandas en un día)

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** Referencia: Centro asistencial, agente tradicional de salud, etc.		**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		Otras medidas de seguimiento.
Sigue... **LUEGO EVALUAR Y TRATAR OTROS PROBLEMAS** Tiene más de 14 días con diarrea?__ Pueden referir algunos alimentos que le producen mala digestión o diarrea.	Rara vez hay señas de deshidratación.	**Diarrea persistente** **A09.X3** (A06.1 Amebiasis intestinal crónica)	El manejo de elección es de administrar el Suero Casero de Plantas (Ver Anexo 2) Si luego de administrar el anterior tratamiento general de diarreas por 3 días y el paciente no ha mejorado ni empeorado. Evaluar el tratamiento para parásitos intestinales. Sino responde a ello realizar examen de heces en busca de amebas o giardia. Si el examen de heces es positivo a amebas tratar como tal; si el examen es positivo a Giardia ver en la siguiente hoja. NOTA: En todo caso de diarrea de más de 14 días administrar el suplemento de multivitaminas (Ver siguiente columna)	**De 5 a menores de 10 años**: Dar una perla de vitamina A de 200,000 UI. **Adolescente-adulto**: Suplemento de multivitaminas y minerales (Dosis suficiente de ácido fólico, vitamina A, hierro, cobre y magnesio) diario por 2 semanas. ES LA UNICA DIARREA EN QUE SE INDICA.	Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados–crudos. ▪ Por el clima (Frío, y la lluvia) Mantener la alimentación para prevenir la desnutrición (Tomar en cuenta el equilibrio frío caliente, Ver Anexo 3). Incrementar todas las medidas de higiene en el hogar e individuales.	Cita en 5 días. Realizar vigilancia epidemiológica de diarreas.

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES

Diarrea: Deposiciones más líquidas y frecuentes de lo normal (por lo general más de 3 deposiciones líquidas o blandas en un día)

PASO 1		PASO 2	PASO 3		PASO 4	PASO 5
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** Referencia: Centro asistencial, agente tradicional de salud, etc.		**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita ó visita domiciliaria
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		Otras medidas de seguimiento.
Tiene más de 14 días con diarrea?__ **Pueden referir alimentos que le producen mala digestión o diarrea.**	Se identifican quistes o trofozoítos de Giardia lamblia en heces, o aspirado duodenal.	**Giardiasis** **A07.1**		**Metronidazol** Oral 250 mg. tres veces al día, por 5 días. Ó **Tinidazol** Oral en una sola dosis. **Niños**: 50-60 mg./Kg., **Adultos**: 2 g. Tomarlo de preferencia después de las comidas. Si es una diarrea persistente: **De 5 a menores de 10 años**: Dar una perla de vitamina A de 200,000 UI. **Adolescente-adulto**: Suplemento de **multivitaminas y minerales** (Ácido fólico, vitamina A, hierro, cobre y magnesio) diario por 2 semanas.	Tomar en cuenta el autodiagnóstico: ▪ Falta de higiene individual y en la preparación de alimentos. ▪ Por los alimentos: El exceso, el consumo de ciertos alimentos fríos. Alimentos en mal estado o no bien preparados–crudos. ▪ Por el clima (Frío, y la lluvia) Mantener la alimentación (Tomar en cuenta el equilibrio frío caliente, Ver Anexo 3). Incrementar todas las medidas de higiene en el hogar e individuales.	Cita en 5 días

GRUPO 3: ENFERMEDADES DIGESTIVAS MAS COMUNES						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje** Intercambio educacional o consejería	**Dé seguimiento** Cita
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Hay dolores o ardores epigástricos (Boca del estomago)?_____ Más o menos coincidiendo con las comidas? _____ Hay regurgitaciones ácidas, nauseas, estreñimiento? ____ Parece ligada a situaciones de estrés o nerviosismo, y al consumo de sustancias irritantes (Café, tabaco, alcohol, chile, algunos medicamentos, etc.) Hace cuanto tiempo inicio su enfermedad?_____		**Enfermedad péptica (Gastritis)** **K29.7**	Hierbas con **efecto antiinflamatorio y cicatrizante**: Llantén y Banano verde. 6 hojas de Llantén bien picadas dejar reposar toda la noche en 2 vasos de agua, por la mañana, colar la preparación y agregar 2 vasos de agua con 2 cucharadas de Banano verde raspado. Tomar 1 vaso de la mezcla fría antes de cada comida. El tiempo de tratamiento será proporcional al transcurrido desde el inicio de los síntomas (1 mes de tratamiento por año de enfermedad) **Otras plantas** para combinar con llantén: 1. Liga de la sábila (1 cucharada) 2. 1 papa cruda, reposar junto con llantén **Después de comidas** tomar un vaso de plantas **Antiespasmódicas**: Manzanilla, Pericón o hierbabuena. Tibio sin azúcar.	**Hidróxido de Aluminio con o sin magnesio**: Suspensión de 320 mg./5 ml. Dar una cucharadita (5 ml.) después de las comidas y durante el ataque de dolor.	Antes de recetar un antiácido (ó natural) recomendar las medidas higiénico dietéticas siguientes: Tomar en cuenta autodiagnóstico en general puede ir relacionado a situaciones de estrés, enojo, tristeza, etc. Por lo que hay que evitar. Oriente sobre evitar alimentos o situaciones irritantes: Café, licor, cigarrillos, chile, aguas gaseosas, mucha grasa, etc. Procurar comer más frecuente, repartiendo la comida en 5 ó 6 tiempos al día (pero no en cantidad), o comer "a las horas". Es importante evitar los ayunos mientras está en tratamiento.	Cita en 2 semanas. Evaluar la referencia a agente tradicional de salud para tratar al enfermo de susto si fuere el caso.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER

Atención de la mujer mayor de 10 años (adolescente y adulta). **Mujeres en Edad Fértil: 10 a 49 años, y mujeres de 50 a 59 años.**

CONTENIDOS EN ESTE GRUPO DE GUIAS:

Irregularidad menstrual (Incluye amenorrea, metrorragia).
Amenorrea: Ausencia anormal o retraso de flujo menstrual de más de 15 días de lo habitual en la mujer atendida.
Metrorragia: Menstruación excesiva con ciclo irregular.
Dismenorrea: Dolor que acompaña a la menstruación; así como otras molestias comunes: los pechos más duros, tristeza, cambio de humor, dolor de cabeza. El dolor puede ir con mareos, ganas de vomitar, diarrea.
Climaterio: Período de la vida que precede y sigue al cese de la actividad sexual.
Menopausia. f. Cesación natural y definitiva de la menstruación en la mujer. // Época en que esta se produce.
Síndrome de flujo vaginal (leucorreas). **Leucorrea**: Flujo (blanquecino, o de otras características) en las vías genitales de la mujer.
Infección urinaria no especifica.
Cistocele: Caída de la vejiga de la orina.
Prolapso uterino: Caída de el útero o matriz.
Pesquisa cáncer uterino y de mama: Búsqueda de cáncer uterino o de los pechos de la mujer.
Problemas osteo-musculares: Dolor en articulaciones (gonces), espalda, cintura, hombros, brazos, etc. Que pueden estar acompañados de hinchazón, calor local, o limitación de movimiento.
Cefalea: Dolor de cabeza. (De diversos origen emocional, nerviosismo, tensión nerviosa; anemia)

AUTODIAGNÓSTICOS: Más frecuentemente mencionados en relación a los problemas más comunes de la mujer.

- Los alimentos: El consumo de ciertos alimentos especialmente aquellos fríos; grasos; no comer lo suficiente o "a la hora"; relacionados con suciedad o sucios.
- Estados emocionales: Tristeza, preocupación, pensar mucho, problemas familiares, por coraje, enojo, "bilis", nerviosismo.
- Por susto, asustarse.
- Debilidad; disminución de sangre.
- Desequilibrio frío caliente: Por el clima (Frío, lluvia, viento, sol, y calor) o cuando se produce un cambio brusco; se puede relacionar con polvo, lodo, humo. El desequilibrio frío caliente es un componente transversal porque es un autodiagnóstico presente en varios daños a la salud.
- Aire o calambre.
- Relacionado con el parto, aborto, tener hijos o muy seguidos.
- Físicos: Cargas pesadas, mucho trabajo; criar o cargar a los niños o hijos.

RECUERDA VER SEÑAS (SIGNOS) VITALES DE PELIGRO: Siendo el primer momento de la atención de la mujer mayor de 10 años (adolescente, adulta joven y adulta).

GRUPO 4: ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
RETRASO MENSTRUAL: De 15 días de retraso de la fecha que se esperaba la menstruación a menos de 3 ciclos menstruales seguidos. Estos serán los casos que tratarán los ASC en las CSC. **AMENORREA**: Más de 3 ciclos menstruales ausentes, o la ausencia de menstruación en adolescentes mayores de 14 años referir a EAPAS PIAS. Realice prueba verbal de embarazo: Si positivo, utilice Ficha personal PRE y POST NATAL. Si negativo, pregunte además de FUR y edad, el número de embarazos, año último embarazo, abortos, fecha último papanicolau.	Realice prueba de embarazo en orina. (Consulte al EAPAS PIAS)	**Retraso menstrual** **Retmens** **Amenorrea** **N91.0**	**No está embarazada**. CON HISTORIA DE IRREGULARIDAD: Preparar como infusión (ramitas) o cocimiento (raíz) de por lo menos 2 de las siguientes plantas medicinales por taza de agua: Albahaca (7 hojas) Altamisa (3 ramitas) Apazote (1 ramita) Mirto (3 ramitas) Orégano (1 hoja - si es grande - o 2 ramitas) Salvia sija (2 ramitas) Tomar una taza tres veces al día por 9 días. NO HAY ANTECEDENTE DE IRREGULARIDAD PREVIA. Preparar por lo menos 2 de las siguientes plantas medicinales por taza de agua, en forma de: **Infusión**: Ajenjo (1 ramita) Hierbabuena (3 ramitas), **ó** **Cocimiento**: Aguacate (3 hojas) Ruda (2 ramitas) Tomar 1 taza en ayunas y otra taza al acostarse, por 9 días.	Es evaluado por los compañeros EAPAS PIAS.	Se recomienda combinar con el baño de las plantas medicinales ruda, salvia santa o albahaca en el temascal, tuj o chuj durante el tratamiento	Cita en 15 días. Si no hay mejoría referir al EAPAS o CR, para evaluación de tratamiento de seguimiento, y todo caso de AMENORREA.

