

Anexo No.1

Total de entrevistas y Grupos focales, realizados en el Trabajo de campo

Tipo de documento	Lugar y fecha	Número y cassette
Grupo Focal	21 de mayo de 1,999	1, cassette 1 y 2; lado A
En. Ind. Ernesta Manuel	21 de mayo de 1,999	2, cassette 2, lado B
En. Ind. Bernarda Valey	21 de mayo de 1,999	3, cassette 2, lado B
En. Ind. Ma. Teresa Ixpatá	21 de mayo de 1,999	4, cassette 2, lado B y A
En. Ind. Matilde Ixmalej	21 de mayo de 1,999	5, cassette 2, lado A
En. Ind. Mauricia Bolaj	21 de mayo de 1,999	6, cassette 2, lado A
En. Ind. Ma. Estefana Coloch	21 de mayo de 1,999	7, cassette 2 y 3, lado A
En. Ind. Leonarda Xitumul	21 de mayo de 1,999	8, cassette 3, lado A
En. Ind. Rosa Ofelia	21 de mayo de 1,999	9, cassette 3, lado A
En. Ind. Bernardina Ortiz	21 de mayo de 1,999	10, cassette 3, lado A
Grupo Focal	23 de junio de 1,999	11, cassette 4 y 5
En. Ind. María Tecú	6 de julio de 1,999	12, cassette 7, lado A y cassette 10, lado A
En. Ind. Mauricia Lajuj	6 de julio de 1,999	13, cassette 7, lado A
En. Ind. Francisca Cuxum	7 de julio de 1,999	14, cassette 7, lado B
En. Ind. Bersabé Alvarado	14 de julio de 1,999	15, cassette 7, lado B y cassette 6, lado A
En. Ind. Marcela Solomán P.	14 de julio de 1,999	16, cassette 6, lado A

En. Ind. Ma. Estefana Coloch	14 de julio de 1,999	17, cassette 6, lado B
En. Ind. Antolina López	14 de julio de 1,999	18, cassette 8, lado A y cassette 10, lado B
En. Ind. Emiliana Piox Piox	14 de julio de 1,999	19, cassette 8, lado B
En. Ind. Florencia Cujá	14 de julio de 1,999	20, cassette 9, lado A
En. Ind. Margarita Soloman	15 de julio de 1,999	21, cassette 9; lado A y B
Grupo Focal	16 de julio de 1,999	22, cassette 11 y 12
En. Ind. Bernardina Ortiz	4 de agosto de 1,999	23, cassette 3, lado B
En. Ind. Ma. Teresa Ixpatá	4 de agosto de 1,999	24, cassette 3, lado B
En. Ind. Matilde Ixmalej	4 de agosto de 1,999	25, cassette 3, lado B y cassette 10, lado A
En. Ind. Bernarda Valey	4 de agosto de 1,999	26, cassette 10, lado A
En. Ind. Dr. Verónica	agosto de 1,999	27, cassette 14
En. Ind. Cornelia Andrés	23 de agosto de 1,999	28, cassette 9, lado B
En. Ind. Luciana Díaz	24 de agosto de 1,999	29, cassette 8, lado B y cassette 13, lado A
En. Ind. Ma. Estefana Coloch	25 de mayo del 2,000	30, cassette 17, lado A
En. Ind. Rosenda Hernández	20 de junio del 2,000	31, cassette 18, lado A
En. Ind. Luciana Díaz	17 de julio del 2,000	32, cassette 15, lado A
En. Ind. Antolina López	17 de julio del 2,000	33, cassette 15, lado A y B

En. Ind. Marcela Soloman	17 de julio del 2,000	34, casette 18, lado A y B
En. Ind. Leonarda Xitumul	agosto del 2,000	35, casette 15, lado B, casette 16, lado A
En. Ind. Bernarda Valey	agosto del 2,000	36, casette 16, lado A y B
En. Ind. Gilka Griselda	3 de marzo del 2,001	37, casette 19, lado A y B
En. Ind. Elisa Vásquez	21 de mayo del 2,001	38, casette 20, lado A.
En. Ind. Bruna López	21 de mayo del 2,001	39, casette 20, lado A y B cotinua casette 21, lado A
Ent. Ind. Demecia Tecú	21 de mayo del 2,001	40, casette 21, lado A y B
En. Ind. Francisca Cuxum	22 de mayo del 2,001	41, casette 21, lado B y cassette 22, lado A
En. Ind. Julia Galiano López	22 de mayo del 2,001	42, casette 22, lado A
En. Ind. Angela Tecú	22 de mayo del 2,001	43, casette 22, lado A y B
En. Ind. Leonarda Xitumul	22 de mayo del 2,001	44, casette 22, lado B, casette 23, lado A
En. Ind. Procopia Dubón	22 de mayo del 2,001	45, cassette 23, lado A y B
En. Ind. Dr. Manolo	22 de mayo del 2,001	46, casette 23, lado B y casette 24, lado A
En. Ind. Sebastiana	23 de mayo del 2,001	47, casette 24, lado A
En. Ind. Otra comadrona	23 de mayo del 2,001	48, casette 24, lado B
En. Ind. Señor Sandra	23 de mayo del 2,001	49, casette 24, lado B, casette 25, lado A

En. Ind. Farmacia San Pablo	23 de mayo del 2,001	50, cassette 25, lado A
En. Ind. Far. La Esperanza	23 de mayo del 2,0001	51, cassette 25, lado A
En. Ind. Far. De la Esquina	23 de mayo del 2,001	52, cassette 25, lado B
En. Ind. María Tecú	mayo del 2,001	53, cassette 26, lado A y B

Nota: las entrevistas que aparecen en letras negritas fueron realizadas en achí.

ANEXO No.2:

Documentos que profundizan información del capítulo cuarto:

Resumen del argumento del Rabinal Achí.

A continuación se presenta un pequeño resumen del argumento de la obra realizado por Alain Breton:

"Durante el primer acto, el más largo (pues ocupa la mitad del texto), es capturado k'iche' Achi, llamado a declarar e interrogado por Rabinal Achi: el prisionero fue sorprendido cuando intentaba engañar a unos hombres rabinaleb para apoderarse de ellos y raptarlos; agresivo, irónico, no consiente en revelar su identidad sino después de numerosas tergiversaciones. Habiendo sido establecidos su orígenes -es efectivamente un guerrero k'iche', hijo de Balam Ajaw Balam K'iche-, comienza una larga serie de acusaciones en su contra que preparan de alguna manera los considerandos del juicio. En el segundo acto, Rabinal Achi rendirá cuentas de esa captura e interrogatorio a Job Tob, su soberano; éste propone una solución de compromiso: si el guerrero k'iche' se somete, si se muestra respetuoso y condescendiente, el rey promete entonces acogerlo entre los suyos y darle armas, vestido y adornos, prodigarle alimento y bebidas, y ofrecerle una mujer (una solución que rechaza inmediatamente Rabinal Achi que la considera como una ofensa personal pero que termina, sin embargo, por aceptar ante la insistencia de su rey). En el tercer acto vemos a Rabinal Achi comunicar el mensaje y las propuestas de su padre a K'iche'Achi. Este último rechaza de entrada cualquier compromiso y continúa comportándose amenazadoramente. En el cuarto acto, en fin, llevado a su vez frente a Job Toj, el cautivo se presta a una parodia de conciliación (¿un ritual protocolar?) Durante la cual rechaza obstinadamente los ofrecimientos que se le hacen, reivindicando y finalmente obteniendo la muerte." Breton (1999:40)

Resumen de la historia del siglo XX en Baja Verapaz.

"Durante el siglo XX, Baja Verapaz ha experimentado cambios en diferentes campos: el político, el económico, y el religioso. El departamento se conformó político-administrativamente como actualmente se le conoce, en 1,935.

El poder tradicional de la población indígena a través del alcalde indígena y de las cofradías, mermó a causa de varios factores: la eliminación de las elecciones para alcalde durante la dictadura de Jorge Ubico, así como la supresión del alcalde indígena bajo los gobiernos de la Revolución de 1,944; a pesar de ello, la población indígena buscó mecanismos para retener el poder en la municipalidad.

El auge del movimiento Acción Católica y los grupos

evangélicos también contribuyeron a mermar el poder tradicional indígena, pues esta población se dividió, perdiendo fuerza.

El surgimiento de formas occidentales de organización comunitaria como comités, cooperativas y asociaciones también contribuyeron a mermar el poder tradicional indígena.

La construcción de carreteras y el sistema de transporte colectivo incrementó la búsqueda de ingresos fuera del departamento, una de las características de la emigración es que se observa mayor movilidad entre los ladinos que entre los indígenas: emigraron de Baja Verapaz seis ladinos por cada indígena. También hubo movimientos de población dentro del departamento: el ocasionado por el embalse del proyecto de energía eléctrica Chixoy y el establecimiento de nuevos asentamientos rurales en todos los municipios.

Baja Verapaz, como muchos departamentos, sufrió los efectos de la insurgencia y la contrainsurgencia; pero el municipio de Rabinal se vio afectado con mayor intensidad que el resto de municipios." Barrios (1996:164-165)

Receta de los Boxboles

"Ingredientes: 30 hojas tiernas de ayote, 1 libra de masa, 4 onzas de pepita de ayote; tostadas, 10 tomates, 4 onzas de miltomate, sal y chile al gusto.

Preparación:

Para la masa se cuecen 2 libras de maíz blanco con un poquito de cal y se llevan al molino. Se sazona con sal al gusto. Las hojas tiernas de ayote se lavan bien, se extienden y se les pone un poquito de masa en medio, extendida a lo largo y ancho de la hoja; después se enrolla con todo y la hoja, como formando un puro. Los sobrantes de la hoja se doblan en los extremos. Con cuidado se colocan en una olla y se cuecen al vapor. A parte, se cuecen el tomate y el miltomate y se cuelan para hacer un recado. A éste se le agrega la pelita tostada y molida.

Se sazona con sal y chile al gusto. Al estar cocidos los boxboles se ahogan en este recado."Fundación G &T (2,000:82)

Noticia sobre el festival folklórico de Rabinal del año 2,000.

Publicada en el periódico Prensa Libre del lunes 19 de junio del 2,000:

DANZA; Niños presentarán danzas tradicionales en Rabinal.

PASOS DE 400 NIÑOS

Por Edwin Castro.

"Niños de diferentes edades participarán en el VII festival folclórico escolar "Tradiciones para mañana". La actividad será el 21 y 22 de junio en el parque central de Rabinal,

en la celebración del miércoles del Chilate y el Jueves de Corpus Christi. Los danzantes son alumnos de las escuelas primarias de las aldeas: Buena Vista, Xococ, Patixlán, Vega del Volcán y Panacal. Los niños bailarían al compás de ritmos interpretados por músicos, que han conservado la tradición popular.

El programa:

Miércoles 21, 8 horas, desfile de inauguración. Inicia en el templo El Calvario y termina frente al templo colonial de Rabinal. 9:30 horas; presentación de las diferentes danzas, en las capillas de los cuatro barrios, ubicadas en las esquinas del parque central de la población. Finalizarán las danzas a las 15:00 horas. 16:00 horas; conferencia "Las danzas tradicionales de Rabinal", en el edificio de la municipalidad.

Jueves de Corpus:

8 horas; presentación de las danzas en las capillas de los cuatro barrios.

10:30 horas; procesión del Corpus Christi, con acompañamiento de los grupos de danza y todas las cofradías de la localidad. 14:00 horas finaliza el festival."

Anexo No.3: Genealogías

SIMBOLOGÍA DE GENEALOGÍAS

● = MUJER

⊛ = COMADRONA

Δ = HOMBRE

_ = ENFERMERA

← = UNIÓN O CASAMIENTO

1ra. Generación

Δ ← ●

Lazo matrilineal: Aparecen abuelos maternos de la comadrona.

2da. Generación

● Δ ● Δ

Lazo matrilineal: Aparecen los tíos de comadrona sin indicación de unión o casamiento y sin hijos.

Lazo patrilineal: padres del esposo de la comadrona

3ra. Generación Δ ← ● ● ← Δ Δ ●

Lazo matrilineal: Aparecen hermanos que viven cerca de la residencia de la comadrona con su pareja y descendencia.

Lazo patrilineal: Mismos datos para el esposo de la comadrona.

4ta. Generación: ● Δ ● Δ

Aparecen en los renglones 4to. y 5to.

4to. renglón, lazo matrilineal: aparecen exclusivamente los sobrinos que viven cerca la comadrona sin indicación de unión o casamiento, sin hijos.

4to. renglón, lazo patrilineal: los mismos datos para los sobrinos del esposo de la comadrona.

5to. renglón: aparecen los hijos de la comadrona con indicación de unión o soltería.

5ta. Generación: Δ Δ ●

Aparecen los nietos de la comadrona.

Deliberadamente a partir de la tercera generación en las genealogías solamente se presentan los datos de los familiares que viven cerca para proporcionar una idea del número de personas que pueden ser atendidos por la comadrona en el caso en que se presente alguna enfermedad.

Anexo No.4

Itinerarios de enfermedad en 12 casos de estudio:

CASO No. 12	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recursos buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Bronconeumonía	Consulta a enfermera del C. de S.	Tuvo miedo de llevarla al hospital		A la madre se le murió el hijo en el momento que se capacitaba como promotora de salud
Ultima enfermedad atendida.	Tos y calentura, lombrices alborotadas	Madre guardián de salud, ella sabe de eso	Otra compañera <u>guardián de salud</u>	--	La enfermedad se curo con pastillas de mebendazol.
Itinerario reportado para la familia	--	Se proporciona medicina y si no hay alivio...	Se busca a un doctor	En la com. Se busca al guardián de salud	Se agotan todos los recursos de salud oficiales
CASO No.11	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recurso buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Infección Intestinal	farmaceutico	<u>Promotora de salud</u>		La madre dice que fue ojo,

					pero no consultó terapeutas tradicionales
Ultima enfermedad atendida	Dolor de estómago, cabeza y desmayos	farmacéutico			
Itinerario reportado para la familia	---	utilización de medicinas caseras y si no hay alivio...	Farmacéutico y si no hay alivio Curandero	al doctor	Lo que hace es muy diferente a lo que dice hacer.
Caso No. 10	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recurso buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Neumonía	La madre	<u>Promotora de Salud</u>		
Ultima enfermedad atendida	Calentura, tos y malestar	Farmacéutico			Su decisión fue comprar medicinas
Itinerario reportado para la familia	--	Buscar una medicina y si no hay alivio	Centro de Salud	En la com. Se busca a la <u>comadrona</u>	Efectividad de la medicina química es lo primero que se busca.

Caso No.09	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recurso buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Paro Respiratorio	Suegra, dio remedios caseros	<u>Promotora de Salud</u>	Médico	
Itinerario reportado para la familia	--	Medicamentos caseros y si no hay alivio	Centro de Salud	En la com. A un curandero	Se agotaron casi todos los recursos de salud disponible
Caso No.08	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recurso buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Infección intestinal	Suegra	Curandera	Hospital de Salamá	Factor económico fue fundamental
Ultima enfermedad atendida	Infección en garganta	Suegra y amiga, dio remedio casero	Doctora		Le dio a la hija el medicamento y la rosa de jamaica
Itinerario reportado por la familia	--	Darle medicinas, mientras se lleva al	Centro de salud	En la com. A la suegra, por lo económico	Tendencia a utilizar los 2 tratamientos;

					popular - biomédico
Caso No.07	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. Recurso buscado	3er. Recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Epilepsia	Vecina, dio remedios caseros	Dispensario (monjas)		Síntomas no corresponden al diagnóstico, ya que se reporta mucha diarrea
Itinerario reportado	--	Búsqueda de medicamentos en farmacia o C. de S.	Consejo de algún amigo o vecino que haya usado medicamentos		Se percibe una búsqueda de solución en lo popular-biomédico
Caso No.06	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Síndrome de Down	Médico	Padre de familia		La madre reporta líquido en la cabeza, diagnóstico confuso
Ultima	Varicela y tos	con la	en la com. Con		

enfermedad atendida		familia, dieron remedios caseros	la comadre		
Itinerario reportado	--	a la familia y si es grave	con el doctor	en la comunidad con el vecino	Primer escalón es la familia
Caso No.05	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Neumonía	Madre y hermanas	Médico del C. de s.		El medico receto medicina para diarrea
Ultima enfermedad atendida	Tos, temperatura y diarrea	farmaceutico, ya que hay medicinas a la mano			
Itinerario reportado	--	buscar remedios en la farmacia	En la com. A la madre, sabe de medicinas		La conducta en la muerte es diferente a las otras
Caso No.04	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte	Neumonía	curandera	Promotora de		comunidad

infantil			salud, que no tenía medicina		lejana
Ultima enfermedad atendida	Dolor de cabeza y calentura	Guardián de salud			
Itinerario reportado	--	Se acude a la tienda	con el Guardián de salud	En la com. Con la curandera	Se busca el recurso mas a mano
Caso No.03	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Bronconeumonía	Doctora			La madre pierde la memoria y no recuerda mucho
Itinerario reportado	--	comprar medicinas en la farmacia y si no hay alivio	Hospital		Se da prioridad a la biomedicina
Caso No.02	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Bronconeumonía	Ninguna			El niño murió en camino a casa al

					regreso de la iglesia
Ultima enfermedad atendida	fiebre y dolor de cabeza, paperas	Pastor evangélico, remedios bendecidos por él			
Itinerario reportado	--	Orar y buscar medicina			Otra forma de curación
Caso No.01	Tipo de enfermedad	1er. recurso buscado	2do. recurso buscado	3er. recurso buscado	Comentarios
La muerte infantil	Neumonía	Familia: mamá y hermanos	Médico particular	Médicos del IGSS	madre asegura que no se sabe la causa real
Itinerario reportado	--	Se consulta a la familia	Médico	En la com. A sus hermanos	Primer recurso la familia

Anexo No. 5

Listado de REMEDIOS CASEROS, proporcionados por las comadronas durante el trabajo de campo.

ABORTO:

Para sanar un aborto:

"vino y le dio, mandó hacer cerveza con chocolate y le dio a la señora y lo batió, dicen que con eso se le curó." (Grupo Focal No.2)

"Una señora entonces compraba chocolate, canela, lo calenté y le dí y se le quitó el dolor, pero hay que calentar, hay que sobar, tal era aborto." (Grupo Focal No.2)

AIRES:

"La espina del puercoespín, el bigote del chompipe, el poropox y los corales. La espina y el bigote se tomen a tostar y se muelen. El poropox y los corales raspados y tomado en agua todo junto." (Entrevista No. 35)

"entonces se pone el agua a hervir y se hecha la ruda, hoja de naranja, se despedaza bien, bien lavada y se echa en el traste, tortilla dorada, canela, se le echa el agua hirviendo y se tapa, cuando ya está el agua se cuele y que se la tome." (Entrevista NO.45)

ALBOROTO DE LOMBRICES:

"yo tenía en la casa ajo, agarré 3 ajos los quemé, y 3 cogollitos de hierba buena, 3 de apazote y 3 de flor de muerto, no muy grandes, pequeñitos, lavé la piedra, bien lavada con agua hervida, no caliente, y molí todo eso y le dí la horchatía coladita y dandole, algo picaba, pero ese fue su remedio, amaneció durmiendo y después ya no se me enfermó." (Grupo Focal NO.2)

"...el apazote cure, pero hay que moler y hay que hacer horachata con una clara de huevo y hay que poner en un trapo entonces se le pone aquí y se le pone aquí, para que se le junten las lombrices allí se salen y si usted ya no, ya no, si se reventó eso mejor que lo lleven al centro de salud o sea en el hospital." (Entrevista No.14)

"Como están alborotadas entonces hacen buya y uno se siente molesto, uno come bien y todo molesto, no está tranquilo y al rato un su panito con café hacen ruido y como que ya quiere ir otra vez en el baño, por eso yo les coso hierva buena, ajo , apazote, le doy ese remedio, tapa de una vez y con eso ya estuvo." (Entrevista No.16)

"cocí un poco de agua de canela, manzanilla, un poco de monte que le dicen quiebrajunta y se lo dí." (Entrevista No.26)

AMAMANTAR:

Para bajar la leche:

"Yo vine al pueblo y compré pericón al llegar a la casa lo eché al fuego cuando se coció le dí un vaso, después lo sobé, al siguiente día se bajó la leche" Grupo Focal No.3)

"De primero hacen el chocolate en una jarilla y después va a hervir en la estufa, se compra el chocolate, le echa un poquito de agua para hervir y cuando ya empieza a hervir el chocolate y cuando ya está hirviendo el chocolate entonces se le echa la mitad de la cerveza, entonces uno no se lo toma uno, sino que en dos tiempos, así lo hacen. Se enfría un poquito y se toma tibio." (Entrevista No.40)

AMENAZA DE ABORTO:

Remedio para lograr detener una hemorragia en una mujer embarazada:

"Aquí lo que le damos esos panalitos que hay en la pared así de barro y un puño de pelo de maíz, y un poco de raíz de miltomate lo llamamos nosotros aquí, entonces son 7 granitos. Primero se ponen las raíces de tomatito, entonces le echa un poquito de pelo de maíz, después se le echan las casitas de avispa y como si tiene dolor hay que echarle 3 ramitas de manzanilla para el dolor y 7 granitos de maíz, eso es lo que se le da unas 3 tomas nada más, se le da temprano a medio día y en la tarde, si no mejora entonces se refiere al centro de salud o con la seño la enfermera, la auxiliar, eso es lo que hacemos aquí, pero no siempre cae bien, porque los cuerpos no son iguales." (Entrevista No.15)

Remedio para detener la hemorragia en mujeres embarazadas:
"...así me dice mi mamá, se cocó un poco de frijol negro cuando hay seña de hemorragia y se le echa cebolla roja, se le da un poco del agua a la señora y con eso se le quita la hemorragia." (Entrevista No18)

Para detener la hemorragia de las mujeres embarazadas:

"...eso le hice yo un su yema con café y con canela, hice punche, bien batido el huevo, bien batido, entonces bien le herví el café, le eche y con eso le hice su punche, entonces se lo tomo, hice yo dos veces, al otro día, le dije que tenía que reposar para que sane, para que llegue su día para nacer su muchachito, con eso se le quito y llegó su día y nació su muchachito que es un varón." (Entrevista No.20)

CAÍDA DE LA MATRIZ:

"La tomada se toma un manojito de pericón y traer 8 tabletas de chocolate para el dolor de su corazón, entonces hay que echar en el fuego un poquito de ese pericón y un su chocolate, se le puede dar a esa señora, cuando está caída la matriz. Yo le digo que compre un octavo anisado y compre un manojito de ese pericón, hay que cocer y hay que dar un poquito el guarito de anís, eso no más." (Entrevista No.14)

CALAMBRES:

"Porque como tenía calambres y tenía asientos y tenía vómitos, no le paraba nada, entonces yo solo fui a traer un octavo de anís, y bien quemado, bien quemado, y le sobé su canilla, le calenté un trapo y le envolví sus patas, porque le daba calambres en todo el cuerpo y en el estómago." (Entrevista No.26)

CALENTURA:

"La mejorana para bajar la fiebre, cosida y tomada" (Entrevista No.36)

"Yo lo hago sola, porque si hay una calentura qué hace uno, aunque sea una mi jarilla en el fuego con un poco de agua y le destripé unos limones grandes y le eché un poco de sal, le eche un poco de café en polvo, un poco de bicarbonato y lo tome y con eso se me quitó, al otro día ya no tuve necesidad porque se me quitó" (Entrevista No.39)

" la pura cáscara de palo, cáscara de palo esa está buena para unos que tienen fiebre, si un grande tiene fiebre, la cáscara de quina que es pura amarga, pero hay que machucar, machucar y hay que moler, hay que tomar un trago así, caliente, con agua caliente y hay que bañar, con eso si luego se va a ir, si tiene fiebre o está enfiembrada, aunque sea grande o aunque sea chiquito, eso es bueno y lo que lo voy a comprar yo esa es." (Entrevista No.44)

DIARREA:

"para los asientos les damos uno que se llama anís, pero puro olor de anís, eso que es buenísimo. Ya después si con eso no tiene entonces si ya se le da de químico." (Entrevista No.15)

Asientos en personas mayores:

"...yo le cocí monte para que le pare el asiento así como el apazote, hierba buena, ajo y voy a comprar a la farmacia estolmagina, estomalito, yodoclorina un pedacito de cada cosa así mezclada y lo doy tomado con dos veces ya estuvo." (Entrevista No.16)

"Entonces lo que coso yo es tres hojas de hierva buena, y una rajita de canela y este una ramita de apazote y un diente de ajo, lo coso yo y lo voy a colar, y al colar ya

esta preparado el remedio yodoclorina, furaltamicina y santamicina así mezclado lo pongo, entonces solo le doy por cucharadita cada hora o cada dos horas no le doy mucho porque eso también le puede salir, entonces le doy, si tiene bastante diarrea, entonces eso le doy y ya en la tarde ya no tiene asientos. Eso hago yo." (Entrevista No.21)

Para los asientos:

"Para los asientos es bueno flor de muerto apagado con yodoclorina, de una vez se le quita." (Entrevista NO.23)

Para la diarrea de los niños:

"Yo con un poco de cogollo de siquinay y un poco de cogollo de guayaba cocido y un poco de canela y un poco de manzanilla eso lo cocí. Pero yo también les doy horchata de yuquía bien batido, y bien frío." (Entrevista No.26)

"Yo lo curé con hierva buena y un poco de alka seltzer se echa también nauseol, mejoralito porque el nauseol es un gran remedio, también se echa agromicina para la diarrea."

(Entrevista No.29)

Usar el aceite como purgante:

"Un grande también puede tomar aceite, toma el aceite temprano y en la noche, hay que sobar para que lo lave su estómago y siempre le hace asiento y los lava de las lombrices" (Entrevista No.29)

"Conozco uno que sirve para la diarrea, y el más eficaz es pericón y la hoja de guayaba, canela, la hoja de mango, llantén, banano maduro, es para guardar el mango porque chupa agua por dentro de los asientos, cuando se esta bien mala y está perdiendo mucho líquido con ese cocimiento de todos esos montes que lo mencioné, son 3 ramitas por cada vaso de agua, se hace eso, se prepara, se le da a la paciente o al paciente, si es niño, si es adulto, es muy bueno y excelente para esa enfermedad" (Entrevista No.42)

DOLOR DE CUERPO Y CABEZA:

"Le dí tomar un poco de quina con pericón y manzanilla, se le calmó el dolor" (Entrevista No.26)

DOLORES RELACIONADOS CON LA MENSTRUACIÓN:

Remedio para dolor de cintura cuando hay menstruación y flujo anormal:

"O sea cuando les duele la cintura y siempre les viene su hemorragia ya no normal, siempre les hacemos una sobada y les damos montecitos, para que este caliente otra vez su cuerpo. Yo les doy pericón con hoja de granada." (Entrevista NO. 17)

"Con esa flor de muerto para la menstruación, para que baje solo y a mi mismo me toco, se lava la flor de muerto y se cosen apagadas, pero que fresco sentí todo el cuerpo, pasé 4 días y solo me bajaba, me bajaba y sin ninguna molestia."
(Entrevista no. 23)

" lo que le concían eran altamiza, ha según el color de la hemorragia verdad, la altamiza, suquinay, ciguatape, y unas 7 pimientías de esa, unos le dicen pimienta gorda, otras le dicende canela y un poco de esencia, o sea que le daban unas gotitas y la deban su vasito y la dejaban cubridas y ya de unos 8 - 15 días, ya no sentían ellas nada, ya sanaban, engordaban ese es mi forma mía."
(Entrevista No.45)

ESTÓMAGO (DOLOR, HINCHAZÓN Y OTROS):

Hinchazón de estómago y dolor:

"Cuando cortamos el nixtamal, de donde pela el maicito, entonces nosotros sacamos un vasito y le echamos el jugo de dos limones y le damos unos granitos de sal y se lo toma, eso es santo remedio, eso les quita la hinchazón de estómago y como a veces les agarra asientos" (Entrevista No.15)

"Le dí pericón y altamiza con un puño de café y un pedazo de canela lo cocí bien hervido. Solo eso le dí."
(Entrevista No.20)

"Y la esencia del monte, allí está la esencia del monte, ya solo un poquito tengo, esa mire que es como blanquita, es la esencia del monte. Entonces la pericón, de manzanilla, un poco de esencia del monte y un poco de hierva buena, y el siquinay, un siquinay grande y un siquinay chiquito, son como 5 clases; porque son el pericón, la manzanilla, la esencia del monte, la hierva buena y el siquinay grande y el siquinay chiquito. Son 6 clases. Esos van cocidos y son para el dolor estómago" (Entrevista No.40)

"Esencia del monte, eso es bueno también, si hay un dolor de estómago por las lombrices, se tiene que cocer un diente de ajo, con un poquito de mango, eso, así como un vasito."
(Entrevista No.43)

Para el aire en el estómago:

"...entonces coci un poco de pericón y altamis se lo tomó y con eso se alivio y me dijo que es aire lo que yo tengo."
Grupo Focal No.3)

"La orina cura o sea el dolor de estómago, alguna persona que tiene un dolor de estómago que no se le quita pedir la orina, pero que se lo tomen bien caliente, si muchos médicos dicen que es algo que es cosa desechable, que ya no

tiene ninguna función, pero si es bueno." (Entrevista No.30)

"La albahaca y la escobilla y la sábila, la cola de caballo que es monte también y que sirve para la infección, pero ese sirve para tomar" (Entrevista No.42)

EMPACHO:

"Se purgan con el monte de suquinay que se encuentra en las orillas de los ríos, es lo mejor para el empacho, cocido, en una sola toma, se soba a la persona con aceite francés de primero." (entrevista No.32)

"La leche materna con aceite de oliva, 3 veces al día y sobado, por dos días, dependiendo la edad es la cantidad que se da." (entrevista No.35)

"Entonces yo antes lo que hacía, era que iba a buscar unos cojoyitos que se llama el anono, por aquí, allí está mire, ese palito es anono. Esos cojoyitos tiernitos, esas hojitas que relumbran, se cortan 7 cojoyitos, 7 hojitas y eso se pone en un vasito en un posillo y allí se le echa unos granitos de sal y unas gotitas de limón, antes de echarle esas cositas, ya está hirviendo un poco de agua, hervida, entonces ya cuando ya se cortaron esos montes, se le pone al vaso allí, al posillo y allí se le pone la sal, un poco de bicarbonato y unas gotas de limón y después se sacan unas brazas del fuego, pero mejor si es roble. Entonces se le echa apagado entre las hojas y se le vacía el agua caliente a la hoja, entre el posillo, se le vacea un tanto así, y se pone el monte allí que se remoje entre el agua hirviendo apagado, y hierve aquello pues, con la braza encima viene la agua pues borbojea, allí es donde se cuece el monte, no se va cocer entre el jarro, sino que solamente apagadito con el hervor de las brazas y el agua hervida un tanto, allí se cuece, apagado y allí se tapa. Y ya está bueno para que se lo tome ese niño." (Entrevista No.31)

"Con aceite, con limón y con otros sobrecitos, lo primero le hago un su masaje bien duro, le hago su masaje, su masaje y después lo amarro y de allí le doy su remedio, pongamos que viene a tomar a las 6 de la mañana, a las 8 y la 1, depende de como sigue el niño." (Entrevista NO.34)

HAMBRE:

"hay otro que como usted dice que se muele, la canela, el anís, la alucema, esos son de aquellas matas, esas se muele la canela, el anís, la alucena, hay que moler. ¿Para qué es ese remedio? Ese es para que le llame el hambre, cuando uno ya no tiene hambre, se le agarra un poco se le echa al

café, o con sea con el agua hervida, se le hecha, eso sí.”
(Entrevista No.41)

HEMORRAGIA NASAL:

“Bien, el azúcar con la teja, así hay que echarla en el fuego, bien colorada se va a poner, se echa agua encima y después se echa el azúcar, y se va humo encima para que se suba, eso han hecho mis padres antes. Yo sí todo eso lo vi con mi madre.” (Entrevista No.43)

HERIDAS PEQUEÑAS:

“Cocer el apazote y con el agua se lava 3 veces al día, cuando no son heridas muy grandes, también el ollín se muele muy finamente y después del lavado se espolvorea encima de la herida, también el vaho de apazote es para evitar la inflamación y evitar el cáncer” (Entrevista No.53)

HINCHAZONES:

“Se pone apagada con siquinay y con punta de guayaba, apagada y se baña en eso, el que está hinchado.”
(Entrevista No.39)

LOMBRICES:

“Esa sobada de aceite francés o aceite, tenemos un aceite para las lombrices, que con ese siempre las sobamos, es especialmente para las lombrices y les damos hierva buena con la raíz del apazote y les damos, y a veces les hacemos parche.” (Entrevista NO.17)

Parche de apazote para lombrices:

“Nosotros parche le decimos cuando arreglamos, molemos la raíz del apazote, la hierba buena, flor de muerto, lo molemos y le echamos aceite y lo ponemos en un trapito bien caliente y lo ponemos en el estómago”

“eso se cura con apazote, se machaca con la mano y se hace un masaje con aceite francés en el estómago, se puede así combinando y se puede solo con apazote y con eso se cura”.
(Entrevista No. 18)

“Hice una tortilla con apazote haciendo como tamalito envuelto en hoja, lo metí en el fuego estando medio cocido lo saqué y lo hicimos parche ene l ombligo se le hecha un poco de aceite francés con la tortilla para que se ponga suave.” (Entrevista NO.19)

“Le doy pero solo agua de ruda, apagadita, pongamos está hirviendo el agua y se tiran las 3 ramitas de ruda y se le da de tomar, agua de ruda para las lombrices.”(Entrevista No.24)

"Hay que cocer la punta de macuy bien picado y se hecha hierva buena." (Entrevista No.29)

"Yo curo con apazote, los hago sobar con apazote y ajo para que se caliente y toma hierva buena con alka seltzer y con eso se cura." Grupo Focal No.3

MAL DE OJO

"Alka seltzer sí, bebetina sí, y este mejoralito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar un sal andrens o sea un sal de uvas, sí, ese porque es fresco." (Entrevista No.14)

Remedio cuando el ojo es recurrente:

"Yo sé otro remedio también, cuando se ojea a cada rato, hago otro tipo de remedio eso si comprado con los mercedieros, siete machos, ajos, puro, cigarros, cigarros de esos chiquitos un montón, bastante voy a comprar, por frasco, se va alcohol, se va bastante ruda, se va ajo, y se va un cuarto de ese guaro puro de cantina. Es con mercediero, el monte solo la ruda nada más, solo con los mercedieros, yo preparo y con eso se cura, cuando se baña se echa en la cara todo frasco todo, todo es un remedio, pero arrecho. Solo nada más como loción, ya le eche en todo su cara."

remedio para el ojo seco:

"entonces lo que nosotros hacemos es comprar la linaza, la pomada de linaza hacemos una sobada bien sobado y cocemos un poco de hierva buena y le damos con aceite francés con la mitad de hiedromicina y santamicina en polvo" (Entrevista No.17)

MAL DE ORÍN:

"El mal de orín hay que curar con 4 limones, y 4 tomates y dos cucharadas de azúcar y media cucharada de sal y un granito de cal con eso se quita. Le da a cualquiera." (Entrevista No.12)

OMBLIGO:

Para el ombligo hinchado.

"...llevé dos leños de ixcanal y al llegar a la casa lo metí en el fuego cuando la leña se ardió se le salió como saliva es pura espuma, entonces yo agarré la espuma con mi dedo y lo eché en el ombligo del niño y lo amarré con un pañuelo, lo hice 3 veces al día porque el niño es aire el que afectó su ombligo". Grupo Focal No.3.

PURGANTES:

"YO tengo 3 clases de purgante, ese purgante que le dije ahorita, de allí también acostumbro para los niños para más fino, la rosa purgante, es una rosa blanca, pongo a hervirla, entonces cuando ya está hervida la cuelo y le deshago una purga de sal de uvas picot y se las doy, con eso hago un purgante muy lindo y suave y sanan los angelitos." (Entrevista No.45)

PUJIDO:

"Con montes y espina de puercoespín bien tostado y molido y con el agua de los montes se les da a tomar." (Entrevista No.35)

RETORCIJONES:

Para los retorcijones y dolor de estómago:

"Esto que se llama madrepuerto es bueno para los retorcijones, se lava y se pone a cocer y cuando les duele mucho el estómago esto se les da." (Entrevista No.15)

RONQUERA:

"Y al otro rato ya estaba malo, ya se iba a morir, va la arrojadera, entonces se toma un poco de flor de altamiza, voy a traer 3, pero la pura flor, voy a machucarlos, y se lo llevé, y al rato se le quitó, ese es muy buen remedio, solo mascando se le quitó, ya estuvo, ya no hay más remedio." (Entrevista No.40)

TOS:

"se cocer un poco de eucalipto con té de limón y un poco de florecita de lo que está en las monjas (bogambilia), se le hecha un poco dulce y se le da al niño y se cura". (Entrevista No.18)

"entonces la tos que esta algo ronco así, que como aire le pegó, entonces le maduro la tos, medio octavo para remedio con canela, bien cocido con su café, su canela y un poquito de ese monte oresucio, le dicen, pero es montecito, pero como huele como chicle, ese es muy bueno, orosus. Eso es lo que yo cocí y se tomó un poquito de guaro, pero guaro." (Entrevista no.20)

"Ahora ya con tos, para eso yo hago un remedio también, eso si solo monte, eso que le dicen té de limón, un remedio así como sacate así, dos ramas de eso, entonces eso se agarra unas 3 ramitas y dos ramitas de eso enele noj que tengo por allí y eso de naranja y de jocote, pero no mucho solo un poquito de jocote nada más y un poco de canela y un poco de ruda y eso es bastante clase de remedio, de limón y de naranja y de esos que le digo que parece monte, de enele noj, le echo eso, entonces al cocer eso es para tos y he

echo con mis hijos, se lo toman y poco a poco se corta un poco la tos, eso si solo plantas pues." (Entrevista No.21)

"Coso la manzanilla, canela, té de limón, rosa de jamaica y rosa de castilla, ciruela, flor de sabuco. Tomado 3 veces diarias, mata el microbio y la picazón de la garganta y cuando se les tapa la nariz se les frota un poquito de cebo caliente". (Entrevista No.36)

"si un niño tiene mucha tos, si un niño va de toser y tiene tos, cada día se toma un su soda frescante, cada día se lo toma, soda frescante, con un tirarosa se le da, ya se quita, se quita la tos, pero poquito se le va a dar si el niño es chiquito el niño, no de un solo, sino por poquitos, cucharada por cucharada, después le dan otro y así se quita." (Entrevista No.40)

"La tos, hay que cortar un poco de este, este... Rosa jamaica, rosa de castilla, el sabuco, porque ese es pa la tos. Ese va cocido, porque la rosa de jamaica es dura, por la cáscara, es un fruta que tiene pepitas adentro, dicen que como que es ojo, entonces se corta ese, se coce también, si le echa un poco de sabuco, igual también la manzanilla. Y el cebo porque el cebo se le unta aquí, se le unta este, aquí en los pechos así, cebo de los animales." (Entrevista No.41)

VOMITIVOS:

"El enele noj (hineldo) cocido con puro para sacar la flema o sea vomitar." (Entrevista No.36)

GENERALIDADES SOBRE LOS REMEDIOS:

Importancia de lo frío caliente en los remedios:

"... el vapor que le sale siempre le echamos un poco y le damos al niño cuando ya está frío, se enfría solo que no le de el aire y eso se le da al niño y se le quitó". (Entrevista No.26)

Características de los remedios:

"...tomó un vaso y me dijo mamá es muy amargo lo que me dio, si es cierto y ¿qué quieres voz? El remedio de por sí es amargo para que cure, si es dulce no cura". Grupo Focal NO.3

Una pariente lo sabe hacer:

"Sí, pero ese dice que es de la brea del pino, entonces lo hacen canoita, pero yo no lo he hecho eso, mi tía si lo ha hecho, porque ella lo hace con unas tapas sí, entonces se pega en la cintura, cuando ya se sale se pone tieso allí, eso jala la enfermedad que es aire dicen, pues yo si no

aprendí hacer eso porque ellas si lo hacen, pero ella ya se murió" (Entrevista NO.41)

Debido a la importancia del uso de las plantas medicinales en la elaboración de los remedios caseros, una de las preguntas que se les hacía a las comadronas eran para ubicarlas en su casa y se les interrogaba sobre las plantas medicinales cultivadas en el patio de su casa. Esa información se utilizó para realizar el cuadro No. 1, también se les preguntó a las comadronas cuáles eran las plantas medicinales que eran silvestres y que no se podían cultivar, con esa información se elaboró el cuadro No.2. Y finalmente se les preguntó a las comadronas cuáles eran las plantas medicinales que no podían conseguir en su casa y alrededores, con las respuestas se elaboró el cuadro No. 3.

A continuación se presentan los cuadros. En la tercera columna de los cuadros se menciona la región originaria de las plantas, para demostrar que el uso, se introduce a partir de la conquista española.

Cuadro No. 53

Plantas medicinales sembradas en casas de las parteras¹

Nombre dado por comadrona	Nombre científico	Región de origen
albahaca morada y blanca	<i>Ocimum basilicum</i>	Asia
altamiza	<i>Chrysanthemum parthenium</i>	Europa
apacín	<i>Petiveria alliacea</i>	América
apazote	<i>Teloxis ambrosioides</i>	América
campana	?	?
chilca	<i>Eupatorium chilca</i>	?
chinta	<i>Sechium edule</i>	?
esencia del monte	?	?
hierva buena	<i>Mentha citrata</i>	Europa
hinojo	<i>Foeniculum vulgare</i>	Europa
monte morado	?	?
piedra junta	?	?
rosas	?	?
ruda	<i>Ruta chalepensis</i>	Asia
sábila	<i>Aloe vera</i>	Mediterráneo
salvia sija	<i>Lippia alba</i>	Centro América
tinta	?	?
verbena	<i>Verbena litoralis</i>	América
violimento	?	?

¹El signo de interrogación explica que ese tipo de información no fue factible recolectar.

Cuadro No.54

Plantas medicinales silvestres utilizadas por comadronas

Nombre dado por	Nombre científico	Región de
apacín	<i>Petiveria alliacea</i>	América
apazote	<i>Teloxis ambrosioides</i>	América
flor de muerto	<i>Caléndula officinalis</i>	Egipto
guayaba (hoja)	Myrtaceae	América
hierva del toro	<i>Tridax procumbens</i>	Mesoamérica
izote	<i>Yucca australis</i>	América
jocote (hoja)	<i>Spondias purpurea</i>	México-
lima (hoja)	<i>Citrus limeta</i>	?
limón (hoja)	<i>Citrus aurantifolia</i>	Indonesia
mango (hoja)	<i>Mangífera indica</i>	India
monte morado	?	?
naranja (hoja)	<i>Citrus aurantium</i>	China
siquinay	?	?
verbena	<i>Verbena litoralis</i>	América

Cuadro No.55

Plantas medicinales compradas en los mercados

Nombre dado por	Nombre científico	Región de
altamiza	<i>Chrysanthemum parthenium</i>	Europa
borraja	<i>Borago officinalis</i>	Mediterráneo
canela	<i>cinnamomum zeylanicum</i>	Indonesia
chilca	<i>Eupatorium chilca</i>	?
flor de saúco	<i>Sambucus canadensis</i>	Mesoamérica
jengibre	<i>Zingiber officinale</i>	India y
manzanilla	<i>Matricaria chamomilla</i>	?
pericón	<i>Tagetes lucida</i>	Mesoamérica
quina	<i>Cinchona officinalis</i>	América
tomillo	<i>Thymus vulgaris</i>	Mediterráneo

BIBLIOGRAFÍA:

Adams, R., 1955, *Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. Con sugerencias relacionadas con la práctica de medicina en el área maya*, Guatemala, Instituto Indigenista Nacional.

-----, 1964, *Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala: consideraciones etnológicas sobre el componente ladino de la sociedad guatemalteca*, Guatemala, Seminario de Integración Social.

Aguirre Batzán, Ángel (ed.), 1995, *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*, Barcelona, Boixareu.

Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1992, *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, FCE.

-----, 1994, *Antropología médica: sus desarrollo teóricos en México*. México, FCE.

Asturias, Linda, 1980, *El estudio de la enfermedad folk en Guatemala*, Guatemala. Universidad del Valle.

Asturias, Francisco, 1958, *Historia de la medicina en Guatemala*, Guatemala, Editorial Universitaria.

Asociación Pies de Occidente, 2000, *El rol de la comadrona en su contexto sociocultural*, Guatemala, Asociación pies de occidente.

Barrios, Lina, 1996, *Pueblos e historia en la Baja Verapaz*, Guatemala, Universidad Rafael Landívar - Insitituto de Investigaciones económicas y sociales.

Bravo Barrientos, Hiram, ,990, *Las parteras rurales en México: investigación operativa sobre los niveles de participación de las parteras rurales en programas de atención materno infantil y planificación familiar*, México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.

Breton, Alain, 1999, *Rabinal achi: un drama dinástico maya del siglo XV*. México-Guatemala, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.

---- (coordinador), 1993, *Representaciones del espacio político en las tierras altas de Guatemala*, Guatemala, Centro de estudios mexicanos y centroamericanos. (Cuadernos de estudios guatemaltecos 2)

Bunzel, Ruth, 1981. *Chichicastenango: estudio etnológico sobre un importante centro de la cultura k'iché en guatemala*, Guatemala, Seminario de Integración Social.

Cabrera, Ma. Luisa, 1995, *Otra historia por contar: promotores de salud en Guatemala*, Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA).

Cáceres, Armando, 1996. *Plantas de uso medicinal en Guatemala*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Cáceres, A. y Sapper, D., 1977, «Estudios sobre la medicina popular en Guatemala» *Medicina Tradicional*, 1:59-68.

Cáceres, A., Freire, Virginia y Alonso, Aída, 1988, *Estudio etnobotánico de la flora medicinal del área del caribe de Guatemala*, Guatemala, informe final.

Cáceres, A. y Girón, Lidia, 1994. *Situación y perspectivas de la articulación de la medicina tradicional y oficial en Guatemala*, Guatemala, ponencia presentada en la Reunión de Trabajo Internacional sobre Comercialización e Industrialización de las Plantas Medicinales y sobre la Vigencia de Conceptos e Ideas de la Medicina Tradicional.

Campos, Roberto, (comp.) 1992, *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana. Tomo I y II.

-----, 1996, *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina: estudios en México y Bolivia*. Tesis de Doctorado Universidad Autónoma de México.

-----, 2000, *Parteras indígenas de México y la medicalización del parto*. Ponencia.

Cantón, Manuela, 1998, *Bautizados en fuego; protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala 1989-1993*, Guatemala, Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA).

Comité de los Cantones de Zacualpa (CCZ) et. al., 1994, *Memoria, conclusiones y recomendaciones del primer*

encuentro regional de comadronas, Guatemala, enfants du monde.

Cobián, Dora Luz, 1999, *Génesis y evolución de la figura femenina en el Popol Vuh*, México, Plaza y valdes.

Comelles, Josep y Martínez, Ángel, 1993, *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, Eudema.

-----, 1973, *Magia y curanderismo en la medicina popular*, Barcelona, A. redondo.

Coppo, Piero et..al., 1992 *Rutzil awach; salud y enfermedad en la comunidad maya k'iche'*, Guatemala, Asociación Toto integrado.

Cosminsky, Sheila, 1975 «Changind food and medical beliefs and practices in Guatemalan community» *Ecology Food Nutrition*, vol.4, pp.183-91.

-----, 1977a, «The impact of methods on the analysis of illness conceps in a Guatemalan community». *Social Science and Medicine*, Vol.11, pp.325-32.

-----, 1977b, «Alimento and fresco: nutritional concepts and their implications for health care», *Human Organization*, Vol.36, Fas.2 pp. 203-7.

-----, 1977c, «El papel de la comadorna en Mesoamérica, *América Indígena*, vol. 37 No.2 pp.305-335.

-----, 1978, «La atención del parto y la antropología médica» en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana. pp.139-160.

-----, 1983 «El pluralismo médico en México», en *La herencia de la conquista; treinta años después*, México, FCE, pp. 172-185.

Debus, Mary, 1988, *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*, s. l., HealthCom.

Delgado, H. V., 1986, «Aceptabilidad de programas de salud en poblaciones rurales indígenas». *Tradiciones de Guatemala*, No. 25, pp. 109-111.

Díez, Ismael, 1988, *El promotor rural de salud*, Guatemala, s e.

Dispensario Bethania, 1982, *Manual del promotor*, Guatemala, s e.

England, Nora C., 1988, *Introducción a la lingüística: idiomas mayas*, Guatemala, Proyecto Lingüístico Francisco Marroquín.

Equipo de Antropología Forense de Guatemala (EAFG), 1997, *Las masacres en Rabinal: estudio histórico-antropológico de las masacres de plan de Sánchez, Chichupac y Río Negro*, Guatemala, EAFG.

Espinoza Villatoro, Erik, 1999, *Rejaqlem ri wa'ix; dimensión cero, fisolofía maya, etnomedicina y física moderna*, Guatemala, Cholsamaj.

Favier, Annelise, 1984, «Parto y tradición» en *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Departamento de Estudios

Económicos y Sociales, CIR, UADY, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán. Pags. 245-252.

Frazer, James George, 1994, *La rama dorada: magia y religión*, México, FCE.

Freyermuth, Graciela, 1993, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los ritos de Chiapas*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, y el Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez.

----- 1999, *Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo; factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad*. (Ponencia) Seminario de Sexualidad.

Gaspar, Albina, 2000, *Prácticas y tratamientos médicos olvidados en los achí, Rabinal, Baja Verapaz, durante el período 1,940-1999*, Guatemala, Tesis de licenciatura en Antropología.

Ghidinelli, Azzo, 1986 «El sistema de ideas sobre la enfermedad en mesoamérica» en *Tradiciones de Guatemala*, No. 26, pp. 69-89.

-----, 1981 «La investigación etnomédica y su sectorización» en *Guatemala Indígena*, 16: 1-2, pp. 1-46.

Gillin, John, 1959 «El espanto mágico» en R. Adams et. al. *Cultura indígena de Guatemala*, Guatemala, Seminario de Integración Social, pp. 151-183.

----- 1958, *San Luis Jilotepeque, la seguridad del individuo y de la sociedad en la cultura de una comunidad*

guatemalteca de indígenas y ladinos, Guatemala, Seminario de Integración Social.

Girón, Manuel Antonio, 1966, *Medicina social*, Guatemala, editorial universitaria.

Girón, Lidia, et. el., 1985. *Estudio sobre la actividad anticandida de algunas plantas usadas en el tratamiento de vaginitis*, Guatemala, s. ed.

González Alcantud, José Antonio, et. al. 1996, *Creer y curar: la medicina popular.*, Granada, Diputación provincial de Granada.

González Alonso, Julia y Pansini, Jude, 1996, «El cuidado médico propio y los trabajadores de las fincas de Guatemala» en *Mesoamérica*, No.32 pp.315-138

Grajeda H., Aura V. , 1993, *Causas de deserción del promotor rural de salud*, Tesis de licenciatura en Trabajo Social, Universidad de San Carlos, Guatemala.

Güémez Pineda, Miguel, 2000, «La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas» en *Mesoamérica*, No.39 pp.305-332.

-----, 1997, «De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud» en Esteban Krotz (coordinador) *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán. Pp.117-147.

-----, 1989 «Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil» en *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la universidad de Yucatán*. Año 16, No.91 julio - agosto.pp 3-14.

Guzmán Medina, Ma. Guadalupe, 1997, «Dinámica social, salud y poder: Un análisis antropológico de las concepciones ideológicas de la salud y enfermedad en una comunidad maya de Yucatán.» en *identidades sociales en Yucatán*, Facultad de Ciencias Antropológicas, Mérida, Yucatán, México. pp.133-157.

Hurtado, Elena 1998. *Evaluación de la capacitación de comadronas tradicionales*, Guatemala, proyecto Mother Care/Guatemala, USAID.

-----, 1998 *Desde la comunidad... ..percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención*, Guatemala, USAID, Mother CARE, (Publicación no corregida).

Hurtado, Elena y Acevedo, D., 1998 «Midwives and formal providers in prenatal, delivery and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or Conflict.», en *Demographic Diversity an Change in the Central American Isthmus*, Pebley, A. y L. Rosero-Bixby, RAND, pp.271-326.

-----, et. al. 1998, *Conocimientos y prácticas en mujeres embarazadas, comadronas y esposos sobre la anemia y suplementación con hierro durante el embarazo en Guatemala*, Guatemala, Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP).

-----, et. al. 1987 *Tres aspectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infantil*, Guatemala, INCAP.