Nota: Promoveremos la utilización de calendarios de bolsillo o en un papel donde las mujeres puedan anotar la fecha de el primer día de la menstruación, regla o costumbre; cada año.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Recuerda la edad de la enferma, y pregunta la historia Ginecológica-obstétrica general: Fecha de última regla (FUR): Número de embarazos: Año del último embarazo: Abortos: Fecha de último papanicolao. Días de duración y cantidad de hemorragia, que es mayor de lo normal de la mujer. Debilidad ó decaída. Perdida de peso.	Presencia de palidez palmar, uñas, lengua, conjuntiva. Hemorragia vaginal. Recuerda evaluar estado de hidratación.	**Metrorragia** **N92.1** Nota: Recuerda anotar la IC de anemia si se encuentra en el paso 1.	El ASC puede consultar con el EAPAS, y dar indicaciones para preparar: Infusión por taza de agua: **Bolsa de pastor** (1 cucharada de la planta entera echa pedacitos) **Manzanilla** (4 ramitas y flores) Cocimiento por taza: **Apio** (1 dedo de raíz echo pedacitos, o 3 tallos ó 3 ramitas con sus hojas), **Cardo Santo** (1 hoja) **Limón** (Cortar en rodajas 1 fruto) Tomar 3 tazas al día (1 taza en ayunas y las otras dos después de las comidas): Si la enferma tiene menstruación excesiva tomar por 3 días. Repetir por 3 ciclos (o meses). Tomando por 5 días de preferencia antes de la fecha que venga la menstruación, se deja de tomar al venir o bajar la misma.	Sulfato ferroso, 1 tableta de 300 mg., semanal. Ácido Fólico, 1 tableta de 5 mg., semanal. Referir a Centro de Referencia con Médico-a para evaluación (Y realizar papanicolao); o referencia a hospital, si la hemorragia es excesiva (Mancha varios cortes ó necesita cambiarse más toallitas de tela o desechables por día que lo normal). Nota: Si hay signos de deshidratación indica Sobres de Rehidratación Oral, según sea el caso.	Entrar al temascal bañándose con plantas medicinales como Salvia Santa cada 3 días durante el tratamiento. Orientar sobre alimentación especialmente aquellos que sean ricos en hierro como las hierbas (Orienta sobre aquellos alimentos que no sean fríos. Ver anexo 3) Si hay hemorragia orienta sobre estado de prevención de la deshidratación.	Cita en 15 días. Sino viene a la cita realizar visita domiciliar No olvides dar seguimiento o continuar el suplemento con hierro y ácido fólico.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Por dolor de mes, puede estar acompañado con uno o más síntomas: Los pechos más duros, tristeza, cambio de humor, dolor de cabeza, mareos, nausea y a veces diarrea. Y que no exista una enfermedad que produzca o incremente el dolor. Recuerda y relaciona la edad con la historia Obstétrica y Ginecológica general: Fecha de última regla (FUR): Número de embarazos: Año del último embarazo: Abortos: Fecha del último papanicolao.		**Dismenorrea** **N94.6**	Preparar como infusión (ramitas) o cocimiento (raíz) de las siguientes plantas medicinales por taza de agua: **Antiespasmódico**: **Pericón** (3 ramitas), **Manzanilla** (3 ramitas) **Emenagogo**: **Altamisa** (3 ramitas) **Alcotán** (3 rajitas delgadas de la raíz) **Apazote** (2 - 3 ramitas) Tomar 3 tazas al día por 7 días antes de la fecha que se espera venga la menstruación o al iniciar los primeros dolores y molestias.	Ibuprofen 400mg. cada 8 horas por dolor, máximo 3 días. Puede ser utilizado por 3 ciclos seguidos.	Enfermedad fría por la que hay que cuidar el equilibrio frío o caliente del cuerpo, por ejemplo no hay que bañarse con agua fría durante esos días. Por lo anterior buscar que los alimentos en los días de la menstruación no sean fríos. Ver anexo 3. No excederse en el trabajo ó cargas pesadas. Por la noche ponerse lienzos calientes en la cintura y bajo vientre.	Cita en 2 meses. Si persiste a pesar de revisarse que las indicaciones se hallan cumplido, referir a EAPAS o CR.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Edad: (Mayor de 45 años) Fecha de última regla (FUR): Presencia de: ➢ Calores o bochornos, ➢ Resequedad vaginal. ➢ Cambio de carácter o temperamento. ➢ Fracturas espontáneas. Puede haber sangrado uterino excesivo, o Prolapso uterino (Salida de la matriz por sus partes de la mujer)		**Estados menopáusicos y climaterio.** **N95.1**	Preparar como infusión (ramitas con flor y hojas) o cocimiento (raíz, semillas) de por lo menos 1 de cada planta medicinal calmante y 1 apoyo cambios hormonales, siguientes por taza de agua: **Apoyo en cambios hormonales**: **Fenogreco** (1 cucharadita semillas), **Salvia sija** (3 ramitas). * **Calmantes**: **Anís** (1 cucharadita de semillas), **Bretónica** (3 hojas), **Valeriana** (1 dedo raíz, hecho pedacitos), **Manzanilla** (1 cucharadita flores), **Romero** (2 ramitas), **Ruda** (1 ramita), **Té de limón** (3-4 hojas), **Verbena** (3 ramitas). Tomar 3 tazas al día hasta tener alivio de los nervios, ó 21 días. Descansar 1 semana y repetir otros 21 días.	Referir a Centro de Referencia con Médico-a para evaluación, iniciar tratamiento, o referencia a hospital.	Recomendar ejercicios como caminar 2 a 3 veces por semana, por 30 minutos. Alimentos sanos y especialmente ricos en calcio como pescaditos (Quiché: Sa'y, Ch'u; Mam: Catz), o camarón, etc. * Hacer la observación de que Salvia sija es una planta caliente, evaluar si se receta en casos de gastritis o enfermedad péptica.	Cita en un mes. Sino hay mejoría evidente referir a CR o EAPAS PIAS.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Tradicional	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Si al orinar: 1. Hay ardor o dolor antes o durante el orinar, 2. Cómo es el color, 3. La orina tiene un olor fuerte. Hay fiebre o escalofríos?	Al realizar puño-percusión: positivo. Si tiene una alta sospecha y dispone de tira reactiva, realizar (Con autorización de el-la EAPAS)	**Infección urinaria (no específica)** **M39.0**	Preparar como infusión (ramitas) o cocimiento (raíz) de por lo menos 1 planta medicinal antiséptica urinaria y 1 diurética, siguientes por vaso de agua: **Antiséptica**: **Tamarindo** (3-4 frutos, crudo previo remojo), se toma como fresco. **Zarzaparrilla** (1 dedo raíz hecha pedacitos), **Caña real** (3 hojas), **Palo jiote** (3 pedacitos corteza), **Culantrillo del pozo** (3-4 ramitas), **Hierba del cáncer** (3 ramitas). **Diurética, antiinflamatoria**: **Rosa de jamaica** (9 flores), se toma como fresco. **Cola de caballo** (3-4 ramitas), **Malva** (3 ramitas). Otros: Cebada, pelo de maíz, calaguala, jilipliegue. Tomar 3 vasos al día como agua del tiempo, por 9 días.	Indicar según edad, p. ejemplo: **Adulta: Trimetropin-sulfametoxazole**: 1 tableta de 960 mg. cada 12 horas por 8 días. Nota: Si hay embarazo dar Amoxicilina 1 tab. 500 mg. cada 8 horas por 8 días.	Evitar alimentos calientes (Equilibrio frío caliente en Anexo 3) o irritantes como café, chile, aguas gaseosas y exceso de grasas. Tomar 4 a 6 vasos de agua pura (hervida y enfriada) por día, la cantidad depende del clima donde se encuentre la persona. Orientar sobre la medida correcta (dirección, etc.) de la limpieza del área femenina. * Observación: El Tamarindo es una planta irritante, evaluar si se receta en casos de gastritis o enfermedad péptica.	Cita en 8 días.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Tradicional	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Por problema para contener la orina (Incontinencia urinaria), diferenciando entre incontinencia urinaria y flujo. (Tomar en cuenta el motivo de la consulta) Dolor en el vientre del estomago. Por si siente "algo" que le sale o está en su parte vaginal.	Si la paciente lo permite: Al examen de las partes de la mujer, para observación se mira una masa saliendo por la vagina.	**Cistocele N81.1** **Prolapso útero vaginal N81.4**	Siempre refiere a consulta con el EAPAS, e indica: Preparar como cocimiento (hojas, ramitas, semillas) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales de cada propiedad, por cada litro de agua (la cantidad de litros necesarios para hacer un baño de asiento): **Emolientes**: **Ricino** (3-4 hojas), **Linaza** (4 cucharaditas semillas), **Cebada** (4 cucharaditas semillas), **Llantén** (12 hojas). **Astringente**: **Albahaca** (12 ramitas), **Antiinflamatoria**: **Rosa silvestre** (Los pétalos de 3 rosas) de preferencia blanca. Baño de asiento diario por 9 días. Y tomar 1 copita del cocimiento de albahaca o llantén.	Referir a Centro de Referencia con Médico-a para evaluación, iniciar tratamiento, o referencia a hospital.	Entrar al temascal cada tercer día del tratamiento, con baños del cocimiento de albahaca y llantén (Otra a usar: Santa Maria – hojas) Durante el baño de temascal la misma enferma puede empujar suavemente con sus propios dedos para arriba el órgano prolapsado. Se puede indicar el fajado de bajo vientre. Orientar sobre ejercicios al orinar. Si hay en la región o comunidad una curandera de caída de matriz, esta es una enfermedad que se refiere pronto para un éxito en el tratamiento.	Cita en 15 días, haciendo coincidir con un examen de la mujer que haga el EAPAS, y a la par realizar el papanicolao. Evaluar conjuntamente con el EAPAS la referencia a la comadrona que trate caída de matriz.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Cómo es el flujo: Color, Olor. Hay dolor o ardor. Si la enferma tiene pareja (para considerar tratamiento) Recuerda hacer Prueba Verbal de Embarazo		**Síndrome de flujo vaginal.** **N89.8** (Enfermedades de Transmisión Sexual) Nota: En caso de embarazo referir a Centro de Referencia con el-la EAPAS PIAS.	Preparar por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales como cocimiento <u>por litro de agua</u>, según el flujo de que se trate; **Flujo verde o amarillo**: **Achiote** (2 hojas y 1 dedo de corteza), **Guayaba** (3 hojas y la cáscara de 1 fruto picado), **Limón** (1 taza -200 ml.- del jugo), **Nance** (1 dedo corteza y 5 flores), **Manzanilla** (12 ramitas). **Flujo blanco con mal olor, ardor y comezón**: **Vinagre** (2 cucharadas), **Hierbamora** (12 ramitas), **Nance** (1 dedo corteza y 5 flores), **Guayaba** (3 hojas y la cáscara de 1 fruto picado),puede ser usada como lavado por la pareja si tiene ardor y picazón en sus partes de él. **Limón** (1 taza del jugo), **Palo jiote** (1 puño descascarado de la corteza y 6 hojas). Usar el cocimiento enfriado y colado, como lavado, ducha o último desagüe de las partes de la mujer durante el baño diario por 7 días seguidos.	**Cervicitis**: Flujo verde o amarillo. Ciprofloxacina* 1 tableta dosis única, más Doxiciclina* 1 tableta de 100 mg. cada 12 horas, oral por 7 días. (No olvides el tratamiento a la pareja de la enferma) **Vaginitis**: Flujo blanco con mal olor, ardor y comezón. Metronidazol (2 gr.), 4 tab. de 500 mg. oral dosis única, más Clotrimazol 1 óvulo vaginal de 500 mg. dosis única *: En caso de embarazo referir a Centro de Referencia con EAPAS PIAS.	Orientar sobre higiene personal de las partes femeninas.	Cita en 15 días.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Sangrado vaginal anormal. Sangrado al tener relaciones sexuales. Flujo de color café, parece agua de sangre con mal olor. Perdida de peso.	Bajo peso, delgada.	**Búsqueda de Cáncer uterino**	Referir para papanicolao en Centro de Referencia con EAPAS PIAS. **Apoyo** a nuestras pacientes: Preparar como cocimiento por lo menos 2 plantas medicinales de las siguientes por taza de agua: **Zarzaparrilla** (1 dedo raíz hecha pedacitos), **Albahaca** (3 ramitas), **Uña de gato** (3 ramitas). Tomar 1 taza 3 veces al día por 1 mes.	Referir para papanicolao en Centro de Referencia con EAPAS.	Recomendar buscar apoyo o actividades que ayudaran a fortalecerse espiritualmente: Como asistir a actividades de su iglesia según su inclinación religiosa o espiritual, etc.	Dar seguimiento a resultado de papanicolao. Apoyo coordinado con el PFAS.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural**		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Bolitas o masas en los pechos. Dolor en los pechos a la palpación. Perdida de peso.	Masas o nódulos en los pechos.	**Búsqueda de Cáncer de mama.**	Referir a Centro de Referencia con EAPAS PIAS. **Apoyo** a nuestras pacientes: Preparar como cocimiento por lo menos 2 plantas medicinales de las siguientes por taza de agua: **Zarzaparrilla** (1 dedo raíz hecha pedacitos), **Albahaca** (3 ramitas), **Uña de gato** (3 ramitas). Tomar 1 taza 3 veces al día por 1 mes.	Referir a Centro de Referencia con EAPAS PIAS.	Es importante orientar y enseñar a las mujeres a como realizar el autoexamen de los pechos. Recomendar la búsqueda de apoyo o actividades que ayudaran a fortalecerse espiritualmente: Como asistir a actividades de su iglesia según su inclinación religiosa o espiritual, etc.	Apoyo coordinado con el PFAS.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica** **CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Dolor de cabeza sin causa relacionada. Puede haber en el motivo de consulta o antecedente de una situación de tensión emocional personal, familiar o comunitaria.	Nota: Puede haber o no presión arterial elevada.	**Cefalea** **R51**	Preparar como infusión (flores ramitas) o cocimiento (raíz machacada) 2 de las siguientes plantas medicinales por taza de agua: **Chipilin** (3 ramitas sin semillas), **Granadilla** (3 flores y 3 hojas), **Manzanilla** (3 ramitas con flores), **Naranja** (1 dedo de pedacito de corteza) **Romero** (3 ramitas), **Ruda** (1 ramita), **Té de Limón** (2 hojas), **Tilo** (3 ramitas con flores), ó **Valeriana** (1 dedo pedacito raíz). Tomar 3 tazas al día, hasta calmar el nerviosismo o tensión emocional. El ASC puede hacer presión con el dedo pulgar y/o índice de su mano sobre los puntos de DIGITOPRESION en la paciente: Ver gráfico 1 **P-7**: 1.5 c. p. sobre el carpo, en la parte del radio, **PC-6**: 2 c. p. sobre el carpo, entre los tendones del músculo palmaris longus y músculo flexor carpi radialis, **T-21**: Junto al borde exterior de las cejas en la orbita. **VF -14**: 1 c. p. sobre el entrecejo.	Acetaminofen 500mg. Cada 6 horas por dolor.	Recomendar actividades que ayudaran a relajarse y la fortalecerán física como espiritualmente: 1) Caminar 2 a 3 veces por semana, por 30 minutos. 2) Asistir a actividades de su iglesia (Según sea su religión), etc. El ASC puede enseñar a hacer presión sobre los puntos de Digitopresión de paso 3.	Cita en 15 días. Si persiste la cefalea refiera a el EAPAS PIAS (para investigar otro problema como visual o si se tiene elevada la P/A, etc.) ó existe una causa de tensión emocional evaluar la referencia al EAPAS PFAS ó hacia un apoyo o guía espiritual de acuerdo a sus creencias religiosas, etc.

GRUPO 4: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA MUJER						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Puede haber el antecedente de cargas o trabajos pesados. Es importante siempre buscar problemas urinarios, otros.	Tensión de musculatura de la región adolorida: espalda, cintura y brazos, etc. Puede haber hinchazón. En alta sospecha de infección urinaria consultar con el EAPAS PIAS la utilización de la tira reactiva.	Dolores Osteomusculares **Escribe solo una IC:** **Lumbago M54.5** **Mialgia M79.1** **Artritis no especificada M13.9**	Preparar como machacado 1 de las siguientes plantas medicinales con efecto **Rubefaciente**: **Achiote** (3 ramitas), **Albahaca** (9 ramas fresca), **Cola de caballo** (9 ramitas como cocimiento para lienzos), **Jengibre** (2 dedos de raíz fresca), **Romero** (6 ramas) **Emoliente**: **Ricino** (5 hojas previo lavado con agua caliente) **Tabaco** (4 hojas), **Té de limón** (9 hojas). El jugo usar para frotar. Frotar o colocar en trapos limpios sobre la parte adolorida 3 veces al día. De preferencia entrar al temascal utilizando como el eucalipto, el Romero o Santa Maria para hacer el baño; y hacer un frote con una de las plantas rubefacientes al salir del temascal.	Ibuprofen 400mg. Cada 8 horas por 3 días.	Bañarse entrando al temascal. Recuerda y relaciona el autodiagnóstico que puede ser aire o calambre, cargas pesadas, etc. Tomar 4 a 6 vasos de agua pura (hervida y enfriada) por día, la cantidad depende del clima donde se encuentre la persona.	Cita en 15 días. Según la mejoría o el autodiagnóstico es aire evaluar la referencia al terapeuta tradicional sobador- a.

GRUPO 5: PROBLEMAS MAS COMUNES DE LA PIEL Y MUCOSAS (OJOS, BOCA)

CONTENIDOS EN ESTE GRUPO DE GUIAS:

Sarcoptiosis: O llamada también como escabiosis o sarna; es la infestación de la piel por el parásito Sarcopteis scabie más parecido a un pequeño insecto (parecido a la pulga).
Impétigo costroso: Infección de la piel por bacterias (el más común el del tipo del estreptococo).
Micosis: Hongos en la piel.
Alergia: Estado de una persona provocado por una sustancia, a la que es muy sensible, que causa en la persona diferentes trastornos como picazón y ronchas, eccemas, etc. (En este caso se mencionan los producidos en la piel).
Dermatitis por contacto (Por el pañal , por el sol).
Conjuntivitis: Inflamación de la mucosa conjuntival de los ojos, con o sin infección.
Ojo rojo: Inflamación de la conjuntiva del ojo de causa diversa como irritación por contacto físico o reacción alérgica a sustancias de diversas.
Herpes simple: Enfermedad viral con manifestación muco cutánea en la boca.

AUTODIAGNÓSTICOS: Más frecuentemente mencionados en relación a los problemas más comunes de la piel de todas las edades.

- Los alimentos: El consumo de aceite.
- Desequilibrio frío caliente: Por el clima (Frío, lluvia, sol, y calor) la humedad, o cuando se produce un cambio brusco.
- Daño físico ocasionado por: El sol, el polvo, el humo, el lodo, por usar zapatos,
- Por contagio, por lavar ropa en cualquier parte como lavadero público, visitar a familiares varias noches, ó contagio de un familiar.
- Por alergia, usar ciertas ropas como de lana, por usar aretes, por tomar algunas medicinas.
- Por piquete de mosquito o zancudo.
- Por falta de sangre o sangre mala.
- Por suciedad, por no bañar a diario. O usar agua sucia.
- Por hongos o mazamorras.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL.						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Tradicional	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Por prurito o picazón (Tiene una hora que da más fuerte por lo general es en las noches), Donde se localizan: Aparecieron primero en los pliegues y luego en todo el cuerpo. Por ronchas pequeñas. Puede haber granos infectados. Lo tiene alguien más en la familia.	Ronchas y costras pequeñas en el cuerpo. Puede haber granos infectados.	**Sarcoptiosis** **B86.**	Preparar el cocimiento (hojas, ramitas, semillas) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada 2 litros de agua para hacer un baño. Dobla la cantidad según sea necesario por el tamaño del enfermo: **Frijolillo** (4 cogollos de hojas), **Jaboncillo** (12 cogollos y flores) **Nance** (4 dedos de corteza o 12 racimitos de flores) **Palo de jiote** (8 dedos de corteza picada), **Hierbamora** (20 ramitas con hojas y semillas) Baño diario por 5 días.	Si hay granos infectados, lavar bien con agua y jabón y aplicar Povidona yodada por 2 a 3 días.* Luego aplicar: Benzoato de bencilo, loción de uso exclusivo en piel: En todo el cuerpo desde el cuello hasta brazos, y pies. Repetir la aplicación para completar 3 días. Bañarse a la mañana siguiente. Repetir en 1 semana. Si hay alguien más en la familia con la misma enfermedad hay que tratarlo. * Nota: Puede indicarse en vez de Povidona la Violeta genciana.	Asolear la ropa de cama durante 5 días seguidos; y de preferencia lavar la ropa de cama al tercer día de cada tratamiento (Puede usarse los frutos del jaboncillo). Durante el tratamiento preferible mantener cortas las uñas de las manos para evitar el rascado. Debe haber aseo personal y cambiarse la ropa.	Cita en 15 días.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL.						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tiempo de duración de los granos o llagas. Ha habido fiebre o calentura. Da principalmente a los niños, alrededor de la boca, nariz, orejas, etc.	Granos o llagas con costras vidriosas o amarillentas. Puede haber fiebre o fríos en los niños.	**Impétigo costroso** **L01.**	Preparar el cocimiento de por lo menos 3 de las siguientes plantas medicinales por cada 2 litros de agua para hacer un baño. Dobla la cantidad según sea necesario por el tamaño del enfermo: **Antiséptico o antimicrobiano**: **Apazin** (12 ramitas), **Apazote** (12 ramitas) echar unos granitos de sal, **Flor de muerto** (16 ramitas), **Guayaba** (8 dedos corteza -u hojas) echar unos granitos de sal, **Hierba del cáncer** (20 ramitas); **Tomillo** (16 ramitas) * **Pericón** (20 ramitas) * **Astringente**: **Albahaca** (20 - 24 ramitas), **Llantén** (20 hojas). **Anti-inflamatorio**: **Escobillo** (16 ramitas), **Manzanilla** (20 ramitas) * Baño diario por 5 días, de preferencia sumergiendo el cuerpo del enfermo. (*): Puede usarse juntamente como machacado en frotes.	Lavar bien con agua y jabón hasta que no haya pus, luego aplicar Povidona yodada* por 3 días. Sino mejora o hay fiebre dar: **Antibiótico con dosis acorde a edad**: por ejemplo en adolescente-adulto **Eritromicina** 1 tab. de 500 mg. c/6hr. Por 7 días. Ó **Trimetropim+sulfametoxazole**: 1 tab. 960 mg. oral cada 12 hrs. por 7 días. (En embarazadas dar Amoxicilina). El ASC en la CSC puede curar (haciendo limpieza) con Povidona yodada. * Nota: Puede indicarse en vez de Povidona la Violeta genciana.	Que se corte las uñas el enfermo-a. Es muy contagioso especialmente en condiciones de poca higiene. Es importante mejorar la limpieza personal.	Cita en 10 días.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL.						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Da mucha picazón. Tiempo de duración de la enfermedad.	Manchas en forma de rueda en la piel (especialmente cara y cuello de niños-as), tienen las orillas rojas y escamas blancas en el centro. Otros lugares en donde se encuentran entre los dedos de los pies y manos, y en el pliegue de la pierna, las uñas y la cabeza. Cuando están en los pliegues de la piel, pueden ser manchas rojas, muy colorada, con "cuajada" blanca.	**Micosis** **B49**	Preparar el cocimiento (Excepto el ajo) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada 2 litros de agua para hacer un baño ó lavado del área enferma por 20 minutos. La cantidad del cocimiento depende el tamaño del enfermo: **Antimicóticos**: **Ajo** (Machacar 10 dientes y exprimir con un trapo limpio obteniendo el jugo), **Apazin** (12 ramitas), **Guayaba** (25 hojas), **Palo de jiote** (8 dedos de corteza picada), **Hierbamora** (20 ramitas con hojas y semillas). Y hacer en frotes. **Nance** (4 dedos de corteza o 12 racimitos de flores). Nota: Recuerda que el Ajo, el Apacin y el Nance además tienen propiedades antisépticas o desinfectantes. **Achiote** (en polvo como talco para los pies después del baño) Si la enfermedad es de muchos meses tratar con depurativo de la sangre como **Lengua de vaca** (1 dedo raíz/taza), **Zarzaparrilla** (1 dedo camote/taza) 3 tazas al día, 1 mes de tratamiento por año de enfermedad.	Clotrimazol en crema para la piel. Aplicar en la parte enferma 3 veces al día por 3 semanas.	Orientar sobre que debe evitar la humedad en su ropa o zapatos, etc.	Cita en 3 semanas. Si no hay mejoría ó es una enfermedad de muchos meses refiere al EAPAS para que evalué el tratamiento a seguir.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL.						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Da picazón. Este síntoma puede ir solo, y en ese caso se tiene que preguntar adecuadamente para verificar que no exista otra causa relacionada. Ronchas enrojecidas que pueden provocar hinchazón y aparecer o desaparecer de repente. Puede tener un antecedente de algún alimento, ropa, etc., que puede provocar la enfermedad.	Ronchas por lo general en todo el cuerpo. Puede haber señas de rascado.	**Alergia** **T78.4**	Preparar el cocimiento (hojas, ramitas, semillas) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada 2 litros de agua para hacer un baño. La cantidad del cocimiento depende del tamaño o edad del enfermo: **Achiote** (16 hojas o 6 dedos de corteza), **Frijolillo** (4 cogollos de hojas), **Hierba del cáncer** (20 ramitas), **Mosh** (avena molida 1 puño), **Rosa jamaica** (3 a 4 onzas de la corola de la flor, molidas hechas una masa, usar como frote), **Salvia santa** (2 cogollos). Realizar los lavados o baños 2 a 3 veces por día por 5 días. Si la enfermedad es de muchos meses tratar con depurativo de la sangre como **Lengua de vaca**, **Zarzaparrilla** 3 tazas al día, 1 mes de tratamiento por año de enfermedad.	**Clorfeniramina** 1 tab. de 4 mg. oral cada 6 a 8 horas, por 5 días.	Si se ve una relación con un alimento, ropa, animal, etc. que da las ronchas es importante orientar para evitarlo. Esto es ayudar a buscar la causa de la reacción alérgica.	Cita en 15 días.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural y Alternativa	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Tiempo de duración. En niños de brazos: El enfermo puede estar muy molesto o irritado. En adultos: Antecedente de exposición a el sol. Pregunta por el antecedente de exposición o uso no adecuado a insecticidas u otros químicos utilizados en el campo.	Piel roja, irritada como si se hubiera quemado, entre las piernas y la zona que cubre el pañal; y puede haber en pliegues del cuello, axilas. Puede haber salida de líquido. Puede haber ardor o dolor.	**Dermatitis por contacto** **L30.9**	Preparar el cocimiento de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada 2 litros de agua para hacer un baño. La cantidad del cocimiento dependerá de la edad o tamaño del enfermo: **Antialérgico**: **Achiote** (16 hojas o 6 dedos de corteza), **Apazin** (12 ramitas), **Escobillo** (16 ramitas), **Hierba del cáncer** (20 ramitas –o puede usarse la hierba entera), **Antiinflamatorio**: **Malva** (20 ramitas), **Manzanilla** (20 ramitas), **Mosh** (1 puño del cereal). Realizar los lavados o baños 2 a 3 veces por día por 5 a 7 días. Si la enfermedad es de muchos meses tratar con depurativo de la sangre como **Lengua de vaca**, **Zarzaparrilla** 3 tazas al día, 1 mes de tratamiento por año de enfermedad.	Si la piel está seca aplicar **Oxido de Zinc** (Pasta Lassar) 3 a 4 veces al día. Si la piel está húmeda aplicar Maicena (polvo) 3 veces al día. Si la enfermedad lleva más de 3 días en el área donde va el pañal del nene-a aplicar **Clotrimazol** crema 3 veces al días por 3 semanas. Si la causa es por contacto con el sol evaluar el uso de protector solar habitualmente.	Mantener la limpieza. Si la causa es por contacto a el sol evaluar el uso de protector físico como sombrero o gorra, etc.	Cita en 15 días. Evaluar el seguimiento coordinado con el PFAS si existe la sospecha de que la dermatitis se deba a el uso no adecuado de químicos.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL Y MUCOSAS						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Ardor en los ojos. Ojo (s) rojo (s).	Ojo (s) enrojecidos, sin supuración.	**Ojo rojo** (Incluye irritación por contacto físico o reacción alérgica a sustancias diversas)	Hacer limpieza de ambos ojos. Preparar con mucha limpieza el cocimiento de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada taza de agua para hacer lavados: **Manzanilla** (3 ramitas), **Pétalos de Rosa Blanca** (De 1 a 2 flores), Otra preparación: **Lima** (3 gotas del jugo en cada ojo) Otra opción antiinflamatoria: **Agua de arroz** (1 cucharada en remojo) Realizar los lavados 3 veces por día por 5 días.	Limpieza de los ojos.	Promover la limpieza de el área de la cara y ojos.	Cita en 3 días. Sino hay una mejoría evidente referir a el EAPAS PIAS o CR.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL Y MUCOSAS						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Picazón en los ojos. Los ojos están pegados por la supuración en las mañanas.	Ojo (s) enrojecidos, supurando. Párpados hinchados.	**Conjuntivitis** **H10.3** (Casos agudos)	Hacer limpieza de ambos ojos. Preparar con mucha limpieza el cocimiento de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada taza de agua para hacer lavados: **Manzanilla** (3 ramitas), **Pétalos de Rosa Blanca** (De 1 a 2 flores), Otra preparación: **Lima** (3 gotas del jugo en cada ojo) Otra opción antiinflamatoria: Agua de A**rroz** (1 cucharada en remojo) Realizar los lavados 3 veces por día por 5 días.	Limpieza de los ojos. **Cloranfenicol**, ungüento o solución. 5 veces al día por 5 días. Si hay antecedente de previa herida en el ojo, referir a Centro de Referencia.	Promover la limpieza de el área de la cara y ojos.	Cita en 7 días. Sino hay una mejoría evidente y en especial en casos crónicos referir a el EAPAS PIAS o CR.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL Y MUCOSAS						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Antecedente de fiebre o calentura. Duración de 1 a 3 semanas.	Llaguitas blancas, redondas y dolorosas en la boca y puede haber en los labios.	**Herpes simple** **B00.9**	Preparar el cocimiento (hojas, ramitas, corteza) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por taza de agua para hacer lavados o buches: **Encino** (1 dedo de la corteza machacada), **Nance** (1 dedo de la corteza machacada o 3 racimitos de flores), **Llantén** (3 hojas). Realizar los lavados 3 veces por día, de preferencia luego de las comidas principales y del lavado de dientes y boca, por 7 días. Otra preparación: El fruto del T**omate** machacado para hacer frote en el área de la boca, para desinflamar disminuyendo el dolor.	**Acetaminofen**: **Menores de 5 años:** Adecuar a edad. **De 5 a menores de 10 años:** 10 ml. C/6hr. por 3 días (frasco de 120 mg./5ml.) ó **Adolescente-adulto**: 500mg. cada 6 hrs., por máximo de 3 días. **Bicarbonato de sodio**: Con la solución de ½ cucharadita de bicarbonato en 1 taza de agua tibia, hacer lavados o enjuagues 3 veces al día por 3 días.	Promover la limpieza de la boca. Orientar evitar el contagio a través de los trastos (apartarlos) durante los primeros 7 días.	Cita en 7 días. Sino hay una mejoría evidente referir al CR ó EAPAS PIAS para evaluar el tratamiento a seguir.

GRUPO 5: ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LA PIEL Y MUCOSAS						
PASO 1		**PASO 2**	**PASO 3**		**PASO 4**	**PASO 5**
Pregunte	**Observe/ escuche**	**Clasifique ó Impresión Clínica/ CIE 10**	**Actué** **Manejo intercultural** **Si el manejo indicado lo permite**, pregunte al paciente por su disposición y elección de tratamiento:		**Oriente y aconseje**	**Dé seguimiento**
			A) Atención con recursos de la Medicina Natural	**B) Atención con medicamentos esenciales**		
Frecuente en personas que toman antibióticos como Ampicilina o Tetraciclina, ó en niños que usan la pacha. Se refiere malestar y dolor en la boca. Por lo general hay dificultad para comer o tomar los alimentos.	Manchitas blancas al fondo de la boca o lengua y paladar. La (mucosa) boca puede estar enrojecida.	**Moniliasis oral** **B37.0**	Preparar el cocimiento (hojas, ramitas) de por lo menos 1 de las siguientes plantas medicinales por cada taza de agua para hacer lavados o buches: **Quilete** (3 ramitas con hojas y semillas). Y hacer en frotes con la planta fresca machacada, **Nance** (1 dedo de la corteza machacada o 3 racimitos de flores), **Llantén** (3 hojas), **Albahaca** (3 ramitas), **Manzanilla** (3 ramitas). Otra preparaciones: El fruto del **Tomate** machacado para hacer frote en el área de la boca, para desinflamar disminuyendo el dolor. Ó la **Miel de abeja** (De preferencia blanca) aplicar como frote en el área de la boca.	Lavar la boca con agua y Bicarbonato de sodio 3 veces al día. **Nistatina**. Oral 1 gotero 4 veces al día por 7 días. Nota: el uso de Violeta genciana es opcional y se aplicaría en el área de la boca 1 vez al día por 3 días.	Mantener la limpieza oral.	Cita en 3 días.

ANEXO 1

FORMAS DE USO Y PREPARACIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES:

En el presente documento se utiliza un grupo de plantas medicinales (Hierbas ó zacates) básicas que serán utilizadas en las CSC, y son para enfermedades comunes.

En la presente guía las formas de preparación y medidas sobre todo son de forma tradicional. Dependiendo de la enfermedad, de la planta y que parte se utilizará, así será la forma de preparación y de uso. Se recomienda hacer las preparaciones tal como se indican para aprovechar mejor las propiedades curativas de las plantas ó hierbas medicinales.

USO DE LA PLANTA FRESCA O SECA:

En ésta guía las medidas y recetas se dan con plantas secas o frescas. La planta seca es aquella cosechada hace ya un tiempo y secada. Y la Planta fresca es aquella recién cosechada.

Hay que prestar atención a las cantidades que se usan de las plantas, según sea seca o fresca. Normalmente 1 cucharada de la planta seca es igual a 3 cucharadas de una planta fresca, esto ya picadas o cortadas.

Las plantas secas conservan las propiedades medicinales de las plantas frescas si las hemos secado bien.

MEDIDAS:

Las cantidades están referidas al enfermo en particular, así:

1 puño	lo que agarra la mano del enfermo
1 ramita	del largo de la palma de la mano del enfermo
1 dedo	del largo del dedo índice del enfermo
1 pulgada	del largo de la última falange del dedo pulgar del enfermo.

Las medidas se dan por vaso de agua (250 ml.) utilizado en la preparación.

NOTA: El agua con la que se preparan las plantas debe ser hervida o clorada (1 gota de cloro por litro de agua).

PARTES DE UNA PLANTA:

Flores: Es la parte de la planta que se encuentra formada por un conjunto de hojas modificadas (pétalos, que componen la flor. La función de la flor es la reproducción de las plantas. Existen diferentes tipos de flores de acuerdo a su disposición o si forman grupos o no.

Hojas: Son vegetaciones o crecimiento del tallo y de las ramas. Por las hojas las plantas respiran y procesan sus alimentos.

Ramas: Es el crecimiento del tallo que al dividirse forma una serie de ramificaciones.

Ramitas: Son las divisiones finales de un tallo, las cuales sostienen las hojas, flores y frutos.

Tallo: Es la parte de la planta que sostiene a las ramas, hojas, flores y frutos, así también les lleva los nutrientes, y de regreso las sustancias que elaboran las hojas a la raíz. Una de las partes que lo componen es la corteza, por ejemplo, la corteza del pino.

Raíz: Parte de la planta que crece en la tierra.

Raíz tuberosa: Es la raíz que presenta una forma gruesa y carnosa. Ejemplo: La papa y el jengibre.

HIGIENE O ASEO EN LA PREPARACIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES:
Es muy importante lavar con agua y jabón las manos y los trastos (utensilios) que se utilizan para la preparación de las plantas medicinales. La planta que se utiliza se lava con agua limpia (ya hervida o desinfectada con cloro) y la raíz se debe lavar con agua y jabón (pashteandola).

PARA ENDULZAR EL TE:

Si la forma de uso es un té, se recomienda para endulzarlo con miel de abeja o un pedacito de panela. De preferencia en la preparación de las plantas medicinales no usar azúcar.

NOTA:
Para las personas que padecen de gastritis no endulzar el té, porque empeora la gastritis.
Para niños menores de 1 año no endulzar el te con miel (Ni panela, ni azúcar).
En diabéticos solo usar miel de abeja (No más de la cantidad indicada en las recetas).

FORMAS DE USO Y PREPARACIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES UTILIZADAS EN LA GUÍA:

En ésta guía sobre todo usamos las formas de uso en té, inhalado o baños.

TE
La palabra té se refiere a la forma de uso, en éste caso tomado. El té puede prepararse en forma de apagado o cocimiento.

APAGADO
Se prepara una planta medicinal en forma de apagado, cuando la parte de una planta que se va a usar es muy suave y frágil como las flores y hojas tiernas. Teniendo las plantas ya medidas se les hecha agua hirviendo, se tapa y deja reposar no menos de 5 minutos, luego se cuela y se puede tomar.

Partes de las plantas que se preparan en apagado:
Las partes suaves: hojas tiernas, flores.