----, y Villatoro, Elba, 1986, *Estudio sobre nutrición y salud en una comunidad de Huehuetenango*, Informe final, Guatemala, INCAP.

-----, y Scrimshaw, Susan C. M., 1986, *Procedimientos de asesoría rápida; para programas de nutrición y atención primaria de salud*, Estados Unidos, Universidad de las Naciones Unidas, Tokio.

-----, y Scrimshaw, 1984, «Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level.», en *Food nutrition*, pp.27-45.

Hurtado, Juan J., 1968, «El Ojo creencias y prácticas médicas populares en Guatemala», en *Tradiciones de Guatemala*, No.1 pp. 13-25.

-----, 1979, «La mollera caída», en *Antropología americana*, Vol. XLI, No.50.

-----, 1973, «Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala», en *Guatemala Indígena*, 1: 1-2, pp. 7-22.

Ichon, Alain et. al., 1996, *La cuenca medio del río chixoy (guatemala)*, Guatemala, Centro francés de estudios mexicanos y centroamericanos-Universidad de San Carlos de Guatemala, (Cuadernos de estudios guatemaltecos 3).

Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá INCAP, et. al., 1985, *Manual de estudios antropológicos aplicados a salud y nutrición*, Guatemala, INCAP.

Instituto Indigenista Nacional, 1969 «Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guatemala», en *Guatemala Indígena*, 4: 2, pp. 52-86.

-----, 1971 «Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala», en *Guatemala Indígena*, 6:1, 330p.

Instituto Nacional de Estadística, (INE), 1999, *Encuesta nacional de salud materno infantil 1,998-1999*, Guatemala, INE.

Instituto Nacional de la Salud, 1987, *Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud.

Interamerican Development Advisory Services, (IDEAS), 1995, *Evaluación del programa materno-infantil de CRS (catholic relief services)*, Guatemala, s.e.

Kendall, Carl et. al., 1986, *La herencia de la conquista: treinta años después*, México, FCE.

Kenny, Michael et. al., 1980, *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.

Kroeger, Axel et. al., 1978, *Atención primaria de salud: principios y métodos*, México, Organización Panamericana de la Salud.

Kuschick, Ingrid, 1995, *Medicina popular en España*, Madrid, siglo veintiuno.

Llobera, Josep, 1990, *La identidad de la antropología*, Barcelona, Anagrama.

Lomnitz, Larissa, 1989, *Cómo sobreviven los marginados*, México, siglo veintiuno.

López, Santiago, 1979, *Promotores de salud*, Guatemala, Tesis de licenciatura en Medicina, Universidad de San Carlos.

Maglacas, Mangay, 1981, *La partera tradicional en siete países*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Martínez Durán, Carlos, 1945, *Las ciencias médicas en guatemala; origen y evolución*, Guatemala, Tipografía Nacional.

Martínez, Ángel, 1996 «Antropología de la salud», en *Ensayos de antropología cultural*, Barcelona, Ariel, pp.369-381.

-----, 1993, «Veinte años de antropología de la medicina en España», en Josep M. Comelles, et. al., *Antropología de la salud y de la medicina*, vol. II., Tenerrife, Actas del del VI Congreso de Antropología, pp.13-33.

McKeown, Thomas, 1981, *Introducción a la medicina social*, México, siglo veintiuno.

Mellado, Virginia; C. Zolla; H. Castañeda y Tascón, A., 1989, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro interamericano de Estudios de seguridad social (CIESS).

Méndez Domínguez, Alfredo, 1983, «La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala», en Carl Kendall, et. al., *La herencia de la conquista; treinta años después*. México, FCE, pp. 273-304.

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

-----, 1987 «Medicina tradicional o sistemas prácticos-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención», *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) pp.39-62.

-----, 1988, *Antropología médica; orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, No.179.

-----, 1990a, *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la casa chata. No.179.

-----, 1990b, *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, México, editorial Alianza.

-----, 1992 «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención; caracteres estructurales» y «auto-atención y auto-medicación; un sistema de transacciones sociales permanentes», en Roberto Campos, *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma de México, pp 97-114 y pp 141-185

-----, 1992 «Auto-atención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria», en *Medicina tradicional 500 años después*, República Dominicana, Instituto de Medicina Dominicana pp 63-104.

----, y García de Alba, Javier (comps.). 1993, *Prácticas populares, ideología médica y participación social; Aportes sobre antropología médica en México*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, México.

-----, 1994, «Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud», en *Publicar*, año III, No.4 pp. 7-32.

-----, 1996 «El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre bio-medicina y la medicina popular», en José Antonio González, et. al., *Crear y currar; la medicina popular*. Granada; Diputación provincial pp. 31-61

-----, 1997, «El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad», en *Relaciones*, No.69, el colegio de Michoacán pp.239-270

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 1999, *Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica de Rabinal*, Guatemala, Baja Verapaz. s. e.

-----, 2,000, *Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica de Rabinal*, Guatemala, Baja Verapaz. s. e.

-----, 1997, *Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- Lineamientos para el primer nivel de atención*, Guatemala, s. e.

-----, 1989, *Guía del docente para la capacitación de comadronas*, Guatemala, MSPAS.

Módena, María E., 1990, *Madres, médicos y curanderos*, México, Ediciones de la Casa Chata.

Naciones Unidas en Guatemala, 1999, *Guatemala: el rostro rural del desarrollo humano*, Guatemala, ONU.

Neuenschwander, Helen et. al., 1980, «El síndrome caliente-frío húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos», en *Guatemala Indígena*, 15: 1-2, pp. 137-169.

Oficina Panamericana de la Salud, 1992. *Análisis de la situación de salud por regiones*, Guatemala, OPS.

Organización Mundial de la Salud, 1984, *Glosario de términos: empleados en la serie salud para todos*, Ginebra, OMS, números 1-8.

-----, 1992, *Training of traditional birth attendants (TBAS); a guide for tba trainers*. Ginebra: OMS.

-----, 1978, *Alma-ata 1,978: atención primaria de salud*. Ginebra, OMS.

-----, 1979, *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2,000*, Ginebra, OMS.

Ortiz, Bernardo, 1993, *Medicina, salud y nutrición aztecas*, México, Siglo veintiuno.

Padial Guerchoux, Anita y Vázquez-Bigi, Manuel, 1991, *Quiché vinak: tragedia*, México, FCE.

Pansini, J. Jude y González Alonso, Julia, 1996, «El cuidado médico propio y los trabajadores de las fincas de Guatemala», en *Mesoamerica*, No.32, pp. 315-338.

Parra, Pilar, 1991, «La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud», en *Estudios Demográficos y Urbanos*. (16) Vol.6, No.1, El Colegio de México, México. Pp.69-88.

Population Reports, 1981, *Programas de planificación familiar: las parteras tradicionales y la planificación familiar*, Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University, Serie J. No.22.

Rasmuson, Mark R., et. al., 1988, *Communication for child survival*, Estados Unidos, HEALTHCOM.

Reyes Perdomo, Oscar, 1998 «Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica», en *Estudios Interétnicos*. No.8, Año 6, pp.61-90

Richardson, Mary R., 1995 «Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural», en Luis Ramírez Carrillo (ed.), *Género y*

cambio social en Yucatán, Yucatán, Universidad autónoma de Yucatán, pp. 183-234.

Rosales, Lydia et. al., 1964 «Epidemiología popular de las enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala: Operación Nimiquipalg», en *Guatemala Pediátrica*, Volumen 4, 1, 1964 pp.59-64.

Rubel, Arthur J., 1989, *Susto: una enfermedad popular*, México, FCE.

Ruiz, Amparo et. al., 1997, *Vínculo docencia-investigación; para una formación integral*, México, Plaza y valdes.

Saénz de Tejada, Sandra, 1997, *Investigación cualitativa; manual para su uso en programas de salud*, Guatemala, Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, INCAP.

Seminario de Integración Social, 1959, *Cultura indígena de Guatemala: ensayos de antropología social*, Guatemala, Ministerio de Educación.

Solien de González, Nancie. 1963, «Creencias médicas y nutricionales en un grupo socio económico bajo de la ciudad de Guatemala» en *Revista de Colegio de Médicos de Guatemala*, Vol.14, Fas.1, pp.1-3.

-----, . 1963, «Creencias médicas de la población urbana de Guatemala», en *Guatemala Indígena*, . 6: 4 pp.160-190.

-----, 1966, «Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud» , en *Milbank Memorial Fund Quaterly* Vol.44 Fas.2 1, pp.81-102.

-----, 1963 «Breast-feeding, weaning, and acculturation», en *J. Pediat* Vol.62, pp.577-581.

s. a. , 1996, *acuerdos de paz: los acuerdos de paz sustantivos firmados entre el gobierno de Guatemala y la URNG*, Guatemala, Presidencia de la República.

Smith, Peter et. al., 1998, *Ensayos de campo de intervenciones en salud en países en desarrollo*, Washigton, Organización Mundial de la Salud.

Suárez López, Leticia. et. al., 1999, *Participación de las parteras en actividades de salud reproductiva*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno infantil.

Sucuquí Mejía, Isabel, 2,000, *Concepción religiosa de la medicina practicada por los guías espirituales entre los achi de Rabinal, Baja Verapaz, en la década de los años '90.*, Guatemala, USAC, Tesis de licenciatura en Antropología.

Tate Lanning, John, 1997, *El real protomedicato: la reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México: UNAM.

Torres Rivas, Edelberto, et. al., 1999, *Las particularidades del desarrollo humano*. Guatemala, Llerena, Vol II.

Trilla, Jaume, 1993, *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*, Barcelona, Ariel.

Uribe Oyarbide, José María, 1992, *Educación y curar: el diálogo cultural en atención primaria*, España, Ministerio de Cultura.

Velasco, Horacio, et. al., 1997, *La lógica de la investigación etnográfica*, Madrid, Trotta.

Verdugo, Juan Carlos, 1995, *Neoliberalismo y política de salud en Guatemala*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Tesis para optar el grado en Maestría Social.

-----, et. al. 2002. *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos*, Guatemala, Instancia Nacional de Salud.

Viesca, Carlos, 1997, *Ticiotl: conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México.

Villatoro, Elba, 1982 *Estudio histórico-etnográfico de la medicina tradicional en Guatemala: cuatro enfermedades populares*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, tesis de licenciatura.

-----, 1983 «La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala», en *Boletín La tradición popular*, No.42-43, 16p.

-----, (comp.) 1984, *Etnomedicina en Guatemala*, Guatemala, editorial universitaria.

-----, 1986 «El baño de vapor tradicional un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco», en *Boletín La tradición popular*, No.59, 16p.

-----, 1987, «Prácticas y creencias médicas en una comunidad indígena de Guatemala» , en *Tradiciones de Guatemala*, No.28, pp. 31-39

-----, 1988, «La comunicación popular y salud materno infantil», en *Tradiciones de Guatemala*, No. 30, pp. 31-39.

-----, y Acevedo, Joaquín, 1989, «Vida y obra de los curanderos de Todos Santos Cuchumatanes, Huehuetenango», en *Boletín La tradición popular*, No.73, 12p.

-----, 1990, «Concepción y simbolismo en la medicina tradicional de Guatemala», *Tradiciones de Guatemala*, No.34, pp. 27-37.

-----, y Reyes, Oscar, 1992 «Mesoamérica y occidente, 500 años de simbolismos y prácticas médicas», en *Tradiciones de Guatemala*, No.37-38, pp. 47-59.

-----, 1994, «La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas: una experiencia en el área ixil, quiché», en *Boletín La tradición popular*, No. 97. 20p.

-----, 1996, «La medicina tradicional en Guatemala: Un acercamiento histórico», en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp.9-58

-----, 1996, «Las plantas: recurso terapéutico a través de la historia», en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 61-66.

-----, 1996, «El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediátrica en Guatemala», en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 69-83.

-----, 1996, «El suicidio en los pueblos mayas: un acercamiento sociocultural», en *Tradiciones de Guatemala*, No. 45, pp. 143-155.

-----, 1996, «Salud-enfermedad: diversos enfoques teóricos metodológicos», en *Tradiciones de Guatemala*, No.45, pp. 159-171.

-----, 1997, «Los terapeutas tradicionales de Totonicapán, su quehacer en el campo de salud-enfermedad», en *Tradiciones de Guatemala*, No.47, pp. 59-93

Ward, Victoria M., 1991, *La utilización de los servicios de salud materno-infantil en la población mayense de Guatemala; una revisión de literatura multidisciplinaria*, Guatemala, Agencia para el Desarrollo Internacional.

Widson, Charles, 1961, *Los Chortis de Guatemala: estudio etnográfico de una región guatemalteca*, Guatemala, Seminario de Integración Social.

Zolla, Carlos, 1986. *La medicina invisible; introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, México, Folios.

-----, et. al. 1988, *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS.

-----, y Carrillo, Ana María, 1988, «Mujeres, saberes médicos e institucionalización», en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México.

-----, 1986, «Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales», en *México Indígena*, No.9 marzo-abril.

Revistas:

Fundación G&T. Revista Galería: LAS VERAPACES. Guatemala: Fundación G&T, Año 2, No. 6.

Base de datos del INCAP:

Hurtado, Elena y Delgado, Hernán. Crecimiento físico, nutrición e infección en los primeros años de vida, 1984

----- y Scrimshaw, S. Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level, 1,984.

----- et. al. Informe final del estudio de caso del centro de salud de la colonia primero de julio. Guatemala:INCAP, 1985.

----- et. al. Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición realizado en la colonia Juárez, Guanagazapa, Zacapa. Guatemala:INCAP, 1986.

----- y Villatoro, Elba. Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición en una comunidad de Huehuetenango. Guatemala:INCAP, 1986.

----- et. al. Health-seeking behavior at the household level in a highland community in Guatemala. Guatemala:INCAP, 1986.

----- et. al. Producción y pretestado de mensajes educativos a transmitirse durante el período de post-parto en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala. Guatemala:INCAP, 1986.

----- y Srimshaw, S. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de Salud. 1,987

----- y Delgado, Hernám. Tres aspectos simplificados de atención primaria de salud y su efecto sobre la nutrición y la salud infantil. Guatemala:INCAP, 1987.

----- et. al. Lo que toda mamá debe saber sobre los asientos. Guatemala:INCAP, 1987.

----- et. al. Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre los asientos y su tratamiento: una sesión de preguntas y respuestas. Guatemala:INCAP, 1987.

----- La lactancia materna en la etiología de la diarrea, 1,989.

----- et.al. Estudio de factores que influyen en el manejo alimentario del niño con diarrea. Guatemala:INCAP, 1988.

----- et. al. Anthropological involvement in the Central America diarrheal disease control project, 1,988.

----- Delgado, Hermán. Nutritional improvement without better health: Santa María Cauqué 15 years later. Guatemala:INCAP, 1988.

----- et. al. Lo que toda mamá debe saber sobre el crecimiento de su hijo: una historia de vida real de Rosa, Juan y su hija Rosita. Guatemala:INCAP, 1988.

----- Aspectos socio-culturales relacionados con el consumo de alimentos, 1,989.

Hurtado, Elena. Evaluación formativa de un componente del programa del patronato pro-nutrición infantil en la colonia Maya, zona 18. Guatemala:INCAP, 1990.

----- et. al. Lo que todo trabajador de salud debe averiguar sobre su comunidad donde trabaja: una guía para el diagnóstico comunitario rápido en salud y nutrición. Guatemala:INCAP. 1991.

----- et. al. Investigando creencias: cómo recolectar información. 1,991

----- et. al. Técnicas para evaluar y validar materiales educativos. Guatemala:INCAP, 1992.

----- y Delgado. Nutrición y reproducción humana. 1,992

----- et. al. Guía para capacitar en el uso del material sobre vitamina A como complemento del manual: El diseño de actividades contra la deficiencia de la vitamina A en Guatemala. Guatemala:INCAP, 1995.

----- et. al. A handwashing communication intervention in Guatemala Waterlines. 1,995.

----- et. al. El diseño de actividades contra la deficiencia de la vitamina "A" en Guatemala. 1,995

Hurtado, Elena. Desde la comunidad... ..percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención. USAID, MotherCARE: Guatemala, 1998. (Publicación no corregida). Que corresponde a la siguiente investigación: Los conocimientos de comadronas tradicionales de Guatemala sobre complicaciones en el embarazo, parto y post-parto. Informe preparado para el Proyecto Mother Care (Sub-contrato No.5024-37).

Hurtado, Elena y Acevedo, D. "Midwives and formal providers in prenatal, delivery and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or Conflict." En: Demographic Diversity and Change in the Central American Isthmus. Pebley, A. y L. Rosero-Bixby. RAND, 271-326.

----- et. al. Conocimientos y prácticas en mujeres embarazadas, comadronas y esposos sobre la anemia y suplementación con hierro durante el embarazo en Guatemala. Guatemala: INCAP, 1998.

----- et. al. Mejorando las prácticas de alimentación de niños de 6 a 24 meses de edad a través de un programa de comunicación y educación. Guatemala: INCAP, 1998.

----- et. al. Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar la productividad de alimentación en niños de

6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala.
Guatemala:INCAP, 1998.

CAPÍTULO I: EL DESARROLLO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD EN GUATEMALA

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

1.- EL PUNTO DE PARTIDA: ENTRE MÉDICOS GUATEMALTECOS:

A partir de las publicaciones de Carlos Martínez Durán y de Francisco Asturias ¹, comienza entre el gremio de médicos una preocupación por estudiar o relacionar el campo de la historia al de la medicina. Esa mirada de la disciplina a las ciencias sociales entre los médicos comienza en la década de los años cuarentas y cincuentas.

Fueron pocos los médicos que comenzaron a realizar investigaciones en esa área del conocimiento, sin embargo con ellos empieza la influencia sobre otros estudiantes que en un futuro serán médicos. Pero no es, sino hasta en la década de los sesentas que algunos factores de inconformidad sumados al factor social, serán los ejes de influencia para que los estudiantes de medicina comiencen investigaciones respecto del tema. Un hecho determinante es la influencia Internacional que respecto del tema existía. Los médicos en Guatemala fueron influenciados por los escritos de Virchow.

¹Para más detalle consultar la bibliografía

En la Facultad de Medicina de la USAC², durante los años sesentas, empieza la preocupación de promocionar y fomentar la connotación social del quehacer médico, por ello se origina la cátedra: Medicina Preventiva y Social, en el pensum de estudios de la carrera de medicina, con ella también se edita el libro: Medicina Social. Esta cátedra es la influencia para muchos estudiantes de medicina³, que en un futuro comenzarán con sus trabajos sobre Antropología Médica. Algunos parámetros sobre lo que debería ser el enfoque de la medicina para dicha cátedra eran:

"No hay máquina IBM que nos dé datos fiables [del paciente] sobre su espíritu; para comprenderlo hay que conocerlo, compartir sus sufrimientos y alegrías y respetar su dignidad individual...

En consecuencia afirmamos que la Medicina Social supera los alcances de la etapa individual de la medicina, no porque se contraponga a ésta, sino porque la magnifica; ambas tienen como denominador común el amor al prójimo, y sin tal amor, la medicina ya sea individual o social, se deshumaniza" Girón(1964:24)

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

Mientras transcurrieron esos 30 años de aceptación e inclusión de las ciencias sociales en la Facultad de Medicina de la USAC, se desarrollan paralelamente estudios

²Universidad de San Carlos de Guatemala.

³Algunos de éstos son: el Dr. Juan José Hurtado, Lidia Rosales y colaboradores.

que realizan investigadores extranjeros en torno a temas antropológicos, como a continuación se explica.

2.- LOS PRIMEROS APORTES CON INFLUENCIA ESTADOUNIDENSE:

A partir del año 1,940 comienzan a viajar hacia Guatemala muchos investigadores estadounidenses con el objetivo de realizar trabajo de campo con indígenas, véase lo que Richard Adams dice en el año 1,956 al respecto:

"...Esta nación ha sido un centro de interés para los antropólogos sociales, debido a la vigorosa supervivencia de una enorme población indígena, que conserva una cultura sumamente individualista y variada. Muchos estudios se han llevado a cabo en el país y se ha acumulado gran cantidad de material para ayudarnos a conocer la vida del indígena contemporáneo y sus relaciones con el ladino y con el resto del mundo." Seminario de Integración Social (1,956:15-16).

Sin embargo, debido a al poco desarrollo de la antropología de la medicina para ese entonces, no todos los extranjeros se dedicaron a temas relacionados con la antropología de la medicina.

John Gillin un antropólogo estadounidense es el primero que realiza una investigación⁴ relacionando la Antropología con los terapeutas tradicionales en Guatemala⁵. Su artículo en el libro; Cultura Indígena de Guatemala. No hace referencia a la orientación teórico-metodológica utilizada, sin embargo hay algunas evidencias que nos pueden orientar respecto del tema.

⁴El trabajo de campo John Gillin, lo hace durante los años 1,942-1946 y 1947 y la publicación de su trabajo en español corresponde al año 1,956.

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

Con relación a la primera; el autor menciona que a los curanderos entrevistados y a algunos de sus pacientes se les aplicó el test de Rorschach⁶. Y en relación a la segunda evidencia, es el lugar en donde se ubica su artículo; en la tabla de contenido del libro, se ubica un apartado titulado: Algunos aspectos psicológicos, y es aquí en donde se encuentra el artículo escrito por Gillin. Estas son evidencias que llevan a pensar que la orientación teórica-metodológica del autor es la escuela de cultura y personalidad estadounidense.

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

⁶En la psicología analítica, se clasifica como un test proyectivo.

Posteriormente, y concretamente en el año 1950 se crea el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP) en Guatemala. El INCAP se convierte en el albergue de científicos estadounidenses y nacionales que se ocuparán de la temática antropológica relacionada con salud y/o medicina. El trabajo realizado en el INCAP se puede clasificar en dos épocas diferentes. La primera época se caracteriza por investigadores estadounidenses como Richard Adams y Nancie Solien, pero también existe el trabajo realizado por médicos guatemaltecos influenciados por investigadores estadounidenses, éstos son: Lidia Rosales y Juan José Hurtado⁷. La segunda época igualmente se caracteriza por la influencia de investigadores estadounidenses, pero su orientación se basa en auxiliar las investigaciones técnicas realizadas en las comunidades. Esta segunda época será explicada más adelante.

La primera etapa de influencia extranjera en el INCAP, abarca el período que va de 1,950 a 1,965, el cual se caracteriza por la propuesta y posterior influencia del modelo condicional elaborado por Richard Adams sobre la enfermedad tradicional en Guatemala. Esta primera etapa también se caracteriza porque al comienzo de la década de los años sesentas comienzan a congregarse en el INCAP equipos multidisciplinarios de diversas nacionalidades (estadounidenses y guatemaltecos), para realizar investigaciones.

En esta primera época se publica el libro escrito por Adams, "Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala". Este responde a la

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

influencia teórico-metodológica del funcionalismo estadounidense. El estudio se basa primordialmente en la premisa de Robert Redfield respecto de la existencia de una medicina folk, en la cual la clasificación de las enfermedades responde a factores culturales, por ello la propuesta de Adams es clasificar en torno al equilibrio frío-calor, la explicación simbólica de la eficacia de la medicina folk..

Adams propone un modelo condicional basado en el esquema operativo de las ecuaciones en donde la primera parte de la ecuación es una condición interna en el organismo⁸, sumando en la segunda parte de la ecuación una condición externa⁹ experimentada por la persona, dando como resultado una enfermedad, en este caso una enfermedad tradicional. La propuesta explicativa de Adams sobre la enfermedad tradicional es la que se utilizará en todas las investigaciones de índole antropológico realizadas en Guatemala hasta la década de los años ochenta, sin embargo, Adams también propone otros modelos conceptuales¹⁰ para el análisis y concepción de varios fenómenos sociales en Guatemala. Por ello la influencia de éste autor en los científicos sociales no se circunscribe a su interpretación sobre las enfermedades tradicionales. Finalmente Richard Adams concentra sus esfuerzos de investigación hacia otras

⁸La explicación proporcionada por Adams literalmente dice: "La condición interna, se refiere, por ejemplo, a la fortaleza o debilidad, frialdad o calor del cuerpo." Adams (1,952:17)

⁹En palabras de Adams: "...condición externa, se refieren a cierto elemento fuera del organismo el que está presente en un momento crítico para unirse con una condición interna determinada para producir la enfermedad resultante" Adams (1,952:18)

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

temáticas y se traslada al Instituto Indigenista Nacional¹¹ (IIN), en donde impulsa algunas encuestas en el ámbito nacional sobre las enfermedades tradicionales.

En el momento que Adams abandona el INCAP, otros investigadores extranjeros se encargaron de dirigir algunas investigaciones, como: Su director el Dr. Nevin S. Scrimshaw y Nancie L. Solien, sin embargo, desde el Instituto Indigenista Nacional, Adams continúa influenciando teóricamente el trabajo antropológico, véase por ejemplo el documento escrito por Nancie L. Solien en 1,963: "Breat-feeding, weaning and acculturation".

¹¹Institución que dependía del Ministerio de Educación y que fue fundada en 1,945.

En este tiempo la temática de investigación del INCAP respecto de la línea antropológica se dirige hacia los aspectos nutricionales como: la crianza del niño, las enfermedades infantiles, etc. Dos importantes investigaciones se conocen sobre éstos trabajos realizados conjuntamente entre investigadores estadounidenses y guatemaltecos. El realizado por Nancie L. Solien y el Dr. Hurtado; sobre la edad del destete entre los ladinos. El otro realizado por Lydia Rosales y equipo sobre el alboroto de las lombrices.¹²

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

En el transcurso de esos 15 años de investigación en el INCAP, comienzan a surgir otras instituciones en Guatemala que comienzan a ocuparse sobre el tema, el interés se centra en evidenciar las prácticas médicas entre los indígenas, a continuación se presenta su desarrollo.

¹²Para más detalles consultar bibliografía.

3.- PRIMERAS PROPUESTAS DE ESTUDIO EN EL ÁMBITO NACIONAL DE PRÁCTICAS MÉDICAS ENTRE LOS INDÍGENAS:

En la siguiente década que va de los años 1,965 a 1975, entre las publicaciones guatemaltecas sobre el tema, se destacan las publicaciones realizadas por el Dr. Juan José Hurtado y las del Instituto Indigenista Nacional. El producto de las investigaciones se basa en las orientaciones teórico-metodológica que intentan explicar la eficacia simbólica de las enfermedades tradicionales, o la enumeración y clasificación de las enfermedades que pertenecen a la medicina folk.

La revista del Instituto Indigenista Nacional, que se llamaba Guatemala Indígena, es el órgano de difusión de la mayoría de publicaciones que corresponde a ésta época, éstas también se caracterizan porque su contenido está orientado hacia lo antropológico y ya no, hacia lo técnico-científico como lo fueron las publicaciones elaboradas por Nancie L. Solien y Lidia Rosales.

Una de las publicaciones más importantes de esta época es la elaborada por el Dr. Hurtado: "Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala", aunque en el fondo es la misma propuesta que hiciera Richard Adams en 1,952, el Dr. Hurtado con conocimientos prácticos y técnicos presenta una clasificación basada en las estructuras de la cosmogonía maya. La clasificación se basa en las: a) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, b) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional, c) enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío y d) enfermedades causadas por las influencias de otros seres, naturales o sobrenaturales.

La clasificación de Hurtado toma también determinados padecimientos característicos de la población indígena; como la clasificación que hace sobre la base de: e) las enfermedades causadas por parásitos intestinales y f) enfermedades causadas por la pérdida del alma.

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

Otro importante aporte de las publicaciones de Instituto Indigenista Nacional es la clasificación de los terapeutas tradicionales en: a) parteras, b) compone huesos, c) zajorines y d) curanderos; que propone la investigación dirigida por Francisco Rodríguez R. en el I.I.N., aunque es cierto que Adams en su libro publicado en 1,952 ya proponía una clasificación de los especialistas, ésta se restringe a la realidad de Magdalena Milpas Altas, mientras que el estudio realizado por el I.I.N. obtiene datos más generales para toda la población indígena en Guatemala.

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

Cuadro No.1

Propuesta Histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento en Guatemala; Los primeros 30 años (1,945-1975)

Año	Autor y nombre de la publicación y/o Acontecimiento	COMENTARIOS
1945	Carlos Martínez Durán, Las ciencias médicas en Guatemala.	Primeros aportes de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 1,945-1965
1958	Francisco Asturias, Historia de la medicina en Guatemala.	
1,964	Manuel Antonio Girón, Medicina Social	
1,959	John Gillin, El espanto mágico. El trabajo de campo para la publicación se realizó durante los años 1,942-7	Primer aporte de índole médico-antropológico realizado en Guatemala
1,946	Fecha de Fundación del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá INCAP	Primeros aportes del INCAP..
1,952	Richard Adams, Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.	Primera etapa de influencia norteamericana que se da en el INCAP
1,962 1,963 1,966	Nancie L. Solien, Breadt-feeding, weaning and acculturation, Creencias médicas y nutricionales en un grupo socio-económico bajo, de la ciudad de Guate., Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud	Conformación de equipos multidisciplinari os formados por médicos guatemaltecos y antro-pólogos estodounidenses
1,964	Lidia Rosales et. al. Epidemiología popular de enfermedades prevalentes en el medio rural de Guate.	1,950 a 1965

1,968 1,973 1,979	J. José Hurtado, El ojo, Algunas ideas para un modelo estructural de las creencias en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala, La mollera caída.	Aportes del Instituto Indigenista Nacional.
1,969 1,973	I.I.N., Prácticas médicas tradicionales de los indígenas de Guate., La medicina popular en el área rural de Guatemala.	Producción netamente guatemalteca, influenciada por investigadores extranjeros. 1,965-1975

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

4.- OTROS APORTES CON INFLUENCIA ESTADOUNIDENSE:

Las políticas de investigación antropológica en el INCAP, se caracterizan por la influencia de investigadores norteamericanos. Anteriormente se habló de una primera influencia norteamericana de los años 1,950 a 1,965. Puede señalarse una segunda etapa de influencia norteamericana de nuevo en el INCAP, que abarca del año 1,975 a 1,980 dominada por los estudios realizados por Sheila Cosminsky.

Respecto de los otros estudios de índole antropológico realizados en el INCAP, toman elementos de la aculturación y se enfocan más en el uso de la antropología aplicada y menos en la consolidación de una marco teórico metodológico.

El trabajo de campo e investigación realizado por Sheila Cosminsky en Guatemala comienza en los años 1,967 y 1,968, posteriormente continúa viajando temporalmente hasta principios de los años ochentas. Sin embargo, los resultados de sus trabajos comienzan a publicarse hasta

mediados de los años setentas y en Guatemala se conocen años después. Sus publicaciones y concretamente sus orientaciones teórico-metodológicas, pueden clasificarse en dos diferentes épocas; una que corresponde de 1,969 a 1,977 y la otra que va de 1,980 en adelante¹³.

¹³Lamentablemente en Guatemala es muy difícil conseguir copias de artículos publicados en revistas científicas estadounidenses. Se tienen datos bibliográficos, pero no se pueden conseguir copias de los artículos, en Guatemala es imposible. A continuación presento un listado de publicaciones realizadas por Sheila Cosminsky, de las cuales, solamente se consiguió copia impresa de 5 artículos, (los que tienen asterisco).

1,969 "Hot and cold; a study of changing food and medical beliefs in guatemalan community".

1,972 Decision making and medical care in Guatemalan indian community, Tesis doctoral.

1,974 The role of the midwife in middle america. (Traducida al español en 1,977)

1,975 "Chaninging food and medical beliefs and practices in a guatemalan community".★

-
- 1,976 "Cross-cultural perspectives on midwifery." *Medical Anthropology*, F. Grollig et. H. Haley (eds.) The Hague: Mouton, p.229-248.
- 1,977 "The role and training among traditional midwives".
- 1,977 "El papel de la comadrona en Mesoamérica". *América Indígena*, vol. 37 No.2 pp.305-335.
- 1,977 "Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca". *Medical Anthropology*, Vol.1 No.3 p.69-104.
- 1,977 "Alimento and Fresco; nutritional concepts and their implications for health care" ★
- 1,977 "The impact of methods on the analysis of illness concepts in a Guatemalan community" ★
- 1,978 La atención del parto y la antropología médica.★
- 1,980 y Mary Scrimshaw "Medical pluralism on a Guatemalan plantation".
- 1,982 "Childbirth and change: A guatemalan Study" en MacCormack, Carol (ed.) *Ethnography of fertility and birth*, London: Academic Press, pp.205-209.
- 1,983 El pluralismo médico en mesoamérica.★
- 1,989 "Women's health care strategies on a Guatemalan plantation".
- S. f. "Role adaption among indigenous midwives: a case study in a Guatemala mayan community"

Por fines prácticos, la primera época la llamaremos: Aportes clásicos de la antropología, y a la segunda época: Pluralismo médico, término empleado por Sheila Cosminsky.

A.- Aportes clásicos de la antropología: La influencia de las publicaciones realizadas por Richard Adams sobre enfermedad y aculturación en Latinoamérica es notoria. El dominio de la antropología integracionista, que apoyaba la premisa sobre la "aculturación de los indígenas" es mencionada en uno de los artículos¹⁴ de Cosminsky. En éste explica que los indígenas más aculturados son quienes más utilizan la categoría de fresco; sin embargo, la importancia de dicho artículo radica más en los criterios relativos a la prevención, etiología y tratamientos, respecto de las categorías de "fresco" y "alimento".

En otro artículo de la misma autora, aparecen referencias a los trabajos realizados por Adams, Bill Douglas y Arthur Rubel¹⁵ sobre las causas de los padecimientos entre los indígenas. El aporte de Cosminsky respecto del tema, es que sugiere cambios en las propuestas de dichos autores; explica que su propuesta incluye las experiencias emocionales y otros factores de la condición interna,

¹⁴Debido a que el artículo original está en inglés, se tomó una interpretación y traducción libre del contenido, consúltese Cosminsky (1,977b;204).

¹⁵Para más detalle consulte la bibliografía, Cosminsky 1,977b.

también decide llamar a ésta, "la condición interna susceptible".¹⁶

La influencia de algunos modelos propuestos en investigaciones anteriores y la influencia de la corriente teórico-metodológica respecto de la antropología funcionalista norteamericana en las publicaciones de Cosminsky son evidentes, sin embargo se puede decir que los aportes más valiosos de sus publicaciones entre 1,969 y 1,977 se orientan hacia la antropología aplicada y no respecto de orientaciones teórico-metodológicas. Por ejemplo el trabajo titulado: "La atención del parto y la antropología médica", se ha convertido en bibliografía obligatoria, porque la mayoría de personas en Latinoamérica que trabajan en programas de salud materno-infantil lo conocen y lo citan.

¹⁶Por razones de espacio se presentan muy brevemente los modelos conceptuales de la clasificación de las enfermedades de los indígenas en Guatemala en la página siguiente.

B.- Pluralismo médico: Se puede sugerir que es la segunda etapa en sus publicaciones¹⁷. La utilización del término "pluralismo médico" es una categorización de Sheila Cosminsky, el uso del término implica la utilización de una postura teórico-metodológica muy distinta del enfoque funcional-tradicionista sobre el cuál había trabajado en su etapa anterior.

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

Hasta los finales de los setentas en Guatemala habían sido muy poco los investigadores guatemaltecos y extranjeros que habían incursionado en el campo social de las enfermedades, sin embargo en la década de los ochentas comienza a surgir muchas otras investigaciones sobre el tema, que intentan superar primordialmente las clasificaciones que sobre la enfermedad entre los indígenas habían sido propuestas. En el apartado siguiente se intenta presentar ese desarrollo.

¹⁷El pluralismo médico está mejor desarrollado en el capítulo tercero.

5.- INTENTOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD ENTRE LOS INDÍGENAS:

A partir del año 1,980 comienzan a publicarse y conocerse una serie artículos de autores nacionales y extranjeros sobre algunos intentos de clasificación de la enfermedad entre los indígenas. Ya existían las propuestas realizadas por Richard Adams y Juan José Hurtado, sin embargo, éstas nuevas propuestas evidencian un mejor uso de las clasificaciones ya elaboradas¹⁸.

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

Es necesario mencionar que el artículo de Oscar Reyes no presenta una propuesta, sino que hace un resumen sobre los planteamientos de Juan José Hurtado, Richard Adams, Bill Douglas¹⁹ y Helen Neuenswander-Shirley Souder, razón por la cual no se comenta su artículo. En igual forma es necesario aclarar que el trabajo de Linda Asturias es inédito²⁰, razón por la cual tampoco se expondrá.

¹⁸El orden de aparición cronológica de los distintos artículos, no corresponde al tiempo en el que las investigaciones se realizaron, por ejemplo el trabajo de tesis doctoral de Bill Douglas es del año 1,960, sin embargo sus aportes son conocidos en Guatemala por medio del artículo de Linda Asturias "La enfermedad folk en Guatemala" del año 1,980 y del artículo de Oscar Reyes "Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica" del año 1,998.

¹⁹Toma de base el artículo realizado por Linda Asturias, no así el original realizado por Bill Douglas.

²⁰No hay copias disponibles en ningún centro de documentación, se sabe que el documento existe por la referencia que aparece en el artículo de Oscar Reyes.

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

Los trabajos de campo realizados por Sheila Cosminsky y por Bill Douglas fueron elaborados casi en el mismo tiempo, sin embargo las publicaciones sobre el análisis de su información se presentan 10 años después o en otras palabras, puede decirse que 10 años después los resultados de las investigación son conocidos en Guatemala. El trabajo de campo realizado por Helen Neuenswander y equipo²¹, fue más largo en comparación con el realizado por Bill Douglas y Sheila Consminsky.

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

²¹La investigación realizada por Neuenswander y Souder fue realizada en Joyabaj, sin embargo las dos eran investigadoras de lenguas cognadas, además de ocupar el puesto de enfermeras una en Joyabaj y la otra en Cubulco.

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

propuesta de Neueswander y equipo se resume en el cuadro siguiente.

Cuadro No.2

Propuesta de clasificación de la enfermedad de Neueswander y equipo

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

Como mencionamos anteriormente, parte del trabajo realizado por Sheila Cosminsky es la propuesta de una nueva clasificación sobre las causas de las enfermedades, pero ésta a la vez se basa en la propuesta de Adams y Douglas.

Cosminsky explica que su propuesta, a diferencia de lo expuesto por Adams y Douglas, aborda las experiencias emocionales y otros factores de la condición interna, decide llamar a ésta, "la condición interna susceptible".

Su propuesta se presenta en el cuadro siguiente.

Cuadro No.3
Factores sobre la causa de los padecimientos o enfermedades²³

Condición interna susceptible	Condición externa
<p>A.- Estado psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- trabajo 2.- descuido 3.- dieta y malos alimentos 4.- mala limpieza del cuerpo 5.- ignorancia 6.- embarazo y parto 7.- sangre débil <p>B.- Conducta social y ritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- mala Fe o no acordarse de rezar 2.- no acordarse de los antepasados 3.- no cumplir con la promesa hecha a un santo o a un espíritu. 4.- malos pensamientos, intenciones o acciones 	<p>A.- elementos ambientales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- lluvia 2.- sol 3.- frío 4.- aire 5.- el tiempo <p>B.- Agentes sobrenaturales o espíritus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Dios, Jesús 2.- el Mundo (espíritu de la tierra) 3.- los Santos 4.- espíritus envidiosos o fantasmas 5.- los espíritus de los antepasados 6.- días malos <p>C.- Agentes humanos - maleficios o brujería-, envidia de otras personas</p>

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

²³La traducción está realizada por mí, y la información fue tomada de Cosminsky (1,977b:330)

Otra propuesta para la clasificación de las enfermedades es la elaborada por Bill Douglas, lamentablemente en Guatemala no se pudo localizar el material escrito por él, solamente encontramos una publicación que interpreta sus aportes y el de otros investigadores elaborada por Linda Asturias. Existe otra publicación que proporciona información sobre la clasificación presentada por Douglas, pero ésta se basa en el escrito de Linda Asturias y no en la fuente original²⁴. A pesar de los inconvenientes para conseguir el material a continuación se tratará de exponer brevemente los aportes de Bill Douglas, (se recomienda acudir al escrito original de la disertación doctoral de la Universidad de Santanford, titulada: *Illnes and curing in Santiago Atitlán*).

Las comparaciones que realiza Douglas del modelo de Adams son:

- 1.- Correspondencia entre la *Condición Interna* del modelo de Adams con el *Orden Instrumental* del modelo de Douglas. Así, como entre la *Condición Externa* del modelo de Adams con el *Orden Final* del modelo de Douglas.
- 2.- Transformación de los tipos *Controlable* e *Incontrolable* de la *Condición Interna* del modelo de Adams en el los polos de un *continuum* en el modelo de Douglas.
- 3.- Transformación de los tipos *Personificado* y *NO Personificado* de la *Condición Externa* del modelo de Adams en otro *continuum* que tiene como polos a lo *natural* y lo *sobrenatural* en el modelo de Douglas.
- 4.- Adición de un orden jerárquico, expresado en forma diagonal, que indica el grado de importancia que en el tratamiento tienen la *Condición Interna* o la *Condición Externa*." Reyes (1,998:76)

Otro de los investigadores que intenta dar una clasificación de las enfermedades entre los indígenas es Azzo Ghidinelli, este investigador italiano estuvo

²⁴El artículo a que se refiere es el elaborado por Oscar Reyes.

trabajando en el Instituto Indigenista Nacional de Guatemala. Parte de su temática de investigación se centra en la etnomedicina. A diferencia de todos los investigadores que proporcionan una clasificación de las enfermedades en Guatemala, éste se basa en la orientación teórica-metodológica de tradición francesa basada en la etnomedicina, proporcionando los conceptos de etnoanatomía, etnofisiología, etnofarmacéutica y etnobotánica como prioritarios para entender y recuperar el conocimiento de los "naturales", como él llama a los indígenas. Sin embargo, su propuesta para la clasificación de las enfermedades no se basa en dichos planteamientos, sino toma como punto de partida la clasificación realizada por Adams.

En el cuadro No.4 se presenta su propuesta.

Cuadro No.4

Propuesta de clasificación de las enfermedades de Azzo Ghidinelli

Tipo de Enfermedad	Síndrome, Enfermedad o Padecimiento
Enfermedades Naturales	1.- Enfermedades de calentura 2.- Enfermedades de enfriamiento 3.- Enfermedades debido a perturbaciones físicas
Enfermedades Sobre naturales	1.- Susto o espanto 2.- Malos vientos, aires o remolinos 3.- Molestias causadas por los espíritus de los muertos 4.- Molestias causadas por los espíritus malos 5.- Mal de ojo 6.- Daños infligidos por brujería

Alfredo Méndez Domínguez, realizó una investigación utilizando el método comparativo para descubrir las pautas de variación y distribución geográfica de las enfermedades con el mismo nombre en Guatemala, el estudio también trató los denominadores comunes de las enfermedades.

Las enfermedades estudiadas fueron: Hijillo, Akwas o insatisfacción de los antojos durante el embarazo, Aire y Laele, El Ojo y el Susto. En base a los datos recopilados, Méndez Domínguez proporciona 4 teorías etnomédicas que abarcan las enfermedades propias y los cuerpos de creencias más básicos de las mismas. Estas son:

- 1.- Los vahos; los deseos y emociones intensas que se consideran como modalidades de una teoría más amplia de las impresiones.
- 2.- La macroteoría de las intervenciones sobrenaturales con modalidades de encuentros sobrenaturales y castigo sobrenatural.
- 3.- La teoría del frío y calor, que puede considerarse como parte de una teoría general del equilibrio.

4.- La teoría del canibalismo²⁵ que se puede unir a otras teorías del daño liberado." Méndez (1,986:294).

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

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

²⁵Hay muchas formas de brujería que no se pueden equiparar con el canibalismo, sin embargo la brujería debe tomarse en cuenta dentro del contexto de todas las teorías mencionadas.

La década que abarca el período que va de 1,975 a 1,985²⁶ se caracteriza porque al final de la misma aparece una publicación multidisciplinaria compilada por Elba Villatoro, llamada Etnomedicina, debido a su importancia para el desarrollo de la Antropología del padecimiento en Guatemala a continuación se presenta un análisis de la misma.

6.- EL LIBRO ETNOMEDICINA EN GUATEMALA:

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

A continuación se presenta un cuadro con el nombre del autor, título y la información resumida de los nueve artículos compilados que forman el libro:

²⁶Período que ha sido desarrollado hasta este punto.

Cuadro No.5
 Contenidos del libro Etnomedicina en Guatemala

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

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

Como puede observarse en el cuadro anterior, el libro tiene un total de seis²⁷ artículos dedicados a la historia de la etnomedicina o medicina tradicional, mientras que solamente tres artículos están dedicados a problemáticas actuales sobre la salud en el área rural y de éstos tres solamente uno está escrito por un cientista social. Razón

²⁷Aunque se puede decir que el artículo Miguel F. Torres contiene no sólo apuntes sobre historia, sino también proporciona información actualizada sobre los estudios de etnomicología.

por la que se sugiere que el libro debería dividirse en dos partes diferentes.

Los artículos escritos por médicos corresponden a la parte histórica, mientras que los escritos por profesionales de las Ciencias Químicas y Farmacia corresponden a problemáticas actuales de salud, esto manifiesta una importante posición de las ciencias médicas y de las ciencias químicas-farmacéuticas respecto a la "etnomedicina" o medicina tradicional.

Se hace manifiesto que las ciencias médicas tienen interés respecto de los hechos históricos de la medicina en Guatemala, no así por la medicina tradicional o etnomedicina. Esta tendencia es la que mantiene la Facultad de Medicina para la década de los ochentas y es la que lamentablemente permanece actualmente.

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

A pesar de algunas fallas, la publicación del libro "Etnomedicina en Guatemala", sentó precedentes y es una valiosa contribución para el estudio y desarrollo de la antropología del padecimiento en Guatemala. A partir de

su publicación se puede decir que comienzan a manifestarse tres tendencias diferentes en investigación.

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

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

Y la tercera desarrollada en la facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, conducida por Armando Cáceres y Lidia Girón, que han fundado diversas instancias como: La realización anual del Seminario Nacional sobre Plantas Medicinales; la fundación del Centro de Estudios Mesoamericano sobre Tecnología Apropriada (CEMAT); el Programa de Empresa Rural de Plantas Medicinales (ERPLAM); y la asesoría de tesis de licenciatura sobre investigaciones de laboratorio en fitoterapia.

A continuación se presenta un cuadro que resume los últimos diez años de desarrollo de la antropología del padecimiento en Guatemala y que resume a la vez los últimos dos apartados presentados.

Cuadro No.6

Propuesta Histórica del surgimiento de la Antropología del Padeamiento en Guatemala: 10 años (de 1,975 a 1985)

Año ²⁸	Autor y nombre de la publicación y/o Acontecimiento	COMENTARIOS
1,975 1,977 1,977 1,978	Sheila Cosminsky, Chaning Food and Medical Beliefs and Practices in a Guatemalan Community, The Impact of Methods on the Analysis of Illness Concepts in a Guatemalan Community, Alimento and Fresco; Nutritional Concepts and Their Implications for Health Care, la atención del parto y la antropología médica	Segunda etapa de influencia norteamericana en el INCAP. 1,975-1,980
1,980 1,983	Sheila Cosminsky, y Ma. Scrimshaw Medical pluralism on a Guatemala Plantation", El pluralismo médico en Mesoamérica.	Nuevo planteamiento teórico-metodológico, excluido del INCAP.
1,977	Helen Neuenswander, et. al. El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos. (Trabajo de campo 66-76)	Varios intentos de extranjeros y nacionales para la clasificación de las enfermedades en Guatemala
1,977	Sheila Cosminsky, The impact of methods on the analysis of illness concets in a guatemalan community (Trabajo de campo 67-68)	1,980-1985
1,988	Linda Asturias, La enfermedad folk en Guatemala (Trabajo de campo realizado por Douglas 67-68)	
1,981 1,986	Azzo Ghidinelli, La investigación etnomédica y su sectorización, El sistema de ideas sobre la enfermedad en Mesoamérica. (Trab. de cam. 76)	
1,983	Alfredo Méndez Domínguez, La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala. (Trabajo de campo 78-82)	

²⁸Se indica el Año de publicación, sin embargo el orden de la tabla es el explicado en el apartado.

1,998	Oscar Reyes, Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica	
1,984	Fecha de aparición del libro titulado: ETNOMEDICINA EN GUATEMALA, por la Universidad de San Carlos, E. M. Villatoro (comp.) (compiladora)	Primer intento multidisciplinario sobre medicina tradicional.

7.- TENDENCIAS SOBRE LA ANTROPOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD EN GUATEMALA:

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

7.1.- Medicina tradicional:

Elba Marina Villatoro²⁹ inicia su práctica antropológica relacionada con los aspectos de salud en los años 1,968, 1969 y 1972 en un equipo de investigación dirigido por el Dr. Leonardo Mata del Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP). Santa María Cauqué, una aldea indígena, es el lugar en donde Elba Villatoro comienza su trabajo como antropóloga, ya que era necesario un antropólogo para que el equipo entendiera la resistencia que tenía la población indígena respecto a la extracción de muestras de sangre.

El formar parte de un equipo multidisciplinario conformado mayoritariamente de médicos, nutricionistas, etc. es una característica que marca predominantemente en las investigaciones y publicaciones de Elba Villatoro, porque en la medida de lo posible siempre hace referencia de los

²⁹La trayectoria de sus publicaciones, no fueron ajenas a la influencia de los lugares en los que laboró, tampoco de las personas que son co-autores de algunos de sus artículos.

trabajos de "índole científico" publicados por médicos y demás profesionales del INCAP.

Su tesis de licenciatura³⁰ en Antropología es su primera publicación. En ella claramente se puede observar la influencia de su asesor el Dr. Juan José Hurtado en varios sentidos: En primer lugar la utilización de los términos: etiología y agentes causales de la enfermedad, que responde a la lógica bio-médica de agentes humanos, para luego proponer una clasificación de las enfermedades, sobrenaturales y naturales³¹. En segundo la tesis presenta varias referencias a los estudios realizados por Hurtado en relación al mal de ojo, la mollera caída y al alboroto de lombrices. En la tesis no existe una clara definición de alguna orientación teórico-metodológica, sin embargo utiliza la definición de Arthur Rubel sobre enfermedad popular.

Uno de los aportes más importantes de Elba Villatoro es la compilación y publicación del libro Etnomedicina en el año 1,984. Esta es la primera publicación sobre el tema en la que reúne a especialistas que a la fecha, continúan con sus investigaciones, con una clara tendencia sobre la tolerancia que debe tener la bio-medicina respecto de las otras formas de atender los padecimientos.

En sus tres publicaciones posteriores que corresponden a los años 1983, 1,986 y 1987³², la influencia teórico-

³⁰Para más detalles de las publicaciones de Elba Villatoro se pueden consultar en la bibliografía.

³¹Esta clasificación es propuesta por W. H. Rivers y también refutada por Antonio Castillo de Lucas, dichos autores probablemente fueron propuestos por Hurtado a Villatoro.

³²Para más detalle, consúltese la bibliografía

metodológica de investigadores extranjeros es evidente. Hace alusión al planteamiento sobre "condición interna" y "condición externa" de Richard Adams, menciona también las bases del síndrome caliente-frío elaboradas por Helen Neuenswander y continúa utilizando la definición de "enfermedad popular" de Arthur Rubel. La influencia extranjera en las bases teórico-metodológicas de las investigaciones de Elba Villatoro son hasta cierto punto comprensibles, porque en Guatemala no existían otras posibilidades debido a la poca difusión de las investigaciones respecto del tema y porque en ese momento se estaba formando una primera generación de antropólogos que se ocuparían de la Antropología de la Medicina.

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

Desde la publicación del año 1986³³ Elba Villatoro señala la importancia que tiene el itinerario de la enfermedad o la carrera de la enfermedad, actividad que está a cargo de las madres de familia:

³³Consúltese la pag.5 de la publicación del año 1,986, de Elba Villatoro.

"la mujer jefa de hogar es la primera proveedora de atención de salud, valiéndose de un conocimiento propio adquirido por experiencias anteriores o bien por transmisión oral, es quien aconseja la terapia a seguir" Villatoro(1,987:34).

Sin embargo, debido a la falta de una conformación teórico-metodológica referida al proceso de salud/enfermedad/atención en los conjuntos sociales, Elba Villatoro termina sólo por informar y describir la existencia de ese primer nivel de atención. La tendencia de sus futuras investigaciones se dirigirá hacia los terapeutas tradicionales, y no profundiza en los procesos de auto-medicación y auto-atención.