COCIMIENTO
Se prepara una planta medicinal en forma de cocimiento cuando la parte de la planta que se va a usar son hojas maduras, ramas, corteza, raíces, o semillas. Esto consiste en hervir la planta medicinal en agua por 7 minutos si son hojas o ramas, o hasta por 15 minutos si son cortezas, raíces o semillas.

Partes de las plantas que se preparan en cocimiento:
Las partes duras: Hojas duras, raíces, semillas, cortezas.

JARABES

Hay dos tipos de jarabes, según las características de las plantas a utilizar:
El que se prepara con las plantas en Apagado.
El que se prepara con las plantas en cocimiento.

En cualquier caso, los jarabes siempre se preparan con:
El jugo de 2 naranjas y 1 limón (no se añade agua)
Se endulzan con 5 cucharadas de miel de abejas que, además, proporciona otros principios medicinales muy eficaces (Antimicrobiano, antiinflamatorios). Si no se dispone de miel de abejas, se puede añadir azúcar o panela.

Preparación:
Exprimir el jugo de 2 naranjas y 1 limón
Poner el jugo a hervir, en una olla tapada, a fuego lento. Mejor si es en Baño María.

Cuando está hirviendo el jugo, hay dos posibilidades:
1. Apagar las plantas: Sacar la olla con el jugo del fuego, echar las plantas bien lavadas y picadas, tapar la olla y esperar 5 minutos.
2. Cocer las plantas: Echar las plantas bien lavadas y picadas en el jugo hirviendo, tapar la olla y dejar cocer por 10 minutos a fuego lento.

Colar la preparación (estilando la tapadera) con un trapo limpio encima de otro recipiente (O con un colador)
Echar 5 cucharadas de Miel de Abeja, removiendo hasta que todo esté disuelto.
Dejar enfriar el jarabe en la olla bien tapada.

Plantas que se preparan en jarabe:
Las plantas indicadas en enfermedades respiratorias, pues esta forma de administración contribuye a aumentar la acción terapéutica.

INHALACIÓN

Se pone a hervir agua en una olla, de ser posible que no sea de aluminio.
Mientras tanto, se lavan las plantas, se pican y se echan en un guacal.
Cuando ya ha hervido el agua, se echa sobre las plantas en el guacal.
Sin esperar, se pone la cabeza sobre el guacal, con una toalla limpia por encima de la cabeza para guardar el vapor.
Se respira el vapor por la nariz, expulsándolo por la boca, hasta agotar la fragancia.

Plantas que se preparan en inhalación: Las plantas aromáticas que se indican en enfermedades respiratorias agudas, pues respirar sus vapores permite que los principios medicinales actúen directamente sobre las vías respiratorias.

NOTA:
Tradicionalmente en las comunidades de poblaciones predominantemente Mayas, se sigue usando el baño de vapor en **TEMASCAL** (Chuj, tuuj) para prevenir y favorecer la recuperación de varios problemas de salud incluyendo y muy especialmente los respiratorios; equilibrando la temperatura del cuerpo cuando es descontrolado por el frío y provoca enfermedades por tal desequilibrio.

BAÑOS

Las formas de preparación de las plantas medicinales son en apagado o en cocimiento (Ver preparación en página 62)

El baño como uso puede ser:
Al entrar al temascal (Ayudándose además con una palangana),
Al no tener temascal en la vivienda al entrar a un baño tipo ducha (Ayudándose con una palangana),
Al realizar un baño de asiento (Sumergir la región genital y caderas del enfermo-a).

LAVADOS

Con las formas de preparación de las plantas medicinales en apagado o en cocimiento (Ver preparación en página 62). El lavado es sobre la parte enferma del cuerpo.

CATAPLASMAS

Las plantas medicinales a usar deben estar frescas, se machacan, y se colocan en la parte enferma y se tapan con un trapo limpio o pañuelo por 3 a 4 horas. Se va cambiando, utilizando por varios días.

Se puede usar en partes adoloridas o golpeadas o para enfermedades de la piel.

LIENZOS

Llamadas también compresas, es para un uso externo en caso de dolores, como de espalda o cabeza, manos o pies. Se hace cociendo las plantas, luego se cuela, y se busca una toalla o trapo limpio para mojarlo con el cocimiento tibio a caliente, y se coloca en la parte adolorida o golpeada tapándolo. Al enfriarse se repite y coloca de nuevo el lienzo. Todo durante 10 a 15 minutos.

ANEXO 2

RECETAS CON PLANTAS MEDICINALES

INDICADAS EN EL PRIMER GRUPO DE GUIAS DE ABORDAJE DE LA ATENCIÓN A PERSONAS EN LAS CASAS DE SALUD COMUNITARIAS.

RECETA 1

JARABE CASERO EXPECTORANTE Y DEL SUAVIZANTE

PREPARACIÓN DE BASE: Calentar a fuego lento (mejor si en Baño Maria) el jugo de 2 naranjas y 1 Limón en una olla que no sea de aluminio.

Elegir los ingredientes y forma de preparación según sea el efecto deseado por el tipo (ó etapa) de tos del enfermo, así:

EFECTO	PREPARACION:
EXPECTORANTE: Fluidificar la flema (durante el día)	Cuando esté a punto de hervir, echar las hierbas bien lavadas y picadas, por lo menos 2 de las siguientes: Eucalipto 5 hojas sazonas, 3 rajitas de Ocote del tamaño de un dedo, Jengibre 1 pulgada de raíz. Tapar la olla y dejar cocer por 10 minutos más A FUEGO LENTO Y SUAVE. Quitar del fuego y dejar enfriar. Estilar la tapadera, colar y agregar miel de Abeja (o panela o azúcar)

ó

EFECTO	PREPARACION:
SUAVIZANTE: Calmar la tos (Durante la noche)	Cuando empiece a hervir sacar del fuego y echar las hierbas bien lavadas y picadas, por lo menos 2 de las siguientes: Buganvilea 1 puño flores, Llantén 3 hojas, Malva 3 hojas, Manzanilla 3 ramitas. Tapar la olla y dejar apagar durante 5 minutos. Estilar la tapadera, colar y agregar miel de Abeja (o panela o azúcar. Sólo agregar miel de abeja en pacientes diabéticos)

Tomar cada hora durante el día o la noche (si el paciente se despierta y no puede dormir) según el caso:

Adolescente-adulto: 1 cucharada
De 1 a menores de 10 años: 1 cucharadita
Menor de un año: Media cucharadita.

NOTA: Este jarabe sólo se puede usar el mismo día que se ha preparado.

Ver en la siguiente hoja la receta de SUERO CASERO DE REHIDRATACIÓN.

RECETA 2

SUERO CASERO DE REHIDRATACIÓN

COMPOSICIÓN. Se debe mezclar por lo menos una planta de cada efecto:

Efecto antimicrobiano: Guayaba 5 hojas/ vaso (C) o Canela 1 dedo/vaso (C),
Efecto antiespasmódico: Pericón 3 ramitas/vaso (A) o Manzanilla 3 ramitas/vaso (A),
Efecto astringente: Mango 3 hojas/vaso (C) o Banano Maduro 1 fruto machacado (Cr),
Efecto cicatrizante: Llantén 3 hojas/vaso (C) o Banano verde 1 cda. del fruto raspado (Cr).

Otros ingredientes:
- Sal 1 tapita rasa,
- Miel de abeja (Panela o azúcar) 6 tapitas rasas,
- Naranja o limón el jugo de 1 o 2 frutos,
- Agua (De la más limpia posible) hervida o clorada 1 litro de preparación.

PREPARACIÓN:

- Hervir 4 vasos de agua.
- Cuando esta hirviendo echar las plantas que se cuecen (Guayaba y/o canela, y mango), bien lavadas y picadas. Cocer por 10 minutos a fuego lento y con la olla tapada.
- A los 10 minutos apagar el fuego y echar las plantas que se apagan (Pericón y/o Manzanilla, y Llantén), bien lavadas y picadas. Tapar y esperar 5 minutos.
- A los 5 minutos estilar la tapadera, colar la preparación y agregarle el resto de los ingredientes: Banano verde, Banano maduro, Naranjas y Limones, sal, miel (Azúcar o panela).

DOSIS:
Adolescente- adulto: Todo lo que desee, alternando con otros líquidos, como mínimo dos vasos después de cada evacuación, lentamente.
Niño: 1-10 años: Sorbos frecuentes de un vaso; como mínimo 1 vaso (250 ml. después de cada evacuación)
Bebé: (Menor de 12 meses): A cucharaditas continuamente; como mínimo 50-100 ml. después de cada evacuación.

NOTA:
Esta solución sólo puede usarse el mismo día de su preparación; si sobrara, se bota y se prepara de nuevo al día siguiente.

ANEXO 3

GUIA RAPIDA
DE ALIMENTOS MAS ENCONTRADOS EN LA DIETA DE LA POBLACION Y SU RELACION CON EL EQUILIBRIO FRIO-CALIENTE, EN COMUNIDADES DE LOS PROYECTOS DE IMPLEMENTACION DE LA INS. (Boca Costa de Sololá/San Juan Ostuncalco)

FRIOS	FRESCOS	CALIENTES
Fríjol blanco y piloy	Habas	Fríjol: Negro.
Aguacate	Ejotes	Huevo (Duro)
Cerdo y sus derivados: Manteca, carne, etc.	Cebolla	Gallina y gallo criollos
Leche y sus derivados	Papa	Carne de res, caldo de res
Pollo de granja		Maíz, atol de masa
Chompipe	Agua de arroz	Arroz
Pescado		Rábano
Huevos		Zanahoria
Tomate		Malanga
Coliflor		Camote
Nabo		Ayote
Yuca		Pacaya
Repollo		Brócoli
Lima, Limón		Chile
Nance		Naranjas
Jocote		Guineo morado y de seda
Mango		Plátano
Cushin		Piña
Papaya		Zapote
Sandía		El ajo
Melón		Cacahuate
Chilacayote		Achiote
		Incaparina
HIERBAS: Punta de güisquil, punta de ayote, Bledo, berro, Quilete, Mostaza, hierba de flor amarilla, hierba de tes	HIERBAS: 7 camisas, lechuguilla, Buj uwi	HIERBAS: Quixtan, apazote, chipilin, hierbamora, hierba de Xub, hierba de T'u, hierba de raq'nak'al (pie de paloma)
Coco		Chocolate

NOTA: En las últimas 3 líneas se puede ir escribiendo otros alimentos clasificándolos según el equilibrio frío-caliente desde la forma de concebirlos los grupos socioculturales a los que atendemos.

ANEXO 4

5 RECOMENDACIONES GENERALES PARA PROBLEMAS RESPIRATORIOS

(En especial para personas -y su familia- con Neumonía y Sintomáticos Respiratorios, etc.)

1. Se contagia por medio de la tos, saliva y los mocos; para no contaminar a toda la familia es bueno taparse la boca cuando el enfermo tose; y hacer conciencia de lo importante de **NO** escupir en el piso del hogar o lugar donde hay otras personas.

2. Lavarse las manos seguido con agua (Tibia de ser posible) y jabón.

3. Cuidar que la toalla que usa el enfermo no la usen los niños y otras personas.

4. Si la persona con Neumonía está tosiendo en el mismo lugar donde todos duermen, puede contagiarse. Alejar la cama del enfermo lo más que sea posible del resto de la familia.

5. No es bueno respirar aire con polvo, o con humo (De leña o camionetas), o con mucho frío. Si la persona va a estar en lugares con aire contaminado, es bueno que se tape la nariz y la boca con un pañuelo.

NOTA ESPECIAL:

Como ASC es de gran importancia orientar a el enfermo o acompañantes sobre los signos de peligro en casos de neumonía y resfriado (Respiración rápida, no bebe o no bebe bien, desmayado o inconciencia, etc.)

ANEXO 5

LISTADO DE MEDICAMENTOS

QUE SE MENCIONAN EN LAS GUÍAS DE ABORDAJE,
SEGÚN LOS NÚMEROS DE PÁGINA EN EL LIBRO BUSCANDO REMEDIO.

Acetoaminofen. Pág. 379
Adrenalina Pág. 415
Albendazol. Pág. 396
Amoxicilina. Pág. 383

Bemzoato de bencilo. Pág. 405

Ciprofloxacina. Pág. 275
Cloranfenicol (Oftálmico). Pág. 255
Clorfeniramina. Pág. 387
Clotrimazol. Pág. 409

Doxiciclina. Pág. 392

Eritromicina. Pág. 393

Hidroxido de Aluminio con o sin magnesio. Pág. 382

Ibuprofén. Pág. 395

Mebendazol . Pág. 396
Metronidazol. Pág. 397
Multivitaminas. Pág. 431

Nistatina. Pág. 120, y 304

Penicilina benzatínica. Pág. 422
Penicilina procaina. Pág. 423
Prednisona Pág. 133

Salbutamol Pág. 399
Sal de hierro. Pág. 394

Tinidazol. Pág. 401
Trimetropin+sulfametoxazol. Pág. 402

Violeta genciana. Pág. 413
Yodo povidona. Pág. 414

PLANTAS MEDICINALES Y RECURSOS DE FUENTE ANIMAL UTILIZADAS EN ESTE GRUPO DE GUIAS DE ATENCIÓN, Y OTROS NOMBRES CON LOS QUE SE LES CONOCE EN CASTELLANO, EN k' ICHE' Y EN MAM.

Conoces otro nombre local, ¡escríbelo!

Planta Medicinal	**Valor tradicional**	**Nombre**			
		Científico	**Otros nombres en castellano**	**Mam (San Juan Ostuncalco)**	**K'iche' (Boca Costa Nahualá e Ixtahuacán)**
ACHIOTE	Caliente	Bixa orellana L.	Achiotillo	Ox	K'oshob
AGUACATE	Frío	Persea americana Mill.		Txaq oj	Oj
AJENJO	Caliente	Artemisia absinthium L.	Té ruso	Terus	K'a a q'ayes
AJO	Caliente	Allium sativum L.		Anx(¨)	Axu'x
ALBAHACA	Caliente	Ocimum basilicum		Albahaca	Albahaca
ALTAMISA	Caliente	Chrysantemum parthenium L.	Artemisa	Xujq'en	Altamis
ALHUCEMA	Caliente			Alucem	
ALCOTAN	Caliente	Cissampelos pareira	Guaco	Guac	Qui'
AMARGON	Fresco	Taraxacum officinale	Diente de león		
ANIS	Caliente	Pimpinella anisum L.		Anis	Anix
APACIN		Petiveria alliaceae L.	Anamú, Zorrillo		Sk'aj par
APAZOTE	Caliente	Chenopodium ambrosoides L.	Epazote	Suq´en	Sk'aj
APIO	Fresco	Apium graveolens		Apio	Apio
ARROZ	Fresco			Arroz	
AVENA (grano molido o mosh)	Fresco	Avena sativa		Aven	
BANANO	Frío	Musa paradisiaca L.			
BOLSA DE PASTOR	Fresco	Capsella bursa-pastoris		Titzaj bix	Lotz
BRETONICA	Caliente			Tzok ojen	
BUGAMBILIA	Caliente	Bougainvillea Glabra		Bugambilia	Bombilia
CAFÉ (amargo)	Caliente	Coffea arabica L.		Cape	Café
CALAHUALA	Fresco	Polypodium aureum L.		Calahuala	
CANELA	Caliente	Cynnamomun zeylanicum Breyne			Canela
CAÑA REAL	Fresco				Exjatzí´
CARDOSANTO	Caliente	Cirsium mexicanum			Tú
CEBADA	Fresco	Hordeum vulgare		Cebad	
CIPRES	Caliente	Cupressus lusitanica Miller			K´isis
CHOCOLATE (cacao)	Caliente	Theobroma cacao L.			

Conoces otro nombre local en español o idioma maya, ¡escríbelo!