Las publicaciones de los años 1988, 1989, 1,990, 1,992 y 1,994, de Elba Villatoro. Claramente reflejan la nueva influencia teórico-metodológica de los especialistas estadounidenses que se han vinculado en el INCAP, ya que la orientación metodológica propuesta por Susan Scrimshaw y Elena Hurtado se convertirá en la base de todas la investigaciones con componentes antropológicos realizadas en el INCAP. Por ejemplo el título de la publicación del año 1988 "La comunicación popular y la salud materno infantil" corresponde a la propuesta de trabajo conjunto entre: Medios de comunicación, antropología y mercadeo; impulsada por AID y que determinó el financiamiento para muchos proyectos. La publicación sobre las comadronas del área ixil en 1994, toma de base toda la orientación metodológica trabajada por Elena Hurtado.

Sin embargo, llama la atención, la publicación realizada conjuntamente con Joaquín Acevedo sobre los terapeutas tradicionales de los cuchumatanes, ya que es una investigación de tipo descriptivo, semejante a la de su tesis de licenciatura. Pero su vinculación con la Facultad

de Medicina asesorando tesis a nivel de licenciatura, es la que le servirá de base para darse a conocer y abrirse paso entre el círculo cerrado y tecnificado de médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (USAC)

Sus últimas publicaciones dentro de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con su plaza de investigadora en el Centro de Estudios Folklóricos correspondientes a los años 1,996 y 1,997. Reflejan una madurez en donde la influencia teórico-metodológica comienza a girar en torno a los marcos conceptuales elaborados en instituciones como la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un ejemplo de ello, es que, por vez primera intenta enmarcar y explicar su orientación teórico-metodológicas; como se puede observar en el artículo titulado: "Salud-enfermedad: diversos enfoques teóricos metodológicos". Se puede decir también que en la mayoría de sus artículos publicados, deja de manifiesto su singularidad y estilo de trabajar ya que en la medida de lo posible consigna una amplia orientación histórica de sus temas.

Los aportes de Elba Villatoro respecto al desarrollo de la Antropología de la Medicina en Guatemala se pueden resumir de la siguiente forma: Inicia su trabajo en el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP) y posteriormente continúa en el Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL) de la USAC. Su temática de investigación se centra en la Medicina Tradicional. Su trabajo desarrollado en el INCAP y su comunicación con otras instituciones de la USAC como la Facultad de Medicina y Odontología, la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, dan la pauta para conformar equipos multidisciplinarios que comienzan a desarrollar

investigación sobre temas de la Medicina Tradicional. Durante los 16 años de trabajo en el CEFOL (de 1981 a 1997) construye una línea importante de investigación en Etnomedicina, la que se manifiesta en sus publicaciones y que se caracteriza en un principio por una clara influencia teórico-metodológica de las escuelas norteamericanas³⁴. A partir de la década de los noventa comienza a tomar de base las orientaciones de la OPS y OMS, respecto de la Salud Holística:

“Cuando hablamos de salud holística, nos estamos refiriendo a un delicado equilibrio cambiante entre el cuerpo, la mente, el espíritu y las emociones, pero también el medio ambiente.” Villatoro(1,996e:169)

7.2.- Conocimientos, Actitudes y Prácticas:

Elena Hurtado, antropóloga egresada de la Universidad del Valle de Guatemala, es la principal representante de ésta tendencia. Su inicio en el quehacer de la Antropología de la Medicina está marcado desde antes del inicio de su carrera porque es hija del Dr. Juan José Hurtado Vega.

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

El trabajo de Elena Hurtado en el INCAP, corresponde a la tercera etapa de influencia extranjera en dicha institución. Se explicó anteriormente, que la segunda etapa de influencia extranjera en el INCAP fue la dominada por el trabajo de Sheila Cosminsky, que se orientó en el

³⁴Concretamente de Elena Hurtado y Susan Scrimshaw.

uso de la Antropología Aplicada en los problemas de salud y nutrición. Esta tercera etapa de influencia se va a caracterizar por la política de Educación en Salud producto de la Antropología Aplicada.

El trabajo realizado conjuntamente entre Susan C. M. Scrimshaw³⁵ y Elena Hurtado que va del año 1,984 al año 1,987, se concentra en proponer una metodología antropológica, básica para ser usada como guía en la elaboración de investigaciones multidisciplinarias respecto a conocimientos, aptitudes y prácticas de salud y nutrición. En la realización de dicha innovación metodológica, Elba Villatoro trabaja conjuntamente con Elena Hurtado en la elaboración de un manual. A partir de esa experiencia Elba Villatoro toma de base la metodología utilizada y ensayada por Hurtado y Scrimshaw para muchas otras de sus investigaciones.

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

³⁵Respecto de la familia Scrimshaw se puede decir lo siguiente: En el año 1,950 fecha en que se funda el INCAP el Dr. Scrimshaw un extranjero se convierte en el director, posteriormente Mary Scrimshaw y Susan C. M. Scrimshaw, hijas del que fuera director del INCAP, trabajan en Guatemala y el INCAP con diversos proyectos de investigación. Mary publica el artículo sobre pluralismo médico en Guatemala con Sheila Cosminsky, mientras que Susan trabaja conjuntamente con Elena Hurtado en una propuesta metodológica.

a ello la nueva propuesta de Sheila Cosminsky sobre Pluralismo Médico no entra en las dimensiones ya trazadas en el INCAP.

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

Claramente se puede observar la influencia que tiene el trabajo de Elena Hurtado en las publicaciones del INCAP, ya que ella aparece como co-autora de 30 diversos documentos³⁶.

Con todos esos artículos, se elaboró una pequeña base de datos, la cual aprovechamos para hacer un pequeño análisis de las diversas publicaciones en que Elena Hurtado aparece como autora o co-autora, veamos a continuación:

Cuadro No.7
Resumen de artículos publicados por Elena Hurtado y otros en el INCAP

Tipo de artículo publicado	F	%
Solo con su nombre.	4	13.3
Conjuntamente con otras personas	26	86.7
Total	30	100
TEMÁTICA DEL ARTÍCULO		

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

Temática metodológica	5	16.7
Temática educación en salud	9	30
Temática nutrición y salud	9	30
Temática diarrea	3	10
Temática comadronas	3	10
Temática vitamina "A"	1	03.3
Total	30	100

Véase que la mayoría de los artículos están elaborados por varias personas y son muy pocos los artículos que están firmados solamente por Elena Hurtado, esto explica su figura de "asesora", ya que aunque ella no fuera la responsable principal del proyecto se toman en cuenta sus opiniones. Se puede decir que los artículos publicados y/o asesorados por Elena Hurtado en el INCAP se agrupan en las temáticas siguientes: educación en salud (30%), aspectos de nutrición y salud (30%), metodología (16.7%), diarrea (10%), comadronas (10%), y vitamina "A" (3.33). Los porcentajes más altos corresponden a la temática de educación en salud. Respecto de los otros temas que tienen porcentajes menores todos éstos se relacionan con la Antropología Aplicada.

A partir más o menos del año 1,993 Elena Hurtado comienza a desvincularse del INCAP, ya que su experiencia en Educación para la Salud y Antropología Aplicada son requeridos por diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así inicia el trabajo de Elena Hurtado como asesora independiente. Se puede decir que se convierte en un personaje clave respecto a la política de

salud pública, por su trabajo realizado en el INCAP y en proyectos financiados por OPS y OMS en Guatemala.

7.3.- Etnobotánica y plantas medicinales:

Armando Cáceres ha escrito conjuntamente con otros autores un número considerable de artículos relacionados con plantas medicinales, fitoterapia, encuestas etnobotánicas, etc. Por esta razón es importante la trayectoria de sus publicaciones en la Antropología de la Medicina. Siendo un académico que procede del campo Químico-biológico, ajeno al de las ciencias sociales, él y su equipo se han empeñado en publicar artículos referentes a la Medicina Popular³⁷. A continuación se intentará analizar y

³⁷Para más detalles consultar sus artículos en la bibliografía.

comentar sus artículos, razón por la que se dividirán en dos épocas; la primera que va del año 1,975 a 1,985; y la segunda que va del año 1,986 a 1,996³⁸.

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

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

³⁸Los artículos que se comentarán son los siguientes:

De la primera época:

- Estudios sobre la medicina popular en Guatemala, 1,977
- Revalidación cultural y transferencia de alternativas terapéuticas para mejorar la atención en salud en áreas rurales de mesoamérica, 1,984.
- Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala.

De la segunda época:

- Estudio sobre la actividad anticáncida de algunas plantas usadas en el tratamiento de vaginitis, 1,985.
- Estudio etnobotánico de la flora medicinal del área del Caribe de Guatemala, 1,988.
- Situación y perspectivas de la articulación de la medicina tradicional y oficial en Guatemala, 1,994.

sobadores, y e) las prácticas de punción y ventosas de algunos terapeutas tradicionales.

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

En su segunda época; hace mención del equipo de investigación formado en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, como el formado en FARMAYA, ambos encabezados por Armando Cáceres. En ellos ha realizado un importante número de investigaciones tituladas como: "Estudios Etnobotánicos".

Éstos se basan en la descripción del estudio de laboratorio realizado a un grupo de pacientes que utilizaron un fármaco de patente y a otro grupo que utilizó un compuesto realizado con plantas medicinales para el tratamiento de algún proceso de infección. Dicho estudio es en realidad una investigación de laboratorio a la que se le denomina "etno" porque en lugar de utilizar una base de componentes químicos utiliza una planta medicinal, originaria de Guatemala. O sea que utiliza todo el procedimiento científico-farmacéutico para la obtención de un medicamento, véase por ejemplo la conclusión a que llega en uno de los estudios:

"Estos hallazgos demuestran en forma preliminar la potencialidad de la aplicación de óvulos de base *S. nigrescens* como tratamiento alternativo de la vaginitis por *C. albicans*" Girón (1,985:4).

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

Los estudios etno-botánicos³⁹ realizados por Armando Cáceres y su equipo utilizan el prefijo "ETNO", para intentar demostrar que se está haciendo algo diferente a lo científico-farmacéutico. Ello sería válido solo en el caso que los estudios trataran de incluir al menos otros procesos propios de las etnias como las técnicas de: rescoldo, apagado, hervido, parche, sahumero, etc. que se utilizan en la preparación de los remedios caseros. Tomando en cuenta dichas técnicas, el estudio tomaría todo el proceso completo y no solamente una parte del mismo, de esta forma entonces podría denominarse con el nombre Etnobotánica.

Armando Cáceres siempre que tiene la oportunidad explica su propuestas como la articulación entre la medicina

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

tradicional y oficial en Guatemala. Demuestra que ello se ha logrado implementar en el tema de las plantas medicinales, por medio de la sistematización del uso de las plantas medicinales con tecnologías apropiadas. Logra así las actividades de detección, cultivo, validación y entrenamiento en el uso apropiado de las plantas medicinales. Se puede decir que su propuesta al igual que muchos otros esfuerzos se reducen a determinadas comunidades e instituciones y que no se puede generalizar para todo el territorio guatemalteco. Sin embargo la contribución que él y su equipo de investigación han realizado en el afán de identificar todas las plantas de uso medicinal en Guatemala es muy importante.

Hasta ahora, se han expuesto tres tendencias diferentes en investigación sobre Antropología de la Medicina que han venido consolidándose en Guatemala en los últimos 10 años.

En el lapso de los últimos cinco años han comenzado a perfilarse nuevas instituciones con orientaciones diferentes sobre el tema. Estas se exponen a continuación.

8.- LAS NUEVAS ORIENTACIONES:

Se pueden citar concretamente a dos instituciones que han comenzado con una expectativa diversa a la expuesta en las tres tendencias anteriores, éstas son: El Instituto de Estudios Interétnicos de la USAC y la Instancia Nacional de Salud.

El Instituto de Estudios Interétnicos IDEI:

A partir de la instauración del programa Maya Competence Building dentro IDEI, en el área de salud, se ha venido perfilando otra tendencia sobre la Antropología del Padecimiento y ésta intenta entender el proceso salud/enfermedad/atención en base tres modelos: la Medicina

Académica o Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y la Auto-atención o Medicina Doméstica.

Se ha intentado en la medida de lo posible la realización de tres investigaciones en base a dichos modelos en Rabinal, Baja Verapaz. Como producto de esas tres investigaciones se ha publicado el libro: Conociendo la sabiduría Achí: Salud y Enfermedad. Sin embargo, es importante mencionar que aún falta trabajar la propuesta teórico-metodológica.

La Instancia Nacional de Salud:

Esta organización ha surgido a raíz de la asociación de diferentes grupos que trabajan en el área de salud (asociaciones de comadronas, de promotores de salud, de organizaciones no gubernamentales, etc.). A la fecha su trabajo se está conociendo por medio de ponencias presentadas en diversos congresos en Guatemala y publicaciones inéditas. Sin embargo es importante señalar que su propuesta se enmarca en los parámetros de la propuesta teórico-metodológica de Eduardo Menéndez.

En Guatemala durante los últimos 15 años también se han realizado importantes investigaciones sobre Antropología de la Medicina. Dichos estudios o investigaciones no han tenido continuidad para poderlos enmarcar dentro de una tendencia teórico-metodológica, por ello quisiera solamente mencionar algunos de esos estudios: Uno es el que se titula: Rutzil Qawach; Salud y enfermedad en la comunidad maya K'iche', municipio de Totonicapán, realizado por un grupo de investigadores italianos llamados: Gruppo per le relazioni transculturali en la Asociación Toto Integrado. El informe proporciona datos de tipo cuantitativo y epidemiológico sobre la comunidad, pero también presenta datos cualitativos que explican de una mejor forma algunos

casos. También tiene todo un apartado que dedica a las enfermedades culturales como: la caída de la mollera y a las lombrices. Finalmente intenta explicar dos importantes factores del complejo salud/enfermedad entre los k'iche'; el complejo frío-calor y la cualidad del "don de curar" o del "destino de curar" de los terapeutas tradicionales.

El otro estudio es el que se titula: Rejqalem ri Wa'ix, dimensión cero; Filosofía maya, Etnomedicina y Física Moderna escrito por Erik Espinoza Villatoro . El libro es una interpretación filosófica de la religión y medicinas mayas, no es una investigación de tipo científica.

Estas dos últimas publicaciones que se pueden clasificar dentro de la tendencia del movimiento maya, que en los últimos años en Guatemala ha comenzado a tomar mucha importancia. Ambas se han elaborado en importantes instancias que forman parte y apoyan el movimiento maya: La Asociación Toto Integrado y Cholsamaj.

A continuación presento un cuadro resumen, que muestra el desenvolvimiento de las tendencias que ha tenido la Antropología de la Medicina en Guatemala en los últimos 15 años.

Cuadro No.8

Propuesta histórica del surgimiento de la Antropología del padecimiento en Guatemala; en los últimos 15 años (de 1,985 al 2,000)

Tendencia y Autor ⁴⁰	Lugar o centro de investigación en donde se ha desarrollado	Comentarios
Medicina Tradicional Elba Marina Villatoro	Centro de Estudios Folklóricos, CEFOL Universidad de San Carlos de Guatemala	Trabajo conjunto en un principio con Elena Hurtado, trabajo conjunto en CEFOL con dos médicos; Oscar Reyes y Joaquín Acebedo
RAP (Procedimientos de Asesoría Rápida) Elena Hurtado	Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá INCAP	Trabajo en conjunto con Elba Villatoro, posteriormente con Susan C. M. Scrimshaw y en los últimos años como asesora independiente
Etnobotánica y Fitoterapia Armando Cáceres y Lidia Girón	Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala.	El trabajo se ha realizado en equipo también en FARMAYA.
El Pluralismo Médico Juan Carlos Verdugo Jose Luis Albizu	Instancia Nacional de Salud	Nueva tendencia que ésta comenzando a perfilarse.
El Pluralismo Médico. Ma. Teresa Mosquera S.	Instituto de Estudios Interétnicos, Universidad de San	Nueva tendencia que ésta comenzando a perfilarse.

⁴⁰Para más detalle de las publicaciones de cada autor, consultar la bibliografía.

	Carlos de Guatemala.	
--	----------------------	--

9.- UN APUNTE BREVE SOBRE EL DESARROLLO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA EN GUATEMALA:

Inicialmente es importante reflexionar sobre el nombre que en Guatemala debe utilizarse para referirse al tema Antropología de la Medicina. El campo de estudio es relativamente nuevo y se conoce muy poco en Guatemala. Al utilizar el término Antropología de la Medicina inmediatamente se relaciona el tema, con los trabajos de Antropología Forense ⁴¹ que se han hecho en Guatemala en la últimas décadas. Esto se debe a que los medios de comunicación han dado mucha cobertura a este tipo de noticias. Por ésta razón y también porque el objeto de estudio no es la medicina⁴², es preciso utilizar otro término.

Otra posibilidad es el uso del término Antropología de la Enfermedad o Antropología de la Salud, pero de acuerdo a la experiencia de trabajo de campo se sugiere el uso del término Antropología del Padecimiento; porque entre los grupos mayenses la utilización de la palabra "padecimiento" encierra diversas significaciones que explican mejor el equilibrio armónico que según la cosmovisión maya debe guardarse entre la naturaleza y los seres humanos para no romper ese equilibrio y no dar opción a que surga el padecimiento.

En Guatemala se puede afirmar que la Antropología del Padecimiento comienza a desarrollarse durante la década de los años cincuentas, sin embargo los estudios realizados

⁴¹Actividades de exhumación realizadas en los lugares donde hubo masacres y cementerios clandestinos, durante la década de los años ochentas.

⁴²Medicina entendida en los parámetros de las ciencias biológicas y científicas.

durante la década de los años cuarentas⁴³, son base para el nacimiento de la disciplina. Este nacimiento de la Antropología del Padecimiento en Guatemala se caracteriza por la incursión de investigadores estadounidenses quienes desde un principio otorgan las bases sobre las cuales se realizarán la mayoría de los trabajos.

⁴³Los estudios realizados son de índole etnográfico y tratan diversos temas.

Años después en el transcurso de la década de los años cincuenta, se comienzan a manifestar dos orientaciones: una entre académicos e investigadores estadounidenses que toma de base las investigaciones realizadas por Richard Adams (1,952), por Bill Douglas (1,960) y el trabajo Richard Adams - Arthur Rubel (1,967)⁴⁴. La otra orientación que también se basada en el planteamiento de Adams, pero retomado y re-interpretado por el Dr. Juan José Hurtado, orientación mayormente difundida entre académicos guatemaltecos.

Las investigaciones elaboradas por estadounidenses toman como base obligatoria los estudios realizados por Adams, Douglas y Rubel. No es hasta la década de los años ochentas en que los académicos e investigadores guatemaltecos comenzarán a partir de la misma base.

Las instituciones académicas y de investigación también tienen un importante papel en el desarrollo de la Antropología del Padecimiento en Guatemala. La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP) son las instituciones que tienen un papel medular en el desarrollo de la disciplina.

La Universidad de San Carlos de Guatemala:

La Facultad de Medicina es la institución que se convierte en el preámbulo para la inclusión de una orientación social en la concepción de la medicina a mediados de la década de los años sesenta. Los primeros académicos guatemaltecos en preocuparse y realizar estudios sobre Antropología de la Medicina son los médicos y no antropólogos. En la década

⁴⁴Debido a que las últimas dos publicaciones no están escritas en español se conocerán entre el medio académico guatemalteco hasta la década de los años ochentas.

de los años ochenta y debido a la tecnificación masiva y hegemonía de la bio-medicina, la Facultad de Medicina abandona el interés por la Medicina Social o la Antropología de la Medicina.

En ese período de transición entre la décadas de los años setenta y ochenta, surge el Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL), en donde Elba Villatoro desarrolla una de las importantes tendencias que sobre Etnomedicina, hay en Guatemala. Es importante mencionar que su trabajo fue realizado durante 16 años de 1,981 a 1,997, después de su jubilación no existe otro investigador que retome esa línea de investigación dentro del CEFOL.

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

Finalmente uno de los aportes más importantes para el desarrollo de la Antropología de la Medicina en Guatemala es la publicación del libro: Etnomedicina en Guatemala compilado por Elba Villatoro y publicado por la editorial universitaria. Dicho libro es la base del comienzo de tres diferentes tendencias que a partir de la publicación de libro se consolidan y continúan su investigación sobre Antropología del Padecimiento en Guatemala. Las tres tendencias son: a) La Medicina Tradicional realizada por Elba Villatoro en el CEFOL., b) La Antropología Aplicada y Educación en Salud realizada por Elena Hurtado en el

INCAP., c) La Etnobotánica y Fitoterapia realizada por Armando Cáceres y Lida Girón en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia.

Durante los últimos años en el Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI), en el área de salud se ha intentado re-tomar parte del trabajo de Elba Villatoro realizado en el CEFOL, continuando un área de investigación en Antropología de la Salud.

Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá:

Las investigaciones de índole antropológico que se realizan en el INCAP, tienen tres diferentes etapas de influencia norteamericana. La primera realizada por Richard Adams y Nancie Solien, que se basa primordialmente en interpretar las enfermedades de los indígenas pertenecientes a la sociedad folk, toma de base también algunos problemas de aculturación respecto a nutrición que se presentan en la población. La segunda etapa de influencia realizada por Sheila Cosminsky se orienta hacia la aplicación de la Antropología Aplicada en problemas de salud y nutrición; y la tercera etapa de influencia a cargo de Elena Hurtado que se basa en la Antropología Aplicada y la Educación en Salud.

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

Tanto los profesionales de las Ciencias Bio-médicas como los de las Ciencias Sociales; en el desarrollo de las dos últimas décadas, han incursionado en temáticas afines de los dos campos para buscar respuestas y soluciones,

creando así una articulación entre los campos. La actitud hegemónica de la bio-medicina a intentado desenfocar esa articulación necesaria entre los dos campos. El desarrollo de la Antropología del Padecimiento en Guatemala de los últimos cincuenta años es una muestra de esa lucha.

En parte, el desarrollo del presente capítulo proporciona información respecto de un vacío que a la fecha existía respecto de la temática en Guatemala. Por otra parte es necesario brindar al lector un estado general sobre el tema de las parteras; ya que en torno a éste emblemático personaje se desarrolló la temática de investigación de la tesis. El capítulo siguiente se ocupa de ello.

CAPÍTULO II: FORMAS DE ABORDAR EL TEMA DE "PARTERAS" Y CURADORES TRADICIONALES.

El presente capítulo explica tres formas diferentes en que se ha abordado el tema de parteras. Analíticamente la mayoría de las publicaciones escritas pueden agruparse en base a: La política internacional, su propuesta teórico-metodológica y por el tipo de publicación; libro u artículo.

1.- LA POLÍTICA DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES SOBRE LOS CURADORES TRADICIONALES:

El oficio de partera es una ocupación muy antigua de la cual se tienen datos en todas las civilizaciones. Sus orígenes se remontan a los primeros estadios del hombre prehistórico, pero no es sino, hasta el siglo XV cuando se intenta regular el trabajo de las parteras imponiendo un examen a la interesada. La historia común entre España y sus colonias en América, indica de un proceso que comienza a dictaminar sobre la ocupación de las mujeres que se dedicaban a recibir partos, pero es el Tribunal del Real Protomedicato en España quien intenta regular la práctica de las parteras por medio de un examen, sin embargo esa actividad es censurada debido a varias críticas. Es así como el oficio de comadrona se ejerció libremente hasta 1,750.

Cuando la Medicina se instituye como ciencia en el siglo XVIII y comienza a irrumpir en el campo de las parteras, éstas se ven obligadas a tomar un examen por ley, para así obtener una licencia para el ejercicio de sus labores.

Explica el historiador John Tate que el parto no era parte de la medicina:

"En el siglo XVIII, por ejemplo, la opinión era que, en los partos normales, el trabajo podría ser

ejecutado por personas capacitadas de forma muy limitada para resolver las contingencias limitadas. Por lo tanto, entre la partera y el médico latino no se desarrolló la profesión de Obstetricia como una especialidad a la par de la medicina." Tate(1,997:436).

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

En nuestro país en el siglo XX y en los años setenta debido: A) Los bajos índices de cobertura por parte del sector estatal de salud, en la mayoría de países subdesarrollados, y B) la crisis generada a raíz de una costosa infraestructura y una alta tecnología en la atención curativa bio-médica, llevan a profesionales de la salud y planificadores a volcar de nuevo su atención en las parteras.

A raíz de la reunión en Alma Atta en 1,978 y la reflexión sobre la "Salud para todos en el año 2,000"; la figura de los Agentes de Salud Comunitarios comienza a surgir como un recurso necesario para el Sector Salud, para los Estados y para los Organismos Internacionales (OMS, OPS, UNICEF).

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

"En casi todas las sociedades hay curanderos y parteras tradicionales. Suelen éstos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia

considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad. Con el apoyo del sistema oficial de salud, ese tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad. Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente." OPS(1,978:72-73)

Es así como comienza a diseñarse toda una política respecto a la formación, supervisión, evaluación, función y prácticas de curanderos y parteras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como líder de la propuesta comienza por publicar una serie de documentos (manuales en su mayoría) destinados para todos los países "en vías de desarrollo" para capacitar y supervisar el trabajo de la Auxiliar de Maternidad Tradicional (AMT), término que comenzará a utilizarse para denominar a las parteras. La OMS define así el término:

"Una persona (por lo general una mujer) que ayuda a la madre en el parto y que originalmente adquirió sus habilidades atendiendo a partos pro sí misma, o trabajando con otros auxiliares de maternidad tradicionales". Johns Hopkins University. "Las parteras tradicionales y la planificación familiar" serie J, Número 22, 1,981. (1,981:3)

Para los curanderos tradicionales (hierberos, hueseros, etc.) la OMS no define una estrategia tan concreta como la de las parteras. La incorporación de éstos en la Atención Primaria de Salud, queda a cargo de cada uno de los sistemas estatales de salud. México es uno de los pocos países latinoamericanos que implementa un programa de interrelación entre bio-medicina y Medicina tradicional para la incorporación de los curanderos. El proyecto queda

bajo la dirección del IMSS¹-Coplamar² y del INI³, en la región de Chiapas⁴. La puesta en acción de este programa dio una nueva perspectiva a la práctica curativa indígena ya que se reconocieron oficialmente a los médicos tradicionales (término utilizado para agrupar a: iloles, parteras, hierberos, hueseros y rezadores de los cerros).

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

A continuación se presenta una pequeña explicación de cada una de las categorías utilizadas por: investigadores, organismos internacionales, saberes populares, etc. respecto a este agente de salud comunitario.

El uso de la palabra **matrona** está asociado a un ámbito europeo y profesional-académico:

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Programa de interrelación de la Medicina Tradicional con las actividades del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

³Instituto Nacional Indigenista.

⁴Para más detalles sobre el programa de implementación consultar el libro de Graciela Freyermuth.

"Matrona: es una persona que, habiendo sido admitida a seguir un programa reconocido por el Estado, ha finalizado con éxito el ciclo de estudios prescritos y ha obtenido el título necesario que le permite inscribirse en los centros oficiales, para poder ejercer legalmente la profesión de matrona." (INS 1,987:57)

Otra significación del término a un ámbito que ha dejado de utilizarse.

"Matrona: Se usaba en la **antigüedad** para designar a una madre noble y virtuosa capaz de traer a este mundo a nuevos seres.

Comadre: Llamanse así recíprocamente la mujer que ha sacado de pila a una criatura y la madre de ésta y por extensión, el padre y el padrino del bautizo dan también el nombre de COMADRE a la madrina. Estas comadres de bautizo por lo regular han tenido varios hijos y por lo tanto tienen experiencia del embarazo, parto y puerperio, lo que origina de parte de otras madres, la confianza hacia ellas en tales menesteres.

De allí que las comadres al tomar el oficio de atención de partos se les diga comadronas." Bravo (1,990:27)

También se utiliza el término de partera acompañado de uno o más adjetivos para diferenciar los diversos tipos de parteras:

A.- **Partera tradicional:** Mujeres que han adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva de elementos arraigados en una cultura ancestral, y que no han sido capacitadas por el sistema de salud estatal.

B.- **Partera empírica adiestrada:** Mujeres que han sido capacitadas por una institución de salud para ejercer las actividades de auxiliar de maternidad tradicional, sin previa experiencia en la atención de embarazos.

"Partera empírica no adiestrada: emerge como agente de núcleos sociales inestables (por migración, tenencia de la tierra, trabajo, etc.) y se caracteriza porque no posee ni los de la partera empírica adiestrada,

respaldados por el sistema oficial de salud." Mellado (1,989:29 y 42)

Debido a que existen varias clasificaciones para denominar a éstas mujeres, es importante aclarar la delimitación utilizada en la presente investigación y ésta puede consultarse en el capítulo tercero.⁵

Esta diversidad de definiciones y las proyecciones de varios organismos internacionales (UNICEF, FIPF⁶, UNFPA⁷, USAID) en capacitar a las comadronas con contenidos respecto a: salud materno infantil y planificación familiar; evidencian la preocupación que este agente de salud ha tenido, en comparación con los otros curadores tradicionales.

En varios países latinoamericanos la implementación de la partera como una posible orientadora de los servicios de planificación familiar ha tenido éxito⁸. Sin embargo, en Guatemala el Gobierno y por ende el Ministerio de Salud Pública no ha permitido su implementación:

⁵Se puede consultar concretamente en el apartado propuesta metodológica de la investigación del tercer capítulo.

⁶Federación Internacional de Planificación Familiar.

⁷Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población.

⁸En la revisión bibliográfica se puede consultar el artículo de Güémez que trata sobre dicho tema en México.

"...la puesta en marcha del proyecto ha sido lenta y el gobierno se ha mostrado reacio a permitir la distribución de anticonceptivos por personal no médico, aunque los auspiciadores del proyecto esperan que las parteras tradicionales puedan desempeñar un papel más activo en planificación familiar en el futuro" Johns Hopkins University(1,989:36-37)

No sólo se han implementado estrategias sobre las parteras, sino también se ha documentado su trabajo, por ello la mayoría de publicaciones sobre "parteras" se clasifican básicamente dentro de tres temas: a)Manuales, b) Evaluaciones de proyectos o programas de parteras, c)Investigaciones.

Respecto a los manuales existe una política dada por la OMS, que se refiere a los contenidos mínimos que debe tener una capacitación destinada para parteras. La mayoría de publicaciones que sobre parteras existen se aglutinan en esta temática. En un menor porcentaje existen algunas publicaciones de evaluaciones sobre el trabajo de las mismas. Para estos dos tipos de publicaciones se puede decir que son de índole técnico y que han sido elaboradas para la capacitación, supervisión y evaluación del trabajo de las parteras.

Mientras que, otro tipo de publicaciones parte de un marco teórico-metodológico y se desarrollan como investigaciones propias. Es pertinente entonces, hacer una diferencia entre dos tipos de publicaciones; una de índole técnica (manuales y evaluaciones) y otra de índole científica (investigaciones) para las parteras.

El actual capítulo está basado en la consulta de varios documentos escritos en Guatemala y en México. Los resultados de ésta revisión bibliográfica se presentan en dos apartados diferentes. En un primer apartado se

aglutinan las investigaciones que giran en torno de las parteras, y en el segundo grupo se presentan las investigaciones cuya temática giró en torno a los curanderos tradicionales (hueseros, hierberos, guías espirituales, etc.). Esta división fue necesaria debido al volumen de publicaciones que sobre el tema parteras existe.

2.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PARTERAS:

Los documentos localizados en Guatemala y México, sobre el tema parteras, pueden dividirse a la vez en dos grandes grupos; uno que corresponde a la publicación de libros completos sobre el tema. Este grupo se caracteriza porque los investigadores tienen una trayectoria en investigación sobre el tema⁹. A este conglomerado le llamaremos: Publicaciones especializadas sobre parteras. Y el otro, se caracteriza por ser investigaciones sobre el tema, pero con una clara intencionalidad de publicación corta, (artículo de revista, resultado de una evaluación, etc.). A dicha serie lo denominaremos: Publicaciones cortas sobre parteras. Para cada uno de los grupos se ha construido un cuadro resumen en donde aparecen los autores y las publicaciones para que sirva de referencia.

A.- Las publicaciones especializadas sobre parteras:

Debido a la importancia de estas publicaciones para la investigación se comentarán brevemente los aportes de cada una de éstas. A continuación se presenta en el cuadro No.9¹⁰ un resumen con nombres de autores, instituciones, títulos de las publicaciones.

⁹Cada uno de ellos tiene varias publicaciones respecto del tema.

¹⁰Los autores que aparecen en el cuadro con sus publicaciones respectivas serán comentados a continuación del cuadro en ese orden respectivo, empezando con los autores mexicanos y posteriormente guatemaltecos.

Cuadro No.9
Instituciones, Investigadores y Publicaciones sobre parteras en México y Guatemala

No .	Año	Nombre de la Publicación	Autor (es) e Institución	País
1	1989	La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano.	Virginia Mellado et. al. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CEISS	México
2	1990	Las parteras rurales en México.	Hiram Bravo Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.	México
3	1997 1991	De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno infantil.	Miguel Güemez Pineda Universidad Autónoma de Yucatán.	México
4	1,977	La atención del parto y la antropología médica. El papel de la comadrona en Mesoamérica.	Sheila Cosminsky	México y Guatemala
5	1,994	La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas.	Elba Marina Villatoro Centro de Estudios Folklóricos.	Guatemala
6	1,998	Desde la comunidad: percepción de las complicaciones maternas y perinatales en la búsqueda de atención.	Elena Hurtado. ¹¹ Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá.	Guatemala
7	2,000	El rol de la comadrona en su contexto socio-cultural.	Rafael Gallegos et. al. Pies de	Guatemala

¹¹Para más artículos sobre la autora consultar la bibliografía

			Occidente	
--	--	--	-----------	--

1.- El equipo que trabajó en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), durante su corto tiempo de existencia, se caracterizó por ser uno de los equipos de investigación más importantes para el desarrollo de la Antropología de la Medicina mexicana debido al trabajo realizado. El CIESS publicó tres libros¹², producto de las investigaciones de su equipo. Las líneas anteriores responden a la intención de ubicar la calidad de los investigadores del libro titulado: La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano, que a continuación se comentará.

Uno de los aportes más importantes del libro es la caracterización que se hace de la Medicina Doméstica, ya que lo publicado hasta la fecha en México¹³ sobre auto-atención (modelo así nombrado por Menéndez) no está singularizado con tanto acierto, como se hace en este libro. Los autores explican las bases de la Medicina Doméstica y hacen una comparación de ésta con la Medicina Tradicional (modelo subordinado alternativo nombrado así por Menéndez).

De los capítulos que contiene el libro se comentarán solo los más importantes. El tercer capítulo, parte de la concepción que se tiene sobre la "naturaleza" para poder orientar y explicar mejor el sistema de creencias,

¹²Los títulos de los otros libros son: a) Medicina tradicional y enfermedad y b) el futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos.

¹³Las tesis de Maestría y Doctorado de Rosa Ma. Osorio tratan precisamente sobre el tema, sin embargo aún no están publicadas y fue imposible conseguirlas en Guatemala y en el viaje que se realizó a México.

prácticas y conceptos sobre el embarazo y parto. Esta forma de abordar el tema es crucial, para poder entender todos los posibles padecimientos. De los padecimientos que se explican, nos llama la atención que los autores se refieran al padecimiento llamado "matriz caída", ya que como se podrá leer en los capítulos siguientes, éste es uno de los padecimientos que atienden las comadronas en Rabinal; y en toda la revisión bibliográfica realizada tanto en Guatemala como México muy pocas fuentes dan información sobre dicho padecimiento.

Los capítulos restantes que tratan sobre el embarazo, parto y puerperio expone temas con detalle que son muy importantes para poder entender las prácticas y representaciones del entorno de las comunidades del Estado de Morelos. Entre algunas concepciones se aclara la significación que tiene la expresión "ya enfermó", para referirse a una mujer embarazada. Se explican las razones por las cuales dicho término no debe entenderse como estado patológico, sino como un estado que producirá cambios en el cuerpo de la mujer. Explica el ámbito doméstico y aclara las prohibiciones que hay para las embarazadas. En los dos últimos apartados sobre el embarazo se explican las acciones que se toman con los embarazos complicados y proporcionan una pequeña clasificación de las enfermedades que pueden padecer las embarazadas.

El capítulo sobre parto insiste en que la falta de infraestructura de carreteras y red de transportes, es la razón principal por la cual la demanda de las parteras se convierte en la única atención disponible en esos lugares. Al igual que en el capítulo anterior se hace énfasis en las creencias en torno al cordón umbilical, placenta,

ombligo y las acciones que se hacen respecto de las complicaciones que surgen.

El apartado sobre el puerperio trata de nuevo las creencias en torno al período post-parto, pero se enfatiza la importancia de la partera respecto a las diversas enfermedades o padecimientos del niño y/o de la madre que atiende durante ese período.

Finalmente insiste en señalar las diferencias que hay entre las parteras tradicionales-curanderas con las parteras empíricas adiestradas, ya que la tendencia dentro del Sector Salud es la re-funcionalización del papel de la partera como claramente ocurre en las comunidades estudiadas.

2.- Existe una diferencia fundamental entre las instituciones que apoyan la investigación y publicación de Virginia Mellado e Hiriam Bravo: El CIESS es un centro de investigación sobre antropología médica, mientras la otra institución es un centro de investigación en demografía médica. Aún así la publicación de Hiriam Bravo es muy completa porque la óptica de la institución no interfiere con el contenido del libro.

La publicación de Hiriam Bravo se divide en dos partes: una muy completa sobre los antecedentes de la partera y la otra se refiere a la capacitación de las parteras. La primera parte del libro contiene antecedentes generales sobre la partería, también explica el origen de su definición y hace una diferenciación entre los diversos términos que se utilizan para denominarlas; (parteras adiestradas, matronas, comadronas, etc.). Luego se refiere a la historia de Occidente respecto de este personaje, seguidamente expone la historia mexicana para la cual utiliza

documentos escritos por los cronistas españoles haciendo énfasis en los temas siguientes: parto, recién nacidos, ombligo, placenta, concepciones mágicas y religión. La otra parte del documento es una evaluación de capacitación de comadronas, sin embargo las recomendaciones que da son muy generales y cumplen muy poco con los objetivos de la investigación.

3.- De los investigadores mexicanos consultados, Miguel Gúémez Pineda es un representante de los científicos que se han dedicado al tema de las parteras desde su más temprano inicio, como lo demuestra su tesis de licenciatura¹⁴ del año 1,988. Actualmente se encuentra preparando una publicación que es una compilación de investigaciones realizadas con parteras en Yucatán. A continuación, se comentarán tres artículos publicados por él¹⁵.

La temática del primer artículo es el proceso de incorporación de las parteras al Sistema Estatal de Salud y sus respectivas controversias. Explica que esa incorporación de las parteras desde una perspectiva antropológica se ejecuta para mejorar la atención en salud del grupo materno infantil. En un primer apartado el

¹⁴La formación de éste investigador viene de las ciencias sociales, el es antropólogo.

¹⁵Los artículos comentados son: a) De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. b) La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas y c) Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil.

autor explica la importancia que tiene el aprendizaje del oficio de partera como un proceso de socialización primario que se caracteriza porque:

"...interioriza valores, símbolos y habitus que estructuran y orientan la percepción y las prácticas de acuerdo con las características socioeconómicas de la comunidad". Güémez(1,997:3).

Explica también que existe una articulación desigual entre varios modelos médicos, ésta responde a diferentes planteamientos teóricos que tratan de entender una cultura médica de la partera que se mueve en dos esferas diferentes:

"...Por una parte, aquellos saberes considerados como "tradicionales" surgidos desde el ámbito sociocultural (no académico) que se han constituido sobre bases primordialmente empíricas, ideológicas y filosóficas e incluso religiosas, aceptados comunitariamente, llegando a ser instituciones en sí mismas. Por otra parte, también incorpora (por efectos del proceso de la capacitación dirigida) saberes que provienen y son reconocidos por la práctica médica académica "científica", alopática, constituido desde las disciplinas bio-médicas y que en la actualidad es dominante en los sistemas de atención de los países occidentales." Güémez(1,997:4)

Y que a partir de esa articulación comienza un proceso de re-socialización entre las dos esferas de saberes, prácticas e ideologías. Luego explica a grandes rasgos cómo se realiza la transmisión del acervo cultural del oficio en la línea materna, describe cómo las parteras realizan las actividades respecto del período pre-parto, parto y post-parto.

En otro apartado, proporciona datos de los últimos 30 años de existencia de los programas de capacitación de parteras en México, y explica el contenido de los mismos. Recalca que la mayoría de esos programas dirigen esfuerzos a que las parteras se conviertan en agentes activos de control de

la natalidad, ya que ello es un recurso indispensable para el control de embarazos y partos. Uno de los logros de esos programas ha sido la instauración del 18 de junio como el Día Nacional de la Partera Rural, también las parteras reciben un beneficio económico cuando asisten y cumplen con las actividades del programa de capacitación.

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

El artículo concluye explicando que la amalgama de factores culturales, económicos e institucionales intervienen para que el parto sea atendido por una partera. Entre los culturales se puede mencionar; el idioma entendido no sólo como una forma de comunicación, sino como un proceso más complejo. El factor económico es determinante, pero está directamente relacionado con la anulación de otros gastos en que se incurren cuando se decide no tener el parto en casa. Otro factor, el institucional repercute en el rechazo ideológico que tiene la población, sino a la vez que está estrechamente vinculado con el déficit de médicos de planta e infraestructura.

El segundo artículo escrito en el año 2,000, comienza explicando el parto entendido como un proceso biológico natural que en la actualidad tiende a complicarse debido a la utilización de los recursos bio-médicos y de un sofisticado instrumental técnico e intervenciones medicalizadas. El autor propone que en la actualidad se comienza a manifestar una tendencia en el ámbito mundial que intenta disminuir ese proceso de medicalización del parto. A raíz de ello se puede interpretar la razón por la cual algunos movimientos e investigaciones, vuelquen su mirada hacia el trabajo actual de las parteras en los países en vías de desarrollo. Motivo por el cual algunas investigaciones realizadas en la zona yucateca se han llevado a cabo por investigadores del primer mundo.

El objetivo fundamental del artículo es explicar la complejidad que existe entre las mujeres mayas yucatecas respecto al ciclo vital, su relación con el embarazo y nacimiento, la interpretación que tienen de esos eventos y la experiencia vivida en sus cuerpos. Explica que la racionalidad occidental es diferente respecto de las:

“...Ideas sobre la concepción, el desarrollo del feto, de la anatomía del cuerpo humano y del cuerpo espiritual del paciente yucateco” Güémez (2,000:312).

El autor se basa en el análisis lingüístico y antropológico del significado y las funciones que tiene la anatomía humana. Dos hallazgos muy importantes respecto del tema son: a) la noción de que los órganos internos son movibles y b) la falta de distinción anatómica entre el sistema digestivo y el reproductivo. Pienso que éstos hallazgos son importantes porque son la base de muchos padecimientos que localicé entre los mayas achí durante el desarrollo de la investigación.

El autor insiste en la importancia que tiene para los mayas el significado de la placenta:

“Es considerada como una cuestión personal e íntima que amerita una atención particular. La manera en que se dispone de ella influencia no sólo el destino del recién nacido sino también la fecundidad futura de la madre. Así pues, es comprensible que los mayas encuentren inadmisibles tirarla en la cubeta de un hospital para deshacerse de ella de una manera altamente irrespetuosa”. Güémez(2,000:316).

Posteriormente el artículo se divide en 6 partes en las cuales el autor va analizando lingüística y antropológicamente algunas de las categorías utilizadas por los mayas yucatecos. Algunos de los temas que analiza son: a) El sentido de concebir el embarazo como una enfermedad, ya que las funciones normales de la mujer se ven alteradas (náusea, vómitos, abultamiento del vientre y los senos, ausencia de la menstruación, etc.), b) La búsqueda de atención a partir del tercer mes, c) El entendimiento de que el dolor del parto es algo inevitable y necesario, que la mujer debe ser capaz de soportarlo y cooperar con la partera y su hijo.

Finalmente el tercer artículo se centra en la descripción de las acciones que realizan las comadronas y su relación con el aparato médico estatal.

En el artículo proporciona información descriptiva respecto de las actividades de la atención: prenatal, parto y postparto. La segunda parte del artículo se centra en indicar los factores socioculturales (prejuicio social respecto al sexo de la persona que atiende el parto, facilidad de comunicación por el idioma, el lugar donde sucede el parto “la casa”, éxito y reputación de las comadronas), factores económicos (menor precio de la partera en comparación con las instituciones de salud, el pago puede ser en especie) y

factores institucionales (la comunidad estudiada carece de asistencia médica estatal).

3.- La siguiente autora es de nacionalidad estadounidense, sin embargo los estudios que ella ha realizado en el área mesoamericana respecto del tema son pioneros, razón por la cual serán comentados. Su contenido está desactualizado, pero afortunadamente superado por investigadores mexicanos y guatemaltecos.

Sheila Cosminsky ha escrito dos artículos muy importantes respecto de las comadronas mesoamericana. De éstos se puede decir que el segundo es una versión revisada y corregida del primero.¹⁶

El primer artículo proporciona datos muy generales sobre el oficio de comadronas. Explica los aportes más representativos de las investigaciones realizadas en el área mesoamericana de Guatemala¹⁷ y México¹⁸. Comenta principalmente los estudios de comadronas realizados por:

¹⁶Los artículos se pueden consultar en la bibliografía, los años de publicación son: 1977 y 1,992

¹⁷Chinautla de R. Reina, Chichicastenango de R. Bunzel, Todos Santos de Oakes, Santiago Chimaltenango de Wagley, Santa Eulalia de La Farge, Camotán de C. Widson, San Luis Jilotepeque, de J. Gillin

¹⁸Norte de México por Kelly, Tepoztlán de Lewis, Tzintzuntzan de Foster, Mitla de Parsons, Chan Kom de Redfield y Villa Rojas, Sinacatán de Vogt y Fabrega

Paúl en San Pedro La Laguna, Sololá y el trabajo elaborado por ella en Santa Lucía Utatlán, Sololá, Guatemala.

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

La investigación proporciona información respecto de los cambios que están adoptando algunas comadronas a partir de la década de los setenta debido a la incursión de la medicina moderna.

En un primer apartado la autora señala un error frecuente en las etnografías de los setentas, que son las generalizaciones que se hacen a partir de un solo informante. Explica la poca importancia que se le da al trabajo de la comadrona en la bio-medicina y promulga por la utilización de ésta como un agente de salud valioso debido al uso de diversas técnicas.

Expone luego los dos caminos para ser comadrona: uno por medio de la vía matrilineal en donde las hijas aprenden de las madres, abuelas, hermanas, etc; y la otra se relaciona con el destino y/o "don" que tienen los terapeutas tradicionales meso americanos. Reporta el inicio de los programas de capacitación a comadronas en Guatemala, por Nancie González en el año 1,963 que es llamado: Programa de Entrenamiento de Sanidad Pública para Comadronas. Señala algunos de los problemas que ya presentaban esos programas de capacitación como por ejemplo: La exclusión del uso de

hierbas y del temascal; las complicaciones no se remiten al médico, la utilización de la posición horizontal; explica que esos programas tienden a condenar el uso de las prácticas tradicionales. Insiste en resaltar la función especial de las comadronas:

"...tienen un tipo especial de conocimientos y entendimiento que forma parte de un contexto social y cultural más amplio. En las literaturas etnográficas y médicas lo que constituye este conocimiento queda en un vacío. Raramente se investiga el conocimiento de las comadronas sobre fisiología, anatomía, etapas del parto, los detalles del proceso del parto, las técnicas específicas de masaje y el apoyo psicológico de la cliente" Cosminsky (1,997:310)

También proporciona información respecto a: a) El cuidado prenatal: señala que el trabajo de la comadrona comienza desde el 3er. , 5to. y 7mo. mes con los masajes prenatales que ayudan a determinar la posición del feto, desprender al feto gradualmente y con ello aminorar el dolor en el parto y mantener el útero en su lugar. También señala que comienza a desaparecer el uso del temascal durante el embarazo. Identifica la administración de remedios caseros, la restricción de algunas comidas frías y la determinación del estado caliente de la embarazada; b) Abortos y malparto; Explica que algunas comadronas atienden abortos, ya sea por alguna complicación que se presente en una mujer, o también porque alguna mujer no desea tener el hijo, en ese caso la práctica es considerada antimoral. Las comadronas tienen conocimientos de determinadas plantas que ocasionan abortos; c) Parto: Señala la importancia que tiene la presencia del hombre, el uso de la posición "encuclillada", y la lamentable inferencia médica, respecto de esta posición en las capacitaciones a comadronas; evidencia la utilización de un masaje antes del parto para relajar los músculos y así contrarrestar la acción fría del mismo. Indica que la administración de remedios caseros como la práctica más

controlada y reprobada por el personal médico; d) Placenta y cordón umbilical: Explica algunas técnicas que las comadronas usan para expulsar la placenta (masajes que presionen la parte baja, estornudos, vómitos, etc.), analiza el significado que tiene para los mayas la placenta. Indica que el cordón umbilical se corta hasta el momento en que la placenta ha sido expulsada. Señala prácticas buenas y negativas respecto del cordón umbilical; e) Cuidado del recién nacido; Remarca la importancia del primer baño en agua tibia o en el temascal y explica:

“...En Tzintzuntzan la comadrona le abre la boca a la criatura y le empuja el paladar para fortalecerlo con fines de evitar enfermedades futuras. En Santa Lucía si el bebé tiene dificultades respiratorias la comadrona chupa la cabeza para subir y empujar la fontanela con la boca ya que se cree que ésta es la causa del problema” Cosminsky(1,977: 322);

f) Cuidado después del parto: Explica el estado delicado de la madre y del niño después del parto, para justificar el aislamiento y restricción de algunas de las actividades de la mujer, ya que éstas se determinan por la condición física de la mujer, el número de parientes femeninos que la ayudan y su estado socioeconómico.

Finalmente las siguientes dos investigadoras guatemaltecas:

Elena Hurtado y Elba Marina Villatoro,¹⁹ tienen una trayectoria importante en sus publicaciones e investigaciones sobre comadronas.

4.- Elba Villatoro desarrolló una investigación en el área indígena ixil, la investigación se realizó por medio de grupos focales y tomó de base en su mayoría a comadronas

¹⁹En el desarrollo del primer capítulo, ya se ha explicado en parte el trabajo que éstas investigadores han realizado, por ello en este apartado solamente se hace alusión de nuevo a sus investigaciones respecto del tema.

adiestradas por el MSPAS y una minoría de comadronas empíricas o sin adiestrar. La investigación tiene una buena documentación sobre la historia de la comadrona y otra sobre la época pre-hispánica. No hay datos históricos para el período colonial y republicano.

La otra parte de su investigación proporciona datos sobre los ejes de la profesión en el área ixil, explica que existen en orden de importancia tres razones por las que, dichas mujeres se hacen parteras: la necesidad, por herencia y por revelación de signos sobre naturales, como lo son los sueños y enfermedades. Este es un importante hallazgo de la investigación porque expone nuevos procesos, en comparación con los estudios de la década de los setenta que hacen mucho énfasis en los aspectos sobre naturales para la elección del oficio.

Se da información respecto del chuj o temascal que es el baño de vapor tradicional en el que se realizan masajes y sobadas a las mujeres parturientas. También proporciona información respecto de las actividades pre, parto y post que las comadronas realizan, datos importantes para el personal de salud que se relaciona con ellas. A raíz de los resultados de su investigación creó materiales visuales para incorporarlos a los cursos de capacitación de comadronas.

5.- Las publicaciones de Elena Hurtado se caracterizan porque desde su primera publicación en el año de 1,984 hasta las últimas del año 1,998, utilizan una metodología que se basa en los CAP's (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) de las parteras. La mayoría de sus publicaciones son diseños, evaluaciones y programas educativos que realiza para Programas de Salud Rural en los que proporciona sugerencias y estrategias para mejorar e

implementar dichos programas. Lamentablemente las publicaciones recientes de Elena Hurtado se circunscriben y tratan temas exclusivos sobre las políticas estatales de salud, o de las actividades relacionadas al período pre, parto y post. Si sus estudios, evaluaciones y diagnósticos tomaran elementos del contexto socioeconómico y cultural de las comunidades, proporcionarían más elementos sobre el quehacer de las comadronas.

En sus publicaciones sobre comadronas, se puede observar una gran diferencia entre su primer artículo y los más recientes. En su primera publicación proporciona información sobre la predestinación de la mujer para ejercer su oficio (signos al nacer, sueños enigmáticos en la adolescencia, padecimiento de una enfermedad recorrente, intervención de terapeuta tradicional para confirmar su destino, hallazgo de objetos en el camino, etc.) y otros elementos culturales; mientras que sus últimas publicaciones se concentran en la atención: pre, parto y post y la identificación de las señales de peligro, la presencia de anemia entre embarazadas, la deficiencia de hierro, etc.