Planta Medicinal	**Valor tradicional**	**Nombre**			
		Científico	**Otros nombres en castellano**	**Mam (San Juan Ostuncalco)**	**K'iche' (Boca Costa Nahualá e Ixtahuacán)**
COLA DE CABALLO	Fresca	Equisetum giganteum		Teje chej	Uje Kej
CULANTRILLO DEL POZO	Fresco	Adiantum andicola	Culandrillo	Culandriy	
CHIPILIN	Fresco	Crotalaria guatemalensis Benth ex Oerts		Chipilin	Much'
ENCINO	Caliente	Quercus Sp.		Bansi'	
ESCOBILLO	Caliente			Escoby'	Tzy´sb´yl k´ul
EUCALIPTO	Caliente	Eucalyptus sp..			
FENOGRECO	Caliente			Fenogreco	
FLOR DE MUERTO	Caliente	Tagetes erecta L.		X¨chu´s	Ráxwash coxwa
FRIJOLILLO		Senna occidentalis (L.) Link.	Comida de murciélago	No identificaron	Kina'q uwaseck
GUAYABA	Caliente	Psidium guajaba L.		Guayab	Kek', Kia kiej
GRAMA	Frío	Digitaria sp.		Gram	Rixquiatap
GRANADILLA	Frío	Passiflora ligularis	Flor de pasión	Granadiy	Carnát
HIERBABUENA	Caliente	Mentha arvensis L.	Hierbabuena de comer	Yerbabuen te chibij	Arruwén, Al'wawén
HIERBA DEL CANCER		Acalypha guatemalensis	Paloma		No identificaron
HIERBAMORA	Caliente	Solanum americanum Mill.		Moch	Imut'
HINOJO	Caliente	Foeniculum vulgare Miller			Hinoj´
JABONCILLO		Pluchea symphytifolia (mill)	Siguapate	Pendiente	Tzaj'on
JACARANDA	Fresco	Jacaranda mimosifolia			
JENJIBRE	Caliente	Zingiber officinale		Xen Xiuj, Xiurj	Xip, Ship
JILIPLIEGUE	Fresco	Lepidium virginicum	Mastuerso	Titzanvix	
LENGUA DE VACA	Caliente	Rumex obtusifolia L.	Acadera	Tak' waq'x	Ra´q´wakaj
LIMON	Frío	Citrus limonium	Limón real	Lmunch	Alamnax, Limonash
LINAZA	Fresco	Linum usitatissimum L.		Linas	Linaza

Conoces otro nombre local en español o idioma maya, ¡escríbelo!

Planta Medicinal	**Valor tradicional**	**Nombre**			
		Científico	**Otros nombres en castellano**	**Mam (San Juan Ostuncalco)**	**K'iche' (Boca Costa Nahualá e Ixtahuacán)**
LIMA	Fresco	Citrus limeta		Lim	
LLANTÉN	Fresco	Plantago major L.	Lanten	Llantén	Uxkin imul
MALVA	Fresco	Malva parviflora L.		Malva	Tzelej
MANGO	Frío	Manguifera indica L.			
MANZANILLA	Caliente	Matricaria recutita L.		Manzaniy	Manzaníl
MAIZ, pelo de	Fresco	Zea mays		Xchu méx	
MIRTO	Caliente	Salvia microphylla H.B.K.		Mir, Mirt	Mirtt
NANCE	Caliente	Byrsonima crassifolia		Chapal	Tapal
NARANJA	Frío	Citrus, Citrus aurantifolia	Naranja y Naranja agria		
OCOTE	Caliente	Pinus montezumae Lambert			Chaj´
ORÉGANO	Caliente	Origanum vulgare		Orégano	
OROZUZ	Caliente	Limpia dulces	Hierba dulce		
PALO JIOTE		Busera simaruba (L.) Sarg.		Chilub'	Ja kamic
PERICON	Caliente	Tagetes lucida		Jaq' maq'	Iyá qáyes
PINO	Caliente	Pinus montezumae Lambert			Chaj
RICINO	Caliente	Ricinus communis	Higuerillo	Ma'x	Kowil' che', tzite´
ROMERO	Caliente	Rosmarinus officinalis L.		Romer	K'isisaq'ayes
ROSA JAMAICA	Fresca	Hibiscus sabdariffa L.		Rosa jamaica	Xkoq'abaq'ayes
ROSA SILVESTRE	Fresca	-------		Rojs	
RUDA	Fría	Ruta chalepensis		Rud	Ru ra'
SABILA	Fresco	Aloe vera			
SALVIA SIJA	Caliente	Lippia alba	Salvia santa	Salve, smacon	Ru k'a chij
SALVIA SANTA	Caliente	Buddleja americana L.	Salvia, árnica	Kiak Koc te'; Hoja santo	Ru k'a chij
SARSA DORMILONA	Fresco	------			
TABACO	Caliente	Nicotiana tabacum L.		Sii´c	Met´
TAMARINDO	Fresco	Tamarindus indica		Tamarindo	
TE DE LIMON	Fresco	Andropogon citratus	Zacate limón	Lmon ch'iim; Te limonich	K'ma juyup
TILO	Caliente	Tilia platyphyllos		Tilo	

Conoces otro nombre local en español o idioma maya, ¡escríbelo!

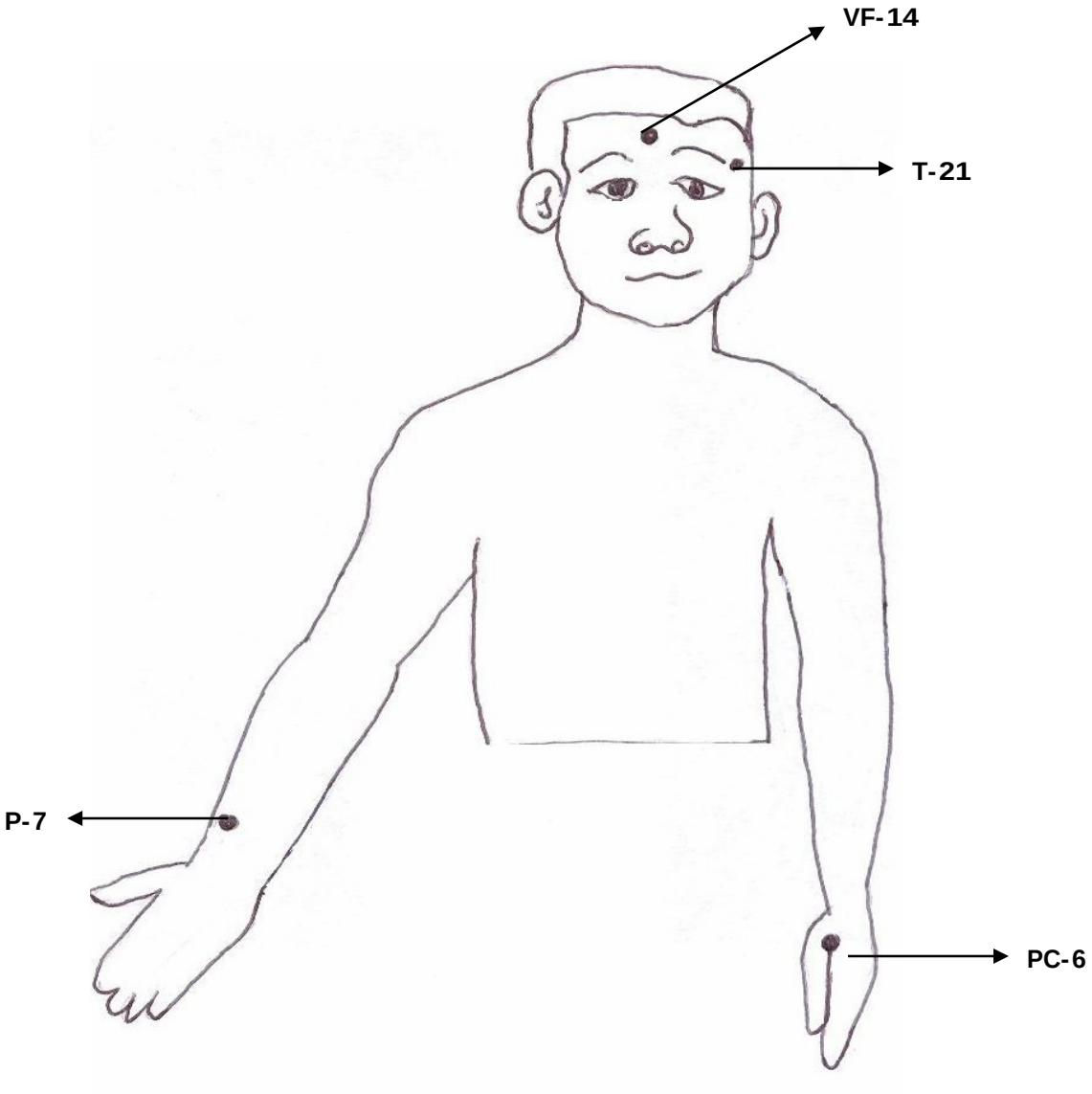
Planta Medicinal	**Valor tradicional**	**Nombre**			
		Científico	**Otros nombres en castellano**	**Mam (San Juan Ostuncalco)**	**K'iche' (Boca Costa Nahualá e Ixtahuacán)**
TOMATE	Fresco	Lycopersicum esculentum		Tomat	
TOMILLO	Caliente	Thymus vulgaris		Tomiy	
UÑA DE GATO	Fresca	Martynia Annua L.			
VALERIANA	Fresca	Valeriana urticaefolia H.B.K, Valeriana sp.		Txib´	Uxe ´ulew
VERBENA	Caliente	Verbena carolina Mich		Verben	
ZARZAPARRILLA	Fresca	Smilax regelii		Qúl	

Conoces otro nombre local en español o idioma maya, ¡escríbelo!

Recurso de fuente animal (ZOOTERAPIA)	**Valor tradicional**	**Nombre**		
		Otros nombres en castellano	**Mam (San Juan Ostuncalco)**	**K'iche' (Boca Costa Nahualá e Ixtahuacán)**
Miel de abeja	Fresco-caliente		Tmiel onim	
Vinagre	Fresco		Vinagr	

GRAFICO 1

Puntos de digitopresión para cefalea



BIBLIOGRAFIA

1. ASECSA 1,998. Las Plantas Medicinales en la Salud de la Comunidad. Guatemala.

2. Atención Integral por la Salud/Ministerio de Salud/Centro de Investigación y Estudios de la Salud/OPS 2001. Buscando remedio. Atención básica y uso de medicamentos esenciales. Nicaragua.

3. CEMAT-FARMAYA. Series de Fichas Populares sobre Plantas Medicinales. 1ª. Edición (1,981), 2ª. Edición (1,990-2). Guatemala.

4. Clínica Maxeña 1,998. Memoria de cursillos de promotores, giras educativas en las comunidades e intercambio de conocimientos entre gente que cura tradicionalmente. Programa Plantas Medicinales y Dental. Guatemala.

5. Fundación Defensores de la Naturaleza 1,997. Salud Familiar y Plantas Medicinales en la Sierra de Las Minas. Rebeca Orellana Ayala (Investigadora). 1ª. edición.

6. Instancia Nacional de Salud 2002. Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos. Guatemala.

7. Instancia Nacional de Salud 2003. Documentos de capacitación y entregados a ASC, Módulo 3/PIAS. Proyecto de implementación. Guatemala.

8. Instancia Nacional de Salud 2004. CIE-10 Listado de Enfermedades según Clasificación. Compilación de Cooperativa El Recuerdo, Mauricio Van Huesden. Guatemala.

9. Instancia Nacional de Salud 2004. Documento de listado de medicamentos de Casas de Salud Comunitaria /PIAS. Proyecto de implementación. Guatemala.

10. Instancia Nacional de Salud 2004-5. Informes de morbilidad de la atención en las Casas de Salud Comunitaria de la Clínica Maxeña e IDEI a enero del 2,005. Proyecto de implementación.

11. Instancia Nacional de Salud 2004. Informes mensuales de la actividad de el Dr. José Luis Albizú.

12. Larousse usual 2003. Diccionario Enciclopédico (Guatemala, nueva edición). 9ª. edición y 9ª. reimpresión.

13. Médicos del Mundo España, Jardines del Mundo y Rxiin Tnamet 2002 . Plantas Medicinales y Comadronas: Manual para el personal de salud. Guatemala.

14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1997. Manuales de referencia para la aplicación de las Normas de Atención: En Enfermedades Diarreicas y Cólera, y Tuberculosis. Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala.

15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1998. Normas de Atención. Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala.

16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2,001. Protocolos de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Guatemala.

17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Grupo Técnico Interinstitucional 2,003. Protocolos y material IEC de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la Atención Integral de la Niñez y la Mujer a nivel comunitario (AINM-C). Guatemala.

18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2004. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Guatemala.

19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2005. Manual de Referencia para la aplicación de las Normas de Atención, Primer Nivel. Guatemala.

20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ Médicos Descalzos Guatemala/OPS/OMS/ASDI 2000. Guía terapéutica Para uso de los Servicios de Salud. Guatemala.

21. Pro Redes Salud/AID 2,004. Sistema de Información AIEPI AINM-C. Guatemala.

22. Revista Ciencias Médicas Holguin (Suplemento especial). 1,990. Manual Practico de Acupuntura. Cuba.

23. Salud Materna Neonatal/JHPIEGO/AID. Octubre 2,003. Atención Obstétrica de Emergencia. Guía de referencia rápida para proveedores en el campo.

24. Tradiciones Mayas 2001. Manual de Plantas Medicinales. Panajachel, Sololá. Guatemala.

25. World Health Organization 2004. Acute Care. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness Project. WHO HIV Department.

26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. SIAS. Protocolos de Atención Área materno Infantil: Obstétrica, alto Riesgo Obstétrico, Ginecología, Oncología. Guatemala, Diciembre 1,997.

ENTREVISTAS:

- Alimentos clasificados como calientes y fríos. Entrevista realizada a comadronas de la Boca Costa de Sololá. Marzo 2,005. por Dr. Juan Poz.

- Plantas medicinales del Municipio de San Juan Ostuncalco del Departamento de Quetzaltenango. Entrevista realizada a el Sr. Pedro Antonio Vásquez, en oficina IDEI, Quetzaltenango. Mayo 2,005.

- Nombres de plantas medicinales en Mam local de área rural del Municipio de San Juan Ostuncalco del Departamento de Quetzaltenango. Entrevista realizada al Sr. Simón Romero Vásquez y a la Sra. Cristina Fuentes, Agentes de Salud Comunitaria Proyecto San Juan/IDEI, Enero 2006

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL OJEADO O MAL DE OJO
(Estructura basada en la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Mal de ojo, ojeado, ojo**
Denominación en idioma maya local	**Baq'wach**: K'ich'e Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan **Uwawinaq'**: Comunidades de Boca Costa de Nahualá e Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco.
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una de las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma principalmente a los infantes (menores de 6 años) y en menos frecuencia a escolares; tiene la característica de multicausal no exclusiva de filiación cultural Maya (Relacionada con la teoría de Frío-caliente, los Vahos, o del deseo intenso, o aquella de intervenciones sobrenaturales menos frecuentemente), rural ya que se puede encontrar en población urbanas y de campesinos no indígenas distribuidos en la región Mesoamericana, que incluye a Guatemala.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Menor de 6 años (rara vez en escolares) con problema de cheles (supuración no acuosa) en uno o dos ojos, con diarrea (más de 3 deposiciones líquidas o blandas por día) de color verde; fiebre, decaído pero irritable. Al observar la cara del niño, tiene un ojo pequeño y el otro grande. Puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como nausea ó vómitos, granos, tos, temblor en el cuerpo. Proceso de duración por lo general menor de 14 días, pero puede encontrarse atípicamente casos crónicos. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes como tal, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó en la ficha familiar. ➢ Referido con tal denominación por el-la terapeuta tradicional. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica ó en la familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el-la terapeuta tradicional popular.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional, que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, mortalidad y letalidad.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia y distribución y diseminación de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos como fiebre, dolor y de deshidratación que son propios de dicha enfermedad sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC y formación del personal, así como actividades relacionadas con el PCOS.
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en infantes, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIEPI). **Manejo terapéutico de primer auxilio que acompañe la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios antipiréticos y analgésicos tales como el Acetoaminofen, de acuerdo a edad. ➢ Manejar como una diarrea con o sin deshidratación, administrando terapia de rehidratación

	oral o parenteral, según sea el caso. Dar Sales de Rehidratación Oral (SRO) ó Suero Oral de Plantas Medicinales (Ver Primer Grupo de Guías de Atención, INS). ➢ Frotar el cuerpo del niño-a con agua de rosas.
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de curandera-o de niños-as.