6.- Finalmente comento la publicación elaborada por la Asociación Pies de Occidente, por ser una de las más recientes, y también porque es un documento realizado en los parámetros de una Organización No Gubernamental con un importante trabajo en la Salud Comunitaria en el área rural de Guatemala. El documento titulado: El Rol de la Comadrona en su Contexto Sociocultural, es una investigación realizada en algunas comunidades del área k'iché cercanas a la cabecera departamental de Quetzaltenango; y en el área man del mismo departamento. En el estudio se hace una diferencia entre grupos étnicos, pero en los resultados no se profundiza sobre las

diferencias entre estos grupos, tampoco se analiza la importancia de no encontrar diferencias significativas. Lo mismo ocurre para la variable religión, aunque explican que tomaron en cuenta parteras católicas, evangélicas y de espiritualidad maya, al final de la investigación no presentan un análisis respecto a las diferencias o similitudes entre las mismas.

Un importante aporte es la interpretación del cambio que se está dando en la relación entre comadrona y embarazada, explican cómo la relación de reciprocidad que se basaba en un patrón jerárquico y de servicio a la comunidad respecto a la figura de los terapeutas tradicionales, comienza a desaparecer, y explican cómo esa relación debe empezar a entenderse en términos de una relación mercantilista. Otra interpretación que se da respecto al cambio en la relación de reciprocidad, es la presión social como sociocultural e individual que las parteras deben enfrentar respecto del cambio.

Lamentablemente el estudio se reduce a la atención del período pre-parto, parto y post-parto, ya que se anteponen los intereses de la asociación en la investigación. Toda la investigación que surge bajo esta perspectiva, desde el principio tienen un sesgo importante para el desarrollo científico de la misma.

Hasta el momento se han comentado las publicaciones con sus respectivos investigadores, todas éstas forman parte de esa referencia obligatoria para el área de México y Guatemala sobre el tema parteras. Sin embargo también existe una serie de publicaciones respecto al tema, que tienen información relevante, pero debido a su corta extensión, se ha decidido agruparlas en otro apartado que se presenta a continuación.

Publicaciones cortas sobre parteras:

Para una rápida identificación de las publicaciones se presenta: los nombres de los autores, el título de la publicación y un comentario.

1.- María Guadalupe Guzmán: Un análisis antropológico de las concepciones ideológicas de la salud y enfermedad en una comunidad Maya de Yucatán. 1,997. La temática se centra en la cultura, identidad e ideología en torno a la salud, enfermedad y muerte. Hace una síntesis muy buena sobre el desarrollo de las investigaciones realizadas en México durante los 40 y 60, presenta las diferencias de los aportes que se dan a partir de los 70. Explica la posición de subordinación de la mujer en Putunich, y su concepción de minimizar las enfermedades no solo por las propias mujeres, sino también por el Sector Salud.

2.- Mary Rebekah Richardson: Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva en el Yucatán rural. 1,995. Son varios los temas desarrollados; el poder en las mujeres, el matrimonio, el parto, etc. La autora explica que las mujeres de Subinkancab cada vez recurren más al hospital, en vez de usar a las comadronas por diversas razones, sin embargo las evidencias que proporciona no son convincentes. La revisión que hace de publicaciones en inglés sobre parteras (Scrimshaw y Jordan) es un buen aporte, ya que éstas se conocen muy poco y están en idioma inglés.

3.- Pilar A. Parra: La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud. 1,991. El tema tratado es la preferencia del uso de comadronas por parte de mujeres rurales, resultado que favorece la incorporación de las comadronas a los Programas de Salud, se sugiere que se

incorpore la experiencia acumulada en los largos años de práctica de este personaje.

4.- Paola Sesia: La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo bio-médico. 1,992. Dos son las temáticas centrales: a) las concepciones anatómicas y fisiológicas del aparato reproductor femenino: explica la función de centro vital que tiene la matriz entre parteras; y a la vez la dualidad frío-caliente y otras creencias²⁰. b) la relación desigual entre la obstetricia tradicional y atención bio-médica: En esta parte señala las diferencias que hay entre la consulta médica y la visita de la partera. Insiste en señalar que una comadrona continúa atendiendo el parto cuando se presentan complicaciones y lo canaliza sólo cuando le es imposible llevarlo a buen término.

5.- Carlos Zolla y Ana María Carrillo: Mujeres, saberes médicos e institucionalización. 1,988: Son tres los ejes centrales: a) La mujer curadora, b) La medicina doméstica y c) La medicina tradicional. La importancia de este documento radica en que se caracteriza y se explica lo que debe entenderse por medicina doméstica (auto-atención). Modelo que no se había tratado con la pertinencia utilizada en el documento.

6.- Annelise Favier: Parto y tradición. 1,984. Artículo que describe las razones fundamentales de la ocurrencia del parto en casa: presencia del padre, posición para dar a luz y ejecución de las sobadas.

²⁰Esta autora y Virginia Mellado son las únicas que aclaran la significación de la "matriz caída", padecimiento que será tratado en los capítulos siguientes.

7.- Libertad Hernández e Ignacio Bernal . Prácticas y procedimientos terapéuticos de las parteras tradicionales, 1,992. Se atienden dos ejes centrales: a) la relación entre Bio-medicina y Medicina tradicional: los autores insisten en señalar la intersección que se da entre las funciones religiosas, místicas y mágicas de los indígenas para una mejor adecuación de los Programas de Salud, pero sin una mejora en las condiciones de vida es cuestionable lo que se pueda realizar. b) saberes, prácticas y procedimientos de las parteras; en esta parte se describen las diversas actividades que desarrollan las parteras.

8.- Johns Hopkins University, Population Information Program. Las parteras tradicionales y la planificación familiar. 1,989. Este documento se caracteriza porque contiene información mundial sobre las parteras y los programas de planificación familiar. El artículo se ha convertido en una cita obligatoria para el tema por; su historia sobre las parteras, su trabajo y características, su relación con la bio-medicina, pero primordialmente por la información del programa de planificación familiar llevado por las parteras en diversos países.

9.- Leticia Suárez López: Participación de las parteras en actividades de salud reproductiva. 1,999. El artículo es una evaluación realizada en México sobre las actividades de salud reproductiva llevadas a cabo por parteras, se proporcionan recomendaciones sobre las capacitaciones, el conocimiento de éstas sobre los factores de riesgo, planificación familiar, canalización de pacientes. Incluye también un apartado con información sobre mujeres usuarias de parteras.

10.- CCZ - ECOMADI - MAXEÑA. Memoria, conclusiones y recomendaciones del primer reencuentro regional de

comadronas. 1994. Debido a la poca producción de documentos respecto del tema en Guatemala²¹, a excepción de los manuales escritos para la capacitación de las comadronas. El presente documento es importante porque proporciona los resultados de un primer encuentro a nivel nacional de comadronas. Se presentan varios tópicos, entre ellos los problemas que afrontan, las plantas medicinales que utilizan, etc. Igualmente el documento es un esfuerzo de tres instituciones que trabajan con programas de salud comunitaria en Guatemala.

11.- Piero Coppo et. al. Rutzil qawach (salud y enfermedad en la comunidad maya k'iché), 1,994. Esta publicación está conformada por varios capítulos que tratan de analizar y explicar la concepción de la enfermedad y de la salud entre los k'ichés de Totonicapán, en este momento solamente se comentará el capítulo No. 2 que se titula: "Atender el embarazo, parto y puerperio; el saber hacer de la comadrona". Lamentablemente el apartado como su título lo indica se restringe sólo a dicho período, sin embargo existe un apartado en el que explican cómo se llega a ser comadrona. Aunque dan datos respecto a esa predestinación o destino como ellos lo llaman, éstos proporcionan elementos de análisis respecto del aprendizaje que las comadronas tienen al lado de otras y su posterior prestigio y demanda cuando éstas se capacitan y adiestran en los cursos que imparte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala. Después proporcionan información respecto del período pre, parto y post. Las recomendaciones de la investigación se concentran en la

²¹En el apartado anterior se mencionan algunos, sin embargo en Guatemala quien más ha escrito sobre el tema es Elena Hurtado quien se ha convertido en la asesora especializada y principal sobre el tema.

atención del parto y son: La importancia de eliminar o adiestrar sobre el uso de oxitócicos en los trabajos de parto; Los riesgos de la no esterilización de los instrumentos utilizados en el parto, la alimentación inadecuada de la mujer embarazada y la búsqueda tardía de los servicios oficiales de salud en un período muy avanzado del parto. Lamentablemente la mayoría de éstos son sobre el momento del parto, condiciones de riesgo que son las mismas a las que correría un médico que atendiera el parto en las mismas condiciones de la comadrona. Por ello insisto en que las investigaciones sobre comadronas debe ir más allá de la atención de este período.

La revisión bibliográfica que se realizó intentó agrupar el mayor número de documentos sobre el tema, sin embargo las parteras también son consideradas curadoras tradicionales.

En la mayoría de las publicaciones mexicanas se puede corroborar esa tendencia de clasificación; es por ello que se presenta a continuación una revisión bibliográfica sobre los curadores tradicionales, en la cual se da prioridad al contenido de la publicación que versa sobre el tema "parteras".

3.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS CURADORES TRADICIONALES:

Esta revisión se realizó exclusivamente en documentos mexicanos, porque en Guatemala a la fecha no se han realizado investigaciones que se basen en los diversos tipos de curadores tradicionales. Existen estudios de tipo descriptivo en el cual se presentan los tipos de curadores tradicionales que se han localizado en los diferentes grupos étnicos²², pero dichos documentos son listas descriptivas y localizadoras.

²²Para más detalles consultar el capítulo siguiente el apartado

Los estudios mexicanos que se revisaron datan de las décadas de los ochenta y noventa; porque de las décadas anteriores existen muy buenas publicaciones críticas de los estudios realizados por investigadores estadounidenses, como también por investigadores extranjeros y mexicanos que toman de base una postura marxista. Consúltese por ejemplo, la publicación de Eduardo Menéndez del año 1,981 y Módena.

Las publicaciones que a continuación aparecen comentadas, determinaron la auto-atención como el primer nivel de atención, diferencian las prácticas caseras que se hacen en el seno del hogar, de las prácticas que hacen con los terapeutas tradicionales. En el cuadro siguiente se presentan las publicaciones y los investigadores a comentar.

Cuadro No.10
Estudios realizados sobre curanderos tradicionales en México

Investigador y título de la publicación
Graciela Freyermuth Enciso: Médicos tradicionales y médicos aleópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. 1,993
Carlos Zolla, et. al. Medicina tradicional y enfermedad. 1,988
María Eugenia Módena. Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. 1990
Eduardo Menéndez. Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. 1,981
Roberto Campos Navarro. Parteras indígenas de México y la medicalización del parto. (Ponencia). Legitimidad

que explica el desarrollo del enfoque tradicional-culturalismo en Guatemala.

Las políticas y estrategias implementadas por el Sector Salud mexicano respecto de los curanderos tradicionales son muy diferentes a la de Guatemala, porque en México han existido varios programas en los cuales se ha intentado una vinculación entre curanderos tradicionales y personal a cargo de la atención primaria.

El libro de Graciela Freyermuth Enciso es un estudio a nivel regional sobre los terapeutas tradicionales en la región de los Altos de Chiapas. El libro dedica un apartado al análisis de los resultados que ha tenido la estrategia sobre curanderos tradicionales, con el personal de la atención primaria en los Altos de Chiapas. La investigación es general y versa sobre los distintos curadores tradicionales, intentaré proporcionar información correspondiente las parteras, por ser el tema de interés.

En primer lugar la autora hace una clasificación jerárquica de los curanderos tradicionales, explica que las parteras y hueseros son quienes ocupan una menor jerarquía porque su trabajo no requiere de un dominio exhaustivo de saberes, ni de rituales mágico-sagrados. Luego proporciona información sobre las formas en que la partera establece un status en su comunidad: a) porque su práctica es validada por la población; b) tiene una posición que le permite, a pesar de ser mujer moverse libremente en toda la comunidad; c) su aprendizaje está ligado con su vinculación familiar; y d) posee un acervo cultural muy amplio sobre la herbolaria. Luego explica que sus actividades se focalizan en la atención del embarazo, parto y post-parto.

Los aportes de la autora respecto del tema parteras: Es una de las primeras autoras que intenta explicar la importancia que tiene el papel femenino en la atención del parto en grupos indígenas de ascendencia maya. Ella explica que:

“Por relacionarse con partes del cuerpo consideradas de intimidad y rodeadas de normas y tabúes, la experiencia de parir es más fácilmente compartida con alguien que ha vivido ya la misma situación; sobre todo si es una mujer que tiene concepciones semejantes sobre el cuerpo y sobre los fenómenos naturales y sobrenaturales que influyen en el funcionamiento”. Freyermuth(1,993:85)

Muy pocas autoras que han escrito sobre el tema hacen referencia a esta característica. Debido a que el estudio es de índole general sobre terapeutas tradicionales, la autora toma de base que las comadronas se dedican exclusivamente a la atención del período pre-parto, parto y post-parto como también lo hace el sector salud, sin embargo está demostrado que las comadronas como terapeutas también atienden padecimientos relacionados con las enfermedades del aparato reproductor femenino y padecimientos en niños. Esta podría señalarse como una debilidad de la investigación.

El Instituto Nacional Indigenista (INI) y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en México (CIESS) han publicado varios trabajos²³, elaborados por el mismo equipo de investigación o por algunos de sus integrantes. Esa característica de aparecer como coautores de varias investigaciones, es un factor que los diferencia como grupo de otros autores mexicanos que han publicado sobre Antropología de la Medicina en México.

²³Entre los más importantes están: Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana, La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México, La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano, etc.

Se comentará a continuación el tema: Clasificación de las enfermedades en la Medicina Tradicional, artículo que forma parte del libro: Medicina tradicional y enfermedad. Este capítulo trata de las enfermedades que más atienden los curadores tradicionales: mal de ojo, empacho, susto, caída de la mollera y disentería.

En primer lugar, se explica que la selección de esas cinco enfermedades responde a un estudio a nivel nacional, que se realizó en México sobre las principales causas de atención de la Medicina Tradicional. Y explican que metodológicamente toman las causas de demanda de atención y no la enfermedad, porque ello les permitió el análisis de elementos provenientes de distintas tradiciones y/o racionalidades.

Los autores explican que la demanda para la atención de la enfermedad está condicionada por razones económicas, y primordialmente por elementos de la nosotxia popular. Ésta última caracterizada por enfermedades que son competencia del médico, y por enfermedades que son competencia del curandero. También señalan que existen diferencias entre el mundo doméstico en la atención a los padecimientos porque en ésta esfera se tiene un servicio para miembros de la familia o de la comunidad inmediata, se emplean medicamentos resultados de experiencias pasadas; mientras que la atención por los terapeutas tradicionales mantiene una función pública y a cambio de su servicio se espera una remuneración. Razón por la que sugieren una relación entre instrumentos teóricos y metodológicos del modelo científico, y las ciencias sociales ya que esa articulación se da en los tratamientos aplicados.

También explican y exponen las clasificaciones que se han dado para la división de las enfermedades tradicionales y respecto a esta tarea comenta lo siguiente:

“La generalización de los criterios clasificatorios deja siempre la puerta abierta a encontrar excepciones que invaliden la universalidad... Casi todas las clasificaciones de las enfermedades de la medicina tradicional combinan criterios “eticos” y “emicos”... Esas clasificaciones... contienen datos confiables y son útiles pese a sus limitaciones”. Campos(1,992:94-95)

Ellos proponen también una clasificación de las enfermedades tradicionales. Finalmente terminan explicando la problemática que tiene la utilización de la categoría: Síndrome de Filiación Cultural.

La forma en como el equipo aborda la problemática de investigación respecto a las enfermedades tradicionales es acertada, no sólo porque se inscribe dentro de una orientación teórico-metodológica que intenta explicar el proceso salud/enfermedad/atención sobre la base de tres modelos diferentes, sino también explica los problemas que se han tenido al estudiar las enfermedades tradicionales como objeto de estudio.

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

En el último capítulo del libro, la autora explica que los recursos de atención en Hidalgotitlán son: las madres de familia, los médicos, las enfermeras, los curadores tradicionales y los curanderos religiosos. Respecto de los curadores tradicionales explica la existencia de una jerarquía diferente a la presentada por Graciela Freyermuth. Módena explica que existen curadores reconocidos como tales por la población que habita en una comunidad, como es el caso de las parteras, hueseros y curadores, pero explica que también existen curadores que son reconocidos solamente por familiares o conocidos, este es el caso del anciano o anciana que ejerce en forma circunstancial algunos de sus conocimientos aprendidos.

En el apartado sobre parteras, destaca en primer lugar una relación de poder político y económico que establecen éstas con las autoridades municipales de Hidalgotitlán ²⁴. Luego explica que el aprendizaje del oficio se hace en el seno familiar, describe que las actividades del pre-parto comienzan con el "tallado" de las embarazadas y explica algunas de las creencias que hay al respecto. Tanto Módena y Freyermuth señalan una relación entre fenómenos naturales y no naturales (eclipses de luna, no acordarse de Dios) como la explicación de algunas complicaciones. (Labio leporino, parto prolongado, etc.) ²⁵.

Módena continúa explicando algunas prácticas importantes relacionadas con el período parto y post-parto, explica la

²⁴Para más detalle cfr. Módena(1,990:171)

²⁵Para más detalle cfr. Freyermuth(1,993:87) y Módena(1,990:173-4)

inadecuada práctica del baño después del parto en los hospitales cuando en las comunidades no se utiliza dicha práctica. Luego señala el lamentable hecho de que se está perdiendo en la comunidad el uso de la posición hincada para dar a luz. Señala diversas prácticas del período post-parto que se han ido perdiendo en la comunidad (la provocación del vomito para la eliminación de la placenta, el baño ritual sagrado llamado sahumero para proteger a los recién nacidos, etc.)

Finalmente identifica los cambios que se van presentando en la comunidad, y por los cuales las parteras van perdiendo clientela y sus funciones vitales del ser comadrona:

“Las mujeres que han tenido dificultades, que han sufrido maniobras inciertas en partos distócicos o que finalmente han tenido que recurrir al médico van constituyendo el vector tendencial, la línea de fuerza, aún de corta magnitud, hacia el empleo de la medicina hegemónica.”Módena(1,990:179-80).

Los aportes de la investigación desarrollada en Hidalgotitlán respecto del trabajo de las parteras son muy certeros. Actualmente la comunidad se está enfrentando a un proceso de industrialización acelerado en donde las creencias igualmente se están transformando; y en ese proceso de reacomodación en el cual las parteras participan intentan mantener prácticas terapéuticas y creencias, proceso que está muy poco trabajado en la investigación, probablemente por ser un estudio que abarca a todos los curadores y/o agentes de salud.

De Eduardo Menéndez, se comentará el capítulo titulado: Recursos y prácticas médicas “tradicionales”, por ser ésta la parte del libro que habla sobre parteras. En una primera parte del capítulo el autor propone una tipología²⁶

²⁶Cuestionada indudablemente por la ideología dominante curativa.

de los curadores: a) grupo técnico que incluye a comadronas y yerbateros; tienen habilidades técnicas y elementos mágico-religiosos; b) el grupo casero y/o auto-medicación; c) el grupo religioso que se basa en la eficacia simbólica; y d) el grupo mágico; que tiene control social y eficacia simbólica.

El autor intenta caracterizar la situación de los curadores actuales en Yucatán; explica que son las parteras las curadoras que tienen claramente definidas sus funciones en las comunidades y éstas son reconocidas por las autoridades. Da un pequeño perfil de la partera en Yucatán, y explica las razones de su demanda para la atención del parto, que son: a) la partera es quien se traslada al hogar y no la parturienta, b) el costo de los servicios de las parteras son los más baratos que existen en la región, c) el control del miedo, por el cual el niño pueda sufrir una enfermedad sobrenatural y d) presencia del esposo durante el acontecimiento. A partir de esas razones Menéndez explica el triple rol de la partera:

"A) función ritual de control de la ansiedad psicológica institucionalizada, b) función económica, c) función de seguridad constante en actividades y relaciones domésticas." Menéndez(1,981:345).

Sin embargo es necesario sumar a estas razones la inexistencia de servicios y la precariedad de los mismos.

Luego Menéndez explica que el Sector Salud se ha preocupado por captar a las comadronas en sus programas de capacitación y que ésta situación ha provocado:

"...ha permitido en cierta medida convertir a la comadrona en vehículo de una serie de prácticas de la medicina científica que tienden a subordinar ideológicamente a la partera empírica, aun cuando pueda seguir siendo autónoma y usufructuar en beneficio particular el respaldo institucional" Méndez(1,981:346).

Después de explicar las actividades de los otros curadores de Yucatán, la parte más sustancial del capítulo es la revisión bibliográfica y crítica de los estudios realizados en el área, por antropólogos estadounidenses y por científicos sociales de adscripción marxista. También señala las deficiencias teórico-metodológica de los autores que han estudiado "lo tradicional".

La información que proporciona Menéndez respecto de las parteras es mínima, su aporte más importante es la crítica que realiza a los estudios realizados en la región.

El tema de la tesis doctoral de Roberto Campos Navarro, se centró en la legalización de la medicina tradicional en México y Bolivia. El capítulo cuarto tiene un pequeño apartado en el que hace alusión al trabajo de la partera.

En él define que las actividades de las parteras no se restringen al período pre-parto, parto y post-parto, sino también atienden padecimientos relacionados con el recién nacido y de niños mayores. Explica que cada vez más el trabajo de ésta se subordina más, a las esferas de la biomedicina, sin embargo el tema que relaciona el trabajo de las parteras con las autoridades sanitarias, civiles y religiosas está muy disperso con toda la información que proporcionan los demás curanderos.

Dicho autor escribió una ponencia sobre parteras indígenas y medicalización del parto; en dicho documento hace una breve historia del papel de la partera durante los siglos XVIII y XIX, luego se salta a la década de los setenta del siglo XX y presenta los hallazgos respecto de los programas de capacitación a parteras en investigaciones realizadas en el área rural mexicana²⁷. Finalmente concluye diciendo:

²⁷Hace referencia a los trabajos realizados por Güemez en Yucatán,

"La información recolectada confirma la tendencia dominante hacia la medicalización de las parteras empíricas de origen indígena. Sin embargo, existen procesos de abierta o disimulada resistencia, por ejemplo, la no-asistencia a cursos de capacitación, la ausencia de notificación de actividades sanitarias, las reuniones de parteras para intercambio de conocimientos sin la controladora presencia de los médicos, la formación independiente de redes de parteras entre otras acciones." Campos (2,000:13-14)

Los aportes de Campos Navarro respecto al tema son determinantes, porque no teniendo una formación dentro de las ciencias sociales, él reconoce la importancia que tienen éstas, para entender el quehacer en el proceso salud/enfermedad/atención de los curadores tradicionales.

Mellado en Morelos, Sesia y Castañeda en Oaxaca, Freyermuth en los Altos de Chiapas y Szasz.

Finalmente es necesario hacer una aclaración respecto al acceso de las fuentes documentales. La delimitación espacial de la investigación es Guatemala, más sin embargo, la revisión documental se realizó para todo el área mesoamericana. En esa revisión no se pudieron agotar todos los recursos a mano de las publicaciones mexicanas, por encontrarse éstas en el territorio mexicano.²⁸

En un principio del capítulo se pone en escena el surgimiento del personaje llamado "partera", después de exponer brevemente su historia se aclara la razón del por qué resurge el personaje y entra de nuevo en escena. Ello se debe a que es retomado por los Organismos Internacionales que se ocupan de la temática de salud. Esta primera parte del capítulo da una referencia muy general sobre la estrategia a escala internacional que aborda y reválida el oficio de la partería; mientras que las otras partes del capítulo se aproximan desde un punto de vista teórico, que intenta presentar una política de investigación que valida el trabajo que los curadores tradicionales hacen en las comunidades.

Al realizar las revisiones bibliográficas sobre curadores tradicionales, y de parteras en particular, se consultaron básicamente documentos y autores mexicanos debido a que el desarrollo y desenvolvimiento de las ciencias sociales en México no son comparables con el guatemalteco., En el capítulo primero se explican los ejes fundamentales de ese lento desarrollo de la antropología en Guatemala.

Finalmente es necesario señalar que se reconoce la importancia que tienen las parteras como agente de salud en

²⁸Se comentaron los documentos que fue posible localizar, existen otros documentos que por estar publicados en inglés, por ser tesis no publicadas aún o por ser de difícil acceso no se pudieron localizar.

las comunidades más aisladas del área rural latinoamericana, pero no existe una política mundial que intente rescatar y respetar su identidad.

La revisión bibliográfica que se expone a lo largo del capítulo intenta reflexionar sobre las políticas internacionales respecto del tema parteras. Aunque la actitud de los Organismos Internacionales pretende ser tolerante, no puede liberarse de su actitud hegemónica respecto de las políticas de salud, porque éstas se fundamentan en los parámetros bio-médicos de la ciencia Occidental.

Las propuestas teórico metodológicas que se estructuran en el seno de las ciencias sociales pretenden dar luces del trabajo sobre los terapeutas tradicionales, principalmente el trabajo que se está estructurando en los equipos multidisciplinarios, como lo son para el caso mexicano el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Ciencias Sociales (CIESAS) y lo que fue el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Es así como el trabajo de los terapeutas tradicionales, pero principalmente el de las parteras debe entenderse en parámetro holísticos, para así evitar visiones e interpretaciones intolerantes.

CAPÍTULO III: LO TRADICIONAL CULTURAL Y EL PLURALISMO MÉDICO: dos referencias obligatorias. (Marco teórico y metodología).

En el capítulo anterior se presenta un marco conceptual respecto del tema: "parteras", que no se centra o parte de posturas teóricas, mientras que en el presente capítulo el objetivo primordial es estructurar los aportes teórico-metodológico de la antropología respecto de los curadores tradicionales. La intención del capítulo también es presentar una reflexión teórica de los ejes fundamentales que rigieron la investigación y posteriormente se explica la metodología utilizada.

1.- CORRIENTES TEÓRICO-METODOLÓGICAS RESPECTO DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN ANTROPOLOGÍA:

Los estudios realizados en el área mesoamericana y fundamentalmente en Guatemala sobre el tema: curadores tradicionales se han basado en el modelo tradicional-culturalista, sin embargo este modelo presenta diversas deficiencias, éstas han sido expuestas por varios autores¹.

Algunas de ellas son:

- a) No toma de base el proceso; enfermar - morir - atender la muerte y enfermedad, sino proporciona información solamente sobre una parte de la realidad o del proceso estudiado, que para éste caso son "los curadores tradicionales".
- b) El enfoque tradicional-culturalista no enfatiza, ni entiende los procesos a partir de profesiones (curadores, farmacéuticos, vendedores de medicina, etc.) e

¹Consúltese principalmente Eduardo Menéndez 1,981. Sheila Cosminsky 1,983 y Ma. Guadalupe Guzmán 1,997.

instituciones (herbolaria, cosmovisión maya, etc.) que a la vez construyen acciones, técnicas e ideologías.

c) No diferencia las relaciones de hegemonía/subalternidad que en ese proceso se desarrollan.

d) No hace una separación entre medicina y religión.

Éstos son algunos argumentos por los cuales a partir de la década de los setenta y ochenta² se han elaborado nuevos enfoques para abordar el estudio de los curadores tradicionales. Éste es el caso de la propuesta teórica-metodológica llamada: Pluralismo médico.

En síntesis las investigaciones basadas en una orientación tradicional-culturalista enfocaron su atención en las enfermedades y en los tratamientos tradicionales, sin tomar en cuenta la relación de éstas con otras (enfermedades diarreicas y respiratorias, desnutrición, etc.) y con la búsqueda de atención en los servicios de salud estatales (doctores, centros de salud, etc.). En otras palabras:

“Estos trabajos proporcionaban una visión de las prácticas médicas tradicionales como una unidad conservada, inalterable, sin fracturas ni modificaciones donde lo importante era la función que cumplía para los sujetos sociales que la utilizaban, sin tomar en cuenta el contexto socioeconómico en que estas prácticas se daban ni los procesos de cambio que se estaban generando tanto al interior como al exterior de las comunidades investigadas y que influían necesariamente tanto en las concepciones de la enfermedad como en las acciones terapéuticas que los conjuntos sociales seleccionaban para solucionar sus problemas de salud.” (Guzmán: 1,997:137)

2.- EL PLURALISMO MÉDICO:

A partir de la década de los setenta y de los ochenta en México y Estados Unidos comienzan a surgir críticas a los estudios clásicos sobre antropología de la medicina, que se

²Principalmente en México.

habían realizado en el sur de México y en Guatemala³. La misma crítica propone una vía alterna para superar las deficiencias de los estudios, es así como surge la categoría: Pluralismo Médico, término acuñado por Sheila Cosminsky y otros autores como: Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y equipo, éstos últimos proponen y definen la existencia alterna de tres modelos.

A continuación se expone brevemente las propuestas generales de los autores y en particular su postura respecto del pluralismo médico.

³Adams R (1,955) Rubel A. y Adams R. (1,967) Guillin J.(1,956), Solien N. (1,962-63). Para México consúltese Menéndez 1,981 pags.325-400.

En primer término Eduardo Menéndez, define y ubica los factores determinantes del proceso que estudia, por ello explica que toda sociedad construye determinados padecimientos, enfermedades, formas de atención y resolución a sus problemas de salud. Continúa explicando que en esa construcción intervienen diversas orientaciones e intereses de distintos sectores sociales, como por ejemplo los saberes y las prácticas populares, las políticas estatales, las opiniones y racionalidades del Sistema Médico Estatal que son distintas a la de los dueños de farmacias, las organizaciones no gubernamentales, el grupo de profesionales médicos y grupo de terapeutas tradicionales. Razón por la que se manifiesta la existencia de una amalgama de técnicas, terapeutas e instituciones, por ello la técnica y el conocimiento han originado la especialización de terapeutas específicos⁴.

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

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

En segundo lugar, Menéndez señala la existencia de dos racionalidades diversas en el pluralismo médico que rigen

⁴La presencia del terapeuta corresponde a: un rol y a su institucionalización en la sociedad o conjunto social.

la lógica intrínseca, no señalada por Sheila Cosminsky. Porque la lógica de operar de una práctica determinada es diferente para los grupos étnicos o conjuntos sociales, la bio-medicina no puede comprender el holismo existente entre las lógicas o racionalidades de los grupos étnicos. Es por ello que Eduardo Menéndez propone una epidemiología sociocultural en la cual:

“Los conjuntos sociales, los sujetos sociales enfermos y no enfermos deben contemplarse en la estructura social, económica, política y cultural en que se contraen enfermedades, padecimientos y desgracias, tratamientos, curaciones y muertes”
Menéndez (1,990a. :35)

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

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

Es así como comienza a institucionalizarse lo que se considera “normal”, o sea que las funciones de cura y control de la población, provocaran una construcción de nuevos espacios ideológicos dominantes que se constituyen

no sólo en instituciones, sino en valores "en sí". Todos éstos procesos implican nuevas reglas, nuevas actividades y nuevas formas de relación.

Es así como la bio-medicina por medio de los procesos de control, institucionalización y medicalización se han convertido en un saber hegemónico, en el que priva la práctica curativa y la práctica médica⁵. Ese saber y esa práctica médica provocan el rechazo a otras formas de atención curativas, subordina a los "otros saberes", descalifica a los terapeutas tradicionales y a los procesos de eficacia simbólica, etc. Ese proceso constante que en forma amenazadora descalifica a las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales implica una articulación entre las relaciones de hegemonía y subalternidad, o sea que lleva una relación de contradicción en la que cada una de ellas se expande directa e indirectamente.

Finalmente Menéndez explica el pluralismo médico como: la forma en que todo conjunto social produce representaciones sobre sus padecimientos, curadores generales y especializados, a pesar de la coexistencia con la bio-medicina y concretamente con los servicios de salud estatales, dicho sistema es llamado pluralismo médico.

Éste se define como:

"La capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos" Menéndez (1,994:20).

⁵La práctica médica se basa en la prescripción de medicina de patente y en el conocimiento científico de la medicina.

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

El término "Pluralismo médico"⁶ fue introducido por Sheila Cosminsky, a continuación presentaremos sus contribuciones respecto del tema.

⁶Quisiera realizar un comentario sobre la publicación del libro titulado: "La herencia de la conquista; treinta años después", este libro es producto del Seminario realizado en Vancouver del 10 al 17 de agosto de 1,979, que tenía como objetivo principal: "que una nueva generación hiciera una revisión total de lo que se había aprendido sobre Mesoamérica en treinta fructíferos años, ya que en el año 1,949 se había realizado en Nueva York una primera evaluación de la antropología cultural mesoamericana y como producto de dicho encuentro se publicó el libro titulado: "Heritage of Conquest." Kendall (1,983:7). Se mencionó el libro porque es una referencia importante del trabajo realizado en Guatemala por investigadores estadounidenses y a la vez también porque es una reflexión de las investigaciones que se han realizado.

La segunda parte del libro que se titula: "Las instituciones mesoamericanas: Nuevas formas de análisis" aparece el artículo titulado: "El pluralismo médico en Mesoamérica de Sheila Cosminsky. Lamentablemente dicho artículo es poco conocido y a diferencia de los artículos publicados de 1,969 a 1,977 que se pueden conseguir en la biblioteca del INCAP y que suelen ser material de consulta obligatorio para los investigadores del INCAP, el material publicado por Cosminsky a partir de 1,980 se consigue escasamente en la biblioteca del INCAP y no tiene difusión en muchos centros de investigación que se dedican a la temática.

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

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

Cosminsky hace una revisión de los estudios más recientes⁷ elaborados en Latinoamérica sobre pluralismo médico y explica que la diversidad de recursos utilizados y el creciente pluralismo de opciones; genera una heterogeneidad no solo en la conducta, sino también en las creencias médicas. Razón por la que propone que las investigaciones que tomaron como base teórica-metodológica la simplificación de la dicotomía entre tradicional y moderno se convierten en modelos no válidos y simplistas de la realidad. Continúa explicando que la falla del modelo clásico funcionalista para la antropología de la medicina y de los nuevos estudios realizados en la década de los setenta toma de base un modelo de correlación aplicado de diversas formas.

Finalmente intenta caracterizar la conducta pluralística como: a) pragmática, b) la relaciona con la aptitud e

⁷Es importante recordar que el artículo está escrito en el año 1,983.

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

Carlos Zolla no brinda un aporte tan sustancial y fundamentado como el de Menéndez y Cosminsky. Sin embargo, se comentará su aporte respecto de la utilización de sus tres modelos o sistemas de atención⁸, debido a la importancia que tienen éstos para entender esa conducta pluralística que se da entre los modelos de atención.

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

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

⁸La publicación comentada es: "Mujeres, saberes médicos e institucionalización" EN: Figueroa P., Juan G (comp.) La condición de la mujer en el espacio de la Salud, México: El colegio de México, 1,988.

-Es el primer ámbito social en donde se hace una evaluación del daño a la salud y de los niveles de bienestar.

-Se estructura como un sistema formado por: Conceptos, creencias y prácticas dentro del proceso salud/enfermedad/curación.

-El modelo doméstico no constituye una oferta pública de servicio y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos.

-Se ubica como el espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los sistemas médicos.

-Su quehacer además de incluir actividades preventivas y curativas, incluye conceptos y prácticas respecto de alimentación, nutrición, higiene, saneamiento básico, educación, recreación, etc.

-Sus relaciones con los otros modelos de atención, se distinguen porque crea una vinculación y síntesis con los otros.

Se han explicitado los tres autores anteriores, por ser éstos los que de una forma directa o indirecta han realizado sus estudios sobre la base del pluralismo médico; opción que se ha convertido en una propuesta teórico-metodológica de la Antropología de la Medicina.

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

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

3.- EL REFERENTE TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN:

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

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

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

Por otro lado, la articulación entre los saberes bio-médicos y populares se manifiesta en:

-La descalificación por parte de la bio-medicina de los procesos de eficacia simbólica de los conjuntos sociales subalternos.

-El interés de la bio-medicina por los terapeutas tradicionales se concentra en la utilización de éstos como un recurso subordinado del sector salud y no se interesa por el proceso de integración y pertenencia cultural que los terapeutas tradicionales realizan en la comunidad.

-El terapeuta tradicional necesita de una legitimación social y técnica que no consigue en la bio-medicina.

-Los terapeutas tradicionales cuestionan la racionalidad y eficacia de la bio-medicina.

-La bio-medicina se expande y llega a constituirse en las prácticas y representaciones populares, pero dicho proceso implica la subalternización de las otras formas de atender la enfermedad.

-Los terapeutas tradicionales en sus prácticas incluyen cada vez más, las representaciones de la bio-medicina para sus tratamientos.

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

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

4.- ALGUNOS REQUERIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN:

Es necesario en esta parte definir algunas ideas, categorías y términos claves utilizados a lo largo del escrito, su explicación en este momento es oportuna para el mejor entendimiento del trabajo.

La palabra padecimiento se utiliza mayoritariamente en vez de la palabra enfermedad y ello obedece a que su utilización por los grupos indígenas que tienen el idioma castellano como una segunda lengua de aprendizaje, usan más la palabra padecimiento que enfermedad. Debe entenderse

para fines de la presente investigación el padecimiento como: un hecho cotidiano que se manifiesta como una amenaza real y/o imaginaria, que se materializa en un daño físico y/o moral de la salud y que a la vez implica un sufrimiento individual o colectivo. Para Eduardo Menéndez la característica primordial de los padecimientos son:

“...que constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa” (1,996:33)

Existe toda una discusión sobre la utilización de las categorías “medicina tradicional”⁹, “medicina indígena”¹⁰, y “etno-medicina”¹¹. Toda ésta discusión responde en última instancia al punto teórico-metodológica con el cual se defina y aborde el problema. Sin embargo, es importante aclarar desde un principio que la utilización de la expresión: **conocimientos, saberes, prácticas e ideologías** en el texto se refieren a los conocimientos, saberes, prácticas e ideologías que provienen de una racionalidad de ascendencia maya achí y que se han transmitido de generación en generación por medio de la tradición oral, pero que a la vez representan y forman parte de procesos económicos, políticos y de subordinación. Se utiliza esa expresión para no utilizar otras como: sabiduría popular,

⁹Eduardo Menéndez sugiere referirse al cúmulo de prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales, para no utilizar la categoría: Medicina tradicional, ya que el uso de ésta terminología implica una tendencia que en última instancia excluye a determinados sujetos y a sus prácticas, que forman parte de determinadas condiciones económicas, políticas e ideológicas. cfr. Méndez(1,987:39-62)

¹⁰El grupo de investigadores mexicanos encabezado por Carlos Zolla explica que muchos trabajos de índole etnográficos no hacen una diferencia entre las prácticas caseras y las de los curanderos, todas éstas se entiende como “medicina tradicional”, “medicina indígena” y “etnomedicina”. Cf. Campos(1,992:77-78).

¹¹Ibíd

expresiones médicas populares, expresiones tradicionales, etc.

Otra categoría muy utilizada a lo largo del texto es la palabra representación, se emplea dicha expresión cuando se habla de prácticas y representaciones de los achí. La definición que se presenta a continuación fue elaborada por Denise Jodelet; quien entiende representación como:

“La manera de designar y definir los diferentes aspectos de nuestra realidad de todos los días, el modo de interpretarlos y disponer de ellos, tomando una posición con respecto de ellos y defenderla, llegado el caso”.¹²

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

Ya en un principio se explicó las diferentes racionalidades que operan respecto al fenómeno salud/enfermedad/atención, de nuevo se explica lo que se entiende por racionalidad bio-médica: es la procedencia científica que se da en parámetros químicos-biológicos de los procesos mórbidos.

Mientras que la racionalidad achí-maya: es la que proviene de una ascendencia del medievo occidental y maya,

¹²Debido a que la definición fue tomada de un texto mimeografiado que no tiene el asiento bibliográfico correcto, solo se sabe que el texto fue traducido por Elsa Alsina de Lasalle y es una lectura obligatoria del Seminario de Antropología Médica que se llama: Las representaciones sociales: un campo de expansión.

se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo la relación de frío-calor. Cfr. Sucuquí(2,000:53-46).

En los capítulos tercero y séptimo se utilizan varias categorías, por ello es importante establecer una definición de éstas para evitar posibles confusiones. Se utiliza la palabra Sector Salud para englobar a todas las personas que manejan los parámetros de la bio-medicina, que utilizan medicamentos de patente para la atención de las enfermedades, como los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, dueños de farmacia, y demás profesionales del Sector Estatal de salud.

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

Sin embargo también se utiliza la categoría agente de salud comunitario para enmarcar a todas las personas de una comunidad que intervienen en ese proceso de salud/enfermedad/atención, pero que no forman parte del Sector Salud definido anteriormente. Las personas que entran en esta categoría serían: comadronas, promotores de salud rural o guardianes de salud, curanderos, vecinas y/o

comadres, personas que dan atención en el hogar a personas enfermas.

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

A.- El departamento de Baja Verapaz se diferencia de todos los departamentos de Guatemala; porque el porcentaje de mujeres que se capacitan como promotoras rurales de salud es de un 80%,¹³ siendo un porcentaje mayoritario en comparación con el de los hombres.

B.- Existe un porcentaje considerable entre las mujeres que se capacitan como promotoras de salud rural y que son comadronas en Baja Verapaz el 10%¹⁴

C.- ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud) tiene su sede en el municipio de Rabinal, ellos facilitaron la realización del trabajo de campo.

Debido a esa presencia de "genero" en trabajadores de salud comunitaria se decidió trabajar el área de Baja Verapaz y se seleccionó el municipio de Rabinal por las razones que se explicaron anteriormente y por su importancia en el desarrollo regional del departamento.

Finalmente a continuación se expone la estructura metodológica en la cual se basó la investigación.

¹³Porcentaje tomado del trabajo de campo realizado para la evaluación de CRS en la región de Baja Verapaz. (Ver bibliografía).

¹⁴Porcentaje proporcionado por ASECSA, Baja Verapaz.

5.- LA PROPUESTA METODOLÓGICA DEL TRABAJO:

La investigación se desarrollo con las comadronas (parteras empíricas adiestradas), capacitadas por el Sector Salud en Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala,¹⁵ pero previo a su capacitación por el sector salud éstas mujeres ya tenía experiencia en la atención de partos.

Debido a la utilización indistinta de los términos comadrona y partera, es necesario explicitar que en Guatemala no se utiliza el término partera como en todo Latinoamérica, sino se utiliza el de comadrona. Una de las definiciones más acertadas, es la que proporciona Hiram Bravo.

Comadronas: Mujeres de edad madura, con inclinación religiosa, casada o viuda en gran proporción y con escasa escolaridad, con gran experiencia en la atención al parto que provoca confianza en las parturientas de sus comunidades. Puede tener conocimientos científicos y técnicos sobre el embarazo, parto o puerperio adquiridos por medio de cursos de capacitación. Bravo (1990:28)

Sin embargo es necesario hacer una aclaración respecto de las comadronas que fueron entrevistadas y observadas durante la investigación. Todas ellas eran mujeres que poseían un carnet avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, esto implica que todas eran comadronas adiestradas. Sin embargo, muchas de ellas, tenía más de 15 años de haber recibido su capacitación, por lo que muchos de los conocimientos adquiridos estén en el olvido. O sea que algunas de las

¹⁵A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

comadronas entrevistadas en la investigación teóricamente han sido capacitadas, pero prácticamente ese adiestramiento no se reflejaba en su cotidianidad.

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

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

Concluidas esas dos actividades y en una segunda fase de trabajo de campo se procedió a entrevistar a los otros sujetos que interactúan con las comadronas; madres de familia y a las mujeres de la familia extensa de las comadronas. Las madres de familia que se seleccionaron para ser entrevistadas; fueron quienes durante el año de 1,999 habían tenido una muerte de un niño menor de cinco años. La intención de entrevistar a estos dos tipos diferentes de madres de familia (madres con parentesco de parteras y madres con un niño muerto durante 1,999) fue para determinar la demanda de los servicios de comadronas.

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

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

Para la recolección de la información se realizaron un total de nueve guías. Para la realización de los grupos focales con comadronas se elaboraron dos. Las otras siete guías de entrevistas se realizaron de la siguiente forma: una a madres con parientes comadronas, otra a madres que perdieron un niño menor de cinco años durante 1,999, una dirigida al médico, otra a la enfermera, otra a dueños de farmacias, dos entrevistas diferentes que se hicieron con comadronas. También se diseñó un cuestionario que se pasó a los dueños de abarroterías o farmacias que vendían medicamentos. A continuación se presenta un cuadro en donde se resume la metodología utilizada en la investigación, en donde se hace referencia a la distinción de los tres modelos de atención y a la unidad de análisis utilizada, como también la técnica utilizada para recabar la información:

Cuadro No.11
Metodología de la investigación

--	--	--

MODELO	Unidad de análisis	Técnica
Carrera del enfermo (Auto-atención o medicina doméstica)	Madres de familia con niño muerto 1,999. Madre de familia que pertenece a la familia extensa de una comadrona Farmacéuticos Dueños de tiendas	Entrevista Entrevista Entrevista Cuestionario
Curadores tradicionales (Mod. Médico Alternativo Subordinado)	Comadronas Comadronas	Entrevista Entrevista
Servicios de Salud (Modelo Médico Hegemónico)	Médicos Enfermeras	Entrevista Entrevista

En el anexo número uno se presenta el listado del total de entrevistas y grupos focales que se realizaron durante el trabajo de campo.

El trabajo de campo se realizó durante temporadas cortas de 2 a 3 meses; durante el primer (1,999) y segundo año (2,000)¹⁶ y en el último año (2,001) se hicieron temporadas más cortas de 2 semanas a 1 mes en dos oportunidades.

¹⁶En tres oportunidades distintas.

CAPÍTULO IV: GUATEMALA Y RABINAL, BAJA VERAPAZ.

El objetivo de éste capítulo es presentar al lector español algunas generalidades sobre el país de Guatemala y la comunidad en donde se realizó la investigación. Un marco contextualizador de un país multicultural y multiétnico dará una idea al lector sobre el territorio nacional. También se dan datos respecto a procesos de socialización, en donde la espiritualidad, la música, el poder local de las cofradías, el consumo de determinadas comidas y bebidas, etc. son elementos determinantes que crean normas y valores cotidianos para la construcción de significados y símbolos en la cultura achí de Rabinal, Baja Verapaz.

1.- GUATEMALA PLURIÉTNICA:

La República de Guatemala ésta localizada al sur de México y tiene una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, es el primer país que conforma la América central¹. Su población total es de 10 millones de habitantes, la mitad de la población tiene menos de 17 años. El 62% de la población vive en el área rural en poblados de menos de 2,000 habitantes. La población se divide en indígenas y no indígenas, seis millones son indígenas diseminados dentro de todo el territorio y conformando un mosaico en el que se hablan 21 idiomas diferentes.² Mientras que los otros 4 millones de habitantes que tienen un origen no mayense, hablan en su mayoría el idioma español; una minoría de éstos habla el Caribe y el Xinca. En Guatemala se habla un total de 24 idiomas diferentes³, 21 que son de origen maya, y otros tres (El Castellano o Español, el Caribe y el Xinca.)

¹Para más detalle consultar el mapa número uno.

²Demetrio Cojtí en su libro indica que son un total de **21 grupos étnicos diversos**, sin embargo; él basa su propuesta en la

correspondencia de grupo étnico con idioma mayense. Pero, algunos de éstos grupos se mueven en zonas de confluencia de por los menos 3 idiomas distintos, razón por la que su propuesta no es correcta y también porque éste no toma en cuenta la identidad y la historia de cada uno de éstos grupos.

³Puede consultarse el mapa número dos.

Mapa No.1

Ubicación de la República de Guatemala.

Mapa No. 2

Maya lingüístico de Guatemala

Cuadro No.12
Idiomas de Guatemala

Idiomas de origen maya	Otros idiomas
1.- Chorti`	22.- Español
2.- Itza	23.- Caribe
3.- Mopán	24.- Xinca
4.- Akateko	
5.- Chuj	
6.- Jakalteko	
7.- Q`anjobal	
8.- Tektiteko	
9.- Awakateko	
10.- Ixil	
11.- Mam	
12.- Uspanteko	
13.- Sipakapense	
14.- Sakapulteko	
15.- Poqoman	
16.- Pocomchi`	
17.- Achi	
18.- Tz` utujil	
19.- Q`eqchi	
20.- Kaqchikel	
21.- k`iche	

Sin embargo, la problemática central del plurilingüismo guatemalteco es que los idiomas mayenses no corresponden a cada grupo étnico; a la fecha no se puede determinar el total de grupos étnicos que hay en Guatemala, por problemas de adscripción, identidad y lengua entre los maya

hablantes. Sin embargo las relaciones interétnicas son desiguales: hay discriminación, estereotipos y prejuicios por los no indígenas hacia los indígenas.

La base de la economía guatemalteca es la agricultura, ya que representa la mayor fuente de ingreso de divisas para el país; sin embargo es necesario explicar la función que tiene la agricultura en todo el territorio Guatemalteco.

En primer lugar se puede decir que en Guatemala existen 3 tipos de agricultura:

“La de subsistencia, la comercial y la de exportación; cada una está especializadas en el cultivo de diferentes productos. La agricultura de exportación produce café, banano, caña de azúcar y algodón; ha sido la base de la economía guatemalteca desde el siglo XIX. Actualmente, existe también la exportación de productos no tradicionales como la arveja china, el brócoli, las mini-verduras, las frutas y las plantas ornamentales.” Ramírez (1,993:208)

En segundo lugar, la mayoría de la población maya hablante es la que se dedica a la agricultura de subsistencia y se inserta dentro de la economía nacional como mano de obra en la agricultura de exportación.

En tercer lugar, la agricultura comercial se ha convertido para los maya hablantes en otro recurso más que se complementa con el cultivo del maíz , ya que se dedican a cultivar otros productos que son destinados para el comercio en el ámbito local en los mercados.

Esa agricultura de exportación es la que provoca flujos migratorios estacionales cuando las cosechas de azúcar, café, cardamomo, etc. requieren mano de obra no calificada.

Finalmente se proporciona un breve marco histórico. La civilización maya que se desarrolló en el área de

Mesoamérica, se divide en tres períodos: el preclásico (2,500 a.c. al 1 d. c.), el período clásico (del 1 d. c. al 900 d. c.) Y el post-clásico (900 d. c. a 1,524). El florecimiento de la civilización maya se caracteriza por la escritura jeroglífica⁴, el uso del calendario de 18 meses y 20 días basado en el ciclo agrícola, la agricultura en chinampas⁵, el cultivo del maíz y del cacao, el sistema de mercados periódicos para el intercambio de mercancías, la construcción de pirámides estucadas y la elaboración de códices⁶. Con la presencia de los españoles en América finaliza esta primera época de la historia guatemalteca que se titula: época pre-hispánica, luego continúa la época colonial.

Con la llegada de los españoles a Guatemala, comienza la conquista de los grupos autóctonos, en el año de 1,524 y la hace Pedro de Alvarado. La rivalidad entre los grupos facilitó la faena de los conquistadores. La población fue organizada en reducciones⁷ y en poblados localizados en los valles abiertos alrededor de la iglesia, para facilitar la administración civil, la conversión religiosa de los indígenas y la recolección de los tributos⁸. La época de la colonia finaliza con la independencia del territorio guatemalteco de la corona española en el año de 1,821. A

⁴Escritura que se basa en signos ideográficos.

⁵Sistema agrícola que se basa en canales pantanosos y construídos con revestimientos de lodo del fondo del lago.

⁶Libro pintado hecho de papel de amate o piel de venado que contiene escritura jeroglífica y que se dobla a manera de biombo.

⁷Sistema promovido por las misiones de religiosos durante el siglo XVI.

⁸Eran los impuestos que pagaban al rey en América.

partir de ese año comienza la siguiente época: Independiente.

El siglo y medio que transcurre entre 1,821 y 1,944, se caracteriza porque desde el momento en que los guatemaltecos se independizan de la corona española el poder del Estado fluctúa entre conservadores y liberales.

Durante este tiempo, el territorio consolidado por las cinco provincias de centro América fue limitándose y dando origen a 5 países distintos. Los últimos 50 años de historia que comienzan a partir de la revolución de 1,944; el enfrentamiento armado entre guerrilla y gobierno es el hilo conductor de las relaciones políticas y en parte económicas de éste último período histórico.

Después de una breve relación de las características más importantes de Guatemala a continuación se presenta una etnografía sobre el municipio, un pequeño esbozo histórico y finalmente un apartado que intenta explicar la relación entre la cultura, vida material y procesos de identidad en Rabinal, Baja Verapaz.