..

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE LA MOLLERA CAIDA

(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Caída de Mollera, Mollera hundida en menores de 3 años.**
Denominación en idioma maya local	**Q'aj naq' uwi**: K'ich'e Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco (pendiente)
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma principalmente a los infantes (menores de 3 años); de causa relacionada con la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, y produce una alteración de lugar. Es necesario anotar que existe una denominación similar para un cuadro patológico que padece todo aquel mayor de la edad escolar, pero no se incluye aquí por signos y síntomas, ni constituye de las más comunes.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Menor de 3 años con diarrea fuerte (más de 3 deposiciones por día, líquida) espumosa y pura agua; con dificultad para tragar. Puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como nausea ó vómitos, llora mucho. Proceso de duración por lo general menor de 14 días, pero puede encontrarse atípicamente casos crónicos. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes como tal, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó la ficha familiar. ➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional a la CSC. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica o familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) de el terapeuta tradicional especialista.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, y mortalidad.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia y diseminación de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos como fiebre, dolor y deshidratación que son propios de dicha enfermedad sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC, formación del personal, y actividades del PCOS (Coordinación en paralelo)
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en infantes, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIEPI).

	Manejo terapéutico de primer auxilio que acompañe la referencia al terapeuta tradicional: ➢ En casos necesarios antipirético y analgésicos tales como el Acetaminofen, de acuerdo a edad. ➢ Manejar como una diarrea con o sin deshidratación, administrando terapia de rehidratación oral o parenteral, según sea el caso. Dar SRO ó Suero Oral de Plantas Medicinales (Ver Primer Grupo de Guías de Atención, INS) ➢ Amarrar hojas (Calentadas cerca del fuego) de Santa Maria en la cabecita del niño-a.
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de curanderos de niños-niñas.

…

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL EMPACHO

(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Empacho**
Denominación en idioma maya local	**Empach'** K'ich'e Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco (pendiente)
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma principalmente a los infantes (menores de 6 años) y en menos frecuencia a escolares; de causa relacionada con el concepto de higiene de alimentos y de órganos relacionados con el aprovechamiento de los alimentos, y teoría frío-caliente, no siendo exclusiva de poblaciones mayas o rurales, en Guatemala. Se encuentra sobretodo en infantes (Menor de 6 años) y escolares, en menos frecuencia entre los 10 y más años.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Menor de 6 años o escolar con diarrea (más de 3 deposiciones líquidas o blandas por día) amarilla o verde, con moco; puede alternar con deposiciones duras (No blandas); dolor tipo cólico e hinchazón del abdomen (Estomago); sin ganas de comer. Puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como nausea ó vómitos, fiebre; y menos frecuentemente tos, picazón en todo el cuerpo. Proceso de inicio abrupto y de duración por lo general menor de 5 días. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó ficha familiar. ➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional a la CSC. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica ó familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el terapeuta tradicional especialista.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, mortalidad y letalidad.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia y distribución de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos como fiebre, dolor y deshidratación que son propios de dicha enfermedad sin ser aquellos

	relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC y formación del personal, y actividades del PCOS (Coordinación en paralelo)
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIEPI). **Manejo terapéutico de primer auxilio que acompañe la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios antipirético y analgésicos tales como el Acetoaminofen, de acuerdo a edad. ➢ Manejar como una diarrea con o sin deshidratación, administrando terapia de rehidratación oral o parenteral, según sea el caso. Dar Suero Oral de Plantas Medicinales (Ver Primer Grupo de Guías de Atención, INS) ➢ Amarrar hojas (Entibiadas cerca del fuego) de Ruda ó Santa Maria en el "estomago" del niño-a.
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de curandera-o de niños-as.

…

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL AIRE O CALAMBRE
(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	Aire, calambre
Denominación en idioma maya local	**Cumatz** K'ich'e Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Can Mam de San Juan Ostuncalco
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes en adolescentes, adultos y población de la tercera edad, en menos frecuencia en niños; es una de las enfermedades comunes de las mujeres; de causa relacionada con la teoría frío-caliente y de la teoría de las intervenciones sobrenaturales.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Mujer o hombre por lo general adulto con dolor en espalda, cintura, hombro, cabeza, brazo, codos, rodillas, manos o pies. La persona refiere un tipo de dolor móvil y no necesariamente único; la persona no se siente a gusto, y puede estar acompañado con signos o síntomas como debilidad, falta de apetito, nausea, fiebre, hormigueo o dormidas algunas partes del cuerpo; y puede incluir dolor tipo menstrual o al orinar o del estomago ("Boca del estomago"). De duración de alrededor de 5 a 7 días, sino recibe tratamiento adecuado llega a ser un proceso crónico. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó ficha familiar. ➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional a la CSC. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica o en la ficha familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el terapeuta tradicional especialista.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad, temporada del año,

recomendados	actividad productiva, etc. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, riesgo de limitación laboral, productiva y/o de participación social.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia y distribución de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos de dolor e inflamación propio de dicha enfermedad sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC y formación del personal, así como actividades relacionadas con el PCOS y coordinación en paralelo.
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: **Manejo terapéutico de primer auxilio que acompañe la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios analgésicos o antiinflamatorios tales como el Acetaminofen o Ibuprofen de acuerdo a edad. ➢ Entrar al temascal y realizar baño con Eucalipto, Romero o Santa Maria. Colocar cataplasma de Albahaca morada, Cola de caballo o Jengibre (Ver Segundo Grupo de Guías de Atención, INS)
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de sacerdotes o guías espirituales mayas, hueseros, yerberos, curanderos.

…

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL SUSTO

(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Susto**
Denominación en idioma maya local	**Xibin ib'** K'ich'e: Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco (pendiente)
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una de las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma a todas las edades dentro de la población; de causa múltiple relacionada con la teoría frío-caliente, la teoría de las intervenciones sobrenaturales y la teoría de las Impresiones (Los Vahos, o Encuentros, o del Deseo intenso).
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Persona de cualquier edad que suda bastante, no tiene ganas de comer, hay apatía general, falta de fuerzas, temor, con el antecedente de un evento importante (Accidente, desastre natural o provocado por el hombre, sonido fuerte, violencia, abandono, muerte, etc.) y previo a la enfermedad que provoca el inicio inmediato; puede referir ver y oír cosas "anormales", fiebre, dolores de estomago o de cabeza y otras partes del cuerpo; y en casos crónicos hinchazón de manos y cara, y caída del pelo, la persona no duerme ni tiene tranquilidad, está triste, preocupada o piensa "mucho". Es una enfermedad que hay que tratar inmediatamente y de manera adecuada (Por el terapeuta tradicional especialista), de lo contrario puede llegar a ser crónica o de consecuencias incluso letales. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico ó ficha familiar. ➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica o en la ficha familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el terapeuta tradicional sacerdote o guía espiritual maya, curandero-a, comadrona.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales. Y vigilancia activa durante el seguimiento a

	las visitas familiares, que se deben registrar en la ficha familiar.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN , REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sexo, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, mortalidad y letalidad.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia, letalidad y distribución de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos como fiebre y dolor propios de dicha enfermedad sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC, formación del personal, y actividades relacionadas con el PCOS (Coordinación en paralelo)
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en infantes y adultos, siendo en casos graves la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIEPI). Con la posterior e inmediata referencia al terapeuta tradicional al permitirlo el estado del enfermo. **Medida de primer auxilio que acompañen la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios antipirético y analgésicos tales como el Acetaminofen, de acuerdo a edad. ➢ Manejar la hidratación, en casos de ser necesario a través de la administración de terapia de rehidratación oral (SRO o Suero de Plantas Medicinales que incluya aquellas que ayuden a recuperar el equilibrio ya que es una enfermedad fría). ➢ Tomar Plantas Medicinales calientes como el té de Ruda.
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de sacerdotes o Guías espirituales, y curanderos.

..

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL CAIDA DE MATRIZ
(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Caída de Matriz, Matriz caída, Matriz débil,**
Denominación en idioma maya local	**Uchuch upam** K'ich'e Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco (pendiente)
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) más frecuentes o comunes que enferma principalmente a las mujeres en edad fértil; de causa relacionada con la teoría frío-caliente y la teoría de la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo (Movimiento brusco, cargas pesadas), y en algunos casos en relación a la teoría de intervenciones sobrenaturales, todo ello que provoca la alteración de lugar del órgano. Se puede encontrar en mujeres de grupos de edad mayores a los 49 años en casos extremadamente crónicos, debido a que se pospone la consulta por dicha causa.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Mujer en edad fértil o en los primeros años de adulta mayor, con dolor en el vientre bajo y que refiere una molestia, sensación o la presencia de "algo" en la región vaginal; puede acompañarse de alguno de los siguientes signos o síntomas como flujo (confundido o relacionado a incontinencia urinaria), dolor de cabeza, en cintura, espalda, manos o pies, o al orinar. Se tiene el antecedente importante de haber iniciado el proceso o percibirlo en el período del puerperio o post-aborto. Proceso de duración por lo general crónico. **Otros criterios**: ➢ Mencionado o dicho por la enferma o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico o ficha familiar.

	➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional a la CSC. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica ó la ficha familiar). ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el terapeuta tradicional especialista comadrona y de especialidad de curar o tratar la caída de matriz.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, mortalidad y riesgo.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia y distribución de la enfermedad. Plan de abastecimiento y suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos como dolor que son propios de dicha enfermedad sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC y formación del personal, y actividades del PCOS y coordinación en paralelo.
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en mujeres, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIN). **Medida de primer auxilio que acompañen la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios por dolor (Similar al osteomuscular) anti-inflamatorios tales como el Ibuprofen, de acuerdo a edad. ➢ Baños de asiento con Plantas Medicinales como la Albahaca morada y Llantén, preferiblemente dentro del temascal (Ver Segundo Grupo de Guías de Atención, INS)
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas radicionales comadronas con la especialidad de curar la caída de matriz.

…

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE EL MAL HECHO

(Estructura basada el la propuesta de la OMS como modelo de normas y procedimientos para la vigilancia y control de enfermedades)

Código (propuesto)	Código interno, bajo acuerdo
Enfermedad o síndrome	**Mal hecho, hechizado, mal hechizo, brujería**
Denominación en idioma maya local	K'ich'e: Sto. Tomás La Unión y parte de la Boca Costa de Nahualá y Sta. Catarina Ixtahuacan.
	Mam de San Juan Ostuncalco (pendiente)
Razón de la vigilancia	**BASES PARA LA VIGILANCIA**: Una de las enfermedades de filiación cultural (Tradicionales Populares) que no se encuentra dentro de el grupo de las más frecuentes pero enferma a todas las edades especialmente encontrada en el grupo de edad de mayor de 5 años y en especial a adolescentes y el adulto joven ó el grupo de Mujeres en Edad Fértil, con un cuadro amplio que compromete la salud y bienestar de la persona tanto física, mental y espiritual; de causa relacionada con la teoría de las intervenciones sobrenaturales.
Definición de caso recomendada	**DEFINICIÓN DE CASO RECOMENDADA**: **Definición de caso clínica**: Persona de cualquier edad pero especialmente en los mayores de 5 años que refieren o en los que se observa dolor de cabeza intenso, de cuerpo, espalda, ojos, no ganas de comer, nauseas; puede haber convulsiones, diarrea con moco o tos crónica, fiebre, irregularidad menstrual, dolores menstruales intensos. Es una enfermedad que hay que tratar de manera adecuada (Por el terapeuta tradicional especialista), de lo contrario puede llegar a consecuencias letales o crónicas devastadoras.

	Otros criterios: ➢ Mencionado o dicho por el enfermo o acompañantes, y registrado en la ficha clínica en autodiagnóstico, o en la ficha familiar. ➢ Test sobre Mal hecho con puntaje clasificado (Evaluar). ➢ Referido con tal denominación por el terapeuta tradicional. **Clasificación de caso**: ➢ Sospechoso: Un caso que cumple con la definición de caso clínico. ➢ Probable: Un caso que cumple con la definición de caso clínico más el criterio de autodiagnóstico (registrado en ficha clínica o en la ficha familiar) y un test cuyo puntaje indique probabilidad. ➢ Confirmado: Un caso que cumple con el criterio de denominación vertida durante la referencia o contrarreferencia (seguimiento) por el terapeuta tradicional especialista sacerdote o guía espiritual maya, curandero-a, comadrona.
Tipos de vigilancia recomendados	**TIPOS DE VIGILANCIA RECOMENDADOS**: Vigilancia de rutina, incluida en reportes mensuales. Y vigilancia activa con la aplicación de test durante en la CSC o las visitas familiares, que se deben ser registradas en la ficha clínica o familiar. Puede incluirse la investigación de campo específica en dependencia de si se perfila como un problema de salud en determinados grupos socioculturales.
Elementos de datos mínimos recomendados	**ELEMENTOS MÍNIMOS DE DATOS RECOMENDADOS**: Datos de caso para notificación: Edad, sexo, información geográfica, desenlace a través de seguimiento por EAPAS de PCOS con terapeuta tradicional que re-alimenta a ASC/ECOS y Sistema de Información y análisis de salud en Sala Situacional.
Análisis de datos, presentación, reportes recomendados	**ANÁLISIS DE DATOS, PRESENTACIÓN, REPORTES RECOMENDADOS**: Usar frecuencias mensuales por grupo de edad, sector o comunidad y temporada del año. Tasas de morbilidad, prevalencia, incidencia, mortalidad, letalidad, y riesgo.
Usos principales de los datos para la toma de decisiones	**USOS PRINCIPALES DE LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES**: Estimar la prevalencia, incidencia, letalidad y distribución de la enfermedad. Plan de suministro de tratamientos de primer auxilio en casos de detección de signos de dolor, fiebre, alto grado de desnutrición sin ser aquellos relacionados a otro cuadro patológico. Incluir medidas de prevención en planes de IEC y formación del personal, y actividades del PCOS.
Aspectos especiales	**ASPECTOS ESPECIALES**: Enfatizar en el personal la búsqueda de signos de peligro en todas las edades, siendo la referencia de acuerdo a Normas de Atención del MSPAS (Y AIEPI). **Medida de primer auxilio que acompañen la referencia al terapeuta tradicional**: ➢ En casos necesarios por dolor y fiebre utilizar Acetaminofen, de acuerdo a edad. ➢ Tomar té de Ruda ó Rosas Blancas. ➢ Puede propiciarse el apoyo espiritual de personas como sacerdotes o pastores de la iglesia a donde pertenece el enfermo, todo en dependencia de la creencia y decisión de el enfermo y acompañantes.
Información para hacer contacto	Información para hacer contacto: Directorio por sector, pilotaje o regionales de terapeutas tradicionales con especialidad de sacerdotes o guías espirituales mayas, curanderos.

BIBLIOGRAFÍA:

Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington, D.C.: OPS, 2,002 (Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No. 24).
Méndez, Alfredo; La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala (Resumen), de "La herencia de la conquista". Fondo de Cultura Económico, México, 1986.
Hurtado, Juan José; en Componente Antropológico, Informe 1, anexos generales. Documento de Medicina Tradicional de Propuesta de Articulación de la Medicina Tradicional y Popular al Sistema de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. OPS/MSPAS. 2,001.

ENTREVISTAS:

Juan Guarchaj, personero del Programa de Plantas Medicinales de la Clínica Maxeña, Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez. En relación al área de cobertura de comunidades de la Boca Costa de los Municipios de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán de Sololá.

Notas:

Test cuyo puntaje indique caso probable.