2.- VIDA Y CONTEXTO ACHÍ EN RABINAL:

El municipio de Rabinal está ubicado en el centro del territorio guatemalteco, pertenece al departamento de Baja Verapaz y ocupa un área de 504 kilómetros cuadrados. Limita con los siguientes municipios: al norte con el municipio de Uspantán del departamento de El Quiché, al sur con los municipios de El Chol, Granados y Salamá, al oriente con el municipio de San Miguel Chicaj y al occidente con el municipio de Cubulco, todos éstos pertenecientes al departamento de Baja Verapaz. Rabinal está formado por un casco urbano, 27 aldeas y 50 caseríos⁹.

⁹Según datos actuales de la municipalidad.

De la ciudad de Guatemala a Rabinal, se llega por dos vías, la primera vía que es la más comercial y la más moderna¹⁰, tiene una extensión de 194 km. La otra vía que es menos comercial y fue la que se utilizó durante tres siglos (XVI, XVI y XVII) tiene una extensión de 114 Km

¹⁰Dicha carretera comenzó su trabajo de pavimentación durante el año 2,001, del último tramo que conduce de la cabecera departamental de Salama el municipio. A la fecha todavía hay un tramo en el cual se está trabajando.

La población total de Rabinal es de 38,580¹¹ habitantes; en el municipio conviven dos etnias: la Achi, llamada también K'iche'-achi y la ladina. La etnia achí se encuentra diseminada en todo el municipio de Rabinal y corresponde al 81.86% de la población, mientras que la etnia ladina corresponde al 18.14% y se focaliza en 5 lugares: Cabecera Municipal, San Luis, Chirrúm, Pichec, Raxjut y Concul. Aunque la etnia achí es mayor que la etnia ladina;

"...el poder local está en manos de los ladinos debido a que éstos cuentan con mayores recursos económicos, educativos y con conocimientos sobre en que operan los partidos políticos".
Barrios(1996:149-165).

La cabecera municipal (Rabinal), se localiza a 974 metros sobre el nivel del mar y se ubica en una depresión de la sierra de Chuacús, que es un sistema montañoso que atraviesa el departamento de este a oeste. Su elevación sobre el nivel y el sistema montañoso son dos ejes determinantes que explica en parte el clima de Rabinal.

"El cinturón de montañas explica el segundo elemento del clima regional: la sequía. La sierra de Chuacús constituye una barreta que impide el paso de precipitaciones importantes que llegan hasta su vertiente norte, especialmente en la zona de Cobán. De la misma manera, las tormentas que se desencadenan en lo alto de las montañas raras veces llegan hasta el fondo del valle, limitándose a sus partes más elevadas. Igualmente, es bastante corta la temporada de lluvias en la región de Rabinal: es más tardía que en el norte de la Verapaz, y se acaba antes. La importancia relativa de las precipitaciones origina en las montañas la presencia de numerosos riachuelos. La mayor parte de éstos son temporales, aunque algunos de ellos brotan en cañadas profundas a lo largo de todo el año, antes de alcanzar el fondo del valle que llegan a irrigar. En esta zona cálida y seca existe una gran diferencia entre las riberas de los ríos y riachuelos que reverdecen a lo largo del año y el resto de la zona transformada en desierto polvoriento

¹¹Según datos proporcionados en la municipalidad y según datos proporcionados por el Centro de Salud, la población total es de 36,901.

durante la temporada de estío...Por consiguiente tanto en Salamá como en Cubulco, las tormentas que estallan a lo largo del río Chixoy y frecuentemente remontan sus afluentes, atenuando así la sequía que asola la región. Por el contrario, Rabinal, ubicado en una zona llana y más aislada de esos entornos, es, sin duda alguna, el sector más seco de toda la región." Bertrand (1,992:86-87)

Por lo general la vegetación de los valles la componen arbustos y plantas espinosas, los pocos bosques que quedan en las montañas cada año durante la época seca (de noviembre a mayo) sufren incendios y:

"La deforestación ha avanzado hasta llegar a presentar un alarmante proceso de desertificación. Una de las principales causas que se suman a las de tipo doméstico es la reducción de la frontera agrícola por procesos de colonización agropecuaria y el aprovechamiento de la madera con fines industriales. Asimismo, en la década pasada, la estrategia de contrainsurgencia del ejército también contribuyó a la deforestación." EAFG(1,995:23)

Debido a las razones climatológicas anteriores, la capa fértil poco profunda de la tierra rápidamente encuentra roca caliza; es por ello que un 56.5 % de la tierra no es apta para el uso agrícola y un 23.8 %¹² lo es sólo bajo condiciones muy severas.

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

¹²Los datos de obtuvieron del libro Masacres de Rabinal.

Estas condiciones climatológicas explican en parte la economía regional de Rabinal. De las tres agriculturas que se practican en el territorio de Guatemala¹³, la agricultura de subsistencia del municipio de Rabinal se concentra en el cultivo de: maíz¹⁴, frijol y ayote. Los cultivos para el comercio son: La caña de azúcar (panela), manía, loroco, naranjas, cebollas, tomate, (éstos cinco últimos, se producen en menor escala para su comercialización en la plaza del pueblo o su negociación con los intermediarios).

¹³la de subsistencia, la comercial y la de exportación; cada una especializadas en el cultivo de diferentes productos.

¹⁴“Desde la época prehispánica, el maíz ha tenido para los mayas una gran importancia económica e ideológica, ha sido el principal cultivo de subsistencia y la base de su dieta: se utiliza en la preparación de tortillas, tamales, atoles y comidas ceremoniales. Generalmente, este producto se cultiva junto con otros alimentos tales como el frijol, las habas, el güicoy y algunas hierbas que sirven para complementar la dieta. En algunos casos, la venta de una parte o el excedente de maíz permite obtener algunos ingresos monetarios.”
Martínez (1,993:222)

La explotación de ganado vacuno y caballar es otra de las actividades que las familias de Rabinal intentan articular con la agricultura de subsistencia. La explotación del ganado porcino se da para la subsistencia, mientras que la explotación de ganado vacuno es un legado del período colonial.¹⁵

En el área rural de Rabinal, la población no tiene acceso a la tierra, porque el 68% de las propiedades tiene menos de 2 manzanas y ocupan únicamente el 12.75% del área total¹⁶.

Debido a la falta de tierras y a la falta de recursos en el suelo, la pobreza tiende a concentrarse más en el área rural que en el centro urbano. En el área urbana se tiene la posibilidad de conseguir otros ingresos en el sector servicios (lavado de ropa, servidumbre doméstica, ayudante de albañil, etc.) y en la comercialización de productos (muchas mujeres en Rabinal, hacen comida para ir a vender a la plaza). Son muchas también las personas que confluyen en una migración temporal en el casco urbano de Rabinal, son personas que buscan mejores recursos económicos y adolescentes que buscan oportunidades de estudio en educación media¹⁷, ya que en el área rural no hay posibilidades.

El municipio de Rabinal cada día se ve más afectado por la falta de trabajo y por una deficiente cosecha anual,

¹⁵ El cultivo del café no pudo introducirse en Rabinal debido al tipo de suelos, mientras que el cultivo de caña de azúcar se destina a la pequeña producción de panela.

¹⁶Datos proporcionados en la publicación del libro: masacres de Rabinal.

¹⁷Estudios que se realizan al terminar la educación primaria o elemental en Guatemala.

situación que en la década de los noventa ya se percibía y ha venido agudizándose:

"Desde la década de los noventa, el territorio de Rabinal ha venido sufriendo un cambio económico muy importante debido primordialmente a tres factores:

a) la desertificación de las tierras por el abuso de la frontera agrícola, b) el proceso migratorio ocasionado por: las masacres y la falta de ingresos en las familias debido a la falta de trabajo agrícola o empleo en los sectores de la industria y servicios (muy pocos desarrollados), c) la situación de pobreza general de la zona."¹⁸ EAFG(1,999:25)

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

Las rutas migratorias son diversas y dependen del grupo étnico al que se pertenece, según el estudio de Lina Barrios:

"La población indígena y ladina tienen diferentes rutas migratorias: los primeros, en su mayoría, se trasladan hacia áreas rurales de otros departamentos y los ladinos, suelen hacerlo a la ciudad de Guatemala" Barrios(1,996:155).

Los departamentos de Escuintla y Alta Verapaz son los lugares que debido a su producción de caña de azúcar y de

¹⁸"Con una población relativa del 1.8% del total nacional y una extensión territorial del 2.9%, generó tan solo 0.92 % del producto territorial bruto en 1,991" EAFG (1,999:25)

café-cardamomo respectivamente, son los destinos principales de migración indígena de Baja Verapaz. La ciudad de Guatemala es otro de los lugares más importantes de migración indígena.

Por último es importante mencionar los lazos de comercio que tiene Rabinal¹⁹ con sus vecinos de Cubulco, San Miguel Chicaj y Salamá. Concretamente éstos se dan por el transporte urbano diario que va desde Cubulco hasta la ciudad de Guatemala, con dos tipos de rutas; la que va de Rabinal, Chol, Granados, a la ciudad de Guatemala y la que

¹⁹“La actividad agrícola ha creado paralelamente una red de transporte: Algunas unidades de transporte han sido compradas por los mismos agricultores, quienes, además de llevar su propio producto, se convierten en intermediarios de productores más pequeños. Algunos mayas, además, han comprado líneas de autobuses que prestan servicio a diferentes aldeas y municipios.” Martínez (1,993:246)

va de Cubulco, Rabinal, San Miguel Chicaj, Salamá, San Jerónimo a la ciudad de Guatemala. Cubulco tiene con Rabinal rutas alternas de comunicación que son secretas en donde se maneja el comercio clandestino de la "cusha"²⁰ en mulas.

Se ha presentado una pequeña descripción de lo que es el pueblo de Rabinal, pero existen otros hechos determinantes de su historia que son indispensables para entender mejor los procesos socioeconómicos del territorio y cómo éstos se relaciona con la identidad achí. A continuación se presenta un marco histórico de la región²¹

3.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE RABINAL:

Las fuentes arqueológicas nos dicen que el territorio actual de Rabinal estuvo ocupado aproximadamente desde el año 1,600 A.C. Sin embargo, los datos arqueológicos que existen para el período preclásico y clásico, "son vagos e inconsistentes debido a que aún no se han estudiado", en palabras del investigador Alan Breton. Para el período post-clásico (900 a 1,500 d. c.) se tiene la siguiente información sobre sitios arqueológicos:

²⁰Licor clandestino.

²¹Es importante hacer la aclaración que ésta parte no es un estudio histórico profundo.

Cuadro No.13

Sitios arqueológicos del Post-clásico en la cuenca de Rabinal

Nombre del sitio arqueológico y rango ²²	Alrededor del sitio
Saqqijel, rango 1;	Chisaliyá, Chakyukabaj, Ukukabaj, Kakja-chisaliyá.
Toloxkox-la laguna, rango 2	
Belej K'ache', rango 3	
El cimiento-chirrum, rango 3	
Kajyub, rango 1;	la picota-mumus, la piedra baleada.
K'amba (Nimajuyub), rango 3	
Chwitinamitl-Chwasuj, rango 1	Kakja-Xokok Alto, kakja-Xokok bajo
Chilu I, rango 2	
Pichek-chiprocesion, rango 2	chwi'anakal, chwitz'aq, Chwitor, Chwa'inup
Chwitz'aq-San Antonio, ran-2	
Konkulito, rango 2	

²²De acuerdo a la clasificación que da Breton tenemos que:
 "Rango 1; centros que tienen plaza(s) con templos gemelos, grandes "casas largas" y "casas del consejo" (entre otras estructuras), estucados.
 Rango 2; centros que tienen plaza(s) con templo único y estructuras largas ("casas largas" y "casas del consejo" generalmente no distinguibles) a veces estucados.
 Rango 3; centros que tienen una plaza con altar y estructura(s) larga(s), rara vez estucados."Breton et, al., (1,993:50)

La importancia de presentar un cuadro con los nombres de los sitios arqueológicos del post-clásico en Rabinal, se hace debido a que actualmente muchos caseríos y aldeas llevan esos nombres, este es el caso de: Chirrum, Pichec, Konkulito, Chisaliyá y Xokok. No se sabe si el nombre del sitio arqueológico se da por la cercanía a determinada población actual, lo importante de señalar es que esos sitios arqueológicos y sus alrededores han estado ocupados desde hace más de 3,500 años y actualmente todavía continúan ocupados; probablemente por sus descendientes. En la actualidad la identificación de éstos sitios arqueológicos y su ocupación habitacional próxima, son hechos que deben tomarse en cuenta para la construcción de la identidad achí, porque de hecho los habitantes de Xococ que es un poblado cercano de las ruinas de Chwitinamit son recelosos con todos los trabajos y ceremonias que se realizan en dicho sitio arqueológico.

Los datos arqueológicos proporcionan información descriptiva sobre los templos y estructuras que se encuentran en los sitios. Proporciona información también la cerámica recolectada en el lugar, nos demuestra los vestigios aislados en un lugar que estuvo poblado, pero lamentablemente no da un panorama más detallado sobre los factores económicos, sociales, políticos, etc. Por ello, partiendo de la base que el territorio de Rabinal estuvo ocupado hace ya más de 3 milenios, es importante tratar de reconstruir brevemente cómo era la vida cotidiana en la cuenca de Rabinal antes de la llegada de los españoles. De acuerdo con Alain Breton²³, el proceso de migración y

²³Para un mayor detalle de la clasificación pre-hispánica véase Breton, (1,999:33-36)

posterior re-asentamiento, puede dividirse en 4 grandes períodos:

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

B) El poblamiento de la sierra de Chuacús: A partir de la dispersión del grupo original, comienza la segunda etapa que se caracteriza por el poblamiento de los altos de la sierra de Chuacús y hacia el oeste (Chichicastenango) cerca del algo de Atitlán, región

poblada por los k'ichés, el sur es poblado por los cakchikeles y los tz'utujiles., y los rabinaleb buscan poblar el este en la cresta que separa las cuencas de Cubulco, Joyabaj y Rabinal. (Ver mapa en la página siguiente)

C) El movimiento de incursión y expansión de los grupos: Esta etapa se caracteriza porque dichos grupos se conforman en la confederación k'iché, caracterizándose ésta por el dominio y expansión del grupo k'iché. Se concentra el poder por el control de las cuencas de los ríos Chixoy y Motagua en la ocupación de planicies y cuencas fértiles. En este momento los rabinaleb se establecen en Kajyub, y los k'ichés consolidan su dominio hacia las regiones de Totonicapán, Quetzaltenango, Huehuetenango, Sacapulas, los Cuchumatanes y la costa del Pacífico. Esta expansión k'iché se basa en conflictos y luchas, hasta consolidar una supremacía k'iche debido a la colonización de diversos poblados

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

Mapa No.3

Poblamiento de la sierra de Chuacús

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

Existen a la fecha varios estudios que resaltan la importancia y el valor estético del Rabinal Achí²⁴. La significación actual que tiene para los pobladores de Rabinal, se denota en la vigencia de la memoria colectiva de su argumento²⁵. Así un poblador de edad adulta puede explicar que los rabinaleb son sus antepasados y que éstos lucharon contra los k'iche's, como se relata en el Rabinal Achí.

El argumento del Rabinal Achí es un relato de un hecho histórico en una narración literaria; trata de evidenciar que la relación entre las etnias prehispánicas en Guatemala no era armónica. Esta situación de tensión que se vivía en aquellos tiempos por las disputas de los territorios es el hilo conductor de toda la obra. O sea que la relación

²⁴Consúltese especialmente las obras de: Anita Padial G., Alain Breton, Andrián Recinos.

²⁵En el anexo No.2, puede consultarse un resumen del argumento del Rabinal Achí.

k'iche'-achi, vista como proceso histórico nunca ha sido armónica, como lo demuestra el argumento del Rabinal Achí.

Desde su pasado histórico los achí de Rabinal nunca se han identificado con los k'iche's, ni lingüísticamente, ni culturalmente, aunque algunos lingüistas mayenses insistan en que no existen diferencias entre el k'iche' y el achí²⁶.

Esta situación ha provocado y culminado en un proceso de identidad, ya que los achí de: Rabinal, Cubulco, San Miguel Chicaj y otros municipios de Baja Verapaz, se han proclamado como etnia diferente a la k'iché, aunque lingüísticamente no existan dichas diferencias.

El argumento del Rabinal achí describe en escena una disputa entre tres etnias: la k'iche', representada por k'iché Achi, los rabinaleb, que es el pueblo y territorio objeto del argumento y los uxab poq'omab, que terminan siendo los cómplices de K'iche' Achi. Esta situación, aunque se manifieste en un texto que no es de índole histórico, sino más bien literario y mitológico, se ha convertido en la actualidad en bandera de identidad étnica para los actuales k'iche's, achís y poqomchies.

Aunque el anterior documento es valioso por su contenido literario; único en América, su contenido histórico no deja de ser igualmente importante. Hasta aquí se ha presentado un pequeño esbozo histórico de la región antes de la llegada de los Españoles a Guatemala.

El siguiente período histórico que corresponde al período de la Colonia en el pueblo de Rabinal, (1,538-1,821) se caracteriza por la forma en que se realiza la conquista del

²⁶Consultar el proyecto lingüístico de la universidad Francisco Marroquín y sus diferentes publicaciones.

pueblo. La conquista en las otras regiones de Guatemala fue violenta y sangrienta, mientras que la conquista en el área de las Verapaces es pacífica. Dicha norma fue implantada por Fray Bartolomé de las Casas y posteriormente por la orden de dominicos en el territorio de Tezulutlán. Dicha característica provoca que los dominicos en el poder sean mucho más tolerantes con las costumbres de los indígenas.

El dominio dominico en el pueblo de Rabinal, se inicia con la fundación del pueblo, en el año de 1,538. Dicho período se caracteriza por:

-La relativa conquista pacífica del territorio de Tezulutlán, que posteriormente será llamado por las Verapaces.

-La entrada estaba prohibida a cualquier persona que no se vinculara con la orden.

-Se establece la cría de ganado caballar y vacuno, como también el cultivo de diversidad de frutas locales y europeas.

-Se ubican y localizan diversas haciendas y trapiches en la región de Baja Verapaz, (Hacienda San Nicolás, el Ingenio San Jerónimo), aunque la mayoría de éstos no quedaban en el pueblo de Rabinal, por su influencia regional los trapiches comienzan a surgir en Rabinal.

-La economía regional se caracterizó por el cultivo de la caña de azúcar y la crianza de ganado.

-La presencia de padres dominicos en el pueblo fue por espacios muy breves. De 1,685 a 1,702 se asignaron 21 padres y posteriormente de 1,714 a 1,746 se asignaron 34 curas, que no permanecieron mucho tiempo en el lugar

-Fray Francisco Jiménez fue uno de los sacerdotes que tuvo una presencia relativamente larga en Rabinal de 1,702 a 1,714.

-Debido a la explotación del ganado y a la expansión de la población se autoriza la desagregación del territorio de Rabinal de lo que actualmente es el valle de San Miguel Chicaj surgiendo así un nuevo poblado en 1,803.

Al término del período colonial y en el inicio del siguiente período histórico, todo el territorio guatemalteco se caracteriza por el surgimiento de una economía incipiente debido al cultivo de la cochinilla. Posteriormente, la economía experimenta un decaimiento debido a la sustitución del cultivo del café por el de la cochinilla. Y la región de Baja Verapaz se ve doblemente afectada porque las tierras de Rabinal y de la región en general, no son aptas para dicho cultivo.

El período histórico que va de 1,821 a 1,900 se caracteriza por:

-El pueblo indígena de Rabinal es elevado a villa, debido a la presencia de ladinos.

-El 18 de mayo de 1,855, llega a Rabinal el Abate Charles Brasseur de Bourbourg en donde permaneció año y medio, tiempo en el cual recolecta testimonios y escribe el documento sobre el Rabinal Achi, obra que es publicada en francés en el año 1,862.

-En la década de 1,860 el término que se utilizaba para los pobladores "rabinaleb" es cambiado por el de "achí", debido a la fama que adquirió la publicación del libro El Rabinal Achí.

-El 1ro. de agosto de 1,893 la villa de Rabinal es elevada a ciudad.

-El cultivo de la cochinilla comienza en 1,818 y termina en 1870, década en la que comienza el cultivo del café.

Finalmente, el último período histórico (1,900-2,000) o el siglo XX en Rabinal se basa en un paulatino decaimiento

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

Todo ello provoca el comienzo de un proceso que se manifiesta a partir de la década de los cincuenta con los movimientos cooperativistas y de la liga campesina, que a lo largo de 30 años se singularizan por la participación de los civiles en las demandas sociales.

Ese proceso termina con la incursión del ejército en el territorio de Rabinal (1,982-1985) practicando su política de masacres y de tierra arrasada.

Los últimos 20 años (1,980-2,000) de la historia de Rabinal se caracterizan entonces por: las reivindicaciones de poder local en la alcaldía municipal, (continúa siendo una lucha entre indígenas y ladinos) y por la presencia de un proceso migratorio laboral que ha venido practicando la población y que poco a poco se ha ido acelerando. Dicho proceso tiene como destinos finales migratorios: Alta Verapaz, Guatemala y Escuintla. En éstos 20 años las demandas internacionales en un principio y las demandas locales en los últimos años, se han caracterizado por

demandar procesos de exhumaciones de las masacres, muertos y desaparecidos ocurridos en Rabinal durante las décadas del conflicto armado. Sin embargo, la mayor parte de la población de Rabinal aún está temerosa para implementar demandas sociales y para fortalecer agrupaciones civiles.

Existen algunas asociaciones importantes que trabajan en ello como: Ixoc Ahau, CALDH, El movimiento de viudas y huérfanos de Rabinal y Baja Verapaz, etc. El lector interesado en profundizar el marco histórico de Rabinal puede consultar los libros de: Lina Barrios, Alain Breton, Alain Ichon que aparecen en la bibliografía²⁷

4.- CULTURA, VIDA MATERIAL Y PROCESOS DE IDENTIDAD ACHÍ:

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

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

No se puede hablar de cotidianidad maya, sin conocer o hacer alusión a las formas de concebir el mundo de los antiguos mayas. Según los estudiosos de los mayas el universo se rige por la acción de dos principios que son complementarios, a dicha característica la llaman "Dualidad Maya", ésta se caracteriza porque cada elemento coexiste en relación con otra realidad, necesiándose mutuamente para

²⁷Puede consultarse en el Anexo 2, un resumen de la historia del siglo XX en Rabinal.

hacer el equilibrio y vivir en armonía²⁸. La dualidad maya se manifiesta en el equilibrio que se da entre: el bien y el mal, el tiempo y espacio, el supra mundo y el infra mundo, los rumbos del espacio cósmico y del sol, poniente y oriente, norte y sur, el cenit y el zadir, etc.

Parte de la vida en la cultura achí gira en torno a la religión y a la búsqueda de un equilibrio entre las fuerzas del bien y del mal; en palabras de una especialista:

"Esta relación es sobre todo permanente, ya que se acude a la religión para mantenerse en armonía, en equilibrio y en orden, para lo cual se hacen protecciones, se da gracias por la vida, la cosecha, el nacimiento de un niño. Se pide permiso a la tierra cuando se va a sembrar, cuando se va hacer la pedida de la novia, cuando se realiza el matrimonio. Se pide protección para los estudios de los hijos, para el trabajo, para el bienestar de la familia, para estar en paz con los vecinos, para que no haya envidias, etc. Asimismo, se acude a la religión en el tratamiento de toda clase de enfermedades, sobre todo para la enfermedad que le llaman "el mal hecho" en todas su manifestaciones."Sucuquí (2,000:71)

Algunas de las representaciones de la cultura achí tienen sus bases en las de los antiguos mayas; principalmente las que corresponden a los sincretismos religiosos, como la "dualidad maya". Sin embargo, existen representaciones y prácticas concretas y exclusivas de la cultura Achi como lo son: la existencia de dúos musicales adufe-violín, el ojo de sol etc.

²⁸Para profundizar sobre el tema consultar a Sucuquí, Thompson, Villa Rojas, etc.

Para entender a los diferentes grupos étnicos de ascendencia maya en Guatemala es necesario esclarecer el proceso histórico de dominación que han tenido²⁹, como también los posibles espacios de encuentro identitario en esa dominación económica y política. Por ello a continuación se intentará relacionar la cultura, la vida material y los procesos de identidad de los achís para entender mejor el contexto de la comunidad en donde se realizó la investigación.

Partiremos de la cotidianidad porque es en donde mejor se expresa ese intercambio de factores.

4.1.- Patrones de descendencia y localidad:

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

En ese transcurrir del tiempo que va de generación en generación, existen rasgos generales entre todos los indígenas de ascendencia maya como lo es: la forma en que se hereda y el tipo de residencia que va muy ligado al primero. Se utiliza un patrón patrilineal que se establece concretamente en : la forma de heredar bienes, en la residencia y en la utilización de determinadas palabras para referirse a familiares. Se presenta una breve explicación de cada uno de ellos.

²⁹Durante la época de la colonia por los colonos españoles y durante la época liberal y en el siglo pasado por ladinos.

La Herencia: Se reconocen primordialmente los parientes a través de la línea masculina, ya que en el momento de heredar los bienes como: las tierras, el ganado, el dinero o un negocio serán los varones de la familia quiénes los hereden, pero ello no implica que las hijas mujeres no reciban nada, ya que éstas en el momento de heredar reciben bienes menores como muebles, trastos, joyas, y pequeños terrenos.

La Residencia: La familia extensa es lo que más se localiza entre los indígenas, formada ésta por los abuelos vivos (generalmente son los de la línea patrilineal) los padres, los hijos solteros (hombres y mujeres), los hijos casados con sus respectivas familias (en la actualidad ello depende de la cantidad de terreno y de los recursos económicos)³⁰.

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

Idioma: En la mayoría de los idiomas mayences las categorías que se utilizan para demostrar parentesco son diferentes de acuerdo al sexo de la persona, es por ello que siempre cuando algún indígena habla de su familia evidencia la línea padre hijo.

Para la mayoría de los indígenas de ascendencia maya, los patrones de descendencia y residencia suelen ser como se

³⁰“Los hijos casados se pueden separar del tutelaje paterno, independizándose económicamente a los dos o tres años de contraer el matrimonio; situación que se concreta cuando se van a vivir a un terreno alejado o dentro del mismo terreno de la casa del padre. En este último caso, cada familia tiene un fogón aparte para cocinar sus alimentos”Barrios (1,996:10)

explicaron anteriormente, sin embargo, una forma de pertenencia, diferencia e identidad entre cada uno de los grupos étnicos de Guatemala es el uso de los apellidos indígenas. El uso de un apellido indígena entre ellos funciona como etiqueta de presentación, ya que se sabe el lugar de donde proviene la persona y también denota que los padres son de raigambre indígena y no ladina.

Se han realizado varios estudios en donde se ha demostrado que el uso de los apellidos crea una serie de procesos psicológicos de pertenencia a un grupo. También han servido de base en procesos de recuperación colectiva, para la revitalización de la identidad en el lugar de origen. Entre los achí algunos de los apellidos de las actuales comadronas, que se pueden identificar de raigambre Achí son: Acoj, Cujá, Cuxum, Ismalej, Ixpatá, Ojom, Sic, Tecú, Xitumul.

4.2.- La Organización social:

Actualmente en el pueblo de Rabinal existen un total de 16 cofradías, que son: San Pedro Mártir (enero), San Pablo(enero, patrono del pueblo), San Sebastián(enero), Santo Domingo(agosto), El Divino Sacramento o Corpus Christi (junio, fiesta muy importante), La Virgen del Rosario(octubre), La Santa Cruz(Mayo), el Niño Dios(diciembre), San Miguel Arcángel(septiembre), San Francisco(Octubre), Santa Elena (Ixoq Elena), San José(marzo), Santa Ana(julio), San Jacinto, la Virgen de Natividad(septiembre) y la Virgen de Concepción(diciembre).

De las 16 cofradías solamente 2 son cofradías ladinas, todas las demás son indígenas; este hecho en particular es otro rasgo muy importante que diferencia a Rabinal de muchos otros pueblos indígenas.

Rabinal es uno de los pocos municipios que conserva la existencia de tantas cofradías³¹, éste rasgo distintivo se relaciona mucho con dos importantes factores: a) la permanencia indirecta del poder en manos indígenas y b) la supervivencia de una forma de organización impuesta en el período de la colonia, pero que se ha convertido en un sincretismo³². Se puede decir de Rabinal, que a pesar de su tormentoso pasado en donde la población civil sufrió diversos atropellos y en donde las costumbres y tradiciones se vieron en peligro. Se ha logrado mantener un patrón muy tradicionalista en relación con la forma de adquirir poder, que se manifiesta en la pervivencia de sus 16 cofradías y que éstas, aunque no detentan en sus manos el poder

³¹En los municipios de Guatemala existen un promedio de 2 a 5 cofradías en cada uno.

³²A continuación se explicará brevemente la institución llamada cofradía: "Es una forma de organización social impuesta por los españoles; sin embargo, los mayas le incorporaron una serie de elementos propios, tornándose en una fusión de elementos, en un sincretismo. Las cofradías lograron mantener mucho los rituales mayas, porque estaban bajo la dirección del consejo de ancianos y la mayoría de ellos eran sacerdotes mayas y encargados de la vida ritual de los pueblos. Las cofradías tienen numerosos miembros en los cargos oficiales y una serie de ayudantes en una forma jerárquica, las responsabilidades que tienen son:

- Ser jefe de la cofradía.
- Realizar reuniones en su casa con el resto de mayordomos de su cofradía, para planificar el trabajo.
- Conocer las largas oraciones o parlamentos de la cofradías.
- Portar la insignia (una vara que tiene en el extremo superior la imagen de la cofradía)
- Asistir a misa los domingos.
- Reunirse en el conventos, después de la misa dominical con el resto de sus equivalentes de las otras cofradías." Barrios(1,996:42-44)

Durante el período de la colonia, el período liberal y parte del siglo XX; eran los cofrades quienes elegían a los alcaldes, el consejo de ancianos se reunía en el convento del templo y deliberaban sobre las personas consideradas aptas para gobernar el pueblo, elegían al alcalde indígena de entre los ex-miembros de las cinco cofradías más importantes y escogían a la persona más capacitada. Esta situación cambia, durante el transcurso de los primeros 50 años del siglo XX, ya que comienza una pérdida del poder local indígena, debido a que el Estado instaura una política para permitir el acceso de personas ladinas al poder municipal. La tradición histórica practicada por el consejo de ancianos a cargo del poder local va resquebrajándose al ir perdiendo espacios en la municipalidad, en la década de los años 50 este poder se resquebraja aún más por la presencia del movimiento de Acción Católica que ataca primordialmente las costumbres de las cofradías indígenas.

municipal, se ha consolidado, el consejo de ancianos de las cofradías principales, como un frente muy importante que detenta poder en el pueblo. Este frente es consultado para cualquier tipo de actividades, pero su poder se centra en el recelo y secretos de las actividades en las celebraciones, y tradiciones en torno a las diversas fiestas de las cofradías.

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

4.3.- Consumo de bebidas y alimentos:

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

A pesar del calor abrasador que hace en Rabinal al medio día, no falta la imagen en la plaza de alguna persona que esté degustando su atol en su colorida jícara de morro: los hombres con sombrero para protegerse del sol y las mujeres bajo algún toldo o plástico beben su atol de la refacción³³.

³³En otros lugares a la pausa que se hace entre el desayuno-almuerzo y almuerzo-cena, le llaman merienda. Ver fotografía número uno.

Algunas bebidas en Rabinal tienen una connotación ritual y sagrada, primordialmente los atoles. Todos los años durante la celebración del Corpus Christi, que se realiza alrededor de las 4 capillas pozas que están ubicadas en las cuatro esquinas de la plaza central de Rabinal, se realiza una velación durante la noche de miércoles a jueves que culmina con la traída del chilate, durante el amanecer del jueves de Corpus Christi. La traída del chilate a las cuatro capillas pozas desde las casas de las cofradías principales es un ritual y una celebración en donde las mujeres tienen un papel protagónico, ya que son ellas quienes preparan la bebida en la casa y todas ellas participan de la procesión que va de la casa a la capilla poza³⁴; al llegar a la capilla poza tienen un importante papel en el momento de organizar y repartir el atol a los principales de la cofradía y al público en general.³⁵

El "Chilate", es un atol blanco elaborado a partir de maíz que puede consumirse todos los días en la plaza de Rabinal; sin embargo para esta ceremonia se le agrega "Chocolate", o sea que se hace una combinación de atol blanco "Chilate" y de "Chocolate". Esta práctica sin duda tiene una vigencia de más de 1,000 años, se sabe que el chocolate era considerada bebida sagrada y se relacionada con los ritos ceremoniales en la época pre-hispánica.

La variedad de atoles que diariamente hay en el mercado de Rabinal, no puede encontrarse casi en ningún otro pueblo en Guatemala, se puede escoger entre la variedad siguiente:

-Pinol

³⁴Generalmente en los cortejos procesionales de las cofradías la participación está restringida para los cofrades principales y en algunas ocasiones les acompañan sus esposas.

³⁵Se realizó una filmación de la celebración: "La traída del chilate", con el material posteriormente se realizará un video.

- Chilate (atol de blanco)³⁶.
- Atol de tres cocimientos.
- Atol Shuco
- Atol de elote (cuando es la cosecha)
- Arroz en leche

³⁶Al agregársele chocolate es una bebida ceremonial.

Respecto de las comidas se puede decir que hay platos característicos de los municipios de Cubulco, Rabinal y San Miguel Chicaj como los famosos boxboles³⁷, los tamalitos de elote con frijoles, durante las primeras cosechas del elote también se preparan platos especiales como las tortillas camagua, etc. El conocimiento y degustación de dichos platos y atoles denotan procesos de identificación entre las personas que los conocen y los degustan.

4.4.- La jícara de morro:

El pueblo de Rabinal se caracteriza porque es uno de los principales productores de artesanías del fruto llamado morro; la importancia de la producción de esta artesanía se entiende mejor en su sentido identitario, porque su producción para muchos artesanos no representa una utilidad mercantil.

Es por ello que la Crescentia Cujete L. y Crescentia Alata H.B.K. (el árbol de morro) originarios de los trópicos americanos, desempeñan un papel muy importante en la obra histórica y mitología del Popol Vuh; la aparición del árbol y de su fruto son ejes fundamentales de la dualidad maya: muerte vida. Según el texto; La cabeza muerta de Hun-Hunahpú cuelga de un árbol; debido a la orden de prohibición que hay en Xibalbá para visitar el árbol, la princesa Ixquic decide ir al lugar poniendo en contacto su mano con el fruto del árbol, debido a ese contacto Ixquic engendrará a Hunahpú e Ixbalanqué (El Sol y la Luna). El texto literal que continúa es:

“Habló entonces la calavera que estaba entre las ramas del árbol y dijo: -¿Qué es lo que quieres? -Estos objetos redondos que cubren las ramas del árbol no son

³⁷Los boxboles es una comida que es una especie de envuelto de masa de maíz en hoja de ayote, acompañados de un recado de tomate, miltomate y chile. Puede consultarse la receta en el anexo No.2.

más que calaveras. -Así dijo la cabeza de Hun-Hunahpú dirigiéndose a la joven. ¿Por ventura los deseas?, agregó.

-Sí los deseo-, contestó la doncella.

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

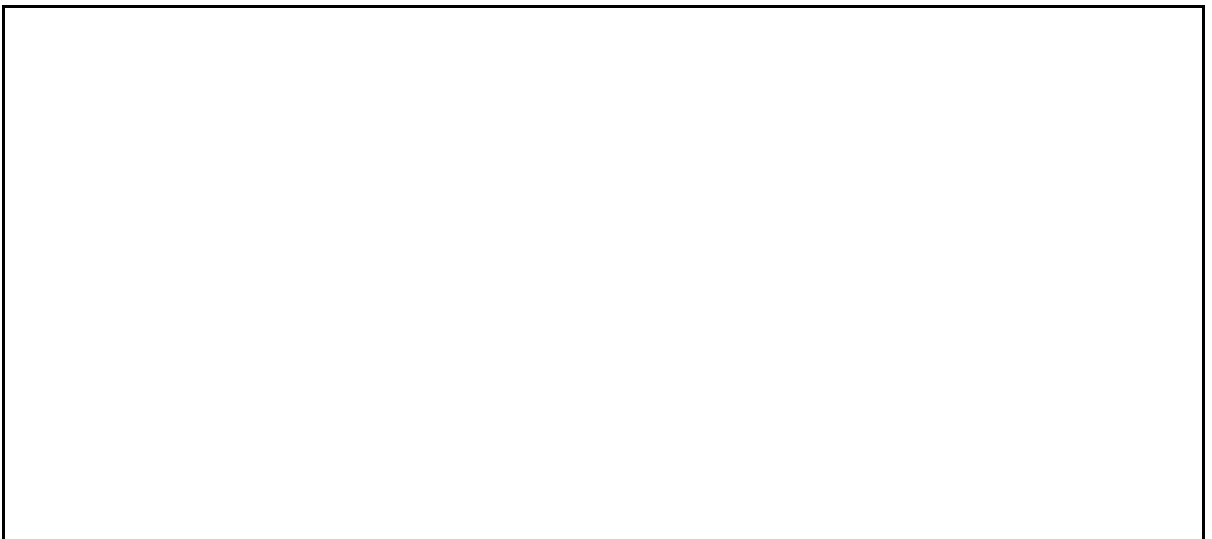
-Bien, replicó la joven, y levantando su mano derecha, la extendió en dirección a la calavera.

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

-En mi saliva y mi baba te he dado mi descendencia (dijo la voz en el árbol).” Recinos(1,947:134)

Es así como de la cabeza muerta de un Dios, de la intervención de una princesa (viva) continúa la vida. Esa significación que es muy importante para la mitología k'iché está basada en el árbol y concretamente en su fruto el morro.

La importancia que tiene el árbol del morro no se restringe a dicha aparición en el Popol Vuh, sino actualmente radica en el uso de la jícara, ya que es uno de los instrumentos cotidianos más importantes para la alimentación: en ésta se usan de cuchara, cucharón, recipiente, guacal, etc. Como puede observarse en la fotografía número uno.



Fotografía No. 1: Personas en el parque de Rabinal tomando atol.

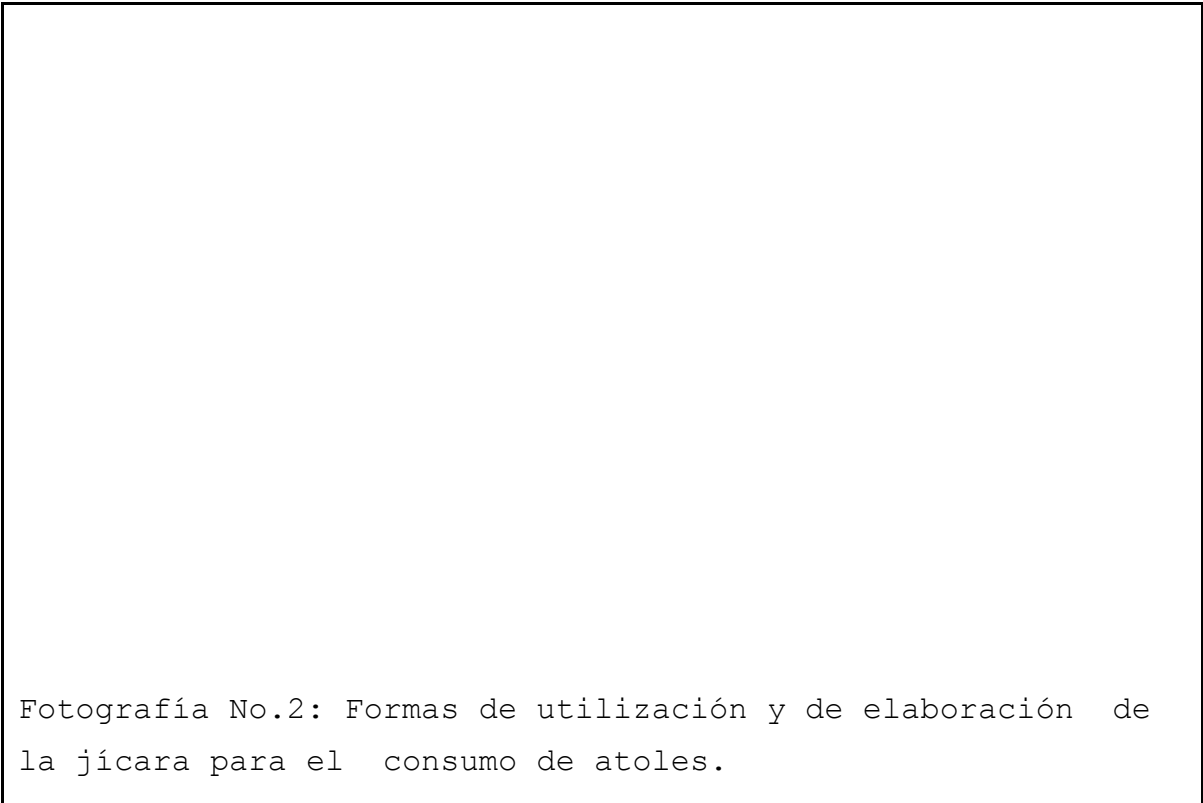
El proceso de producción de los guacales de morro tiene por lo menos más de 1,000 años de antigüedad; el único elemento que la tecnología del siglo XX ha desplazado es el uso de los tintes naturales (rojo y amarillo), por la pintura de aceite. Los guacales de morro pueden ser de los siguientes colores: al natural (sin pintura), negro, amarillo y rojo.

La utilización de esos colores es una característica tecnológica de la época pre-hispánica, ya que los tintes sólo se podían obtener del manejo tecnológico de la grasa del insecto llamado niij, que al ser mezclado con el achiote se obtenía el color rojo, con la corteza del palo amarillo o guachipilín (*Diphysa carthagenensis*) se obtenía el amarillo y de las cenizas de la planta llamada ixcanal (*Acacia cooki*) o del roble se obtenía el color negro. Actualmente los artesanos aún utilizan el niij para dar el color negro lacado a sus artesanías, mientras que la jícaras decoradas con rojo y amarillo son de pinturas acrílicas.

Las jícaras decoradas con los colores amarillo, rojo y negro son las que generalmente tienen dibujos de la vida cotidiana; su uso es de tipo utilitario y cotidiano; por ejemplo la relación que tienen éstas jícaras con el consumo de los atoles en la plaza, ya que las vendedoras de atol utilizan éstas para servir su producto. Mientras que las jícaras negras (y los chichines) que son elaborados con la

grasa del niij se caracterizan porque sus dibujos son de seres mitológicos y su uso es de tipo decorativo.

Otro elemento importante es la diferenciación de la jícara redonda o en forma de guacal, de la jícara en forma esférica, ambas decoradas con amarillo, rojo y negro. La jícara esférica se usa generalmente para los festejos especiales relacionados con actos sagrados y rituales, como la traída del Chilate en el día de Corpus Christi. En la foto se observan las dos formas.



Fotografía No.2: Formas de utilización y de elaboración de la jícara para el consumo de atoles.

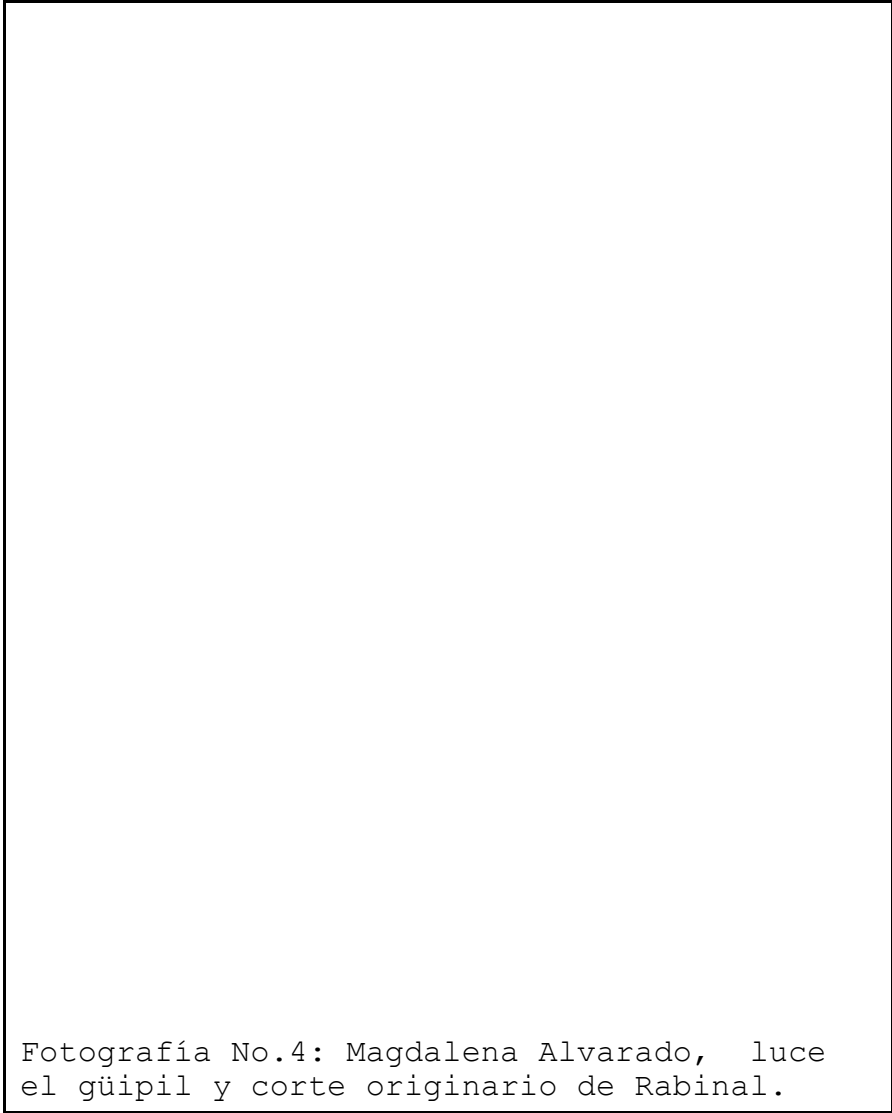
De esta forma se concretan y confluyen una serie de procesos históricos, mito-religiosos, de producción y de cotidianidad en un solo objeto, las jícaras decoradas de Rabinal, que son algo más que un instrumento que sirve para beber atol.

Finalmente, se hará alusión al güipil que utiliza la mujer en Rabinal, ya que éste es otro elemento de la cultura material, pero que denota un proceso de pertenencia e identificación. La falta de recursos que se manifiesta en las familias de Rabinal ha optado porque las mujeres comiencen a utilizar blusas de telas comerciales en su cotidianidad, (véase de nuevo la foto número 1) en vez del Güipil local. Sin embargo el uso de güipil se reserva para todos los eventos importantes; día domingo, día de plaza, fiestas importantes, etc. El corte oriundo de Rabinal es otro elemento del vestuario de la mujer que casi ya no se puede observar en la cotidianidad, sin embargo muchos institutos de educación media han optado porque el uniforme para las mujeres sea el corte rojo, amarillo y negro que es el original de Rabinal. Esta disposición nace de nuevo en el movimiento que se aglutinó en Rabinal a raíz de la unificación con el territorio k'iche' en el mapa lingüístico.³⁸



³⁸ Ese movimiento aglutina a maestros y profesionales, ha impulsado también la fundación de escuelas mayas y otros muchos procesos.

Fotografía No. 3: Comadrona de Rabinal vistiendo el güipil local



Fotografía No.4: Magdalena Alvarado, luce el güipil y corte originario de Rabinal.

5.- QUÉ SE PUEDE INTERPRETAR DE LA IDENTIDAD ACHÍ :

La intención del capítulo fue presentar un marco contextualizador sobre Guatemala y primordialmente sobre la cultura, vida material y algunos procesos que conforman la identidad achí de Rabinal.

La información arqueológica demuestra como algunos caseríos y aldeas de Rabinal, tienen por lo menos 3,500 años de ocupación. Los datos históricos señalan la existencia de una rivalidad ancestral entre k'iche's y achís. En la época pre-hispánica ésta se caracterizaba por la disputa de los territorios; un ejemplo de ello es el argumento de la obra El Rabinal Achí, pero en la actualidad dicha rivalidad, se manifiesta en la NO-IDENTIFICACIÓN de los Achí con los k'iche's, no sólo respecto de factores lingüísticos, sino también de diversas representaciones y prácticas.

El territorio de Rabinal y los rabinaleb, tienen un pasado común que los aglutina como grupo étnico y los diferencia de los k'iche's. El reconocimiento de su historia particular ha sido un importante elemento de integridad e identidad en diversos momentos históricos. Sin embargo, llama la atención esa consolidación del grupo achí respecto de las luchas que han librado recientemente con el movimiento lingüista. Ya que éstos insistían en colocar, en el mapa lingüístico de Guatemala, al territorio de Baja Verapaz como región integrada con los departamentos de: El Quiché, Sololá y Quetzaltenango, para aglutinar así, la totalidad de los hablantes de k'iché. No obstante, como resultado de esas luchas con el movimiento lingüista, en algunos mapas lingüísticos se delimita la zona: k'iché-achí correspondiente a la región de Baja Verapaz, logrando con ello que se reconozca su identidad étnica.

Otra connotación histórica muy importante de la identidad, es la utilización del término Achí en vez del término rabinaleb, la utilización de éste se adopta a partir del hallazgo y de la posterior fama Nacional e Internacional del Manuscrito Rabinal Achí.

Otro elemento que denota una fuerte cohesión étnica, es el poder concentrado en el consejo de ancianos de la cofradías en Rabinal. Éste se caracteriza por ser hermético y porque tiende a una ideología conservadora. En la actualidad su poder se manifiesta en el recelo respecto de las celebraciones religiosas que se efectúan durante todo el año. Esta singularidad ha logrado mantener la existencia de las 16 cofradías y una postura muy tradicionalista respecto de la forma en que se deben celebrar las fiestas anuales. Otro factor que ha favorecido esa situación; es el interés que han tenido los padres dominicos de la parroquia de Rabinal en conocer y participar conjuntamente con sus feligreses de las costumbres y tradiciones de las cofradías. Ellos se han interesado en conocer las celebraciones para mantenerlas, en vez de atacarlas como muchos otros movimientos religiosos lo hacen en otros pueblos de Guatemala.

El uso del morro como utensilio o herramienta data de los tiempos prehispánicos, como también el proceso de producción de la artesanía llamada "jícara". En igual forma se ha conservado la utilización de los tintes naturales que provienen del gusano llamado niij, de los dibujos y las formas que adornan los utensilios, todos ellos guardan rasgos prehispánicos respecto de algunos personajes de las leyendas mitológicas. Desde la más tierna edad se adquieren normas, valores, se construyen significados y símbolos identitarios, respecto de las

concepciones religiosas, de la música, de la comida, de las tradiciones, etc. Por ello no se puede dividir y diferenciar lo que es vida material, de lo que son símbolos y significados. En Rabinal, el uso de la jícara es un vivo ejemplo de un elemento de la vida material en donde confluyen varios procesos históricos, simbólicos y utilitarios.

El habitante de Rabinal se identifica con la persona que tiene a su lado y que no conoce, pero al igual que él menea su jícara llena de atol y come boxboles en la plaza, ambos escuchan la música de adufe y violín, saben la razón por la cual los músicos tocan³⁹. Y cuando cada uno de ellos parta para retomar su camino, se despedirá de esa persona que no sabe ni su nombre, pero sabe, que al igual de él es rabinaleco.

Algunos de los procesos identitarios de Rabinal como el consumo de bebidas y comidas, las formas de poder, el uso de la jícara de morro, el argumento del Rabinal achí son procesos cotidianos para los habitantes del municipio de Rabinal. En última instancia serán éstos los que afirmarán la identidad al grupo y los diferencia de otros grupos étnicos de ascendencia maya en Guatemala.

³⁹La música se toca porque: es un acabo de nueve días de muerto o una celebración de cofradía

CAPÍTULO V: ENTORNO GUATEMALTECO Y ACHÍ RESPECTO A SALUD - ENFERMEDAD:

El presente capítulo abordará el dispositivo de salud guatemalteco, proporcionará información de los tres niveles de atención, las coberturas de salud, datos epidemiológicos de mortalidad infantil y materna, indicadores de salud, etc. En igual forma se expondrá la estructura de salud en el municipio de Rabinal. Todos estos datos proporcionarán una idea sobre la postura del sector salud, mientras que en la segunda parte del capítulo se presentarán datos sobre la representación de la enfermedad entre los mayas, y entre los achí de Rabinal. Esto servirá para entender mejor dos esferas de acción que operan en torno al proceso salud/enfermedad/atención.