FICHA CLINICA

No. Ficha	

1. DATOS GENERALES

SEXO		Edad		FC		Fecha Nacimiento FC	

Fecha consulta	Sector	Lugar de consulta				Código de familia	No.orden	APELLIDOS, NOMBRES	Procedencia FC	Emergencia	Paga IGSS
		CSC/PS	VFI	VS	AIP				Quien o quienes atendieron:		

2. MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Motivo de Consulta ¿Porqué esta consultando?	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y CAMINO DEL ENFERMO(A)	Autodiagnóstico	Remedios Recibidos
		Personas que apoyaron	

3. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestas		Partos		Abortos		Hijos muertos	
Mortinatos		Cesareas		Legrados		Peso al Nacer último hijo	
Cirugía aparato reproductivo:							
Otro (cual)							

ANTECEDENTES PERSONALES (A TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN)

PAP		Diabetes		Hipertensión		Discapacidad		Dengue	
TB		Convulsiones		Malformación congénita		Toma o tomó algún medicamento		Malaria	
Asma		Cardiopatía		Adicciones		Desnutrición		Otra cual	
Operaciones		Peso al nacer (<1 año)		Problema al nacer (<1 año)		Alergias			

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cancer		Convulsiones		
Diabetes		Asma		TB
Adicciones		VIF		
Desnutri ción		VBG		Otra cuál

4. EXAMEN FISICO (Todos los grupos)

MEF		Evaluación Nutricional			SIGNOS VITALES			OTROS SIGNOS EN EMBARAZADAS			DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO (DATOS POSITIVOS QUE SUSTENTAN LA IMPRESIÓN CLINICA)
FUR		Signo	Anterior	Actual	Signo	Anterior (solo en control prenatal)	Actual	Signo	Anterior	Actual	
		Peso			Temperatura			AU			
Resultado PVE		Talla						FCF			
		Perimetro brazo cm.						Presenta ción del feto			
Resultado PDE		Estado Nutri/ IMC			Pulso						
PF		Circunferencia brazo 1er. Trim						Mov. Fetales			
Metodo PF		AIEPI			P/A			Semanas de Emb. X AU	Semanas de Emb. X FUR	Fecha Probable Parto	
		Lactancia			FR						

5. SIGNOS DE PELIGRO Y RIESGO OBSTETRICO

P/A ↑	FCF<120 FCF>160	Cefalea	NO FCF	Edema	NO movimientos Fetales	Sospecha emb múltiple	>35 años	< 18 años	Convulsiones	Dolor epigastrio	Dificultad Resp.	Visión borrosa	Hemorragia (revisar mal olor en puerperas)	>3hijos	ITS previa	Ultimo niño (a) < 5 libras al nacer	Ultimo niño (a)>9 libras	Hipertensión ó eclampcia último embarazo	Extrema precaried ad

AB previo		Mortinato Previo		Flujo Vaginal		Palidez palmar		Molestias Urinarias		Salida del Liquido por la vagina		Depresion/ Ansiedad		Violencia Sexual		Violencia Intrafamiliar		Rechaza Traslado		PB < 23 cm 1er trim.		IMC bajo u Obesa	Sin apoyo de pareja o fam	No acepta Emb	Prod.abus o o violación

6. PRUEBAS DIAGNOSTICAS/RESULTADO	BK		Glucosa			Orina		Otro ¿Cuál?

7. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

CIE10	Impresión Clínica y Clasificación de AIEPI (Incluye EMP)	Primera ó Reconsulta	Medicamentos: Código	Medicamentos: Nombre	Cantidad: MSP	Cantidad: MIS	Cantidad: No entregado	Medicina Maya Popular: Nombre	Medicina Maya Popular: Por cuanto Tiempo

8. CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO

Consejería				Seguimiento	
ITS	PF	Allimentacion	Consumo de Tabaco y/o alcohol	Próxima Cita	
				Referido por :	
Medidas de preven. Cuidado EMP		Paternidad Responsable	Signos de Peligro		
				Referido a:	
Otra (cual):					

Pregunar si acompañante mujer esta embarazada SI ____ NO ____

9.Firma o Huella digital

INS Sistema de Información de Salud	REGISTRO DIARIO DE CONSULTA (3 P/S)				
Area de Salud: Sololá	Distrito	Casa Salud Comunitaria	Mes	Año	Revisado por:

Ministerio de Salud Pública
República de Guatemala

Apellidos y Nombres:																							
Procedencia																							
Quién dió la consulta?																							
No Orden		Consulta	Nueva		Autodiagnóstico Familiar		Temperatura		Discapacidad		Estado Sico-social		VBG		Lactancia		Está Emb?	
Día			Primera				Pulso		CIE-10	Impresión Clinica	Código /Medicamento		Cantidad Minist	Cantidad Clinica	No Entreg	AIEPI		Citas	
Código de Familia			Reconsulta				Presión Arterial									Nabarro		Referido Por	
			Emergencia				Frecuencia Resp									Inmunizac.		Referido A	
Sexo	Hombre		Motivo de la consulta		Remedios Recibidos		Examen físico									Prenatal	Semanas	Paga IGGS	
	Mujer															Puerperio	Semanas	Quien le acompaña en consulta	
Edad	D								Huella		Intercambio educacional					ConsultaPF			
	M															Método		Si acompañante es mujer	
	A															Consejería		Está Emb?	
Idioma Materno					Personas que apoyaron		Pruebas Complementarias									Quién lo apoya en emergencias		Planifica?	
Migrante																		Consejería	

Apellidos y Nombres:																							
Procedencia																							
Quién dió la consulta?																							
No Orden		Consulta	Nueva		Autodiagnóstico Familiar		Temperatura		Discapacidad		Estado Sico-social		VBG		Lactancia		Está Emb?	
Día			Primera				Pulso		CIE-10	Impresión Clinica	Código /Medicamento		Cantidad Minist	Cantidad Clinica	No Entreg	AIEPI		Citas	
Código de Familia			Reconsulta				Presión Arterial									Nabarro		Referido Por	
			Emergencia				Frecuencia Resp									Inmunizac.		Referido A	
Sexo	Hombre		Motivo de la consulta		Remedios Recibidos		Examen físico									Prenatal	Semanas	Paga IGGS	
	Mujer															Puerperio	Semanas	Quien le acompaña en consulta	
Edad	D								Huella		Intercambio educacional					ConsultaPF			
	M															Método		Si acompañante es mujer	
	A															Consejería		Está Emb?	
Idioma Materno					Personas que apoyaron		Pruebas Complementarias									Quién lo apoya en emergencias		Planifica?	
Migrante																		Consejería	

INS Sistema de Información de Salud	Ficha PERSONAL de Atención PRE y POST Natal	

Apellidos y nombre:	CSC	Supervisado por	Comadrona

Edad	Idioma materno	Sabe leer	FUR	FPP	Embarazos	Partos	Hijos-as Vivos	Abortos

Código Familia

Quién atiende?	Fecha de consulta	Consulta				Motivo de consulta	SIGNOS DE PELIGRO								Que dice la Comadrona	Signos vitales				Prenatal						
		N	P	R	E		Dolor cabeza que no se quita con analdésico	Visión borrosa	Fuerte dolor en boca de estomago	Le cuesta respirar	Ataques	Hemorragia	Fiebre	Sangrado con mal olor		Temperatura	Pulso	Presión Arterial	Frec.Respiratoria	Peso en libras	Altura uterina	Posición fetal	Latido fetal	Edad gestacional UR	Edad gestacional AU	Tiene comadrona que va apoyar en su parto

Hijos e hijas muertos	#	1	2	3	4
	edad				
	sexo				
	causa				

Postnatal		Pruebas complementarias	Estado Sico-Social	CIE-10	Impresión Clínica	Medicamento	Intercambio educacional	Demoras			Plan de seguimiento CITA	Fué referida POR	Fué referida A	Paga IGGS	Quién le acompaña ?
Fecha en que nació el bebé	Quién atendió el parto?							Vive con su pareja?	Quién le ayuda en caso de necesidad?	Quién atenderá su parto?					

Nombre:	Fecha nacimiento:	Sexo	Código de Familia:	
AIEPI: de 2 meses a menores de 5 años	Fecha: Clasificación:	Fecha: Clasificación:	Fecha: Clasificación:	Fecha: Clasificación:
Quién dió la consulta?:				
MOTIVO DECONSULTA y días de estar enfermo/enferma				
VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO: SI_____ NO_____ No puede beber o tomar pecho. Letargia o Inconsciencia. Vomita Todo Convulsiones				
AUTODIAGNOSTICO FAMILIAR y REMEDIOS RECIBIDOS				
¿Tiene TOS o Dificultad para Respirar?. RESPIRACIONES SI_____ NO_____ Cuánto tiempo hace?____días. Contar las respiraciones por minuto Observar si hay tiraje subcostal Observar y escuchar si hay estridor o sibilancia.				
¿Tiene problemas de OIDO o GARGANTA? SI_____ NO_____ ¿Tiene dolor de oído? Determinar ____días de supuración del oído Determinar tumefacción detrás de la oreja ¿Tiene dolor de garganta? Determinar exudado/pus o enrojecimiento ¿Tiene ganglios dolorosos? Sólo garganta enrojecida				
¿Tiene DIARREA? SI_____ NO_____ ¿Cuánto tiempo hace? ____días. Determinar el estado general ¿Hay sangre en las heces? - Letargia o inconsciencia - Intranquilo o irritable. Determinar si tiene los ojos hundidos. Ofrecer líquidos. - Bebe muy mal o no puede beber. - Bebe ávidamente, con sed. Signos del pliegue cutáneo. La piel vuelve al estado anterior: - Muy lentamente (más de 2 segundos) - Lentamente (menos de 2 segundos)				
¿Tiene FIEBRE?. TEMPERATURA SI_____ NO_____ Observar si tiene: - Rigidez de nuca. – Sangrado de encías - Petequias o equimosis - Erupción máculo-papular generalizada - Determinar si tiene tos, coriza, ojos enrojecidos. - Si se sospecha sarampión o la tuvo en el último mes, determinar si tiene signos de complicación. - Úlceras en la boca: profundas o extensas. – Supuración de ojos. Opacidad de la córnea. Determinar si en los últimos 14 días estuvo en zona de alto riesgo de malaria o dengue.				
VERIFICAR ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. PESO en Kgs ¿Usted le da el pecho? SI___NO___. ¿Por qué no?_____ ¿Durante el días cuántas veces?____ ¿Durante la noche cuántas veces?___ ¿Qué otras cosas come además del pecho? SI___NO___ ¿Cuántas veces por día?___ ¿Cambios en la alimentación? SI___NO___ **OBSERVE Y EXPLORE:** Determinar su hay emaciación visible Verificar si hay edema en ambos pies. Determinar el peso para la edad: Mu bajo___Bajo___Adecuado___ Determinar palidez palmar: Intensa___Leve___ Agarre en el amamantamiento: No hay agarre___Agarre deficiente___Buen agarre___ Posición: Buena posición___Mala posición___				
VACUNACIÓN: Completa___ Incompleta___				
EVALUAR OTROS PROBLEMAS				
TRATAMIENTO **DIÁLOGO DE CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN**				
VOLVER A CONTROL: FECHA				

FICHA FAMILIAR SOL-01-A-PAC1A-1-3-0 (Antecedentes)

ISIS SIMIS

Datos Generales

Vivienda habitada	X	Nombre del jefe/a de familia:		Manuel Tahay Tziquin		Departamento:	SololÃ¡	Municipio:	NahualÃ¡
Vivienda habitada temporalmente		Religión	NINGUNA	Fecha de la visita:		Territorio:	Territorio Boca Costa	Sector:	A
AEC que realizó la visita:					Rechaza VFI	Comunidad:	Pacanal I A	Zona:	1
						Vivienda:	3	Familia:	0
						Código de familia	SOL-01-A-PAC1A-1-3-0		

1. ASEGURAR QUE NO HAY UNA EMERGENCIA

1. Verificar que no hay ninguna emergencia ni signo de peligro de los miembros de la familia. Si hay una emergencia o signo de peligro, se suspende la VFI.

2. ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS ULTIMOS 12 MESES

Tipo de familia:	FAMILIA NUCLEAR	No. De Integrantes	6	Extrema precariedad:		Piso	Techo	Paredes
Actividad laboral principal (jefe):	AGRICULTURA			Vivienda alquilada/cedida	PROPIA	TIERRA ARENA	LAMINA	BAJAREQUE

3. ANTECEDENTES INDIVIDUALES

No. Orden	Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Analfabeta	Enf. Crónica (Diabetes, Hipertensión) /fecha de última consulta o seguimiento			Discapacidad (CIEX) /Fecha de último control	Enfermedades psicosociales /Problemas de salud Mental ultimos 12 meses			Enfermedades agudas prioritarias y repetitivas ultimos 12 meses	Pendiente de vacuna	Referida a Casa de Salud (x)	Pendiente de control	Referida a Casa de Salud (x)	>40 PAP Pendiente		Planificación Familiar		
					CIE-X/fecha	Verificar seguimiento (x)	Referida a Casa de Salud (x)		CIE-X/fecha	Verificar seguimiento (x)	Referida a Casa de Salud (x)						Fecha	Avisar de Pap pendiente (x)	Persona que abandono metodo	Madre MEF que no planifica	Ofertar Método (x)

Migración

No. Orden	Nombre y Apellido	Sexo	Edad	Migración Temporal	Migración Permanente	Lugar Migración	Motivo	Recomienda visita CSC al regreso (x)

Perros o Gatos con vacuna pendiente ultimo año:

Número de perros	Número de perros vacunados	Número de gatos	Número de gatos vacunados	Avisar vacuna pendiente (x)
2	1	0	0	

Muertes en los últimos 12 meses:

No. Orden	Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Fecha	Causa Muerte

4. DATOS DEL MEDIO:

Frecuencia Agua (Riesgo 1)			Tratamiento al agua de consumo (Riesgo 2)								Cocina (Riesgo 4)	
Meses del año con menor abastecimiento	Días SIN agua el mes pasado	Horas al día CON agua el mes pasado	Utilización de algún tx			Número de formas de tratamiento	Hierve	Clora	Filtra	Otra	Fuego abierto en alto	Fuego abierto en el suelo
			SI	NO	NA							
3	0	24	X			1	X					X

Tipo de letrina (Riesgo 5)

No tiene	Letrina Pozo	Letrina Abonera Seca	Letrina Lavable	Inodoro conectado a fosa	Inodoro conectado a drenaje
	X				

Disposición de Basuras (Riesgo 3)

Hay disposición de basuras		Número de formas de disposición	Servicio municipal	Servicio privado	Quema	Entierran	Aboneras o reciclaje	Otro
SI	NO							
X		2			X		X	

Código de familia: SOL-01-A-PAC1A-1-3-0

5. CICLOS DE VIDA Y VIGILANCIA ACTIVA

< 5 años

No.	Nombre y apellido	Sexo	Edad			Parentesco	(1)susto(2)mal hecho (3) ojeado sin atención	Referir a:
			Días	Mes	Años			
5	Petrona Tahay Cotiy	F	26	2	4	Hijo		
6	Francisca Camila Tahay Cotiy	F	27	8	2	Hijo		

5 a < 10 años

No.	Nombre y apellido	Sexo	Edad	Parentesco	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:
4	Pascual Tahay Cotiy	M	9 años	Hijo		

Mujeres de 10 a < 50 años

*pasar hoja de vigilancia

No.	Nombre y apellido	Edad	Parentesco	Estado civil	Prueba verbal de embarazo: Embarazada		Sintomático Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:
					Sí* (x)	No (x)			
2	Catarina Cotiy Tambirz	32 años	Esposo o companiero de vida						

Hombres de 10 a < de 50 años

No.	Nombre y apellido	Parentesco	Consulta (x/-)	Sintomático Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:
1	Manuel Tahay Tziquin	Jefe de familia				
3	Juan Tahay Cotiy	Hijo				

Personas adultas mayores (> 50 años)

No.	Nombre y apellido	Sexo	Parentesco	Estado Civil	Consulta (x/-)	Sintomático Respiratorio (x/-)	Sospecha de (1)susto o (2)mal hecho sin atención	Referir a:

Códigos de referencia:

1	EAPAS PIAS
2	EAPAS PFAS
3	EAPAS PCOS
4	Casa de Salud Comunitaria
5	Centro de Salud
6	Hospital Departamental
7	Hospital Regional
8	Hospital Nacional
9	Terapeuta-Comadrona
10	Guía espiritual Maya
11	Terapeuta-Curandero-a general
12	Otra especialidad o sub-especialidad de terapeuta
13	Promotor Rural de Salud
14	Lider Religioso
15	Profetista
16	IGSS: Instituto de Seguridad Social de Guatemala
17	Otro: Escribir a que persona o Institucion.

6. VIGILANCIA ACTIVA DE EVENTOS PRIORIZADOS

CIE-10	EVENTO	DEFINICION DE CASO Y/O PREGUNTA	No. ORDEN	Referir a:
A80	PFA/Polio	Preguntar solamente si hay menor de 15 años:¿Hay algún menor de 15 con debilidad o pérdida de movimiento (parálisis) en un brazo o pierna?		
B05	RUBEOLA	¿Hay alguna persona de cualquier edad con manchas (rash),fiebre y tos?		
B06	SARAMPION	¿Hay alguna persona de cualquier edad con manchas (rash),fiebre y tos?		
A33	T.NEONATAL	Preguntar solamente si hay menor de 28 días¿Hay algún/a menor de 28 días que no mama?		
A37.0	TOS FERINA	¿Hay alguna persona de cualquier edad con ataques de tos que llevan al vómito?		
A90	DENGUE	Persona con fiebre alta de más de 2 días, dolor detrás de los ojos y dolor de huesos		
B57	CHAGAS	Persona con chagomas, signo de Romaña, hinchazón generalizada y ganglios inflamados		
B55.1 y B55.2	LEISHMANIAS	Toda persona con úlcera única o múltiple en piel o mucosas que provenga de área endémica		
B50 y B54	MALARIA	Toda persona con fiebre, sudoración, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general que haya permanecido en área endémica		
B73	ONCOCERCOSIS	Toda persona que presenta tumoraciones, fotobia, lagrimeo, disminución de la agudeza visual, que haya estado 6 meses en área endémica		

Nota: ante cualquier caso sospechoso llamar a EAPAS PIAS y llenar ficha clínica: Según la gravedad del caso o alerta de brote, suspender VFI.

Cantidad de sobres de suero oral entregados

Código de familia: SOL-01-A-PAC1A-1-3-0

7. FACTORES PROTECTORES, RIESGOS Y PROBLEMAS

9. ACCIONES Y SEGUIMIENTO (Marcar con X Acción

#	Factores Protectores	Año anterior	SI	NO	Felicitar a la familia	Intercambio educacional	Negociar cita con responsable PFAS	Aviso de visita en máximo de 2-3 meses	Aviso de invitación a actividad comunitaria	Aviso de invitacion a actividad con grupos de familias
	¿En su familia han tenido un problema de salud por el cual han necesitado ayuda?									
1	Red de apoyo: En el caso de que sí ha tenido un problema, contó con ayuda de: iglesia, familiares , vecinos (si una o más poner si)									
2	Conocimiento sobre el uso e importancia de la Medicina Maya Popular: Usa plantas, sobadas, temascal (al menos 1)									
3	Conocimiento e importancia de la Medicina Maya Popular: Consulta a TMP o comadrona. (al menos 1)									
4	Terapeuta o trabajador/a de salud en la familia									
5	Miembro de familia participa activamente en organizaciones comunitarias									

(A) CELESTE: Riesgos de Medio Ambiente, Alimentación o Educación

#	Riesgo	Año anterior	Actual (x/-)		Inter. educacional		Actividad comunitaria	Actividad con grupos de familias
1	Sin servicio de agua horas o días *							
2	No siempre tratan el agua *							
3	Tiran la basura en cualquier parte *							
4	Fuego abierto en el suelo / o en alto*	X						
5	Sin letrina en la vivienda *							
6	Letrina descuidada o con uso no adecuado							
7	Tiene letrina pero alguien mayor de 5 años no la usa							
8	Cocina está dentro del dormitorio	X						
9	Convivencia inadecuada con animales	X						
10	Vectores transmisores de enfermedad (zancudos, moscas, etc.)							
11	No hay sedazo en las ventanas (área endemica de malaria)	X						
12	No usan mosquitero (área endemica de malaria)	X						
13	Uso de plaguicidas							
14	Mala disposición de plaguicidas							
15	Come menos de dos veces por semana carne, huevos, leche, pollo o pescado							
16	Come menos de dos veces por semana frutas, hierbas y/o verduras							
17	Come mas de dos veces por semana aguas gaseosas, tortrix, ricitos u otra "comida de la tienda"							
18	No reconocen signos de peligro en embarazo							
19	No reconocen signos de peligro en parto							
20	No reconocen signos de peligro en puerperio							
21	No reconocen signos de peligro en diarrea							
22	No reconocen signos de peligro en IRAS							
23	No reconocen signos de peligro en desnutrición severa o grave							
24	Niños/as en edad escolar no van a la escuela o faltan seguido por migración, trabajo o falta de recursos							

(B) ROJO: Problema grave en la familia

#	Problema	Año anterior	No. Orden			Negociar cita con responsable PFAS			
25	Adicción a alcohol o drogas y alguien solicita ayuda								
26	Persona violenta y familia pide ayuda								
			Tipo	Orden					
27	Tipo de Violencia y quien(es) la sufren Tipo Violencia (1.Intrafamiliar, 2.basada en género, 3 abuso sexual/violación)								
28	Embarazo por violación o abuso sexual (si la familia cuenta)								
29	Embarazo no deseado								
30	Persona con intento de suicidio (si la familia cuenta)								
31	Miembro de la familia con mal hecho agudo/susto y sin atención								
32	Enfermedad grave que amerita apoyo familiar								
33	Enfermedades agudas prioritarias y repetitivas en la familia								
34	Muerte en la familia en ultimo año, materno o <5 años (prevenible) o suicidio o violencia								

(C) ANARANJADO: Problema psico-social en la familia pero no piden o no quieren ayuda

#	Problema	Año anterior	No. Orden	Aviso de visita máx. 2 meses
35	Adicciones a alcohol o drogas pero no quieren o no piden ayuda			
36	Persona con conducta antisocial (delincuencia, agresiones)			
37	Violencia en la familia pero no piden o no quieren ayuda			

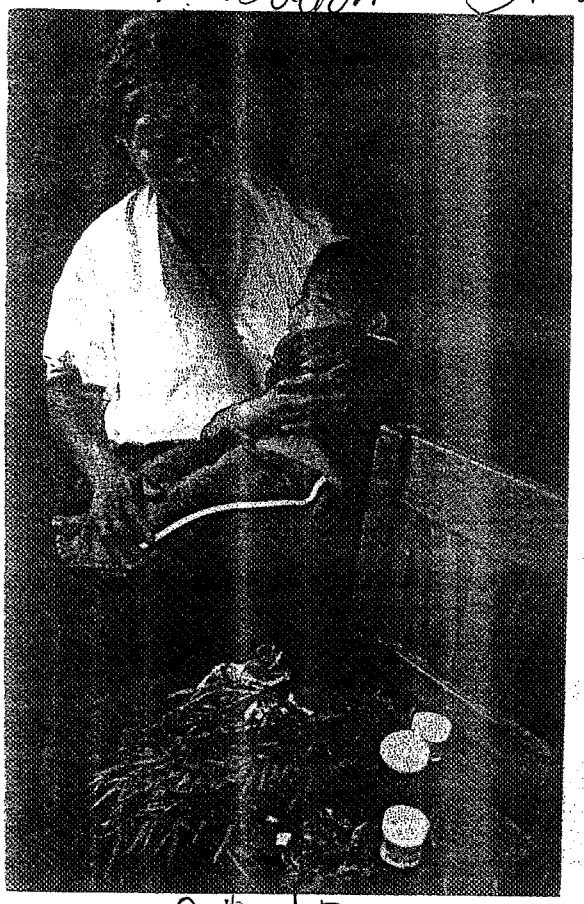
(D) AMARILLO: Familia con riesgo de auto-atención o aislamiento

#	Riesgo	Año anterior	Actual (x/-)	Intercambio educacional	Aviso de visita máx 3 meses
38	Familia con vergüenza de acudir a los servicios de salud por sentirse discriminada (económica, problema de salud como SIDA, TB, etc.) u				
39	Rechazan servicios o actividades sociales por pertenecer a secta				
40	Rechazan vacunación de niños (as)				
41	Rechazan atención del embarazo y/o parto				
42	Rechazan las referencias y contrareferencias a otros servicios				
43	Rechazan control de RN				
44	Familia con auto-estima baja o sin ánimos de buscar ayuda, familia sin esperanza				
45	Adulto mayor en situación de abandono				
46	Niño (a) en situación de abandono				
47	Familia aislada y sin red de apoyo				

8. DIAGNOSTICO FAMILIAR

		Diagnóstico Año Anterior	Diagnostico Principal	Diagnóstico secundarios	Criterios de extrema precariedad: * No cuenta con vivienda formal de acuerdo a contexto local, * Familia sin terreno, * Evidente carencia de recursos, vestuario y alimentos	Vivienda Insegura: 1. Costruccion Deteriorada 2. Basurero Cercano 3.Productos Toxicos Zona Riesgo: 1.Sismo 2.Huracanes 3.Inundaciones 4.Deslizamiento 5.Erupciones 6.Sequias 7.Incendios Forestales 8. Violencia 9.Contaminacion Ambiental	Extrema precariedad	Vivienda Insegura
Rojo	Familia con problema familiar de intervención inmediata es de (25-34)							
Anaranjado	Problema psico-social en la familia pero no piden o no quieren ayuda (35-37)							Zona riesgo
Amarillo	Familia con riesgo de auto-atención o aislamiento (38-47)							
Celeste	Familia con riesgo de medio ambiente, alimentación o educación (1-24)							
Verde	Familia sin ningún problema o riesgo familiar actual							

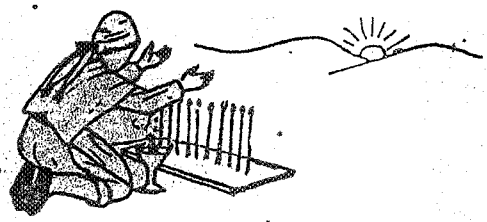
Validacion Dibujos Terapeutas



Ostigado

Mollera Caida

Empacho.



Seremonia Maya

Fractura

Profesia

Susto

Caida de Madrina

BOLETA DE SUPERVISION DE CONSULTA. 8 septiembre 2004

		SI	NO
Inicio de consulta	Saluda a la persona y pregunta por su nombre.		
	Establece la comunicación en el idioma más cómodo para la persona enferma y acompañante.		
	Pregunta a la persona si quiere entrar sóla-sólo o acompañada-do.		
	Asegura privacidad en el consultorio (cierra la puerta).		
	Procura no dar consulta a menores de 15 años que vengan sólo-sóla a no ser de que detecte sea algo que no quiera platicar en presencia de adultos.		
Motivo de consulta	Pregunta con interés y escucha al enfermo-a o a su acompañante.		
	Si es el acompañante quien expone el motivo de consulta, de todos modos preguntamos y miramos a la persona enferma.		
	En todo momento le llama por su nombre (no es adecuado llamarle mi paciente).		
	Realiza INTERROGATORIO suficiente para hacer un diagnóstico diferencial y llegar a la Impresión Clínica		
	Pregunta de otros posibles síntomas y signos para descartar otras enfermedades: Tos, Diarrea, dolor de estómago, Fiebre, Apetito, Regla.		
	A todas las mujeres en edad fértil pregunta por la regla (descartar embarazo)		
Autodiagnóstico	Siempre pregunta: ¿Qué cree que tiene?¿Cuál cree es la causa de su enfermedad?.		
Remedios recibidos	Anota listado de remedios recibidos		
Personas que apoyaron	Anota en cada casilla (hay 3 espacios) para las diferentes personas que le han apoyado.		
Signos vitales	Explica a la persona lo que va hacerle y porqué es importante. Toma bien los Signos Vitales.		
Examen Físico	Si es bebé o niño-a no tienen pena en quitarse la playera o huipil por lo que hay que observarles lo más desnudos que se puedan. No es necesario acostar en la cama al niño-a, a veces, la mejor cama para que no llore son los brazos de la mamá. Se realiza: Observación, palpación, auscultación y percusión.		
Pruebas complementarias	Anotar si se le hizo alguna prueba. Verifica si entendió bien como hacerse la prueba.		
Impresión clínica	Anota la Impresión Clínica principal de primeras y luego las secundarias. Anota bien el código. Explica bien y sencillo lo que es su impresión clínica.		
Medicamentos	Hay coherencia entre la impresión clínica y los medicamentos. Explica claro la forma de tomar los medicamentos. Debe haber coherencia entre la medicación y cuidados con el autodiagnóstico del enfermo-a.		
Intercambio educacional	Platican sobre las dudas de las personas y la complementariedad de la medicación que se le proporciona con otros medicamentos naturales, alimentación y cuidados.		
Citas	Anota fecha en caso de necesitar seguimiento del enfermo-a.		
Demora	Anota las personas de apoyo para en caso de emergencia		
AIEPI	Comprobar si a todos los niños-as menores de 5 años se hizo AIEPI.		
Nabarro	Por ahorita no se hace control de crecimiento,		
Control pre-postnatal	Comprobar si se hizo control a todas las embarazadas y puérperas.		
PF	Si se ha ofrecido PF a las mujeres y hombres.		
Huella	Firma o huella a todas las personas tanto si se les ha dado medicamentos como si no se les ha dado medicamento.		
Acompañante	Se le registra correctamente a la persona acompañante.		
Llenado de ficha	No ha dejado casillas vacías Las más fáciles de dejar vacías son Estado Sicosocial, Discapacidad, Lactancia. No confundir DEMORA con quien ACOMPAÑA.		

ALGUNAS DE ESTAS PREGUNTAS SON PARA REALIZAR A LA SALIDA DE LA CSC CON LOS ENFERMOS Y FAMILIARES.		SI	NO
Derecho a la salud	Si el enfermo y acompañantes han tenido un papel activo.		
	Si se ha respetado las opiniones y prácticas de la población.		
	Las personas saben el tipo de actividades existentes en la CSC		
	Tienen sugerencias para mejorar la atención: horarios, etc		
Perspectiva de género	Se logra confianza y confidencialidad.		
	Se platicó de la PF con hombres y mujeres.		
Pertinencia intercultural	Se recoge el autodiagnóstico, remedios y personas que apoyaron.		
	Se respetan las opiniones y prácticas de la población.		
	Los medicamentos son pertinentes con el modelo explicativo del enfermo-a y sus familiares.		
	El diálogo educacional es pertinente con el modelo explicativo del enfermo-a y sus familiares.		
Satisfacción de la población	Se cubren las expectativas de la población.		
	A la salida de la CSC saben el diagnóstico manifestado por el-la ASC.		
	A la salida de la CSC se comprueba que recuerda como tomar la medicación		
Referencia de enfermos	En caso de referencia se hace seguimiento en el hospital.		
	En caso de referencia a otros doctores y médicos mayas o comadronas se le hace seguimiento		

FUNCIONAMIENTO DEL ECOS. Para trabajar con la matriz de resultados		
Están claros los horarios de consulta para el ECOS y la población (hoja que anuncia horarios) Hay número limitado de consultas? Hasta qué hora se dan números y consulta?.		
Queda claro donde acuden en caso de emergencia (Hoja anunciadora)		
Hay suficientes medicamentos.		
Organización del trabajo: - Cómo se organiza el trabajo cuando están varios ECOS en la CSC?. - Está claro el trabajo de cada quién. Planificación de trabajo: - Hay un plan de trabajo y todos-as lo conocen.		
Se logra realizar estudio sobre la experiencia del día, la historia de algún enfermo-a, se mejora con el interrogatorio y la medicación.		
Cómo se sienten las-los ASC? Propuestas de mejoramiento por parte de ASC. Obstáculos que identifican y soluciones.		
Organización de archivos - Consulta y Otros Servicios SI se digita (enviar a Miguel y Lucía) - AIEPI y Control pre-postnatal NO se digita.		
Utilizar clicks, tablas de Shannon para fijar fichas con pasantes.		
Engrapar las fichas de consulta de cada semana. Hacer paquetes semanales.		
Focos para observar la garganta.		

MATRIZ DE ANÁLISIS Y COMPROMISOS				
Situación encontrada	Soluciones identificadas	Resultado esperado	Responsable	Observaciones