1.- EL DISPOSITIVO SANITARIO EN GUATEMALA:

Para poder entender cómo es la atención de la salud en Guatemala es necesario explicar someramente cómo funciona el sector salud.

El sector salud se divide en público y privado. Se ha asignado al sector público la planificación y contextualización de las políticas de salud estatales, siendo la institución más importante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ya que es la autoridad rectora de todo el resto de instituciones que conforman el sector salud. Su porcentaje de atención corresponde al 88.5%¹. De allí su importancia en todo el país.

¹Sin embargo la calidad de los servicios es mala o precaria sobre todo en las áreas rurales por la falta de personal técnico capacitado y de equipamiento para la atención en salud y no funciona el sistema de referencia, datos proporcionado por MINUGUA, en 1,999.

Los servicios de salud estatales, encabezados por el MSPAS, básicamente están estructurados en dos campos: uno de dirección y el otro de aplicación o nivel operativo.

La dirección del MSPAS se ocupa de definir y dictar las políticas de salud y las pautas generales de funcionamiento, planificación, dirección y administración, es por ello que está conformado a nivel jerárquico por el Ministro de Salud y los vice-ministros, quienes forman el despacho ministerial.

En un segundo nivel se encuentran 7 unidades administrativas quienes son: el consejo técnico, la secretaría ejecutiva, planificación estratégica, sistema de información general, asesoría jurídica, auditoría interna y asesorías específicas.

Finalmente en un tercer nivel se encuentran las direcciones: de regulación, vigilancia y control de salud, la dirección general del SIAS, la de recursos humanos y la gerencia general administrativa-financiera. El organigrama puede observarse en la página siguiente.

Sin embargo, en la práctica y para la atención, los servicios públicos están organizados en cuatro niveles²: 1) el nivel central, 2) el regional formado por ocho regiones³, 3) el nivel de área formado por los 22 departamentos (a excepción de los departamentos de Guatemala y Petén conformados cada uno por tres áreas y el área del Ixcán, de reciente incorporación, para un total de 27 áreas) y 4) el nivel distrital o local que son las divisiones administrativas de las áreas de acuerdo a los centros de salud y puesto de salud existentes, como se explica en el cuadro siguiente:

Cuadro No.14
División del nivel operativo MSPAS

NIVEL CENTRAL	NIVEL REGIONAL	NIVEL DE ÁREA	NIVEL DE ATENCIÓN ⁴		
	NIVEL CENTRAL	METROPOLITANA	Guate. norte	3	15
Guate. sur			3	14	30
Amatitlán			1	07	14
SUR-OCCIDENTE:		Sololá	1	10	33
		San Marcos	2	20	81
		Totonicapán	1	09	22
		Retalhuleu	1	06	23
		Quetzaltenango	3	14	50
		Suchitepéquez	1	11	28
SUR-ORIENTE		Santa Rosa	1	13	55
		Jalapa	1	07	23
		Jutiapa	1	13	49
CENTRAL		Sacatepéquez	2	03	17
		Chimaltenango	1	12	57

² Dicha delimitación toma en cuenta la ubicación geográfica y el tipo de atención

³ Las regiones son: Metropolitana, Norte, Nororiente, Suroriente, Central, Suroccidente, Noroccidente y Petén.

⁴ Se divide en Hospital, Centros de Salud y Puestos de Salud, el cuadro continúa en la página siguiente.

		Escuintla	2	14	35
NORTE		Baja Verapaz	1	17	27
		Alta Verapaz	3	11	37
NIVEL REGIONAL		NIVEL DE ÁREA	NIVEL DE ATENCIÓN		
NOR-ORIENTE		El progreso	1	07	22
		Izabal	2	08	32
		Zacapa	1	10	26
		Chiquimula	1	11	25
NOR-OCCIDENTAL		Huehuetenango	2	18	72
		Quiché	4	16	96
		Ixcán	-	02	11
PETÉN		Petén norte	1	02	15
		Petén sur	1	04	09
		Petén sur	2	02	10

Los niveles administrativos no coinciden exactamente con los niveles de atención a la población, sin embargo los datos epidemiológicos anuales proporcionados para todo el país por el MSPAS se otorgan en base al tercer nivel, o sea el nivel de las áreas.

Debido a que los niveles administrativos no coinciden con la atención que se presta a la población, a continuación se explica cómo funciona la atención primaria estatal o pública:

El primer nivel de atención que corresponde a todos los puestos de salud existentes en el territorio nacional cuenta con: auxiliares de enfermería y en algunos puestos con un estudiante de último año de la carrera de medicina (Ejercicio Profesional Supervisado, EPS), éstos proporcionan la atención curativa básica. Fuera de las instalaciones físicas del puesto de salud, el personal de planta coordina su trabajo con el que realizan los guardianes de salud (promotores de salud rural) y las

comadronas. En este nivel se proporcionan las actividades relativas a prevención, promoción y atención.

El segundo nivel de atención, conformado por los centros de salud, cuenta con el siguiente personal; médico/s, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnico/s en salud rural. Algunos cuentan con el servicio de laboratorio, trabajo social e inspectores del medio ambiente. Proporcionan las actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con un mayor grado de complejidad que los puestos de salud.

El tercer nivel de atención está constituido por todos los hospitales a nivel de área y regional⁵. El servicio que se presta está dirigido a la medicina curativa, y su grado de complejidad varía de acuerdo a su ubicación; sin embargo los hospitales nacionales concentrados en la ciudad capital se caracterizan por su alta complejidad, pueden ser considerados con un cuarto nivel de referencia para los otros hospitales. El número total de hospitales es de 35, los especializados son los 2 nacionales.

Si se compara la forma en que funciona la atención primaria en Guatemala, con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶. Debido a las características de subdesarrollo que tiene Guatemala, esta comparación de la atención en salud no es equiparable entre países, compárese

⁵Según políticas de ésta, la atención para todos los países del mundo se divide en primaria, secundaria y terciaria. Organización administrativa explicada anteriormente.

⁶Se acaba de explicar cómo funcionan los tres niveles de atención en Guatemala.

por ejemplo la que proporciona España; país del primer mundo. Véase el estudio que realiza José María Uribe Oyarbibe en el Centro de Salud de Nagusia, de la comunidad autónoma Vasca: Él explica que seleccionó ese centro de salud debido a:

"La representatividad, causa de su elección, se sigue de tres características que en él se conjugan: la coexistencia en un mismo edificio de dos modelos de medicina primaria (las dependencias del ambulatorio⁷ y las del centro de salud⁸), la condición de unidad docente del centro⁹ (no solo productor sino reproductor del nuevo esquema de práctica sanitaria) y el carácter pionero que permite registrar en su historia particular la puesta en funcionamiento de centros de salud dentro de un marco estatal, así como las variaciones que las transferencias de competencias en salud generan¹⁰." Uribe (1,996:45).

Sin embargo, en Guatemala un centro de salud, no reúne todas las condiciones que someramente explica Uribe en España¹¹, por ejemplo el centro de salud de Rabinal que está catalogado como centro de salud tipo A¹², presta servicios

⁷El Ambulatorio fue la figura que funcionó en España durante 50 años para institucionalizar la asistencia sanitaria extra-hospitalaria. Uribe (1,996:61-63)

⁸Según Uribe dice que los centros de salud deben entenderse como la alternativa que desde la reforma Sanitaria (giro a partir de la Ley General de Sanidad de 1,986), se propone para la asistencia primaria. Uribe (1,996:61)

⁹En el centro de salud están los residentes de tercer año, que son estudiantes de último año de la especialidad titulada Médicos Internos Residentes (MIR) quiénes son licenciados en medicina y que están desarrollando su especialización o residencia. Uribe (1,996:106)

¹⁰El centro de Salud tiene ocho consultas de medicina de familia y comunidad (8 médicos), y tres consultas de medicina pediátrica (3 médicos más), las cuales se ampliaron dos años más tarde con otras tres consultas de medicina familiar (otros 3 médicos más). Este diseño original incorpora una enfermera/o por consulta (en total 14 enfermeras y 14 médicos), un auxiliar de clínica, una trabajadora social, dos administrativos y un celador. Uribe (1,996:106).

¹¹Basta con decir la diferencia que hay entre el personal entre un país y otro.

¹²La diferencia que existe entre los centros de salud tipo A de los de tipo B, es la existencia de una unidad de encamamiento, que es

de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, por medio de su personal que está constituido por: dos médicos, dos enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural; también cuenta con los servicios de laboratorio y de inspectores del medio ambiente.

En Guatemala también funciona el seguro social por medio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); éste proporciona atención exclusivamente a sus afiliados, pero a diferencia de los países en desarrollo, la cobertura de la seguridad social en Guatemala cubre solamente el 16% de la población¹³. Las prestaciones que da la seguridad social en Guatemala abarcan dos áreas o programas: Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) que consiste en pensiones para cubrir dichas eventualidades y el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), con programas de salud y pensiones por incapacidad temporal por dichas causas.

Las municipalidades, los fondos sociales, el Instituto de Fomento Municipal (por su responsabilidad en relación a la gestión del agua) y sanidad militar también forman parte del sector salud y efectúan acciones preventivas y curativas, pero de un impacto más reducido en comparación con el MSPAS y el IGSS.

un servicio que se presta generalmente para la atención del parto durante las 24 horas del día.

¹³En el municipio de Rabinal los afiliados de la seguridad social, que con minoritarios, tienen que recurrir a Salamá, población situada a unos 30 kilómetros de distancia.

El sector privado tiene una cobertura de aproximadamente el 14% de la población a través de diversas organizaciones como compañías de seguros, centros médicos, clínicas y establecimientos privados.

Después de exponer brevemente la forma como funciona el dispositivo de salud en Guatemala, a continuación se explica la última reforma que se ha implementado para mejorar la atención brindada por el MSPAS.

2.- LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD SIAS:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala tiene como mandato constitucional: la conducción, regulación y vigilancia de la salud. Cada cinco años propone al Estado de Guatemala sus metas con la inclusión de políticas y estrategias.

Sin embargo en el año de 1996 con la firma de la Paz y con la implementación de los acuerdos de paz, el MSPAS y el gobierno se comprometieron a:

- a) Aumentar en un 50% el gasto público en Salud ejecutado en 1,995 y presupuestar por lo menos 50% del gasto para la atención preventiva.
- b) Reducir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en 1,995.
- c) Mantener la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la erradicación del sarampión en el año 2,000.
- d) Descentralización y desconcentración de los Servicios de Salud, poniendo en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención; para asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional."MSPAS (1,999:5)

De las cuatro metas planteadas, se ha impulsado la reforma del sector salud; en donde la atención para el grupo materno-infantil sería la prioridad. Debido a ello el

MSPAS decide reorientar y ampliar los servicios de salud en el primer nivel de atención, para lograr una mejora en la salud de la población que no tiene acceso. Es así como surge EL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS), y se entiende como una reforma que se da en la atención primaria del territorio guatemalteco.

La reforma básicamente intenta:

“reorientar y ampliar los servicios de salud actuales y prestar atención básica en salud a la población que ahora no tiene acceso a servicios” MSPAS(1,997:4)

En otras palabras la reforma intenta cambiar la forma en que se proporciona el servicio básico de salud.¹⁴ La implementación del SIAS en Guatemala corresponde a un ordenamiento de los programas de salud rurales que brindan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), ya que a partir de la las décadas de los ochentas y noventas muchas ONG'S comienzan a trabajar con proyectos de salud rural¹⁵.

Es así como en muchas comunidades de Guatemala los esfuerzos de los proyectos de salud de las ONG's y de los servicios de salud estatales comienzan a traslaparse en un sector determinado de la población, quedando varios sectores de la población en el desamparo y olvido. Esta situación se da porque no existía una comunicación entre los proyectos de salud de las ONG's y los servicios de salud estatales¹⁶.

¹⁴Los datos que se proporcionan explican la re-estructuración de servicios básicos en el primer nivel de atención, ya que interesa demostrar al lector cómo opera éste en Rabinal, no se presenta información respecto de la re-organización en el tercer nivel de atención.

¹⁵Consúltese por ejemplo el estudio realizado por Isamel Díez en 23 programas de salud rural , que poseían proyectos de capacitación para promotores de salud rural.

¹⁶a continuación presento un ejemplo del traslape de beneficiarios respecto a un programa de alimentos en Rabinal, Baja Verapaz: Una familia de Rabinal que vive en la aldea Chiac recibía alimentos para

Es así que la implementación del SIAS pretendía concentrar todos los esfuerzos existentes de ONG's, de puestos de salud y centros de salud estatales en cada uno de los municipios, aldeas o caseríos para evitar así un cruce o un doble esfuerzo. Sin embargo, en muchas regiones no se ha logrado esto, porque muchas de las ONG's que operan en las aldeas y municipios no se han querido incorporar a la re-estructuración.

Tomando en cuenta esa re-estructuración elaborada recientemente en el MSPAS en Guatemala, se proporciona a continuación datos importantes respecto de epidemiología.

3.- LA SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA:

sus hijos desnutridos por parte del programa de CARE que operaba a través del Centro de Salud de Rabinal y por parte del programa de alimentos de CRS (Catholic Relief Services) que operaba en Caritas Diocesana de Baja Verapaz, mientras que otra familia de la aldea de Pachalum en Rabinal no podría estar recibiendo ningún tipo de alimentos para sus hijos desnutridos.

La esperanza de vida es de 64.4¹⁷ años; sin embargo la diferencia entre sexos es notoria; porque para las mujeres se eleva a 5 años más en comparación con los hombres, pero la morbilidad es más alta en las mujeres, lo que incide en su calidad de vida y particularmente en los rangos de la edad reproductiva.¹⁸

La tasa de natalidad es de 33.75¹⁹ por mil. (21.8 más alta que en la de los países desarrollados²⁰), pero existen diferencias entre la población indígena y ladina:

"En este medio siglo, se ha visto una transición significativa; de una población en la cual los dos sectores étnicos crecían al mismo ritmo, a una población en la que el crecimiento natural del sector maya excede al no indígena por alrededor de 5 a 6 por 1,000. La fecundidad en los departamentos indígenas también excede a la de los no indígenas en alrededor de 1.5 por 1,000. Las tasas de natalidad y fecundidad, sin embargo, demuestran una correlación mucho más alta con la ruralidad que con la etnicidad indígena." PNUD (1,999:67)

¹⁷En latino américa Guatemala ocupa el penúltimo lugar, según datos del informe de desarrollo humano del 2,000 del PNUD.

¹⁸Datos proporcionados por el PNUD en 1,999.

¹⁹Este dato y al igual que todos los demás fueron otorgados por el MSPAS de Guatemala y corresponden al año 2,000.

²⁰La tasa de natalidad para Europa es de 11.9

La tasa de mortalidad general para el año 2,000 fue de 4.84 por mil habitantes, las defunciones en el grupo de menores de 1 año fue el 19.1% de todas las muertes. Las principales causas de defunción en el 2,000 fueron: Neumonías 19.95%, Enfermedad diarreica aguda 7.46%, Insuficiencia cardíaca congestiva 4.63%, infarto agudo al miocardio 4.06% y cánceres 3.06%.²¹. Aunque las causas de muerte varían de acuerdo a la condición socioeconómica, género y etnia, son las enfermedades respiratorias y la diarrea las causas más importantes en ambos sexos.

Los principales reportes de las enfermedades atendidas fueron: Las Infecciones Respiratorias Agudas 21.75%, Enfermedad diarreica aguda 8.36%, Parasitismo intestinal 8-12% , Anemias 5.06%, Neumonías 3.98%, Enfermedad péptica 3.65%, Enfermedades de la piel 3,55%, Infecciones del tracto urinario 2.73%. En los últimos diez años la estructura de las principales causas de morbilidad en Guatemala no han cambiado significativamente, los datos nos llevan a la conclusión de que la gente todavía se enferma de las mismas enfermedades que hace 10 años y que en su mayoría son prevenibles.²²

El complejo desnutrición-infección, que se explica en un ciclo recurrente de enfermedades en las vías respiratorias y diarreicas debido al estado de desnutrición de las personas, es el problema que prevalece como la causa principal de enfermedad y muerte en el país.

²¹Se tiene un porcentaje de 4.46% de causas mal definidas.

²²Para más detalle en la información se puede consultad la página WEB del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala que es www.mspas.gob.gt

Todos los datos anteriores son generales, sin embargo los datos respecto de la salud materno-infantil se presentan a continuación.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1,999-1,998 (ESMI 98-99), éstos indican que la desnutrición continúa siendo un problema en Guatemala aunque la tendencia de la desnutrición es hacia la baja y se ha reducido en los últimos años, sin embargo como los demuestran los datos del PNUD:

“...Hubo excepciones importantes, que incluyeron los aumentos de desnutrición crónica entre niños de 6 años y de aquéllos de entre 4 y 5 años, además de aumentos leves de desnutrición aguda, e incrementos de la desnutrición global de niños y niñas entre 6 meses y un año.” PNUD(1,999:70).

La tasa de mortalidad infantil en Guatemala es de 27.40 por mil nacidos vivos, y las principales causas de mortalidad infantil son por: neumonía 36.46%, enfermedad diarreica aguda 11.09%, afecciones en el período perinatal (Septicemia) 8.19%, pre-maturez 5.62% y otras causas mal definidas 3.52% La tasa de mortalidad Neonatal para el 2,000 es de 9.94 por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en la niñez es de 30.54 por 1,000 nacidos vivos, esto representa el 27.45% del total de defunciones para todas las edades.

En los últimos cinco años se ha venido observando una reducción de las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Sin embargo las regiones que experimentaron reducciones de la mortalidad infantil fueron aquellas que tenían las tasas más altas en 1,995, es decir, las regiones Central, Suroriental y Noroccidental²³.

²³Según datos del PNUD para 1,999.

En el 2,000, hubo un total 4,672 muertes de mujeres en edad fértil, lo que se traduce en una tasa de mortalidad materna de 10.6 por 10,000 nacidos vivos. La más alta fue registrada en la región del Ixcán y la más baja se presentó en la región de Amatitlán. Sin embargo es importante comprender que la atención durante el período pre-parto, parto y post-parto recae en porcentajes similares entre médicos y comadronas.²⁴

Finalmente se presenta un perfil epidemiológico de Guatemala:

“Se caracteriza por una alta mortalidad infantil y una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. De cada 1,000 niños que nace, 57 mueren antes de cumplir un año de edad y, de ellos, 29 antes de los 28 días de vida. Sin embargo, estas estadísticas varían dependiendo de la zona geográfica ya que mientras en zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de 10 niños al año por cada 1,000 nacidos vivos, en algunas zonas rurales pobres de la República mueren más de 120 niños por cada 1,000 nacidos vivos. La mortalidad infantil en la población indígena es superior de la que se presenta en la población no indígena. Esta mortalidad continúa originándose en patologías derivadas de las precarias condiciones de vida de la población. Dos de cada 5 niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en la región noroccidental del país. Seis de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional. La mortalidad materna es de 19 por

²⁴Más adelante, en el apartado sobre los indicadores de Salud en Rabinal, se hace un análisis de dicha situación.

10,000 nacidos vivos. Las mujeres indígenas presentan una mortalidad materna 50% superior a las defunciones maternas en mujeres no indígenas. La mayoría de causas de morbi-mortalidad del país son susceptibles de prevención y control mediante acciones de atención básica con una relación positiva de costo-efecto. Estas intervenciones pueden ser realizadas conjuntamente por personal comunitario e institucional." MSPAS (1,997;3).

Teniendo un referente nacional sobre la situación de salud, corresponde explicar la situación de salud en la comunidad de estudio.

4.- LOS INDICADORES DE SALUD EN RABINAL: UNA COMPARACIÓN CON LOS DATOS GENERALES DEL TERRITORIO NACIONAL.

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

La esperanza de vida al nacer en Guatemala es de 67.2²⁵ años y para el departamento de Baja Verapaz es de 68.3²⁶ años.

²⁵Estos datos corresponden a proyecciones realizadas por el INE y SEGEPLAN.

²⁶Ibidem.

No existen datos para el municipio de Rabinal, se puede decir que el departamento tiene un año más de esperanza de vida que el promedio general en el territorio.

La mortalidad específica de Rabinal, no presenta diferencias en 9 de las 10 principales causas de defunción.

Como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro No.15
Principales causas de defunciones para Guatemala y Rabinal

Defunciones en Guate.	% ²⁷	Defunciones en Rabinal	% ²⁸	%
Inf. respiratorias	69.3	Inf. respiratorias	34	95
Parasitismo intes.	40.7	Parasitismo intestinal	95	04
Enfer. diarreica	27.5	Enfermedad diarreica	08	45
Neumonía y bronc.	20.7	Neumonía	45	25
Enfer. de la piel	11.2	Enfermedades de la piel	55	01
Anemias	10.7	Anemias	06	35
Desnutrición	09	Desnutrición	35	-
Enfer. péptica	08.7	Enfermedad péptica	04	02
Inf. del trato ut.	08.2	Infección del trato uter.	45	25
Conjuntivitis	01.9	Enfer. musculo- esquele.	65	-
		Mialgia	-	03
		Amigdalitis	-	01

²⁷Tasas por 100,000 habitantes, ONU (1,999:68)

²⁸Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal, para la actual columna son del año 1,999 y para la siguiente, del año 2,000

La atención que se brinda al grupo materno-infantil es uno de los factores más importantes a evaluar en la situación de salud de un país, ya que algunos indicadores demuestran las condiciones de vida de la población y primordialmente la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante uno de los grupos más vulnerables. Veamos esta situación para Rabinal²⁹:

Cuadro No.16

Atención de los partos en Guatemala y Rabinal

²⁹El registro de nacimiento de un niño en Rabinal debe hacerse en la Municipalidad y en el Centro de Salud, pero la información recolectada en el Centro de Salud, no coincide con la información recolectada en los registros municipales de Rabinal. Las discrepancias más importantes son:

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

b) Otra inconsistencia es sobre el número de mujeres empíricas que atendieron los partos durante el año 1,999, ya que para los meses de febrero, marzo y abril se detectaron un total de 24 mujeres que no poseen un carnet que las avale como comadronas autorizadas, éstas mujeres atendieron un total de 42 partos, o sea que más de la mitad de esas mujeres han atendido por lo menos más de dos partos.

Atención del parto para Guatemala	% ³⁰	Atención del parto en Rabinal	% ³¹
Comadrona	50	Comadrona	77
Médico	36.9	Medico	22
Otros	07.3	Empírica	04
		Ninguna	07
Enfermera	03.7	Enfermera	--
			--

La información contenida en el cuadro no.16, explica la importancia que tiene el trabajo de la comadrona en esta población. Los datos respecto a la mortalidad infantil aparecen en el cuadro de la página siguiente.

³⁰Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1998-1999, pag.102

³¹Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal para el año de 1,999

Cuadro No. 17
Mortalidad infantil y en la niñez para Guatemala y Rabinal

Mortalidad para Guate.	% ³²	Mortalidad para Rabinal	F	% ³³	F	% ³⁴
Neonatal	26	Neonatal	10	74.4	11	81.8
Post-neonatal	23	Post-neonatal	24	17.9	20	14.8
Infantil	49	Infantil	34	25.3	31	23.06
Post-infantil	16	Post-infantil	2	14.9	8	1

De acuerdo con los datos del MSPAS, la tasa de mortalidad infantil más alta se registró en Retalhuleu con 66.32³⁵, mientras que la tasa de mortalidad infantil más baja es de 17.14³⁶ en el área sur del departamento de Guatemala. Según esta información la tasa de Rabinal que es del 23.06 estaría ubicada en el medio entre la tasa más baja y más alta que hay en el territorio guatemalteco. Por ello Rabinal es un lugar estratégico para un estudio sobre la mortalidad infantil en Guatemala, ya que su tasa de mortalidad se encuentra ubicada en la media.

Lamentablemente existen algunos datos que el MSPAS no proporciona anualmente en sus documentos; éste es el caso

³²Datos obtenidos de la ENSMI, 1,998-1999 pag. 88

³³Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para el año de 1,999.

³⁴Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal en el año 1,999.

³⁵Datos proporcionados por el MSPAS, para el año de 1998.

³⁶Ibíd.

del número de muertes de niños ocurridas durante el parto, llamados mortinatos. Este dato es muy importante porque se relaciona directamente con las comadronas y demás personal que atiende partos, los datos se presentan unicamente para Rabinal:

Cuadro No.18

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

Momento de la muerte	F	%
Durante el embarazo, óbito fetal	4	70.01
En el parto, mortinato ³⁷	17	29.81
Neonatal	10	17.54
Pos-neonatal	24	42.10
De 1 a 4 años	2	03.5
Total	57	100

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

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

³⁷Existe el reporte de dos muertes que corresponden a sufrimiento fetal y anomalías congénitas, aunque no fueron clasificadas como mortinatos, deben incluirse allí.

Cuadro No. 19

Cinco primeras causas de mortalidad infantil por causa específica

Rabinal 1,999	T	% ³⁸	Rabinal 2,000	T	% ³⁹
Neumonía	18	58	Neumonía	11	32.35
			Broconeumonía	7	20.59
					52.94
Inf. intestinal	4	13	Inf. Intestinal	5	14.07
Otras	4	13	Otras	7	20.59
Asfixia	2	6	Asfixia	2	05.88
Epilepsia	2	6	No hay datos	-	--
No hay datos	-	-	Prematuro	2	05.88
Bajo peso al nacer	1	4	No hay datos	-	--
Total	31	100	Total	34	99.99

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

³⁸Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal.

³⁹Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para el año de 1,999.

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

Los recursos de salud en el área rural de Guatemala son muy dispares entre zonas geográficas y administrativas, ello se manifiesta en la infraestructura existente respecto de carreteras y caminos vecinales, que en parte se explica por la importancia productiva y económica de la región. Debido a que la comunidad estudiada está en una región que no tiene relevancia productiva, su infraestructura en salud se ha visto beneficiada por otros factores⁴⁰, que se intentarán explicar a continuación.

4.1.- Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones de salud que trabajan en Rabinal:

A partir de la década de los años ochentas, las instituciones que funcionaban en Rabinal con proyectos de salud⁴¹ eran: CARE por medio del Centro y Puestos de Salud estatales; Catolic Relief Services (CRS) por medio de CARITAS Diocesiana de la iglesia católica en Rabinal, SHARE por medio de la ONG, llamada: Proyecto Flor del Naranja. También operaban las siguientes instituciones: El Dispensario Elizabeth Zeton: atendido por hermanas religiosas, la sede para la región de las Verapaces de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA, El

⁴⁰Como la ola de violencia que afectó la región en la década de los ochentas, para más detalles consultar el capítulo cuarto.

⁴¹Muchas de las ONG's que se mencionarán, operan por medio de instancias ya existentes en las comunidades (centros de salud, Iglesia, otras ONG's), trabajan con programas de: distribución de alimentos para niños y madres embarazadas desnutridas, capacitación y formación de promotores de salud rural, atención primaria de salud, etc.

Centro de Integración Familiar CIF, El proyecto Chixim de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴².

⁴²la Asociación Pro-Bienestar de la Familia APROFAM, se incorporó en el año 1,999-2000.

Debido a la importancia que tuvo la implementación del SIAS en Rabinal, es necesario señalar que todas estas ONG's o instituciones no lucrativas que operaban en Rabinal, actualmente no están incorporadas en la re-estructuración del SIAS por razones diversas: Algunas de éstas instituciones porque cancelaron el programa de salud⁴³, o porque decidieron abandonar el perímetro de Rabinal dejando solamente su infraestructura y dedicarse a otros municipios de Baja Verapaz⁴⁴. Muchas no se interesaron porque, como dice el Dr. Gonzalo, del Centro de Salud de Rabinal, las instituciones no se convencen de la transparencia de la implementación; "...muchas instituciones tenían desconfianza en cuanto entraron al proyecto, porque incluso acá se les ofreció ser prestadora o administradora a todas las ong's locales. Sin embargo ninguna quiso entrar en el proceso, porque tenían desconfianza en cuanto que podría haber alguna situación allí, que en un principio se ofreciera y después que ya no se fuera a dar. Ante esto las instituciones, incluso las locales dijeron que no querían entrar, pero sí se les convocó a todas. ...No sé si no creen en el proceso o sencillamente no quieren participar." (Entrevista No.46)

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

⁴³En este caso el Centro de Integración Familiar CIF.

⁴⁴Este es el caso de CRS, que son sus oficinas administrativas las que funcionan exclusivamente en el pueblo de Rabinal

Algunas de estas instituciones participaron de alguna forma en la implementación del SIAS, que se realizó en Rabinal hace solamente tres años. Debido a su reciente implementación será necesario explicar brevemente el caso.

4.2.- La implementación del SIAS en Rabinal, Baja Verapaz.:

Se realizó a partir del año 1,999 y se ejecutó de la forma siguiente: El municipio de Rabinal se dividió en tres jurisdicciones para proporcionar una extensión de la cobertura en las áreas más inaccesibles (el mapa puede consultarse en la página siguiente), la división de estas tres jurisdicciones ya existía anteriormente a la implementación del SIAS, cuando el Centro de Salud realizaba las campañas de vacunación o en el caso de las canalizaciones.

Mapa No.4

División del municipio de Rabinal de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios en la estructuración del SIAS.

Instituciones prestadoras de servicios:

Área No.1: Dispensario Elizabeth Zetón.

Área No. 2 y No.3: ANATESAR (Asociación Nacional de Técnicos de Salud Rural)

En el proceso de innovación del SIAS la sectorización se volvió permanente. La división del municipio se realizó

para dotar a caseríos y aldeas de un doctor ambulante que visitaría por lo menos una vez al mes cada una de las comunidades. En igual forma, en cada una de las comunidades se organizó la población para que cada 20 familias estuvieran a cargo de un guardián de salud⁴⁵, también se creó el cargo de facilitador comunitario que tiene a su cargo un total de 20 guardianes de salud. En la comunidad también las comadronas se integran en este nuevo equipo.

De esta forma ahora, cuando el médico hace su visita mensual, en ese momento deben reunirse todos los guardianes de salud, facilitadores comunitarios y comadronas para recibir una capacitación vivencial dada por el doctor, y en igual forma toda la población de la comunidad puede asistir a la consulta brindada por el médico.

La implementación de dicha regionalización, requiere que en cada una de las áreas de los tres sectores, exista una institución que administre el recurso financiero, ésta será la encargada de proporcionar el salario al médico, un salario de medio tiempo al facilitador comunitario y el incentivo a las comadronas que asisten a la capacitación dictada por el doctor. A estas instituciones encargadas de administrar el recurso financiero se les llama prestadoras o administradoras. Esa es la forma en que el MSPAS, propone una descentralización, ya que el trabajo no se recarga en los puestos y centros de salud.

En el año de 1,999 el proyecto Flor del Naranja toma dos de las tres jurisdicciones para convertirse en administradora o prestadora de servicios. Sin embargo a mediados del año

⁴⁵ Antes de la implementación del SIAS, esta figura se le llama promotor de salud rural.

2,000 dicha institución abandona su cargo y es Guate-salud quien toma la responsabilidad para finalizar el año 2,000.

A partir del año 2,001 es la Asociación Nacional de Técnicos de Salud Rural (ANATESAR), quien se ocupa de ser prestadora o administradora en Rabinal. La tercera jurisdicción que desde su inicio a estado a cargo es el Dispensario Elizabelth Zetón.

Es importante hacer ver al lector que la implementación del SIAS, en la atención primaria de salud, no cambió la administración por áreas ya existentes, ni tampoco la atención primaria conformada por los centros y puestos de salud.

Finalmente las instituciones que forman parte del sector salud en Rabinal, son:

- Un centro de salud tipo A (con encamamiento).
- 5 puestos de Salud, de los cuales están en funcionamiento 3 en las poblaciones de: Pichec, Xococ, y Chuategua. Los otros 2 han sido construídos por Plan Internacional, pero no funcionan debido a la falta de personal institucional. Éstos están ubicados en: San Luis y Plan de Sánchez.
- Un dispensario: Elizabeth Zentón.
- 6 clínicas médicas particulares. En el pueblo hay un total de 7 médicos graduados; 2 en el centro de Salud, 3 en el SIAS (Médicos ambulatorios), y 2 en el proyecto Flor del Naranjo.
- 2 laboratorios clínicos privados.
- 13 farmacias en el pueblo.
- 1 ONG's con programa de salud: Proyecto Flor del Naranjo-SHARE,
- 2 Instituciones relacionadas con salud: Asociación de Servicios Comunitarios ASECSA, Asociación Nacional de Promotores de Salud Rural ANATESAR.

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

A continuación se presenta la visión que tiene el sector salud sobre el trabajo de la comadrona, para enmarcar el papel hegemónico y de control que tienen los servicios de salud estatales, ésto servirá para contextualizar el trabajo de la comadrona.

4.3.- El punto de vista del Sector Salud sobre el trabajo de la comadrona en Rabinal:

Según los datos de la última encuesta de salud materno-infantil el 50%⁴⁶ de los partos fueron atendidos por comadronas, el 36.9%⁴⁷ por médicos, el 7.3% por diversas personas y el 3.7% por enfermeras.

Esta información también tiene distribuirse en la siguiente forma: El porcentaje de los partos atendidos en el **área rural** y en casa de la parturienta corresponden al 75.1% (atendidos probablemente por comadronas). Entre **población indígena** los partos atendidos en casa , aumenta a un porcentaje del 85.7% (atendidos probablemente por una comadrona) y finalmente el porcentaje de atención de partos en casa a **madres sin educación** es de 78.2% (probablemente por una comadrona). Las estadísticas demuestran el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida por las comadronas.

De acuerdo con éstos porcentajes vemos la importancia que aún tiene el trabajo de la comadrona en el área rural guatemalteca.

Las comadronas⁴⁸ son las trabajadoras comunitarias que integra el Sector Salud, pero el trabajo de éstas para el MSPAS se reduce y limita a tres⁴⁹ actividades:

⁴⁶INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,998-99.

⁴⁷A partir de esta nota todos los datos fueron tomados la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 198-99, a menos que se indique otra fuente.

⁴⁸En la re-estructuración del SIAS, los dos tipos de trabajadores comunitarios que se incluyeron en el primer nivel de atención fueron: Las comadronas y los guardianes de salud. Los guardianes de salud es una nueva forma de llamar a los antiguos Promotores de Salud Rural en esa nueva reestructuración.

A.- Control y resolución del período pre-parto, parto y puerperio.

B.- Medio para recolectar y obtener datos sobre nacimientos en la comunidad.

C.- Inversión de tiempo en formación, debido a que deben capacitarse continuamente.

⁴⁹Para un mayor detalle de sus actividades se puede consultar la la sección que se refiere a las responsabilidades de las comadronas en el nuevo Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS).

Si se evalúa la eficiencia y efectividad de las comadronas y de los guardianes de salud, en términos de inversión de recursos, resulta que para el Sector Salud, las comadronas son más efectivas y eficientes en comparación con los guardianes de salud porque la deserción en el grupo de comadronas no existe, mientras que en el grupo de los guardianes de salud los porcentajes de deserción son muy altos.⁵⁰

Los servicios de salud al reducir a tres las actividades y/o responsabilidades de las comadronas está desperdiciando los recursos que tiene la comadrona en la comunidad, ya que el oficio de comadrona en las comunidades cumple diversas funciones:

-Son mujeres que se les identifica fácilmente como prestadoras de servicios para la atención de padecimientos y enfermedades.

-Su sabiduría sobre plantas medicinales y remedios caseros contribuyen a salvaguardar la memoria histórica de la comunidad

-Confirman y mantienen un patrón hereditario, al heredar el cargo en vía matrilineal.

- Cohesionan la red social de la familia extensa.

-Atienden diversos padecimientos y enfermedades.

En el capítulo siguiente se expondrá cada una de las actividades y funciones que la comadrona desempeña en las comunidades.

El trabajo de que realizan las comadronas y demás terapeutas tradicionales en la comunidad no es válido para

⁵⁰Para más información consultar el estudio realizado por Ismael Díez en varios programas de salud rural que cuentan con un programa de capacitación para promotores de salud, consúltese en igual forma algunas tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala que han tratado la problemática de la deserción de los promotores de salud rural o guardianes de salud.

los servicios de salud estatales. Por ello, es necesario exponer la racionalidad que implica la búsqueda de la solución a los padecimientos entre terapeutas tradicionales y demás recursos y/o agentes de salud en Rabinal. A continuación se exponen lineamientos generales que explican la racionalidad maya-achí.⁵¹

5.- LA DUALIDAD MAYA Y LA ENFERMEDAD ENTRE LOS ACHÍ:

⁵¹Se ha explicado en parte ésta dualidad en el capítulo cuarto, pero en este apartado se intenta profundizar sobre su particularidad entre los achí.

Es fundamental que el lector entienda la "Racionalidad maya-achí"⁵², y la importancia de la "dualidad maya", porque ambas se manifiestan cotidianamente en el equilibrio que se debe guardar entre lo frío-caliente. Esta representación se vuelve cotidiana y se presenta desde el momento en que los achí se despiertan y se levantan en la mañana.

Veamos un ejemplo de lo que sucede: Las mujeres que se encargan de preparar el desayuno; toman sus precauciones respecto de las actividades previas antes de tortear⁵³, dicha actividad se concibe como caliente; es por ello que las actividades previas al torteo son preferentemente de índole caliente. Se espera también que la primera comida del día sea caliente: café y tortillas, ya que el consumir alguna fruta como la naranja puede ser motivo de

⁵²La definición de ésta categoría: es la que proviene de una ascendencia del medioevo occidental y maya, se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía, consultar el capítulo III.

⁵³Entre los indígenas guatemaltecos uno de los alimentos fundamentales de su dieta es el maíz el cual se prepara de diferentes formas, pero principalmente en tortillas. El proceso de producción de las tortillas es el siguiente: el maíz se pone a cocer en un fogón de leña, posteriormente de su cocimiento se lleva el grano cocido a un molino para ser triturado y así obtener una masa, las mujeres llevan a casa esa masa que preparan y moldean con sus manos para colocarlas en un comal (sartén de barro) con fuego.

enfermedad, porque la naranja es un alimento que se considera frío.

Entre los achí cuando se presenta alguna enfermedad se entiende que esa situación responde a un desequilibrio entre las fuerzas del bien y del mal, entre lo frío-caliente, entre las dos fuerzas que forman esa dualidad maya. Se espera que lo primero que haga es acudir con un "ajkotz'í'j" o un ajmesa⁵⁴, ya que este cargo religioso-tradicional, simboliza el ser "mediador" entre Dios, los Santos, los antepasados, los difuntos y la santa tierra. Según la tradición ese es, el comportamiento que se espera siga una persona. Pero lo que sucede en la actualidad es que, las personas al sentirse enfermas acuden primero con médicos, a farmacias o se automedican y dejan como último recurso a los terapeutas tradicionales, esta práctica es señalada como: "no acordarse de Dios" y ello implica que las fuerzas del mal se aprovechen para dañar más a la persona, según las posturas más tradicionales.

Otra manifestación de la "Dualidad Maya" en la cultura achí es la contradicción que puede guardar el ajmesa-ajtiz, porque el cargo de guía espiritual o de terapeuta tradicional puede indistintamente usarse para hacer el bien o el mal. A continuación una explicación:

"Cuando un curandero es intermediario y pide por la curación de la enfermedad; debe interpretarse que éste logrará una mejoría porque él será el intermediario de la fuerza del bien simbolizado en Dios, los santos, los difuntos y la santa tierra, mientras que cuando un curandero hace un mal, quien responde es el mal espíritu, entonces en ese momento no responde al cargo de ajmesa, sino pasa a ser un "ajtiz". El tratamiento basado en la religión, es de dos vías: las plantas medicinales y la ceremonia de la devoción. La gente concibe que no puede haber tratamiento y curación de

⁵⁴Nombre en achí que corresponde a un curador tradicional.

la enfermedad sin ceremonias y medicamentos. El ser dual de la cultura Achi en las ceremonias de curaciones se representa en las siguientes dualidades: abuelas y abuelos, ancianas y ancianos, metal amarillo y metal blanco, flores amarillas y flores blancas, montañas femeninas y montañas masculinas, enfermedades buenas y enfermedades malas, el bien y el mal, el buen espíritu y el mal espíritu. Todo ello se escucha en las ceremonias tanto de la "devoción" como en la "mesa". Sucuquí (2,000:71-72)

Sin embargo una de las características más importantes de la cultura achí en torno a las representaciones médico-religiosas es la manifestación de "El mal hecho" esto se considera como una enfermedad y aunque no se exprese en una "dualidad", contiene elementos importantes de la cultura achí, ya que dicha enfermedad solo puede ser curada por un terapeuta tradicional. Isabel Sucuquí explica mejor acerca de la enfermedad:

"Las enfermedades en Rabinal son conocidas por el nombre de "mal hecho" que en Achi es el "anom". El "mal hecho", se conoce con los siguientes nombres: Anom che, rayim, tz'onom, chakum chrij. El significado de estas palabras en Achi es: hecho, deseado, pedido, trabajado sobre la persona. Asimismo, se le denomina "mal pedido". Es la enfermedad sobrenatural más temida por la gente. Es visto, como una enfermedad muy grave y muy difícil de curar, ya que a veces no se cura ni con medicamentos, sino solo con el poder de Dios y con el poder de los antepasados. Hay casos que son curados fuera de Rabinal, sobre todo en Cubulco." Sucuquí (2,000:133-134)

Las causas de esta enfermedad pueden ser: las peleas entre familiares y vecinos, los chismes, infidelidad, robos, deudas, etc., pero la principal es: la envidia. El "mal hecho" puede transmitirse de varias formas, pero las más importantes son: tirar algo en el camino, poner algo en la comida o bebida, por las oraciones y ceremonias malélicas realizadas a una persona determinada. La enfermedad se diagnostica por: el tono amarillo que sufre la piel del enfermo, el frío en el corazón y la pérdida de la cabeza

(enloquecer). La única forma de curar el mal hecho es con las oraciones de los ajmesa o con las devociones (rituales que ellos realizan), se utilizan candelas y se hacen novenas, pero principalmente se hace un tipo de ceremonia llamado: ukrusil kotz'í'j.

Otras de las prácticas medicinales que particularizan al pueblo de Rabinal es que no usan el temascal. Según los resultados de la investigación realizada por Albina Gaspar⁵⁵, se tiene evidencia de que hace ya más de 50 años que no se reporta el uso de dicha práctica, y las comadronas más ancianas tampoco reportaron en ningún momento; hacer uso del temascal. Dicha característica puede tomarse como un rasgo propio de los achí de Rabinal.

Sin embargo es necesario mencionar dos factores respecto del no uso del temascal: Uno es el clima de Rabinal; el pueblo está localizado en un valle a 974 metros sobre el nivel del mar, por ello su temperatura anual es de 25 grados centígrados, o sea que no es un territorio frío, solamente algunas aldeas que se sitúan en las montañas son territorios templados; ésta puede ser una de las características por la cual no se utilice el temascal.

El otro factor se refiere a la concepción frío-caliente; el proceso del parto es concebido como un estado frío, por ello en los otros grupos étnicos del territorio guatemalteco el recurso del temascal es la terapia que se aplica para contrarestar ese desequilibrio. Para los achí el desequilibrio que se presenta es igual, pero se restablece bebiendo diversos remedios caseros realizados

⁵⁵Para más detalle consultar la bibliografía.

por las comadronas. Anteriormente se decía que las comadronas utilizaban una brasa para el calentamiento del vientre en el post-parto:

"En algunos casos se buscaba un recipiente y allí se le echaba la brasa, se envolvía en un trapo y se colocaba sobre el vientre; la misma paciente detenía el recipiente durante unos 15 a 30 minutos según lo que podía aguantar. En otros casos se utilizaba la teja de barro, la cual era también calentada y envuelta en la hoja llamada: "aceté" y puesta después sobre el estómago de la mujer. Otras mujeres llamaban a esta práctica "tamalito de brasa", porque la brasa era envuelta en la hoja llamada de "higuería" tomando la forma de un tamal... Una de las personas entrevistadas se expresa así: "... se le pone una cosa caliente para que le caliente la matriz, para que la matriz se le quedara en su lugar". Gaspar (2,000:47)

Los datos recolectados en la tesis de Albina Gaspar; explican que esa costumbre fue prohibida por el Centro de Salud y por ello las comadronas ya no la practican⁵⁶.

⁵⁶Según los datos recolectados en el trabajo de campo, se duda de la erradicación total de dicha práctica porque en las entrevistas realizadas se evidenció la utilización de parches con apazote y ajo para los lombrices (técnica que se asemeja a la del tamalito, se coloca un emplasto en el vientre), sin embargo también se evidenció en las entrevistas y grupos focales que algunas de las comadronas todavía utilizan un cuchillo al rojo vivo para cortar el cordón umbilical (pervive el proceso de colocar y calentar instrumentos en el fuego), por ello y debido a que las comadronas tienen a la mano un fogón y conocen la técnica de emplastos en el vientre, pongo en duda la abolición del uso de la brasa en el post-parto.

También existen prácticas propias de los achí que están en proceso de desaparecer como: la utilización del sapo o del pollo zambo (negro) para bajar la fiebre, la utilización del el "bajo" o "chuibajo" que es un tratamiento que consiste en la realización de un vapor medicinal (plantas medicinales puestas en braza y agua de cal hirviendo) que se colocaba debajo de la cama para provocar el sudor en la persona enferma. La utilización de grasa de zorrillo, tacuazín y coyote es otra práctica que está desapareciendo ya que dichos animales eran objeto de su caza para el consumo familiar, y se aprovechaba la grasa que despedía el animal en su cocimiento, para guardarla y utilizarla como unguento o pomada en casos de bronquitis, bronconeumonía y neumonía. También se utiliza o se utilizaba la orina en diferentes tratamientos; para acelerar la expulsión de la placenta en el momento del alumbramiento, para molestias del estómago, para el sarampión y para el dolor de muela.⁵⁷

Brevemente se han presentado algunas representaciones de las enfermedades y padecimientos propios de la racionalidad achí-maya. Sin embargo, es oportuno terminar el presente capítulo con una reflexión sobre el mismo.

6.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN GUATEMALA Y RABINAL:

La intención del presente capítulo fue exponer la situación epidemiológica para Guatemala y Rabinal. Sin embargo también se proporcionó información respecto de la dualidad maya y de la enfermedad para poder contextualizar la forma

⁵⁷Según información proporcionada por Albina Gaspar en su tesis de licenciatura, consultar la bibliografía.

en cómo se presenta el proceso salud/enfermedad/atención en Rabinal.

Guatemala es uno de los países de Latinoamérica que conjuntamente con Haití, Bolivia y Nicaragua tienen los porcentajes más bajos respecto de: esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad en lactantes, tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, tasa de mortalidad materna, etc. Éstos porcentajes están directamente relacionados con la infraestructura en salud y la cobertura del sistema de salud, que en Guatemala aún son deficientes primordialmente para la población que vive en el área rural.

El Estado y los demás sectores que conforman el país no se han preocupado por realizar un cambio verdadero para solventar dicha situación. Sus estrategias y políticas en salud han cambiado poco, y los cambios nunca toman en cuenta el comportamiento real de la mayoría de la población; ya que ésta además de acudir con los terapeutas bio-médicos buscan solucionar sus padecimientos y enfermedades con curanderos, comadronas, amigas, vecinas, farmacéuticos, etc.

Las políticas y estrategias de salud en Guatemala no se adecúan a una población que en su mayoría es de ascendencia maya. En el capítulo se expuso el proceso de implementación del SIAS en Rabinal; en ese proceso, lamentablemente, algunos patrones de tradicionalidad respecto al trabajo de las comadronas están cambiando en detrimento de las comadronas, porque las políticas de salud en Guatemala no entienden que existen otras formas de eficacia "no farmacéutica" que curan. Las políticas de salud siempre imponen la hegemonía de la bio-medicina y

nunca han sido tolerantes con otros tratamientos y
terapeutas.

Finalmente debe quedar claro que entre los achí de Rabinal,
la dualidad maya se presenta en el equilibrio que se debe
guardar entre las fuerzas del bien y del mal, para no dejar
penetrar a ninguna de éstas, porque al quebrantarse el
equilibrio y perderse la armonía viene la enfermedad;
pero la enfermedad también viene al romperse el equilibrio
frío-caliente.

CAPÍTULO VI: LAS COMADRONAS DE RABINAL

Este capítulo presenta un perfil de la comadrona,¹ de Rabinal, que intentará responder algunas preguntas como: ¿Quiénes son las comadronas? y ¿Qué hacen?, también se explica: el proceso por el cual las mujeres aprenden a ser comadronas, en qué consiste la atención del período pre, parto y post, la atención de otros padecimientos, etc. Finalmente se presenta la heterogeneidad de la significación de las mujeres que son terapeutas tradicionales.

1.- EL PERFIL DE LA COMADRONA EN RABINAL:

Las comadronas o parteras tradicionales en Guatemala son mujeres que se dedican a atender partos, mayoritariamente en comunidades lejanas y aisladas en donde los servicios de salud estatales no llegan, sin embargo también se les puede encontrar en las áreas marginadas de las ciudades. Muchas de esas mujeres han comenzado con el oficio de comadrona debido a la necesidad que se presenta en una comunidad en el momento de asistir un parto, también han comenzado con el oficio por la revelación de algunos designios que forman parte de la cultura maya. Después de algunos años de trabajo empírico en la comunidad atendiendo partos, la mayoría de las comadronas toman los cursos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para poder dedicarse al oficio con un aval de parte de los servicios de salud estatales.

Debido a la diversidad cultural existente en Guatemala, el oficio de comadrona adquiere ciertas connotaciones específicas en cada uno de los grupos étnico-lingüísticos.

¹A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinaleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

Se presenta a continuación las particularidades de las comadronas de Rabinal.

En Rabinal, el prestigio de una comadrona está ligado con dos atribuciones: ser una mujer casada y madre de dos o tres hijos², porque el prestigio de una comadrona se adquiere con la edad y con la experiencia, pero cuando las comadronas son ancianas y no tienen mucha vitalidad para lavar ropa o recorrer distancias largas a pie; decae su demanda.

Según datos recolectados en el trabajo de campo la media de la edad de las comadronas en Rabinal es de 56 años, se presenta un cuadro con información respecto de la edad de las comadronas.

Cuadro No.20
Edad de las comadronas

Rango de las Edades	F ³	%
Comadronas con menos de 50 años	6	24
Comadronas entre 51 y 70 años	12	60
Comadronas con más de 71 años	4	16
Totales	25	100

²Sin embargo el centro de salud de Rabinal y las Instituciones con programas de capacitación a comadronas, aceptan a mujeres solteras o madres con un hijo en sus capacitaciones.

³La F, significa la frecuencia, la muestra encuestada fue un total de 25 comadronas, el universo era de 118.

La mayoría de las comadronas en Rabinal son indígenas, sin embargo en las aldeas ladinas como Pichec, San Luis, Palimonix, y en el casco urbano de Rabinal hay comadronas ladinas⁴; no existe diferencia alguna entre comadronas ladinas o indígenas, ya que atienden los mismos padecimientos, utilizan los mismos remedios caseros y plantas medicinales, etc. La única diferencia que se percibe en el análisis de los datos fue, que las comadronas ladinas, en sus testimonios tendían a dar explicaciones con aspectos fantásticos y mágicos en el proceso de sus curaciones. Las comadronas indígenas en cambio manejan la dualidad frío-caliente: *"...venir de por allá corriendo y entrar de romplón cuando está caliente, también es malo, pega la enfermedad de la alferecía, la enfermedad de la alferecía. Esa enfermedad pega al corazón y cae, eso es peligroso, porque donde le cae de romplón el aire, como adentro está fresco y usted viene del campo, por allá de sus viajes y entra bien caliente y hasta sudando, ¡ah! Eso, es malísimo, uno tiene que esperar unos minutos afuera, para ver entrar a su sala, a su casa, entonces en carrera como viene y se entra directo le da aire"*. (Entrevista No.31). Mientras que otra comadrona explica algunas señales particulares para evaluar la aplicación del tratamiento: *"Pues yo lo he curado con la barba de chunto (Chompipe) y 7 espinas de puerco espín, y canela, y pimienta cobanera y ruda. Y lo pongo en brasa; esos eran nuestros consejos de nuestras abuelitas y si se ve, el alivio, usted y lo desahúmo en el humo, y nos decía la abuelita si las espinas tronaban y la pimienta tronaba era que sí sanaba la criatura ...y nos decía la abuelita que*

⁴El uso del término "ladino" en Guatemala a la fecha es motivo de discusión, sin embargo la forma en que se utiliza aquí y en la mayoría de publicaciones con datos socio-demográficos el término ladino se utiliza para indicar que no es indígena.

si el niño se meaba sobre la braza es señal de que sí sanaba y si no, no.” (Entrevista No.45)

Del total de comadronas indígenas entrevistadas, solamente un décima parte no es totalmente bilingüe. Se puede decir que la mayoría de las comadronas en Rabinal hablan el achí y el castellano. Sin embargo dicha característica está directamente relacionada con la edad: las comadronas más ancianas son las comadronas monolingües.

Según el cuadro No.21, la mayoría de las comadronas de Rabinal son analfabetas; ello implica que todo lo que saben lo han aprendido oralmente, tanto los conocimientos que tienen sobre plantas medicinales, remedios caseros, terapias, como los que han adquirido en las capacitaciones impartidas por el centro de salud.

Cuadro No.21
Analfabetismo en comadronas

Variable	F	%
Analfabeta	22	88
Alfabeta	3	12
Total	25	100

La retentiva memorística de una persona analfabeta es sorprendentemente alta; *"...porque nos han dicho que así se hace, pero como yo no sé leer, ni escribir entonces solo en mi mente lo traigo y así estoy haciendo porque hay veces que voy al curso de 4 a 5 días y así nos dicen y se me va quedando"*. (Entrevista No.12), sin embargo es importante mencionar también el interés que las comadronas tienen en tomar cursos de actualización para reforzar sus conocimientos: *"Yo lo que quiero es conocer más, aunque sea que ya lo sabemos, pero se nos olvida, como nosotros que no sabemos leer, si supiéramos leer entonces sí, porque miramos un folleto, pero como no, solo lo que nos dicen, solo lo que nos enseñan, eso es lo que vamos conociendo, conocer más."*(Entrevista No.4)

A diferencia de los otros grupos étnico-lingüísticos que hay en Guatemala, las comadronas del área achí se diferencian por la ausencia del uso del temascal o baño de vapor. Durante la realización de los grupos focales y de las entrevistas con profundidad se trató el uso del temascal; muchas comadronas dijeron conocerlo en sus viajes a otros lugares, ya que el uso y conocimiento del mismo en Rabinal es incierto⁵: *"Una vez estábamos en un curso y una comadrona dice que tiene que bañar a una señora*

⁵Puede consultarse la tesis de licenciatura de Albina Gaspar en la cual relata el uso del chui-bajo terapia que se parece al temascal por el uso de vapores.

que se compuso pero no puede ir, entonces le dijo al esposo de la señora: vaya a juntar fuego en el horno mientras que yo llego, entonces yo me quedé con una duda porque no conozco que es eso. Pensé yo; quisiera irme con ella para conocer, pero no puedo porque es muy lejos. Yo le pregunté cómo lo hace, ella me contestó que es una casa como horno para hacer pan. Y yo le pregunté si ella todavía lo hace, ella dijo que cura a hombres y mujeres de esa forma y se han curado. Se les echa un poco de monte en el agua que se llama zapati.” (Grupo Focal 3)

Otra diferencia es el doble rol de comadrona lavandera, que tienen las comadronas achís. En Rabinal la comadrona es la encargada de lavar la ropa de la parturienta, durante los días posteriores al parto. Esta actividad es primordial y parte del trato que se hace con la comadrona: “...lo que se acostumbra en las comunidades es que la comadrona no es solo comadrona, sino que es lavandera también, porque si una comadrona sólo recibe al niño, la gente no la quiere, siempre hay una costumbre de que se atiende el parto y después del parto se va al río a lavar la ropa” (Grupo Focal No.1)

Las comadronas de Rabinal al igual que el resto de las comadronas que operan en todo el país de Guatemala, suelen ser mujeres de edad madura, analfabetas, bilingües (aunque esta variable tiene una relación directa con la edad) y con conocimientos respecto de su oficio. Existen solo dos connotaciones muy singulares entre las comadronas de Rabinal que las diferencian del resto de comadronas: el desconocimiento del temascal y el doble rol de lavandera comadrona.

Al momento el lector tiene una idea precisa del oficio de comadrona, sin embargo es importante explicar el proceso por el cual una mujer llega a ser partera, porque en ese proceso de aprendizaje de dos racionalidades diversas, (la racionalidad bio-médica y la racionalidad maya) se entreteje la atención a los padecimientos.

2.- EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE UNA COMADRONA:

Para determinar el aprendizaje del oficio, a las comadronas se les preguntó en diversas formas: ¿Cómo aprendió el oficio? ¿Quién le enseñó el oficio? y ¿Quién le enseñó a sobar?. Las mujeres otorgaron diversas respuestas. En los cuadros No. 21, 22 y 23 se pueden observar que el aprendizaje del oficio se visualiza en la vía matrilineal.

Cuadro No.22

Aprendizaje del oficio de comadrona

Persona	F	%	
madre	11	44	80
abuela	04	16	
tía	02	08	
suegra	02	08	
prima	01	04	
comadrona	04	16	16
otro	01	04	04
Total	25	100	

Cuadro No.23

¿Quién le enseñó a sobar?

Persona	F
Mamá	9
Abuela	3
Tía	1
Suegra	3
Comadrona	7
Ella sola aprendió	3
Ella no soba	1
Total	2

Cuadro No.24⁶

¿Cómo aprendió el oficio de comadrona?

Forma del aprendizaje	F	%	
Aprendió de su mamá que era comadrona	5	18.5	59.2
Aprendió de su abuela que era comadrona	4	14.8	
Aprendió de su suegra que era comadrona	2	7.4	
Heredó el don de su familia (familiar comadrona)	2	7.4	
Aprendió de su prima comadrona	1	3.7	
Aprendió de su tía comadrona	2	7.4	

⁶Los datos del cuadro No.21 corresponden a la información recolectada durante el año 1,999 y los datos de los cuadros No.22 y 23 es información recolectada durante el año 2,000.

No hay en la com. quien atienda partos	4	14.8	40.7
Su deseo de aprender	4	14.8	
Con otra comadrona	3	11.1	
Total	27	99.9	

En los testimonios dados explicaron que no aprendieron el oficio en su familia materna; aprendieron el oficio por la necesidad que existía en la comunidad, una persona que dedicara al mismo.

Las comadronas explicaron cómo aprendieron determinadas técnicas: por ejemplo el corte del cordón umbilical: *"Cuando estaba viva mi suegra, porque ella era comadrona, cuando ella estaba viva atendía los partos en la aldea, ella me llevaba. Cuando se compuso un familiar mi suegra me explico lo qué tenia que hacer, para que yo conociera como poder hacer ese tipo de actividades para beneficio de sus hijos: corté el ombligo y lo medí. Mirá, cortá el ombligo, arreglalo-, me dijo, me lo dio mi suegra que yo lo arreglála, medílo, medílo, me dijo, tienen que quedar 4 dedos y lo vas amarrar, y lo quemas, así lo haces porque ya ya se pudre el ombligo..."* (Entrevista No.3). O la preparación de remedios caseros; *"Mi mamá, porque ella es comadrona de antes, mira miya me dijo; si dan de dolor de estómago, juntas el monte, la hierba buena, el pericón y un poquito de manzanilla, eso es lo que le dan, se le da al patojito."* (Entrevista No.41) Estos son dignos representantes de la tradición oral y la forma como se transmiten los conocimientos en la vía materna de generación en generación.

Una de las formas de aprender el oficio de terapeuta tradicional en el área maya mesoamericana, y de acuerdo a los parámetros de la racionalidad maya, explica la importancia que tienen las revelaciones de designios por medio de los sueños; como: a) el cargo de comadrona se revela en determinados sueños, b) el oficio de comadrona depende del designio o significado del día de nacimiento en el calendario maya, c) algunos saberes respecto a las terapias y/o plantas medicinales se revelan en los sueños⁷.

Durante el trabajo de campo, la mitad de las mujeres parteras dijeron haber soñado algo referente a su oficio y respecto de sus sueños dijeron que los habían interpretado como designios referentes a su oficio. Ninguna de las comadronas relacionó su fecha de nacimiento con su oficio o su nawual, y solamente una dijo que algunos remedios caseros y plantas medicinales se le habían manifestado en sus sueños. Se presentan a continuación dos cuadros que resumen la información:

Cuadro No.25

El oficio de comadrona se le reveló por medio de un sueño

Tuvo el sueño	F	%
Sí	14	51.9
No	13	48.1
Total	27	100

Cuadro No.26

¿Cómo fue el sueño que tuvo?

Sueño
Saludos de personas y avisos de personas enviadas: Una persona la venía a saludar y que ella daba a luz en un camino.

⁷Según los estudios realizados por Cosinsky, Hurtado, Paul, Villatoro.

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

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

Otra de las formas de consolidar el aprendizaje del oficio de partera, es recibiendo los cursos de capacitación que da el centro de salud. Al concluir la primera capacitación recibida por parte de una institución vinculada al sector salud estatal, las comadronas obtienen su carnet del MSPAS, que las avala para poder ejercer su oficio en las aldeas y caseríos.

En el centro de salud de Rabinal, se proporcionan dos clases diferentes de capacitaciones. Existen las capacitaciones formales, que se caracterizan porque al concluir éstas, se le proporciona a la comadrona su carnet y algún equipo, pero también existen las capacitaciones continuas que el centro de salud brinda a las comadronas para reforzar lo aprendido en la capacitación formal⁸.

Esta forma de capacitar a las comadronas se ha dado desde que el centro de salud se fundó en Rabinal en el año 1,965, pero a partir del año 1,999 en que comienza a funcionar el SIAS, la capacitación continuada de la comadrona ha cambiado. Dicha situación fue explicada por la enfermera del C. de salud de Rabinal: *"En el transcurso de 15 años que he estado acá, dos se han hecho, dos capacitaciones, porque las comadronas ya han existido, por eso estaban las actualizaciones, o sea que como las apuntábamos y cuando se reunía un número más o menos adecuado entre 10 y 20 nuevas comadronas por necesidad de que la señora había fallecido o porque ya ella se sentía incapaz, porque nunca capacitamos gente de que nunca ha atendido un parto, sino la misma gente nos decía; mire yo ya he atendido dos partos, quiero tener carnet, quiero entrar a capacitación.*

Entonces ellas son las que capacitamos o sea que la misma comunidad le exige a usted que haga una capacitación. Se convocaba a todas las comadronas y lo hacíamos en una semana, nosotros teníamos un promedio de 115 comadronas,

⁸Sin embargo con la reciente incorporación del SIAS en Rabinal esas capacitaciones continuas las hace el médico ambulatorio el día que llega a la comunidad. Como el SIAS tiene solamente 3 años de funcionar en Rabinal se presenta información sobre la forma en que se hacía anteriormente.

citábamos 20 diarias para que la convivencia fuera mucho más cerrada... 20 diarias. Como no todas venían, porque alguno de los días que les correspondía o estaban de viaje, o estaban enfermas, se nos hacían un poco más de 20 o venían menos de 20 porque ellas decían; no vine tal día pero ahora vengo. Entonces en una semana hacíamos la actualización y ellas tienen su carnet que nosotros les hemos proporcionado y ellas estaban pendientes de que si ya se les había vencido, actualizarlo..." (Entrevista No.49)

Si se observa el cuadro No.27 vemos que solamente una cuarta parte de las comadronas entrevistadas fueron capacitadas por la actual enfermera titulada del centro de salud. La mitad de las comadronas entrevistadas recibieron su capacitación formal hace ya más de 15 a 30 años.

Cuadro No.27

Años de recibida la capacitación formal por el MSPAS.

Rango de años	F	%	
hace menos de 15 años (1,984) ⁹	7	28	28
entre 16 y 20 años (1,983-1979)	8	32	56
entre 21 y 30 años (1,978-1,969)	6	24	
hace más de 31 años (hace más de 1,968)	4	16	16
total	25	100	

NOTA: La media es de 20 años

⁹ Tiempo en que ha estado la enfermera entrevistada.

Si la media es de 20 años, ello indica que ha transcurrido un tiempo muy considerable de esa primera capacitación formal.

La enfermera entrevistada explicó que en los 15 años de trabajar en Rabinal, se ha realizado solamente una capacitación formal en la cual se han incorporado nuevas comadronas con carnet. Por ello se puede interpretar que cada 15-20 años en Rabinal se hace una capacitación para las mujeres que están interesadas en adquirir el carnet de comadrona avalado por el MSPAS. En la realidad y al consultar las actas de nacimientos de los niños nacidos en Rabinal en febrero, marzo y abril del año 1,999 se tiene que un total de 25 mujeres atendieron partos y éstas no tienen carnet de comadrona; probablemente tampoco hayan tomado una capacitación formal. Vemos entonces que existe un porcentaje muy elevado de mujeres que atienden partos y que no han tomado cursos de parte del MSPAS para la atención del parto.

Si se hiciera una evaluación de las capacitaciones impartidas por el centro de salud, vemos que las comadronas han hecho suyo el vocabulario técnico que utiliza el personal de salud: *"porque yo tomé cursos desde que tiempo, un curso de 15 días lo dio el doctor, de la paciente, de la mujer embarazada. Se les hace su examen, se les va a ver dónde está su corona, si aquí esta su corona está bien, todo esta bien y si la tocamos y no le encontramos cabeza, no está bien. Nos dijo el doctor cuando estábamos trabajando con él. Yo sé bien cómo está el paciente, si no está bien, si está atravesado, así está y lo que vamos hacer, es que una vez que ya empieza el dolor, la mando al centro de salud. Le dije yo: ya no vas a estar aquí porque si té enfermas te van a mandar a*

Salamá. Y cuando empieza el dolor ya me llama y ya sólo voy a traerla para llevarla al Centro de Salud; ya le dan su nota, la voy a dejar a Salamá. Así pasa con algunas pacientes, pero no mucho pasa, es raro que pase, es raro.

Todas mis pacientes están bien.” (Entrevista No.40).

Vemos también como la técnica del registro es una herramienta aprendida en los cursos de capacitación y que utilizan con mucha precisión; *“Como 6 o más, como ya no me recuerdo, en cambio cuando nace un niño sí, porque nos han dado papeles en el centro de salud; entonces se apunta”.*

(Entrevista No.19). Las comadronas recuerdan más lo aprendido, cuando tiene una aplicación práctica y se adecua a las prácticas tradicionales que ellas aplican: *“Esa es la que yo más ocupo y el ciguapate, ese es un palito que se puede tener en el sitio, ese si lo tengo en el sitio y lo estimo porque ese me sirve mucho, ese sirve para las pacientes que uno va a ver, porque a ellas se les pide que tomen un vasito cada 3 días, o cada 8 días, pero eso, si fue recetado por el estudio que tengo yo. Fue por el maestro que vino a dar charlas en nuestros cursillos.*

Pues ellos fueron los que nos dijeron que el ciguapate lo diéramos un mes antes, para que la matriz madure.”

(Entrevista No.45)

Los testimonios presentados anteriormente evidencian que éstas son utilizadas como medios para recolectar información, datos que no podrían ser recolectados a no ser por el trabajo de las comadronas. Esa información epidemiológica oficial recolectada por comadronas para el sector salud, es un trabajo que no es valorado y que tampoco es reconocido abiertamente por el sector estatal de salud.

Algunos de los conocimientos adquiridos no son exclusivos de las capacitaciones proporcionadas en el centro de salud.

Hay testimonios sobre capacitaciones recibidas en otras instituciones en donde se aprecia que los contenidos impartidos por ese tipo de capacitaciones son más adecuados para las actividades que hacen las comadronas;

"Y eso lo tenemos a mano porque está allá en la casa, a veces para uno mismo es muy costoso conseguir esos montes, más bien se vuelve fácil cuando los tenemos sembrados en el jardín botánico que yo tengo; es pequeñito, pero sí todas las matas se consiguen allí." (Entrevista No.42). En algunos cursos se valora el don de "sobadoras" y se hace énfasis en ello, como se explica en el testimonio: *"No hay remedio sino que solo un masaje, porque yo voy aprender un curso hasta en Xela; yo me fui a Xela y entonces aprendí, entonces no hay remedio, no hay remedio, con la mano hay que curar me dijo, hay que pedir a Dios que hay que curar y es cierto"* (Entrevista No.12)

El proceso de aprendizaje matrilineal y los cursos de capacitación brindados a parteras por el sector salud en Rabinal, evidencian continuamente que las comadronas manejan dos tipos de saberes: bio-médicos y populares.

Sin embargo, las capacitaciones impartidas por el sector salud en Rabinal no toman en cuenta, ni valoran el aprendizaje matrilineal que tiene la comadrona; en el último capítulo se presentarán una serie de recomendaciones sobre diversos temas: la implementación del SIAS en Rabinal, las capacitaciones para comadronas, etc.

Las actividades del oficio de comadrona se centran en la atención pre, parto y post, se presenta información

respecto a dicho período, pero es necesario subrayar que las comadronas en Rabinal atienden otros padecimientos no relacionados con el período.

3.- PERÍODO PRE-PARTO, PARTO Y POST-PARTO:

Tradicionalmente los servicios de una comadrona comienzan desde el embarazo con la selección de la comadrona; ésta comenzará con las sobadas y visitas a la mujer embarazada; consecuentemente y en su momento se encargará de la atención del parto y después del nacimiento del niño, la comadrona continuará visitando diariamente la casa de la madre hasta un lapso de 8 a 15 días para: lavar la ropa, bañar a la recién parida y al recién nacido.

A lo largo de esos 4 u 8 meses, en los cuales la comadrona se encarga de todo el proceso, las particularidades de Rabinal respecto del período pre-parto son las siguientes:

a) La selección de la comadrona; No hay un consenso entre las comadronas sobre el responsable en la familia que debe decidir y buscar a la comadrona que atenderá a la mujer embarazada, pero cuando la mujer es primigesta y joven será la suegra (madre)¹⁰ y el marido quienes deciden. Pero si es el caso que la mujer haya tenido varios partos, será ella la que se encarga de seleccionar a la comadrona.

b) Mes de embarazo en que se busca a la comadrona: No existe tampoco un consenso entre las comadronas sobre el mes en que la mujer busca los servicios de la comadrona, debido a la capacitación que han recibido las comadronas, ellas dicen que lo mejor es comenzar con el tercer mes para que la mujer pueda obtener el mayor número de dosis de la

¹⁰En el caso que la residencia de la familia no es patrilocal.

vacuna del tétanos y también para que asista al control médico. En la práctica las madres las buscan: a los 3 - 4 meses de embarazo, otras a los 6 - 7 meses, otras hasta los 8 meses; esto suele ocurrir cuando la mujer ya ha tenido varios partos. Hay casos en que las mujeres buscan a la comadrona el día del parto. Existe una situación especial con las mujeres primigestas y jóvenes; las comadronas explican que generalmente ese tipo de mujer no sabe que está embarazada, busca una consulta por problemas relacionados con la pérdida de apetito, náuseas o mareos; *"En veces hay personas que cuando buscan a la comadrona ya tienen 7 meses, ya para una señora que ya ha tenido 3 hijos no es problema, tal vez ya solo le va a tocar una vacuna, pero el más primero ese es el que más cuesta, si porque la comadrona tiene mayor compromiso, sí."* (Grupo Focal No.1)

C) El control prenatal por el sistema médico hegemónico: Todas las comadronas en Guatemala tienen la obligación de mandar a sus pacientes al control perinatal proporcionado por los puestos y centros de salud, aunque el parto ocurra en su domicilio. Dicha obligación es uno de los puntos en los que más se insiste en las capacitaciones y recapitaciones que se les dan a las comadronas, porque es la única forma en que el centro de salud tiene el control de las mujeres embarazadas del municipio. Las comadronas han aceptado dicha responsabilidad, pero se encuentran con casos en que algunas mujeres se niegan a ir al control prenatal: *"Hay unas también que ya no quieren vacuna y ya tienen 7 u 8 meses, no quieren ninguna vacuna, no quieren ningún control, como se le manda, pues ya solo una vacuna se logran poner"* (Grupo Focal No.1)

D) Las visitas y sobadas a la embarazada; Las mujeres por tradición recurren primero a la comadrona para que ésta

las "sobe" y también para que les atienda algunas otras molestias causadas por el embarazo. A partir de que la mujer hace la primera visita a su comadrona para comunicarle que está embarazada, la comadrona comenzará a visitarla frecuentemente para "sobarla" y verificar la posición del feto.

La sobada es una técnica aplicada por todas las comadronas en Guatemala, dicha terapia identifica la especialización de un terapeuta tradicional en el área mesoamericana. Atender partos y proporcionar "sobadas" son las actividades fundamentales que identifican a este grupo de mujeres.

Ese don, es un legado que se transmite a la hora de heredar el cargo; en casi todos los testimonios de las comadronas entrevistadas en Rabinal dijeron aprender de su madre, abuela, tía, o de otra comadrona a "cortar el cordón umbilical" y a "sobar"¹¹. Como se puede observar en el cuadro No.44, la mayoría de las comadronas soban a mujeres no embarazadas.

Las comadronas soban a todo tipo de personas; niños, adultos, hombres y mujeres. Y "la sobada" es una terapia para un sin fin de padecimientos; soban para calmar el alboroto de lombrices; *"No hay pastillas, lo único que vamos hacer, lo que damos, es el apazote que si le duele su estómago vamos a traer apazote con un poquito de sebo y vamos a sobar, vamos a sobar, vamos a sobar, sobar, sobar, y con ajo un su huevo y se quita, si es lombriz se quita."* (Entrevista No.40), para calmar diversos dolores: cintura, tobillos, cabeza; *"Yo le hice un masaje, yo le eche un poco*

¹¹Puede consultarse los cuadros de la pag. 167.

de remedio porque se cayó, le eché una pomada que compro yo en Xela (la enseño). Eso si quita el dolor de cabeza, tos, dolor de cintura, de dolor de piel todo se quita, ese es el remedio. No da de beber, solo sobada.” (Entrevista No.12), soban a los niños cuando tienen mal de ojo y otros padecimientos; “Yo le hice su remedio y le froté tres veces, bien frotado y le hice una su botella de remedio y le dí; entonces a los 2 meses quedó embarazada y se le logró el niño, ya no se le vino. Yo sólo plantas medicinales, de la farmacia no uso, uso pero el polvo de ruibarbo que le dicen, ese es el que compro en la farmacia y de allí sólo son plantas.” (Entrevista No.4)

Los materiales que se utilizan para sobar se escogen dependiendo del tipo de padecimiento que presente el enfermo, pero su uso también responde a la dualidad maya frío-caliente, porque hay pomadas que son frescas como la pomada Ignacia; *“La pomada Ignacia porque esa es fresca, pero el balsámico como es caliente para nosotros no se puede porque puede dar reumatismo. Dicen que hace mal porque es caliente, yo ya no uso más ese, solamente esa pomada Ignacia, uso pero solo para examinar la piel, solamente.” (Entrevista No.40).* Sin embargo los balsámicos casi siempre son “calientes”. También utilizan muchas veces aceites de diversas clases: aceite nervino, aceite de oliva, aceite francés, aceite contra, etc.; *“Yo no compro mucho, lo único que compro es aceite de ruda, aceite francés y aceite contra, nada más. Aceite contra, aceite francés y aceite de ruda, porque aceite de ruda es igual como ha sembrado, hay que buscar un poco para calentura y para todo.” (Entrevista No.43)*

Algunas comadronas realizan la visita mensualmente, mientras que otras la hacen cada 15 días. Cuando se

aproxima la posible fecha, las comadronas más viejas y tradicionales explicaron que lo hacen cuando la luna está tierna (en cuarto creciente); *"Yo voy a decir, que en veces por el dolor, en veces tienen el dolor el enfermo por eso es que buscan a la comadrona, en veces tiene dolor de frío, tiene dolor de cintura, de un pie, o no puede caminar por eso busca a su comadrona. La comadrona es la que mira que es lo que se hace, qué remedio quiere."* (Grupo Focal No.1). La frecuencia con que las comadronas hacen las visitas a las futuras madres depende del desarrollo del embarazo; en el último mes se acrecientan las inspecciones; *"...y ahora tengo a 3 señoras que se van a componer, llego con ellas cada 15 días a visitarlas"* (Entrevista No.18)

e) La atención de los abortos: Las comadronas explican que cuando una mujer comienza con dolores antes de los 9 meses, ellas lo que hacen es referirlas al centro de salud u hospital, porque ellas no tienen los instrumentos adecuados para poderlas atender en las comunidades. Sin embargo en algunas ocasiones cuando el bebé se desprende de repente, las parteras se encargan de atender algunos abortos, mientras las mujeres que han abortado se recuperan y tienen fuerzas para llegar al centro de salud del pueblo o al hospital en Salamá. También explican que cuando no se queda ningún residuo en la matriz no hay problema, pero hay casos en que las mujeres se agravan; *"...a mí me ha pasado, me pasó un aborto y dos aborto he tenido, mi primer aborto, entonces como mi suegra era mi comadrona, entonces mi suegra me atendió, entonces como ella, ya pasó el aborto, ya me dio sólo remedios calientes. Con mi segundo aborto, eso si tenía 4 meses pero eso si estuvo más alargado, me daba remedio, pero ya no pudo hacer nada mi suegra, porque ya estaba muy grave, como son de 4 meses ya tenía la formita el niño, solo me fajó ella y me dio el remedio,*

pero no aguanté, porque dice que se me quedó algo adentro, se me hinchó y casi yo ya tenía fiebre cuando me recibieron en el centro de salud, allí ya no pudieron hacer nada, me mandaron al hospital de Salamá, allá mismo me arreglaron.”
(Grupo Focal No.2)

El parto:

Algunas comadronas cuando se les viene a avisar que una mujer ha comenzado con los dolores de parto, ofrecen velas a la Virgen antes de salir de su casa. El parto ocurre en la casa de la madre, esporádicamente el parto puede ser en la casa de la comadrona. Ocurre en el centro de salud cuando la comadrona sabe que será un parto que ella no puede atender. En el momento del parto siempre hay familiares, generalmente está el marido, la suegra o la madre, ellos colaboran dándole agua a la parturienta, alcanzan algunos trapos y a veces sostienen a la parturienta, muy pocas comadronas dijeron que son ellas quienes le indican a la madre qué posición tomar para dar a luz, lo usual es que la madre decida la posición.

La descripción del parto en la familia achí se continuará después de hacer una aclaración respecto de algunos datos recolectados sobre la posición que la mujer utiliza para dar a luz. La intención de presentar los datos es para demostrar cómo la capacitación que proporciona el sector salud en Rabinal va en contra de la cosmovisión achí y también para evidenciar el papel hegemónico que la biomedicina desea imponer en sus terapias. Obsérvese en los cuadros siguientes cómo la posición hincada y el criterio de la parturienta son las tendencias tradicionales. Véase que en el cuadro No.28 que presenta datos sobre la posición que utilizan las primigestas, como en dicho caso la terapia bio-médica está ganando espacios a la tendencia

tradicional. En el cuadro No29 vemos como ese proceso se verifica debido a la capacitación impartida por los servicios de salud.

Cuadro No.28
Cómo atiende a las embarazadas

Posición	F	%
Hincada	9	36
acostada	3	12
las dos formas anteriores	2	8
embarazada decide	9	36
sentada sostenida del marido	1	4
Total	25	100

Cuadro No. 29
Posición utilizada por primigestas

Posición	F	%
hincada	9	36
acostada	8	32
embarazada decide	5	20
no atiende primerizas	3	12
Total	25	100

Cuadro No.30
Razones del cambio de hincada a acostada

Razón	Total	%	
El niño puede ahogarse	1	4	20
Mujeres de edad avanzada, no aguantan hincadas	1	4	
Las mujeres tienen más orientación	1	4	
El tiempo cambia	2	8	
En el centro de salud utilizan esa posición	4	16	48
Así explican en las capacitaciones	3	12	
El doctor dice que así tiene que ser	2	8	
Es más fácil para la comadrona	3	12	
Se acostumbran acostadas	1	4	4
Mayoría continúa teniendo a sus hijos hincadas	4	16	16
Se perdió información	3	12	12
TOTAL	25	100	100

Continuando ahora con la descripción de la atención del parto entre los achí. La comadrona recibe al niño y utiliza diversos instrumentos para cortar el cordón umbilical; puede utilizar tijeras previamente "cocidas y hervidas" o una hoja de afeitar nueva. Al terminar el trabajo de parto es la comadrona quien se encarga de atender al niño y de limpiarlo. Después de que ya ha sido expulsada la matriz, ella se encarga de limpiar a la parturienta. El marido o esposo de la parturienta es el encargado de ir a enterar la matriz.

Debido a que las comadronas no utilizan técnicas quirúrgicas en el parto, ellas tienen muchos cuidados para evitar que las madres se rasquen: *"Lo que yo procuré en ese parto fue de que no se me rasgara, entonces le puse un pañuelo helado, pero cuidándola y con la otra mano*

recibiendo a la nena, porque cada dolor es una vueltecita que van dando y así van bajando, por eso no todos vienen en la misma posición". (Entrevista No.23)

Una práctica muy común de las comadronas es provocar el vómito a una mujer parturienta para que con la fuerza expulse la matriz. *"Yo no lo he hecho, pero si me han dicho, van a traer una pluma de las gallinas dicen y lo sacan y ponen aquí para que salga dicen, ¡je, je je!, pero eso no lo he hecho yo, para que voy a decir mentiras eso es pecado."* (Entrevista No.41)

Las comadronas tienen muy presente en su memoria los partos difíciles que les ha tocado atender: *"No podía nacer porque su cordón estaba cruzado, ha pasado en su brazo y en su pie, no deja nacer el niño, entonces yo empecé a romper para que pueda nacer, pero cuando nació estaba para morir porque sufrió mucho y no podía respirar, porque su nariz estaba bien tapada, estaba bien rojo y caliente. Lo que hice yo, empecé a soplar su oído, su nariz para que pudiera respirar y fui a traer una pomada y lo sobe bien en su nariz y por la gracia de Dios que el niño no se murió, todavía logré su vida."* (Entrevista No.29)

Una finalidad de la comadrona es advertir sobre el período de abstinencia post-parto "dieta" que debe guardar la pareja, primordialmente cuando una pareja tiene su primer bebé. Las comadronas valoran mucho esa plática porque el éxito de recuperación de la mujer depende también de ese período de cuarentena; *"Tuvo su primer bebé y la costumbre de nosotros cuando atendemos primer parto llamamos al esposo que se siente y le entregamos a la paciente bien*

atendida y como es el último día nos pagan y yo le dije al esposo:

-aquí te entrego la muchacha y bien cuidado el niño, también entonces su dieta es de 45 días (abstinencia sexual) porque así nos han dicho en el centro de salud, tienes que respetarla, no va a tocar, de una vez decimos porque si pasa algo no nos echan la culpa a nosotras. Cuando ya tiene 15 días ya puede tortear pero no puede levantar cosas pesadas." (Entrevista No. 19). Esta función que tiene la comadrona también refuerza su papel de terapeuta tradicional, en el sentido que da consejos y guía el comportamiento social que se espere tengan la pareja que acaba de ser padres:

"le llame al muchacho y los senté, su mamá y yo, y les dije es primer familia entonces va a guardar dieta tu mujer, entonces dos mes de dieta, le vas a comprar su alimento, ya vas a reponer todo y vas a guardar dieta, porque si no van a guardar dieta, entonces tal vez ustedes me van a echar la culpa, porque la señora Doña Marcela no arregló bien a su enfermo, no lo fajó, bien, no lo sobó bien y yo lo arreglé bien y la sobe bien, todo su estómago estaba en su lugar, la boca del estómago estaba en su lugar, pero como usted no va a guardar su dieta, le va a ir más peor y tiene que guardar dieta el señor, eso les dije yo. 40 días, pero es más mejor que los dos meses, sale una mujer, una patoja bien guapa, que come bien así les dije yo." (Entrevista No.34)

Algunos de los partos presentan complicaciones; es por ello que todas las comadronas están consientes que al cabo de un largo período de tiempo de trabajo de parto; la mujer tiene que ser remitida al centro de salud del pueblo o el hospital de Salamá. Hay ocasiones en que el niño nace muerto o muere después de su nacimiento; "Pero cuando nació

su bebé ya estaba muerto, su cabeza estaba partida en 3 pedazos porque la señora se cayó cuando estaba embarazada todavía. Lo que yo hice es de que recibí el niño, lo bañé y le puse su mortaja, lo puse en su caja al siguiente día fueron a enterar. Después hice una sobada a su mamá porque sufrió mucho." Grupo Focal No.3. Cuando eso sucede es la comadrona quien se encarga de bañarlo, limpiarlo y vestirlo para su entierro; aunque ésto suceda, ella debe encargarse de atender a la madre. Es por ello también que la presencia de los familiares en el parto es indispensable para que ellos observen todo el proceso y en caso de que el niño muera ellos puedan afrontar esa situación. La muerte de un niño recién nacido no se percibe en forma caótica entre los achí de Rabinal.

Las parteras en Rabinal toman sus precauciones principalmente con los abortos porque en algunos casos las madres mueren y la falta de la madre en un hogar numeroso si es un gran problema y se percibe como una gran pérdida en comparación con la muerte de un recién nacido. A continuación el testimonio de una comadrona que atendió un parto en que el niño nace muerto:

El número de partos que las comadronas atienden cada mes depende mucho de la demanda que tiene la comadrona en la aldea o caserío, es por ello que algunas comadronas tienen más demanda en comparación con otras, veamos la información en el cuadro:

Cuadro No.31
Número de partos atendidos en el mes

No. De partos	F	%
1	2	8
2-4	11	44
5	2	8

10-15	2	8
15-20	1	4
Otra frecuencia reportada*	2	12
Ya no atiende partos**	5	20
Total	25	100

*Otras comadronas reportaron frecuencias diferentes como: de 1 a 2 embarazos en el año, 1 embarazo cada dos meses.

**Las comadronas dijeron no atender partos porque: estaban muy ancianas, las mujeres embarazadas no las han llegado a buscar o bien las madres deciden ir a tener su bebé al centro de salud y éstas se encargan de lavar la ropa a las mujeres.

Post-parto:

Al siguiente día de ocurrido el parto, la comadrona regresará de nuevo a la casa de la parturienta para realizar: el lavado de la ropa, el primer almuerzo de la parturienta; *"Lo único que se les da es un su caldo de gallina, bien caliente, con eso se baja la leche."* (Entrevista No.38) Y continuará llegando diariamente hasta un máximo de 8 a 15 días para continuar lavando la ropa, bañar a la mujer recién parida y al niño recién nacido. En las visitas diarias que la comadrona continúa haciendo revisa cómo está el ombligo del recién nacido, si ya le ha bajado la leche a la madre, de no ser así ella realizará algunas sobadas para que la leche baje. Bañará a la madre y al niño. Soba a la madre para colocarle la faja. *"De 5 días, de 4 días, para el primer baño, y de 8 días, solo 2 veces vamos a bañar y ya estuvo, 2 veces se llega a lavar el nene, lavar a su mamá y lavar toda su ropa, solo eso vamos a llegar y preguntamos de nuevo si vengo de nuevo, entonces ellas dicen ya no, ya no venga, ya estuvo aquí."*

Ya no llego porque ya me dijo que no." (Entrevista No.40)

Una de las complicaciones en el período post-parto es la presencia de hemorragia, las comadronas explican que se presentan porque no guardan la dieta. Son ellas las personas destinadas para curar ese tipo de padecimiento:

"yo pregunté qué pasó y me dijeron que hicieron relación, entonces le dije que ya no me comprometo a curar porque ya te dije y te entregué bien atendida a la mujer y resultó que ustedes tuvieron la culpa. Y nosotras tenemos que regresar otra vez, es sí nos tienen que pagar por viaje, pero no es tanto lo que pedimos, sólo 30 quetzales (\$3.60 de dólar) porque llegamos 3 veces o sea 3 días seguidos.

Es muy costoso porque con la mano hacemos mucha fuerza para sobar y después enfajar, yo primero pregunto a las pacientes qué siente cuando va a orinar, si contesta que tiene dolor, eso quiere decir que su matriz está afuera porque también no puede caminar, se siente molesta, eso si tengo que revisar, por eso tengo dos pañales que me sirven.

Pero eso si que tengo que colgar porque nuestro cuerpo tiene dos ventanas y por eso con el pañal poco a poco se mete y cuento ya entró su matriz se le hace una buena sobada desde su pie hasta su espalda, para esta clase de enfermedad no necesita de doctor, porque no es necesario inyectar y también no todas las comadronas arreglan a ese tipo de pacientes, con ese mal. 15 días tiene que tener dieta y un mes tiene que estar enfajada y solamente".

(Entrevista No.19)

Las hemorragias también se presentan por las duras tareas que realiza la mujer en el campo: *"... pero cuando ya tiene unos sus 15 días de haber nacido su criatura y tal vez se cayó. Eso ya hace 3 años, curé a una que era mi paciente y se cayó, hay en el patio donde los patojos tienen olote no sintió ella que se paró encima del olote y*

se resbaló, sintió que se le bajó la matriz, y luego me fueron a llamar a mí, porque ya se le vino la hemorragia otra vez. Entonces yo le calenté aquí, entonces lo calenté con el brazo y le hice yo un puro tamalito con hojas, porque corté las hojas de la higuería, hice yo en un trapo y le eché las brasas con ceniza, lo envolví en un trapo. Entonces en eso sí envolví en los brazos con un trapo, con balsámico, entonces allí lo fajé otra vez, a los 15 días le veo otra vez, porque tiene que reposar, porque si va andada la misma cosa tiene que bajar como 3. Le dí un poco de éter para que se seque su matriz para que ya no baje mucho hemorragia, un tragito pero con café, un chorrito allí, con eso se le quitó". (Entrevista No.20)

Un padecimiento relacionado con éste tipo de hemorragias, entre las mujeres achís, es denominado como: movida-caída de la matriz. Como dicho padecimiento es desconocido para la bio-medicina, su diagnóstico puede parecer confuso cuando lo realizan algunas de las parteras, sin embargo más adelante en el capítulo siguiente se explicará a fondo.¹²

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala concibe y restringe el trabajo de la comadrona al período pre-parto, parto y post-parto, sin embargo existe un mundo de acciones que la comadrona realiza en las aldeas y caseríos, es por ello que el papel de la comadrona en una comunidad tiene implicaciones directamente vinculadas con el poder y el parentesco, con los valores, con la transmisión de la memoria colectiva. A continuación

¹²El lector interesado sobre el tema puede referirse al capítulo siguiente, y localizar el apartado titulado: Las representaciones y prácticas de los padecimientos atendidos por las comadronas.

se presentan algunos de los hallazgos relacionados con el rol de la comadrona en las comunidades.

4.- LA HETEROGENEIDAD DE LAS COMADRONAS:

Es importante evidenciar que el trabajo de las comadronas en las comunidades no se restringe a la atención de los padecimientos y enfermedades pre-parto, parto y post-parto, sino que las comadronas atienden un sin fin más de padecimientos. Esto se explica en la función ancestral que tienen los terapeutas tradicionales del área mesoamericana.

Tanto Graciela Freyermuth, como Elba Villatoro e Isabel Sucuquí explican que un terapeuta tradicional y en especial la partera desempeña varias especialidades, por ejemplo una mujer puede ser comadrona y hierbera, o comadrona, curandera y compone huesos.

Se pudieron localizar en Rabinal algunas comadronas que se especializan en el tratamiento de determinados males como: El mal de orín, la colocación de ventosas, el tratamiento de hernias, etc. Sin embargo, una condición de todas las parteras en Rabinal es su "don" para sobar, todas ellas manejan la técnica y si en Guatemala no se utilizara el nombre de "comadrona" para designar a estas mujeres, muy bien podría llamárselas "sobadoras".

La percepción achí sobre la atención de padecimientos se relaciona a la dualidad fertilidad-infertilidad, es así como una comadrona además de atender todo lo relacionado con el período pre, parto y post también atiende problemas relacionados con la infertilidad: *"Yo le hice su remedio y le froté tres veces, bien frotado y le hice una su botella de remedio y le dí, entonces a los 2 meses quedó embarazada y se le logró el niño ya no se le vino. Yo solo uso plantas medicinales, de la farmacia no uso, uso pero el*

polvo de ribarvo (ruibarbo) que le dicen, ese es el que compro en la farmacia y de allí solo son plantas.”
(Entrevista no.4)

Las comadronas también se dedican a curar a niños, en su mayoría son niños menores de cinco años; *“Cuando yo curo a niños llegó diario con ellos para hacerle baño 3 días seguido, hasta que el niño se cura y ya puede tomar cualquier cosa y puede comer bien”* (Entrevista No.29), Las comadronas atienden diversos padecimientos como: asientos, lombrices, diarrea, alboroto de lombrices, niños ojeados, niños con tos¹³. Algunas comadronas explicaron su rutina respecto de la atención en niños: *“Yo he curado cientos de niños, allí están apuntados en un libro. Porque hay días en que me llegaban hasta 10 niños a la casa, de muerte, de asientos, de vómitos, de calentura, y yo los curaba con montes, con esos jarabes que hago y al otro día ya me los traían curados, cuando vienen mi me conocen los niños y cuando vienen ya vienen mirándome con miedo porque va hacer los mismos remedios, aliviados llegan.”* (Entrevista No.45)

La atención de determinados males entre los jóvenes es también una ocupación de las comadronas, con ello se quiere demostrar que la comadrona atiende un sin fin de padecimientos y no los que se restringen a las mujeres, sino que la práctica se da entre niños, adolescentes y adultos. Una particularidad de los achí es que los adolescentes padecen determinadas enfermedades, las cuales son atendidas por comadronas:

(Niño de 15 años con cólicos) “Hace poco una señora llegó, su niño tenía cólico, estaba con unos dolores que el niño

¹³Puede consultarse el anexo titulado “remedios caseros”, para que el lector tenga una idea sobre los diversos padecimientos que atiende la comadrona.

ya no se podía levantar, el niño se quedó agachado porque con el dolor ya no quería enderezarse, la señora me dijo que ella se había fijado que tú tenes plantas medicinales, dame algo para mi niño, porque mi hijo se me va a morir, ya es grande el niño tenía como 15 años. Mira le dije lo único que tengo yo para cólicos es pericón le dije, pericón con enel noj, eso cocela y dásela con eso se cura y ¡gracias a Dios con eso se curó!". (Entrevista No.7)

Joven de 16 años, en este joven se reportan varios males, y no una enfermedad específica: *"Como juegan mucha pelota y se caen y se resbalan así, que los testículos ya son como los de un hombre, ya muy grande y su cuerpo también y a cada rato orina, a cada rato orina, y ya le duele aquí y me vino hablar y lo voy arreglar sí. Aquí le duele en el pie, le duele como que es espina dice. Yo no le dí nada de tomar, solo eso tenía, solo lo sobé nada más y con eso estaba bueno." (Entrevista No.16)*

Algunas comadronas atienden determinados males entre los hombres, por ejemplo los que se refieren a los testículos y a las hernias. La enfermedad de las hernias la relacionan con el mal de la movida-caída de la matriz que se da entre las mujeres. La información que se recolectó sobre las representaciones achí del cuerpo, no indica que exista un órgano llamado matriz entre los hombres, pero si existe una recurrencia en relacionar el mal de las hernias entre hombres con el padecimiento movida-caída de la matriz en las mujeres: *"Los hombres cuando se les cae la matriz se les hincha sus testículos y les duele, entonces yo lo sobé bien y cuando se ponen suaves sus testículos es porque ya subió en su lugar y se toca cuando se siente una chibola más arriba es porque ya se arregló. Pero a los hombres se*

les soba con pomada Ignacia, en cambio a las mujeres se les soba con balsámico porque es caliente.” (Entrevista No.29)

Queda demostrado como las comadronas en Rabinal atienden un sin fin de padecimientos en hombres, mujeres, niños, jóvenes, adultos y ancianos.

5.- ALGUNOS RECURSOS TERAPÉUTICOS UTILIZADOS POR LAS COMADRONAS :

A lo largo del trabajo de campo se identificaron varias terapias y tratamientos aplicados por comadronas, cada una de ellas identifica un proceso en particular y a la vez éste va conformando una representación que caracteriza y diferencia al conjunto social achí, respecto de su ascendencia maya y respecto de sus particularidades como grupo étnico-lingüístico de Guatemala.

Se identificaron cinco terapias: “la sobada”, “los baños de plantas medicinales”, “el sahumero”, “el colgar de pies a las personas” y “el vómito”. Algunas de éstas terapias tienen un origen maya, como lo podría ser “el colgar de pies a las personas” o el “sahumerio”, otras terapias tendrán su origen en el sincretismo cultural que se practica en el momento que los españoles conquistan América.

Debido a la importancia que tienen la aplicación de las terapias por las comadronas, a continuación se caracterizarán algunas.

Los baños utilizados por las comadronas se diferencian del baño normal porque al agua se le agrega plantas medicinales; *“entonces yo acostumbro bañarlos con hoja de Santo Domingo, Sigupate, Suquinay, cogollitos de pino y un*

mirasolito y pongo a borboyar, lo pongo a hervir y hoja de mango, un cogollito de mango, y un cogollito de guayaba, un cogollito de jocote que hierva junto todo, una ramita de limón, una de naranja, una ramita de ruda, albahaca y les hago los baños" (entrevista No.45), no se puede generalizar y dar una lista de las plantas que se utilizan para los baños, porque las plantas que se utilizan van a depender de la intensidad del baño o de la enfermedad, "También la sábila es buena para bañar, se baña en sábila, se echa en el agua y así va a quitar la hinchazón." (Entrevista No.39), "La chilca, ruda, un poco de ajo también y un tronco que le dicen tronco de pura, eso es para bañar, para que no se ojeen dicen, dicen que es el tratamiento para que no se ojeen." (Entrevista No.41)

La técnica utilizada para preparar el baño también es importante a la hora de aplicar la terapia, porque existen dos formas: el apagado y el cocido¹⁴. Las plantas

¹⁴Las parteras explicaron que las plantas medicinales que son duras deben cocerse, por ello deben hervir bastante tiempo para que se cosan y así aprovechar al máximo su esencia, y también porque no son plantas aromáticas; "Pues fíjese que el cocido es esa planta que le dije, el mango, la guayaba, la canela es cocido porque están duros." (Entrevista No.42), "Así como la hoja de mango hay que cocer, hoja de guayaba hay que cocer, porque pongamos el mango está duro la hoja." (Entrevista No.43). El apagado: Las plantas que van apagadas se debe a que son aromáticas y rápidamente desprenden su esencia. Los testimonios siguientes explican la diferencia entre apagado y cocido; "El que va apagado porque ya... Como dicen que ya vota, ya vota el

medicinales se apagan en el fuego o se dejan cocer por un tiempo determinado; *"Sí el baño se hace con plantas, pero apagado y se tapa. Eso se apaga en agua y después que se entibie se baña al chiquito."* (Entrevista No.38).

Otro factor determinante es el tipo de padecimiento u ocasión en que se hace el baño. Se aplican baños para reducir inflamaciones; *"Hay un muchacho allá que lo curé. Me fueron avisar, nana dice que allá hay un muchacho, que si me hace favor de ir a curarlo, lo llevamos con un curandero, pero ahora otra vez está mal y como que son dos tamales que tiene la canilla, Entonces yo lo fui a curar y con los puros baños lo curé, solo baños le hice yo, y le hice un su remedio con curarine también, un poquito de curarine, curafiebre, solo un poco, no mucho, un su tragito con café, eso le dí. Lo estuve curando y ahora ya esta bueno."* (Entrevista No.39), para infecciones urinarias; *"se le hace tratamiento también, a la persona que resulta con infección del ovario, infección intestinal, cuando solo molesta el mal de orín, eso es lo que cura ese monte, la infección de los ovarios, ese es el monte que se usa para bañar a la mujer o al hombre si está malo de la infección, albahaca morada, la verbena, son montes sanos y curativos."* (Entrevista No.42), para dolores y otros padecimientos; *"...tenía dolor de cabeza y de cuerpo, que le da frío y que le da calentura pero*

remedio que tienen sí, y el cocido porque es duro, en cambio ese no porque así es." (Entrevista NO.41), *"Porque el que es apagado es por su aroma, para que no pierda, el que es cocido porque no es aromático."* (Entrevista No.42)

poco, le dí quina y verbena, la bañé con verbena y solamente la hice eso." (Entrevista No.26)

Sin embargo, el baño tiene una significación asociada con la pureza, varias comadronas nos comentaron que ellas son las encargadas de bañar al niño y a la madre después de ocurrido el parto; *"Yo solo a mis pacientes, juntamos chilca, juntamos verbena y ruda y limón y todo eso y con eso vamos, y laurel, con eso se baña al niño y a la mamá también, los dos juntos, aparte el quinto día, hay que bañar." (Entrevista No.43)*

Esa significación de pureza del baño y del agua en la cultura achí, se concentra en la comadrona, ya que ella, quien debe lavar la ropa de la parturienta en el río, es ella quien se encarga del primer baño de la madre y del niño. El baño realizado por dicha mujer en el momento del post-parto cumple con una eficacia simbólica, no solo por su significado de pureza, sino también porque el baño que la comadrona le aplica al niño con plantas medicinales sirve para protegerlo del ojo; *"Pues es un remedio natural lo que se puede hacer allí, porque esos montes que se echan en el agua, es como Dios lo tiene bendecido, es como medicina, es medicina, para preparar al niño o para amacizar al niño más bien, de su crecimiento, para que crezca sano, y no le agarre enfermedad, calor, porque está bien como que bien desinfectada el agua, el monte es bueno, es puro, porque es... no está contaminada no tiene químicos, así es." (Entrevista No.42)*

Los elementos más importantes de los baños aplicados por comadronas son: La técnica utilizada (cocido u apagado), el uso de las plantas medicinales, el tipo de padecimiento atendido y la significación de pureza que tiene. Todo ese

saber respecto de la técnica, se ha transmitido oralmente de generación en generación y es todo un proceso empírico, que cumple una función curativa entre los achí de Rabinal.

Es así que la técnica aplicada por las comadronas de Rabinal implica dos procesos de eficacia; uno curativo y el otro de eficacia simbólica; la purificación.

Las comadronas además de utilizar algunas técnicas en los tratamientos, también hacen uso de las plantas medicinales.

El uso de éstas es fundamental en la mayoría de terapias que aplican, pero existe una relación directa entre plantas medicinales y la elaboración de los remedios caseros, o sea que las comadronas saben cuáles son las plantas que se combinan para realizar un remedio determinado, saben cuál es la técnica que se debe usar (apagado, cocido, rescoldo¹⁵, parche¹⁶, baño, etc.) y saben qué tipo de

¹⁵El rescoldo; se puede decir que más que una técnica en sí, es un paso para preparar un remedio casero. El rescoldo consiste en colocar un fruto en las brazas o en las cenizas calientes del fuego por un momento y posteriormente utilizar ese fruto para aplicarse directamente como parche, pero también se utiliza el jugo del fruto.

"Yo lo que haría en mi comunidad, el limón no es asado, el asado es para el dolor de cabeza, cuando tiene mucha alteración por el dolor de cabeza, se parte un poquito el limón, se raja para que no se explote cuando se caliente, en lo tibio del fuego se le busca un lugar, no en la braza, no que en lo caliente de la ceniza, se le pone allí, cuando ya se pone a hervir el limón, solo, solo y sin ningún quemadito que va a dar, es vaporizado, entonces se le saca y se le parte de una vez y se espera de que se enfríe para poder hacer el parche de la cabeza, es un torta en el mero centro, aquí, porque si es mucho dolor de cabeza y con eso no hay medicina que toma, solo es de afuera, y luego se manda a que se acueste la niña o el niño, la señora o el señor, eso es muy bueno el limón, pero es así." (Entrevista No.42), existe una relación entre el rescoldo y el parche, en otros casos el rescoldo es solamente un paso para la elaboración de los remedios caseros.

¹⁶Esta técnica consiste en aplicar directamente una planta medicinal sobre el cuerpo, en algunas ocasiones es necesario machacar la planta y combinarla con otras, como la técnica requiere de un contacto directo con la planta se utilizan diversas formas para atar el parche al cuerpo. Los parches generalmente se utilizan para "embolsar las lombrices" y las plantas medicinales que se usan son el apazote y ajo, pero también se hacen parches para bajar la fiebre, en ese caso las plantas se mezclan con otros materiales como el huevo. Las

padecimiento debe ser tratado con remedio casero para el mismo, todo ello lo han aprendido en el círculo familiar.

Todos o la mayoría de los remedios caseros están elaborados de plantas medicinales, por ello el lector puede advertir, que no se puede hacer una diferencia entre plantas medicinales y remedios caseros porque éstos se relacionan directamente, se puede comprobar como las técnicas explicadas anteriormente forman pasos o procesos para la elaboración de un remedio casero.

Los remedios caseros al igual que las recetas de cocina, se caracterizan porque utilizan más de una planta medicinal y los pasos o procesos para su elaboración son similares a los de las recetas de cocina, pero sin embargo no se utilizan para la alimentación cotidiana.

Durante el trabajo de campo se recopiló un total de 72 remedios caseros proporcionados por las comadronas, éstos pueden consultarse en el anexo número cinco. Los remedios caseros se agruparon por el tipo de padecimiento para los cuales se preparan, están en orden alfabético y a continuación se presenta una lista de los padecimientos para los que se preparan los remedios caseros: a) para sanar un aborto, b) para curar el mal llamado "aires", c) para el alboroto de lombrices, d) para bajar la leche de una madre que ha parido, e) cuando se sospecha de una amenaza de aborto, f) para la caída-movida de la matriz, g) para los calambres, h) para la calentura, fiebre o temperatura, i) para la diarrea o los asientos, j) para el

plantas medicinales para hacer parches son: la ruda, el salifaz, la Hoja de Santa María, etc.

dolor de cuerpo y cabeza, k) para los dolores relacionados con la menstruación, l) dolor, hinchazón y otros males del estómago, m) para el empacho, n) cuando se pierde el apetito, ñ) para la hemorragia nasal, o) pequeñas heridas, p) para inflamaciones o hinchazones, q) para las lombrices, r) para el mal de ojo, s) para el mal de orín, t) cuando se hincha el ombligo en los recién nacidos, u) purgantes, v) para el pujido, w) para los retorcijones, x) para la ronquera, y) para la tos, z) vomitivos.

Como se puede apreciar existe toda una epidemiología entre los achí que es similar, pero no igual a la epidemiología bio-médica, la enumeración que se hace de los 27 padecimientos en el párrafo anterior, dan una idea de cómo las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales achís responde a diversos tipos de eficacias o de lógicas.

Una de las intenciones de presentar un anexo con 72 remedios caseros se hace para cuestionar los estudios que se han realizado a escala químico biológico en Guatemala sobre plantas medicinales, no se duda de la calidad científica de los estudios, sino que éstos estudios se hacen solamente de la planta medicinal por separado, no se han hecho estudios sobre las propiedades curativas del remedio casero que contiene la mezcla, no se profundiza sobre la efectividad del remedio que combina varias plantas medicinales, tampoco es objeto de estudio el proceso de elaboración de las diversas técnicas utilizadas.

6.- LAS RACIONALIDADES DEL OFICIO DE COMADRONA:

A lo largo del capítulo se ha presentado la diversidad de actividades que realizan las comadronas en Rabinal, es así como sus actuales actividades responden a dos hechos diferentes: la demanda de atención y la imposición de

actividades por parte del sector salud. Pero a la vez estos dos hechos han repercutido en el doble rol que tiene la figura de la partera; uno referente a la atención del período pre, parto y post y el otro concerniente a su función de terapeuta tradicional.

El proceso de aprendizaje de una comadrona refleja en parte ese doble rol que tienen. Ya que el primer proceso de aprendizaje se hace en el círculo familiar y proviene de la línea matrilineal en donde se manifiesta toda la racionalidad maya de los terapeutas tradicionales. Ese proceso de aprendizaje debe ser consolidado y reconocido por el sector salud para fortalecer la jerarquía social de los terapeutas tradicionales que en la actualidad buscan nuevos mecanismos de control. El segundo proceso de aprendizaje para la comadrona es la capacitación que imparte el sector salud por medio de las organizaciones no gubernamentales y en los centros de salud.

El sector salud reconoce algunos de los conocimientos que las comadronas tienen en ese primer proceso de aprendizaje; la experiencia de esas mujeres en la atención de los partos, o sea el manejo de una técnica, en otro sentido elimina totalmente todo lo concerniente a la significación de parir entre los grupos étnicos mayenses.

Como se expone a lo largo del capítulo, en el oficio de la partería existen dos racionalidades que provienen de dos procesos tecnológicos muy diferentes. Una racionalidad maya basada en: la magia, la herbolaria, la adivinación, la "sobadas" y algunos fármacos que han sido tomados de la práctica bio-médica. Y otra racionalidad bio-médica basada

en el proceso tecnológico y científico de Occidente. Mientras que la racionalidad maya se ha transformado y ha buscado cómo articularse primordialmente con el uso de terapias y fármacos provenientes de la bio-medicina. El sector salud hegemónico ha tenido una actitud más conservadora e impositiva, en sus procesos de capacitación respecto a las atribuciones que deben tener las comadronas. Veamos por ejemplo el caso de los guardianes de salud o promotores de salud rural (PSR) en Guatemala.

Varios estudios han demostrado en Guatemala la alta deserción de PSR¹⁷ al regresar a su comunidad; dichos estudios indican que en parte se debe a que el trabajo es voluntario y que no existe un programa de seguimiento por parte de la institución que impartió la capacitación. Mientras que el caso de las comadronas es totalmente diferente; no se han hecho muchos estudios sobre la deserción de las comadronas, porque prácticamente no existe o es muy baja. Ello se debe principalmente a varios factores; en primer lugar la comadrona si cobra por sus servicios, y en segundo lugar el trabajo de la comadrona en una comunidad, es una ocupación ancestral que viene desde el tiempo de los mayas y ha adquirido connotaciones de poder y prestigio.

El grupo de comadronas capacitadas se mantiene, y entre las comadronas existe siempre una actitud positiva a participar en las recapacitaciones que organiza el sector salud. Se presentaron datos muy concretos sobre la diversidad de padecimientos y enfermedades que atienden las comadronas,

¹⁷Consúltense el trabajo de Ismael Díez y algunas tesis sobre el tema.

aunque éstas no tengan una capacitación "formal" con contenidos "bio-médicos". Es por ello que se sugiere al sector salud que debe reconocer el trabajo que la comadrona ejecuta y debe ampliar los contenidos de las capacitaciones.

Lo cotidiano y lo empírico que resulta ser el conocimiento sobre la utilización de una planta medicinal o elaboración de un remedio casero, sugiere la denominación de "no científicos", pero además sugiere también la descalificación de su uso. Sin embargo, todos los conocimientos respecto de "técnicas" y "terapias" que han pervivido en la memoria colectiva de Rabinal se han utilizado y son saberes que identifican y denotan pertenencia en la vida cotidiana.

Finalmente, el sector salud debe cambiar su actitud respecto del trabajo de la comadrona, muchos supuestos de la llamada medicina preventiva deben cambiar para poderse articular con esa otra racionalidad maya que ha perdurado en Guatemala por más de quinientos años, para poder mejorar la salud de todo el país¹⁸.

¹⁸Por razones de espacio y de una indebida localización, en este parte del capítulo no se enunciaron algunas recomendaciones y sugerencias sobre el proceso de capacitación que se imparte a las comadronas de Rabinal. Esto se hará hasta el capítulo final.

CAPÍTULO VII: LA FIGURA DE LA COMADRONA EN SU CONTORNO INMEDIATO:

En los primeros capítulos se explicó cómo la orientación teórica del trabajo se basada en el pluralismo médico, es por ello que en el presente capítulo se expondrá cómo se entreteje esa relación de la comadrona,¹ con: su familia extensa, madres de familia y agentes de salud. Se presentarán datos sobre itinerarios de enfermedad y de muerte para poder observar la figura de la comadrona en dichos recorridos y precisar mejor su relación con las madres de familia.

1.- LA FAMILIA EXTENSA DE LA COMADRONA:

En los cuadros No.22, 23 y 24, del capítulo anterior se presentan datos sobre cómo se aprende el oficio de comadrona, se observa claramente la tendencia matrilineal de la forma en como se hereda el cargo; de madre a hija, de abuela a nieta, de tía a sobrina etc.

Durante el trabajo de campo se hicieron un total de 25 genealogías para determinar cómo es el patrón matrilineal o la forma como se hereda el cargo de comadrona². El cuadro No.32 que se elaboró basándose en las genealogías, presenta una información distinta de los cuadros de la página 165.

¹A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinaleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

²Por razones de espacio, las genealogías aparecen en el anexo No.4 en donde se pueden consultar.

Cuadro No.32
Parentesco con mujeres comadronas

Parentesco	F	%	
Vía matrilineal	13	64	92
Vía patrilineal	07	28	
Vía matrilineal y patrilineal	03	12	
No tiene parientes comadronas	02	08	08
Total	25	100	

Vemos que solamente el 8%³ de las comadronas no tienen familiares comadronas. El 92% de las parteras entrevistadas tienen por lo menos más de un familiar que es comadrona.

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

³Véanse las genealogías No.3 y No.24

Al estudiar las genealogías del anexo, se puede localizar un patrón de herencia del cargo que procede de una vía patrilínea, éste corresponde al 28% de los casos. Es importante hacer una aclaración respecto a esta forma de heredar el cargo, ya que dicho patrón, al ser analizado detenidamente debe interpretarse como un patrón matrilineal, porque en la familia indígena extensa, cuando la mujer se va a vivir al terreno del esposo, la figura de la suegra se traduce como la de una segunda mamá, principalmente en los casos en que la mujer se va a vivir muy lejos de su familia y tiene poco contacto con sus familiares maternos. También se dan diferencias entre las características: a) existen familias en que la comadrona no tienen hijas mujeres, las nueras se convierten entonces en sus hijas mujeres; puede ocurrir que la partera viva solamente con sus hijos varones y sus respectivas esposas; el orden en que se tiene los hijos y la edad de la comadrona; Se vuelven determinantes para que una nuera reciba el cargo en vez de la hija pequeña⁴, b) el patrón de herencia también es reversible porque un patrón patrilínea puede, a partir de una segunda o tercera generación convertirse en matrilineal y viceversa⁵.

Un 12%⁶ de los casos de las genealogías demuestran como el patrón matrilineal es reforzado por el patrón patrilínea, ya que en las dos familias existen mujeres parteras.

⁴Véase la genealogía No.2, No.5, No.6, No.7, No.8, No.10, No.20 y No.22

⁵Véanse por ejemplo las genealogías No.8 y No.22

⁶Véanse las genealogías No.9, No.10 y No.20

En el 40% de los casos⁷ se puede observar claramente la derivación del cargo de comadrona en tres generaciones distintas, lo que confirma de nuevo la vía matrilineal de heredar el cargo⁸.

Las genealogías también dan información respecto del número de mujeres que forman parte de la familia extensa de la comadrona, pero ante todo la familia extensa funciona como una red de relaciones marcada por una correspondencia de reciprocidad y subordinación; por esta razón un tema en el trabajo de campo fueron las relaciones que se dan entre comadronas y mujeres miembros de la familia extensa.

En cada una de las 25 genealogías se seleccionó y se entrevistó a una mujer que formaba parte de la familia extensa, sin embargo por razones de tiempo y distancia solamente se pudieron entrevistar 16 mujeres de las 25 genealogías. En primera instancia se intentó entrevistar a la nuera de la partera, para entender su relación de subordinación y reciprocidad para con su suegra comadrona.

Se puede observar en el cuadro de la página siguiente el tipo y número de mujeres entrevistadas.

⁷Véanse las genealogías Números: 4, 10, 14,15,17, 18, 20, 21, 24 y 25.

⁸ El objetivo primordial de las genealogías fue ilustrar la forma en como se hereda el cargo de comadrona, por ésta razón, deliberadamente algunos datos no aparecen en la genealogías, como por ejemplo en las primeras generaciones no se indica las uniones, para un mejor explicación consúltese la primera página del anexo en donde aparecen las especificaciones de las genealogías.

Cuadro No.33

Total de mujeres entrevistadas en familia extensa de comadrona

Parentesco con partera	F	%
hija	02	12.5
hermana	03	18.8
hija y hermana	01	06.3
nuera	10	62.5
total	16	100

Como explico anteriormente es importante diferenciar el status de la mujer entrevistada, porque el rol de nuera/cuñada, y el de hija-hermana, a pesar de estar en la misma jerarquía porque ambas están subordinadas a la madre comadrona es diferente en la relación de reciprocidad, ya que el rol de subordinación de las hijas no es comparable con al de una mujer extraña del seno familiar. Esta situación se refleja primordialmente en dos casos: en el itinerario de la enfermedad y en la búsqueda de comadrona para atender los nacimientos.

En todos los casos de las nueras, hijas y hermanas entrevistadas, la partera residía en el mismo lugar de la entrevistada o cerca de ella. Para verificar el uso que estas mujeres hacen de la mujer comadrona de familia extensa, se hicieron preguntas sobre dos asuntos: las personas que atendieron los partos y la persona a quien se recurre cuando una persona en la familia se enferma.

En el cuadro siguiente se presentan los datos respecto de la persona que atiende los partos en la familia de las mujeres entrevistadas.

Cuadro No.34
Atención del parto en familia extensa de la comadrona⁹.

Parentesco	Comadrona		Otros		Total
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Nuera entrevistada	7	87.5	1 ₁₀	12.5	8
Hermana entrevistada	3	100	- ₁₁	--	3
Hija entrevistada	2	66.7	1 ₁₂	33.2	3

⁹La lectura de la tabla debe realizarse en forma horizontal para todas las filas.

¹⁰Aunque la madre del esposo es comadrona, por indicación del mismo la mujer se atendió con otra comadrona.

¹¹En éste caso hay dos comadronas en la familia: madre y hermana, pero es la madre, por asuntos de jerarquía quien se encarga de los partos. Por ésta razón éste caso se sumó a la fila de partos atendidos por madres. Por ésta razón también cambian los totales al cuadro anterior .

¹²La mujer se atendió con un médico, aunque la madre de la entrevistada es comadrona.

Mujer que atendió parto	12	85.7	2	14. 2	14 ¹³
-------------------------	----	------	---	----------	------------------

La mayoría de las mujeres entrevistadas fue atendida por su pariente comadrona (suegra, hermana o madre). Sin embargo llama la atención los dos casos que fueron atendidos por otra persona, aunque sean porcentajes minoritarios, porque existe en cada una de esa familia una mujer comadrona que puede hacerlo. En la interpretación que se hace de las respuestas que dieron las entrevistadas se explica la situación. La decisión de buscar a un médico (en el caso de una), se deba probablemente a que la hija, con un nivel de educación más completo, decide acudir al médico siguiendo el patrón hegemónico de la bio-medicina. Y en el caso de la búsqueda de una comadrona ajena (en el otro caso) a criterio de la entrevistada tomó esa decisión por decisión del esposo, se explica más en una relación hostil con la suegra porque en la misma entrevista ella explica que acude con una comadrona (que no es su suegra) para tratarse de un problema de dolor de cabeza y "desmayamiento" que estaba padeciendo.

A continuación se presenta información respecto de la persona consultada de la familia cuando surge alguna enfermedad. Esta pregunta se realizó con la intención de verificar el lugar que ocupa la comadrona en el itinerario de enfermedad en la misma familia extensa.

Cuadro No.35

Consulta a comadrona en el itinerario de la enfermedad:

Pare .	Si consulta comadrona	%	No consulta comadrona	%

¹³A dos mujeres no se les preguntó.

Nuera	5	31.3	5	31.3
Comentarios:		Comentarios:		
-consultó a maestra sobre un aborto, lo demás con su suegra. -para emergencias el c. de s., lo demás con su suegra.		-dijeron no tener suegra comadrona. -el esposo les dice que consulte una comadrona ajena.		
Hija	1	06.3	1	06.3
Comentarios:		Comentarios:		
-madre y hermana, las dos son consultadas.		-dijo no acostumbrar el uso de comadrona.		
Her	4	25	-	--
Comentarios:		-----		
-En dos casos la madre no es comadrona y se consulta a hermana. -Prefiere consultar a madre comadrona -La mamá comadrona está muerta.				
total	10	62.5	6	37.5

En el grupo de nueras entrevistadas, donde la suegra es comadrona; existe una clara tendencia en la cual ésta, atiende padecimientos en la familia. Se observa que la mitad, (de las entrevistadas), no consultan a la suegra comadrona. Esta tendencia, al igual que en el cuadro No. 34 estaría confirmando una relación tirante entre nueras y suegras, una relación de falta de reciprocidad entre éstas, explicada probablemente en el desprecio del saber de éstas y en el carácter hegemónico del discurso bio-médico sobre el papel de las parteras.

En el grupo de las hijas hubo dos tendencias; una que valida el uso de las comadronas familiares y la otra que fue declarar totalmente el desuso de dicha práctica. En

este caso es en donde mejor se puede apreciar el repliegue del uso de la comadrona tradicional por el del médico.

Sin embargo, en el grupo de las hermanas, el uso de la comadrona tanto para atender partos como para la atención de los diversos padecimientos, la figura de ésta es indispensable. Esta situación en igual forma consolida el patrón de heredar el cargo y atender la enfermedad en manos de la mujer comadrona de la familia.

Al realizar una interpretación de los datos del cuadro No 34 y .35, se puede decir que en la tercera y cuarta generación de la familia extensa de la comadrona, comienza a observarse una tendencia sobre el desuso de la comadrona pariente; se busca la atención médica para los males y nacimientos de los niños. La influencia de la práctica bio-médica está comenzando a cambiar un patrón, que afecta profundamente una profesión que se ha mantenido por más de 3,000 años y que además es un reservorio de conocimientos, prácticas y representaciones de la racionalidad achí que las mujeres de Rabinal mantienen de generación en generación.

Es importante reflexionar sobre la auto-atención y/o medicina doméstica que la mujer proporciona en la familia, sea ésta una familia nuclear o una familia extensa con disponibilidad de una mujer comadrona. Por ello la orientación teórico-metodológica utilizada en la investigación, tomó como una unidad de análisis a la auto-atención. Es así como durante el trabajo de campo se recolectaron datos respecto a la atención proporcionada en la última enfermedad tratada en la familia extensa de la comadrona.

De acuerdo a las entrevistas, el 50% de las enfermedades tratadas correspondieron a padecimientos en personas mayores y la otra mitad fueron padecimientos atendidos en los hijos (niños y jóvenes). Es importante hacer esa aclaración porque la auto-atención y la carrera del enfermo, es diferente de acuerdo a la edad de la persona y el rol que ocupa en la familia. El Cuadro No.36 nos brinda información sobre ello:

Cuadro No.36

Consulta realizada agrupada por rango de edad en familia extensa de comadrona

		Mayor	Menor
Consulta a familiar	NO	5	4
	SI	3	4
Tipo de familiar consultado	Esposo	1	1
	Comadrona pariente	2	1
	Suegra	-	1
	Sobrino	-	1

Vemos que cuando es una persona adulta la enferma, en la mayoría de los casos no se consulta a un familiar, y si se hace, es al esposo y a la comadrona pariente; mientras que cuando es un hijo el enfermo se puede observar que son varios los familiares consultados respecto al padecimiento.

Es importante mencionar que la no consulta a familiares es la opción que se presentó en casi la mitad de todas las enfermedades atendidas. Ello se interpreta en razón que la madre decide sobre la auto-atención o búsqueda de algún recurso inmediato de salud, como se puede corroborar también en el cuadro No. 37. El siguiente cuadro nos proporciona información sobre el recurso utilizado para atender el padecimiento.

Cuadro No.37

Atención de la última enfermedad en familia extensa de comadrona

Tipo de consulta	f	%
Auto atención por mujer de la familia y no hubo consulta posterior	4	25
Agentes de salud comunitarios (vecina, amiga, partera, etc.)	5	31.3
Recursos del sector salud (médico, enfermera, farmacia)	7	43.8
Total	16	100

En la atención de las enfermedades reportadas en la familia extensa de la comadrona se observa tres grandes tendencias: la auto-atención brindada por una mujer de la familia, la búsqueda de diversos recursos de salud para la atención de la enfermedad y la tercera, que en determinados casos se relaciona directamente con lo económico, (autorización de un miembro con recursos económicos en la familia) es la utilización del sector salud.

Vemos que en la mitad de los casos, el 56.3% (31.3 agentes de salud comunitarios, 25 auto-atención por mujer de la familia) la atención recae directamente en los recursos del hogar y de los diversos agentes de salud no estatales que hay en la comunidad.

Llama la atención que en la cuarta parte de los hogares presentes en la familia extensa de la comadrona, una mujer que no es la comadrona se ocupe de la auto-atención y que muy pocos recurran a la comadrona de la familia para la atención de los padecimientos. Pero como se demostrará más adelante, esto se debe a que es muy difícil determinar una línea divisoria entre la mujer que proporciona la auto-atención y la mujer comadrona de la familia.

Otro importante aspecto que las genealogías ilustran en las grabaciones realizadas en cada uno de los hogares de las comadronas es la transmisión de los saberes, prácticas y representaciones que las mujeres tienen sobre plantas medicinales, remedios caseros y utilización de determinadas medicinas "químicas"¹⁴.

El proceso de enseñanza se da en la convivencia dentro de la familia: *"Mi mamá, primero mi papá curaba muchos enfermos, entonces mi papá le enseñó a mi mamá y mi mamá nos enseñó a nosotros. Pero como mi papá dejó a mi mamá, nosotros hubiéramos aprendido más, pero nos dejó chiquitos, nosotros eramos 11, yo me quedé de 6 años".* (Entrevista No.4). Esa enseñanza y ese aprendizaje no responden a parámetros estrictamente "didácticos", se aprende simplemente de la observación directa que los hijos tienen:

"Es como una costumbre, una costumbre que le dan las abuelas a uno, es una enseñanza que le dan a uno. Todo eso de los montes es mi abuelita y todavía está viva, tiene 100 años y está viva." (Entrevista No.45)

La enseñanza o el aprendizaje que se da en la familia extensa comienza por identificar las plantas: *"Siempre mi mamá, me dijo que la salviacija es para el estómago con otros montes."* (Entrevista No.38. Éstas pueden sembrarse cerca de la casa o recolectarse en caso que las plantas sean silvestres.

¹⁴Las comadronas al utilizar esa palabra se refieren a las medicinas químicas, a todas las clases de medicinas que no se pueden fabricar y que tienen que comprarse en la farmacia.

El aprendizaje se basa en la identificación de la planta y el uso que debe hacerse de ella; *"Mis padres, mis madres todo eso y hay una medicina de antes, que yo voy hacer parche con ruda, ajo, hay que moler bien, pero bastante, no poquito, hay que echar, aceite francés, hay que echar y después hay que poner aquí, todo me han enseñado, todo eso lo miro, antes mis padres, mis madres, antes no tiene nada de farmacia, no sé, tiene dolor de cabeza, se pone unas hojas así, hojas de Santa María, aquí lo pone mi mamá, aquí y aquí y lo demás con pañuelo, se le quita el dolor de cabeza, vaya y qué más remedio."* (Entrevista No.43). Se identifican las plantas, pero a la vez se asocian con otras y se aprende la técnica que se utiliza para hacer el remedio casero; *"Solo el vapor se utiliza como la hierba buena, apazote, ruda, hoja de naranja, hoja de lima, orozuz, apazín para el reumatismo tomado el tratamiento completo, el eucalipto, hoja de naranja, hoja de limón, un pedacito de ocote, hoja de llantén, y un rama de escobilla, una cucharada del agua de la raíz de naranja cocido con miel blanca se le endulza al apagado de los montes."* (Entrevista No.53). Las técnicas que se utilizan son varias; el té, un cocido, el vapor, el rescoldo, etc. *"Porque yo antes, eso me lo hacía mi mamá cuando yo estoy chiquita, yo siento todavía, (me acuerdo) porque como 8 o 10 años tenía yo, entonces yo lo vi que mi padre y mi madre que echan el rescoldo pero va partido."* (Entrevista No.43)

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

seguidito en cambio le damos con eso, con una dos, tres veces que le damos al niño ya luego el niño llega a su normalidad.” (Entrevista No.17), b) Remedio casero; “...también el monte que pasamos al niño tenemos que acostar en una mesa para poder pasar los 7 montes pero primero le sacamos la flema que tiene y para poder sacarla se le da bebetina, alka seltzer, mejoralito y aspirineta un poco de cada cosa porque el niño es temperatura lo que tiene por eso toma esas clases de remedios que son frescos.” (Entrevista No.19) o c) Medicamento: “La pomada Ignacia porque esa es fresca, pero el balsámico como es caliente para nosotros no se puede, porque puede dar reumatismo. Dicen que hace mal porque es caliente, yo ya no uso más ese, solamente esa pomada Ignacia uso, pero solo para examinar la piel, solamente.” (Entrevista No.40)

El aprendizaje no sólo abarca el área de las plantas medicinales y de la elaboración de los remedios caseros, sino también se debe identificar la enfermedad para saber el tipo de remedio casero que se debe elaborar, porque algunas enfermedades se curan con medicinas compradas en las farmacias; *“Es que de todo eso no hay, hay que ir a traerlo, yo aprendí, otros nos dicen, por qué usted no ha comprado curarina, por qué no ha comprado usted esencia milagrosa, o sea la tintura de ruibarbo, porque esa solo se puede comprar allá, ¿para qué sirve eso? Para que le llame el hambre a uno, y dicen que para los que tienen tristeza.” (Entrevista No.41).* Algunos de los testimonios explican que antes de que hubiera médicos en Rabinal, se utilizaban las farmacias, es por ello que éste es otro conocimiento que se traslada de generación en generación: *“Mis padres, porque en aquel tiempo no hay sanidad, no hay nada, solamente las farmacias y lo compran, sí, los ancianos,*

nuestra mamá, nuestros padres, ellos enseñan eso para los niños.” (Entrevista No.44).

Como se ha podido leer de los testimonios, no solamente se transmite un conocimiento de generación en generación sobre la identificación de plantas medicinales, la elaboración de los remedios caseros, también se aprende el comportamiento de una conducta pluralística; *“Eso fueron más nuestros abuelitos, porque fíjese que antes no había doctores, no había nada, pero ya, cuando ya hubieron doctores, tal vez ellos ya fueron alcanzando un poquito y ya ellos nos dieron esos medicamentos.” (Entrevista No.45)*

La información recopilada en las genealogías, se ha complementado con los datos proporcionados respecto al itinerario de enfermedad en la familia extensa de la comadrona y con los testimonios mismos de la comadrona sobre su aprendizaje respecto de los saberes, prácticas y representaciones referentes a su conducta pluralística en el uso de plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos. Pero interesa esclarecer también cómo es la relación de la comadrona con las madres de familia que no están dentro de su familia extensa, el apartado siguiente intentará esclarecer esa relación.

2.- LOS ITINERARIOS DE ENFERMEDAD -MUERTE Y LAS COMADRONAS:

La madre o mujer designada por la unidad doméstica para atender a los padecimientos realizará las actividades siguientes: a) el primer diagnóstico, b) administra los primeros tratamientos haciendo uso de medicamentos (fármacos) o remedios caseros a base plantas medicinales, c) decide sobre un tratamiento mágico-religioso o el inicio de la carrera del enfermo.

Después que la madre toma una decisión y opta por comenzar con la carrera de la enfermedad o con un itinerario de la enfermedad, la intervención de los terapeutas tradicionales es requerida ya que éstos solucionan dos tipos de problemas: A) de infraestructura y B) problemas de eficacia.

Respecto a los problemas de infraestructura, los terapeutas tradicionales solucionan: la barrera de tipo económico que se da en las familias con pocos recursos que viven en el área rural: *"...fijese que yo lo hago todo, yo hoy no sacudí, yo curo a toda la gente y salgo, pero la gente no me pagan mucho, todo lo hago, hay veces que me dan 10, que 5 quetzalitos (moneda guatemalteca) y un doctor fíjese, 20 quetzales cobra y no da remedio, no da nada, solo apunta y vaya a comprar usted con su dinero a la farmacia"* (Entrevista No.34). Y la barrera de distancia; debido a la lejanía en que se ubican los servicios estatales de salud del lugar en donde viven.

Los problemas de eficacia que solucionan los terapeutas tradicionales son los ritos, ceremonias y significados especiales¹⁵, que para su curación requieren algunos padecimientos.

La relación que se establece entre madres de familia y terapeutas tradicionales, especialmente el enlace entre madres y parteras se visualiza mejor en la carrera de la enfermedad, pero los itinerarios que relacionan a éstas mujeres son múltiples.

¹⁵Algunos de esos padecimientos son: mal de ojo, pujido, movida-caída de la matriz, etc. explicados en el capítulo próximo.

En el transcurso de la investigación se localizaron un total de 26 hogares, en los cuales había ocurrido una muerte de un niño menor de cinco años durante el año 1,999.

Esta actividad se realizó para poder obtener dos tipos de itinerarios diferentes; primeramente se preguntó por la última persona enferma en la familia y las actividades realizadas para restablecer su salud, posteriormente se interrogó por el itinerario recorrido hasta la muerte del niño. La intención de analizar los dos itinerarios fue para esclarecer la intervención de la comadrona en esa carrera de la enfermedad o muerte.

Según los testimonios de las comadronas, existen algunos factores que direccionan el rumbo del itinerario en la enfermedad:

A.- La gravedad de la enfermedad es un factor determinante en la carrera de la enfermedad, porque no todos los padecimientos son iguales, algunos necesitan un alivio rápido y, en otros, los síntomas son recurrentes. *"...es como una fiebre, entonces ya solo los examino y conozco que es fiebre entonces ya los mando con el doctor, porque allí si uno ya no tiene que ver, ya es fiebre, pero para males que podemos remediarlos nosotros, yo trabajo. Pero así también he curado de fiebre porque ya van deshidratados, ¡Qué saber Dios! Si llegan hasta el pueblo para curarse, hay unos que no, entonces yo acostumbro darles unos baños de pies, le echo un grano de sal al agua, luego los seco con una toalla y un lienzo en la cabeza, los seco con una toalla, les hago baño de pies y de manos y con una toalla los dejo bien envueltos y les doy un pedazo de acetaminofen y la curafiebre, va, si no sienten alivio con eso, el suero, entonces que se los llevan a un Centro de Salud con*

un doctor, también está el derecho de mandarlos para allá.”
(Entrevista No.45)

Las comadronas también reconocen que sus conocimientos son limitados y en algunos casos aunque éstas ya han comenzado a tratar, admiten que no tienen los conocimientos necesarios para tratar los padecimientos; *“Si no se cura con el tratamiento que uno le da, pues llevarlo al centro de salud porque eso nos han dicho.”* (Entrevista No.33).

En esos casos las comadronas recomiendan que se busque la farmacia, *“porque yo una vez yo lo llevé en la farmacia, había un niño que ya casi tenía el año y estaba vomitando y vomitando, ¡ha! yo me fui para allá y le dije al señor disculpe qué remedio le voy a dar a mi hijo, él esta bien malo, está vomitando y vomitando, compre un su frasco me dijo, compré el aceite francés, el aceite ruda, esto le va a dar usted, cabal le doy al muchachito, le dí al rato, llegué a la casa y le dí otro vez, sólo con eso se curó, el muchacho ahora está trabajando en Guatemala.”* (Entrevista No.43), el doctor en el centro de salud; *“Como hay también de infección, para la infección eso no mucho entendí yo, entonces lo llevaba yo con las personas entendidas, que saben. Les preguntaba yo, que estaba pasando con esa niña, que así se encuentra y yo ya le hice la medicina del empacho y lo mismo está, entonces ya me decían, que era lo que tenía, y allí si yo no podía porque eso era diferente.”* (Entrevista No.31) o en su clínica privada.

B.- La implicación monetaria y su repercusión en la unidad doméstica, es uno de los factores que dirige esa carrera de la enfermedad, *“... y fíjese ir con el doctor cuánto le va a cobrar el doctor, entonces nosotros primero lo curamos de ojo, ahora si no muy se cura, eso si lo vamos a llevar donde el doctor o al centro de salud, pero si es que no se*

cura, hay que pasar el pato, pasar los montes tres veces se cura el niño si es ojo, si mira al niño muy chelón, muy chelón, ya ya se quita con los montes" (Entrevista No.3), pero también la racionalidad que se tiene sobre la clasificación de las enfermedades populares es otro factor que direcciona el itinerario de la enfermedad, porque no se busca alivio en el sector bio-médico de un padecimiento que compete a las terapias aplicadas por los terapeutas tradicionales (por ejemplo el mal de ojo, como la comadrona explica en el testimonio anterior).

C.- La falta de aceptación de las prácticas bio-médicas es otro factor determinante para que una madre tome una decisión para recurrir con una comadrona o al centro de salud; *"Una mi paciente que es enfermera del centro de salud en Rabinal, me dijo; que ella quería que yo le atendiera su parto, porque, dice ella; allá en el centro de salud a las mujeres que se componen las operan (episiotomía), y ella no quiere que la operen."* (Entrevista No.7).

D.- El rechazo que tienen las mujeres para la atención de los partos y/o diversos padecimientos por personas de sexo masculino; *"-...en ese caso de la matriz que sale, porque hay varias mujeres que no quieren ir con un hombre, o sea con el doctor, que hay mujeres todavía que ahora en el parto no quieren ir al centro de salud, hay mujeres así que se componen en sus casas, no les gusta ir todavía."* (Grupo Focal No.2)

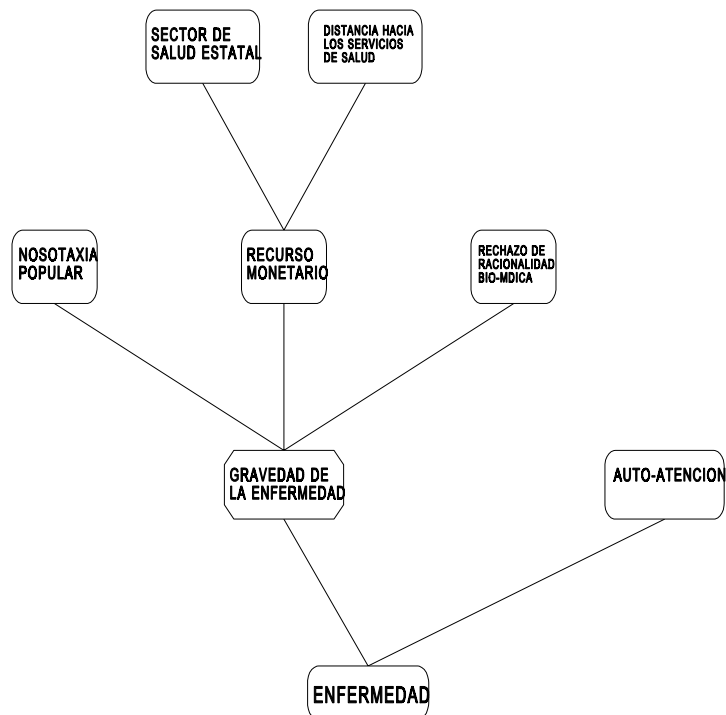
E.- El rechazo para trasladarse al centro de salud para que sus partos ocurran en ese lugar, fuera de sus hogares y lejos de sus familiares. También existe un rechazo a determinadas prácticas bio-médicas. (Extracción de sangre,

ejecución de exámenes de laboratorio, vacunación etc.), son diversos factores que dirigen el itinerario de la enfermedad como las comadronas explicaron."-Hay unas también que ya no quieren vacuna y ya tienen 7 u 8 meses, no quieren ninguna vacuna, no quieren ningún control, como se les mandan, pues a veces ya solo una vacunan se logran poner" (Grupo Focal No.1).

Con la información proporcionada por las mujeres se elaboró un esquema que ejemplifica y señala los nudos centrales o factores determinantes al momento de tomar una decisión en ese complicado itinerario de la enfermedad.

Esquema No.2

Ejes centrales del itinerario de la enfermedad en Rabinal, Baja Verapaz.



Las entrevistas realizadas con las comadronas evidencian su intervención en el itinerario de la enfermedad, sin embargo hasta ahora no se ha utilizado la información proporcionada por las madres respecto del uso de la partera en ese itinerario de la enfermedad. En el cuadro siguiente se presenta información respecto de la atención otorgada a la última persona que se enfermó en las familias con niños muertos durante 1,999 en Rabinal.

Cuadro No. 38

Atención de la última persona enferma en familias con niños muertos en 1,999

Tipo de consulta	F	%
Auto-atención por mujer de la familia y no hubo consulta posterior	8	30.8
Agentes de salud comunitarios (partera, vecina, etc.)	8	30.8
Utilización indistinta de agentes comunitarios y s.s.	2	7.6
Recursos del sector salud (médico, enfermera, farmacia)	8	30.8
Total	26	100

De acuerdo con la información del cuadro se puede decir que los padecimientos en los hogares de Rabinal, se solucionan en torno a tres tendencias diferentes: a) la auto-atención 30.8%, la búsqueda de agentes comunitarios de salud 30.8% o el uso del sector salud 30.8%. Si comparamos ésta información con la proporcionada en el cuadro No. 38, se puede observar que las tendencias son las mismas y que no importa la presencia de una comadrona en la familia.

La auto-atención que brinda la madre en su familia es una práctica que se conoce entre la sabiduría popular como "la costumbre"; es por ello que la mujer que es comadrona,

antes de serlo tiene conocimientos respecto a la atención de determinados padecimientos. Esa sabiduría se aprende poco a poco; el testimonio que se presenta a continuación explica perfectamente la auto-atención que las madres proporcionan: *"Pero yo no curo niños chiquitos, yo soy comadrona, ya desde que tiempos, ya tengo 30 años de ser comadrona, pero como su mamá cura a su nene, ya no me viene avisar si está enfermo el niño, ya no me viene a llamar, me viene a llamar pero cuando le empieza el dolor para que la vaya a ver yo, nosotras somos comadronas, no sabemos curar nenes, porque eso es aparte. ¿Pero algunas comadronas me han dicho en Rabinal que también curan niños? Pero solo oímos, nosotras no estamos curando, nosotros no, yo no curo nenes, no, solo he oído, lo que yo le estoy contando es que solo lo he oído, yo no curo. El trabajo de nosotros; somos comadronas, vamos a examinar a la paciente y cuando se enferma, nos vienen a llamar a nosotros y vamos a encontrar al nene, solamente eso. ...De allí que ella (la madre) cure a su nene, ya no vienen a llamarnos a nosotros, y ni viene avisar que está enfermo, ya no, ya no, solo lo que le digo yo a usted, **porque yo sé que hay remedio**, pero yo soy curandera no, no, eso es aparte, a las comadronas no vienen a llamarnos a nosotras. Solo cuando empieza el dolor y ya se va a componer, nos vienen a llamar a nosotras. Aparte es que uno sabe curar, aparte uno sabe remedio, esos son aparte y las mamás aparte también, ya saben curar, como se vio crecer el nene, cómo se creció el otro, dos, tres, ya sabe ese remedio, ya lo hace, ya lo hace, esa es la costumbre de nosotros también."* (Entrevista No.40)

La comadrona es un recurso poco utilizado por las madres de familia entrevistadas, ya que solamente dos madres de las 26 que se entrevistaron dijeron que habían consultado a la partera. Pero dicha situación se explica mejor cuando se

comprueba que esas dos mujeres consultaron a la comadrona porque en su familia la última enfermedad fue el nacimiento de un niño¹⁶.

¹⁶Es importante señalar que el estado de embarazo se percibe como una enfermedad por los cambios que sufre una mujer embarazada, (náuseas, vómitos, aumento del tamaño de los senos, y de la panza, etc)

Una explicación posible de que la figura de la comadrona no aparezca en el itinerario de la última enfermedad atendida en los hogares de Rabinal, se deba en primer lugar a la auto-atención (25% hogares con comadronas, 30.8% hogares sin comadronas) donde las mujeres encargadas de proporcionar esa auto-atención no perciban algunos padecimientos como dolor de estómago, mocos, etc. como padecimientos o personas enfermas, sino como un factor cotidiano entre los diversos quehaceres domésticos y atención a los niños pequeños en el hogar, solamente con la aparición de otros síntomas y dependiendo de la gravedad del padecimiento o enfermedad, se alterará los patrones de normalidad¹⁷. Sin embargo también es importante resaltar que es muy difícil hacer una separación entre el rol de madre, abuela y comadrona, ésta puede ser otra razón por la cual no aparezca la figura de la comadrona como tal, porque se le da más importancia a su rol de abuela o madre.

Finalmente es importante no sólo analizar las respuestas dadas por las madres de familia, sino también las dadas por las mismas comadronas respecto a su demanda para la atención de ese itinerario de la enfermedad. Tomando como base la información proporcionada por ambas, se pudo establecer el itinerario de la enfermedad que se presenta en el esquema No.2, y en esa carrera de la enfermedad muchos caminos terminan en la atención de los terapeutas tradicionales y de las comadronas en particular.

¹⁷Veáse en el esquema No.2 como muchos padecimientos terminan en la auto-atención proporcionada por la madre o alguna mujer de la familia.

Durante el trabajo de campo también se recolectó información respecto del itinerario que llevó a la muerte a niños en hogares de Rabinal durante el año 1,999. En el siguiente cuadro se presenta una estadística sobre el tipo de mortalidad infantil en Rabinal para el año 1,999.

Cuadro No.39
Niños muertos en Rabinal durante 1,999

Tipo de mortalidad	muertos reportados	%
Durante el parto	21	36.8
Mortalidad neonatal	10	17.5
Mortalidad Post-neonatal	24	42.1
Mortalidad Post-infantil	2	3.5
TOTAL	57	99.9

Se puede observar que los índices más altos se ubican en la atención del parto y durante los 12 meses siguientes del mismo, ésta situación hace factible la presencia de la comadrona. Se intentó entonces, determinar hasta qué punto se podía verificar la presencia de ésta en el itinerario. Sin embargo, el 36.8% que corresponde a los niños muertos durante el parto quedó eliminado porque la presencia de una comadrona u otro agente de salud es obvio y porque el parto no puede entenderse como un itinerario de enfermedad o carrera del enfermo.

Para hacer el análisis se tomaron los casos de niños enfermos y luego muertos después del primer mes de vida.

La información recolectada se puede observar en el cuadro siguiente.

Cuadro No.40

Itinerario seguido hasta la muerte del niño

Causa de muerte	1er. recurso	2do. Recurso	3 ro.	Comentarios
Neumonía	Mamá y hermanos	Médico particular	Med. IGSS	Madre asegura que no sabe la causa real
Broco-neumonía	Ninguno			No Hay
Bronco-neumonía	Doctora			Madre ha perdido la memoria, no recuerda
Neumonía	Curandera	Promotora de salud		Comunidad lejana, falta de medicinas
Neumonía	Madre y hermanas	Médico del Centro de Salud		Médico recetó medicina para diarrea
Síndrome de Donw	Médico	Padre de Familia		madre reporta líquido en cabeza, diagnóstico confuso
Epilepsia , (no está bien definida)	Vecina, dio remedios caseros	Dispensario (monjas)		Síntomas no corresponden a diagnóstico. La madre reporta diarrea
Infección intestinal	Suegra	Curandera	Hosp . Salam á	Factor económico fue fundamental
Paro respiratorio	Suegra da remedio casero	Promotora de Salud	Med. Part .	No Hay
Neumonía	Madre	Promotora de Salud		No Hay
Infección intestinal	farmacéutico	Promotora de Salud		La madre dice que niño murió de ojo

Broco- neumonía	Enfermera del Centro de salud	Tuvo miedo de llevarla al hospital		Hijo muere durante capacitación de PSR.
--------------------	--	--	--	--

Con la información del cuadro se pueden hacer las siguientes observaciones:

En siete de los doce casos, o sea, casi en la mitad de los casos, las madres consultaron por lo menos una o varias veces al personal bio-médico (enfermera o médicos), sin embargo el niño murió. Sobre este hecho se puede interpretar que, para disminuir la tasa de mortalidad infantil, no hace falta una infraestructura de salud y una cobertura de usuarios eficiente, sino que existen otros factores determinantes como: el miedo que las persona tiene del uso de los servicios estatales de salud, el proporcionar un medicamento con una frecuencia y dosis incorrecta por la falta de recursos económicos o por la falta de educación formal, la falta de equipo e instrumentos en dispensarios y clínicas para la atención de emergencias, etc.

Respecto de los demás agentes de salud que intervinieron en ese itinerario de muerte, es importante resaltar que el guardián de salud o promotor de salud rural, aparece por lo menos en la tercera parte de los casos. Sin embargo la comadrona no aparece en ninguno de los casos, pero sí aparece la figura de la curandera representando a los terapeutas tradicionales. A este respecto es importante recordar al lector que la comadrona muchas veces cumple con diversas especialidades como terapeuta tradicional puede ser: comadrona, hierbera, curandera, etc.

Es importante analizar y comparar las percepciones que se tienen sobre la muerte del niño por parte de la madre y en el diagnóstico oficial, ya que son diferentes puntos de vista.

Cuadro No.41

Diferentes concepciones sobre la causa de muerte post-neonatal (después del 1er. mes)

Percepción de la madre	Diagnóstico Oficial por autoridad	Oficial
Amigdalitis, asfixia, cólicos	Amigdalitis no hay una causa clara	Neumonía (3m.)
No sabe, piensa que es un aviso de Dios, que ella se iba a morir	Ella no se explica ya que el niño estaba sano	Bronconeumonía (3 meses)
La madre durante el embarazo estuvo enojada, el niño mamó eso y por eso él nació enfermo	<u>Ella no la dio, fue el empleado del Centro de S.</u>	Bronconeumonía (3 meses)
El niño fue ojeado, empezó con diarrea y después vómitos, diarrea y mal aire	<u>Fue el esposo quién dio el parte y no ella</u>	Neumonía (6 meses)
Mucha tos que lo ahogó	Neumonía y Bronconeumonía	Neumonía (1año)
Síndrome de Donw, líquido en la cabeza	Síndrome de Donw	S. de Donw (2 años)
Epilepsia, ataque y mucha diarrea, murió en el dispensario	Epilepsia	Epilepsia (2 años)
Mucho fuego en la boca	Infección intestinal	Inf. intestinal (8 m.)
Mucho llanto y vómitos	<u>Fue el esposo, ella no sabe</u>	Paro respiratorio (9 m)
Asientos, tos, temperatura y vómitos	Neumonía	Neumonía (9 m.)
Fuego en el estómago y mucha arrojadera, todo lo que comía, lo vomitaba. Le dio fiebre y comenzó a ponerse morado de sus	<u>Fiebre, el esposo fue a la municipalidad</u>	Infección intestinal (8 m.)

uñas y pulmones		
Lloraba todo el tiempo, tos que lo ahogaba, temperatura y le costaba respirar.	Bronconeumonía que la trajo desde que él nació.	Bronconeumonía (1 mes)

En los testimonios existen dos tendencias sobre la interpretación de la causa de la muerte entre las madres: En la mitad de los casos existe una concordancia entre diagnóstico oficial del centro de salud, diagnóstico oficial del registrador municipal y percepción de la madre sobre la enfermedad y posterior muerte del niño.

En el otro 50% de los casos existe una ausencia de concordancia entre diagnóstico oficial del centro de salud, diagnóstico oficial del registrador civil y percepción de la madre sobre la enfermedad y posterior causa de la muerte. Los testimonios de las madres responden a una determinada práctica y representación sobre los padecimientos que es compartida por los terapeutas tradicionales, no así por el personal de salud. En los recorridos y/o itinerarios se puede observar que las madres, a pesar de entender el padecimiento perteneciente a la Nosotaxia popular recurrieron a todos los posibles agentes de salud que tuvieron a la mano; finalmente aunque las madres recurrieron al médico, al hospital y farmacéutico, entienden y explican la muerte del niño en los parámetros de su Nosotaxia popular. Ello ejemplifica la conducta pluralística de las madres, pero lo importante aquí es la percepción final en los conocimientos, saberes y representaciones de la racionalidad achí y no los parámetros bio-médicos es por ello que hace falta realizar estudios en el ámbito cualitativo sobre ese itinerario que lleva a la muerte, que tome en cuenta los dos puntos de vista; el oficial y el de la madre.

Fueron doce los casos que se analizaron sobre el itinerario de muerte; en la entrevista también se recolectó información sobre el último itinerario de enfermedad que se presentó en la familia y el itinerario de enfermedad que se dice se hace en la casa¹⁸. Si se comparan los itinerarios del anexo No. 4, ve que no existen muchas diferencias respecto de los itinerarios reales (última enfermedad en la familia) y el itinerario de enfermedad que se dice se sigue. En dichos itinerarios se observan dos grandes tendencias: La primera; procura encontrar alivio con los recursos que se tienen en casa y la segunda; se procura buscar el medicamento en la farmacia, en la tienda y hasta en el centro de salud. Sin embargo, la segunda tendencia se caracteriza porque busca algún agente de salud (farmacia, guardián de salud, vecina, médico, centro de salud, etc.)

Si se hace una comparación de ésta información con los testimonios del cuadro No. 41 (itinerario seguido hasta la muerte del niño), ve que ese primer nivel de atención prácticamente queda eliminado del testimonio de las madres, debido a que son varios los agentes de salud recorridos durante el itinerario. La información proporcionada en el anexo No.4 sobre lo que se dice o se hace en la casa, es muy precisa y clara en demostrar que lo primero que se da es una auto-atención.

En los tres itinerarios analizados, cuando las madres recurren a otros agentes de salud, la única figura es la del promotor de salud o guardián de salud, que es

¹⁸En el anexo No.4, se pueden consultar los tres itinerarios de los 12 casos.

consultado en los tres itinerarios (el de muerte, el último reporte de enfermedad y el que dicen que hacen). Aparecen otros agentes, como el médico en el itinerario de muerte; sin embargo la consulta de éste tiende a ocupar la última posición de los agentes consultados y/o utilizados conducta que se espera, debido a los problemas ya mencionados (distancia, recursos económicos, racionalidad distinta, etc.). Otra de las figuras importantes es el farmacéutico; éste es un recurso utilizado cuando se busca una efectividad rápida, sin embargo el factor económico es determinante.

Finalmente el curandero es otro agente utilizado probablemente porque éste otorga además de alivio con plantas medicinales, una eficacia simbólica del padecimiento, eficacia que no se logra con los guardianes de salud o con los médicos.

La relación entre madres de familias y comadronas según los datos recolectados en la investigación es clara respecto a la atención del período pre, parto y post; dicha relación en el itinerario de la enfermedad y en el itinerario que lleva a la muerte a un niño, es difusa, como se comprueba en los cuadros presentados, como se verá en el capítulo siguiente, existen diversos padecimientos que no son de competencia bio-médica y que suelen ser atendidos por comadronas¹⁹, en donde se manifiesta esa relación entre madres y comadronas, como se explica en el desarrollo de éste apartado. Algunos padecimientos rompen el equilibrio de la cotidianidad cuando el camino a seguir implica la consulta de agentes del sector salud, pero si el camino

¹⁹Los padecimientos llamados: mal de ojo, pujido, caída de la mollera, etc.

implica la consulta por agentes de salud comunitarios, las madres de familia no perciben este itinerario como algo fuera de su cotidianidad.

3.- LA RELACIÓN ENTRE AGENTES DE SALUD Y COMADRONAS:

En este apartado se pretende establecer la relación que tiene la partera con los demás agentes de salud comunitarios; entiéndase por éstos: promotores de salud rural o guardianes de salud, tenderos que venden medicina, dueños de farmacias y personal del centro de salud de Rabinal.

La relación de las parteras con los médicos del centro de salud en Rabinal es estrecha y se caracteriza por la situación de subordinación que la bio-medicina adjudica a este agente. Los médicos las mencionan, sólo cuando hablan de su proceso de capacitación. Sin embargo en Rabinal debido a que ASECSA recientemente ha incorporado la capacitación a comadronas, ésta relación entre médico y partera es aún más estrecha, en palabras del médico;

"Nosotros como centro de salud somos un esquema a nivel nacional, sabemos que el centro de salud en donde no hay SIAS, es el encargado de capacitar tanto comadronas, como promotores, pero nosotros lo único que hacemos es darle seguimiento. ASECSA los capacita y nosotros les damos el seguimiento, ese es un convenio que tenemos con ellos, tenemos un nuevo proyecto que vamos a empezarlo este año que es puramente para promotores. pero coordinado con nosotros o sea que nosotros lo único que requerimos es del aval de la institución, pero los que deciden quienes entran y quienes no entran, no somos nosotros, absorbemos a todo el personal de SIAS, prácticamente los que son empíricos y no han recibido ninguna capacitación, han sido capacitados

anteriormente por ASECSA, y esa es la metodología que hemos llevado.” (Entrevista No.46)

Con la reciente reestructuración del SIAS en Rabinal, el trato del médico con la comadrona, en teoría se vuelve más personalizado porque existe una capacitación continua, cada mes, en el momento que el médico ambulatorio visita la comunidad. En la práctica esto es ficticio como se comprueba en los siguientes testimonios: *“Lo que más cambio (fue) la presencia de un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, porque anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadrona a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí,... sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades y el facilitador capacita una vez al mes”.* (Entrevista No.46). El médico se contradice porque al final dice que una vez capacita el médico ambulatorio y en la otra el facilitador, pero en el siguiente testimonio vemos que esas visitas mensuales no son frecuentes: *“- Estaba llegando cada mes, pero ahora por unos pequeños problemas en la comunidad ya no está llegando. Ahora ya no hay control no sé como van hacer las del pueblo, las embarazadas de allá, ya no hay consulta allá en la comunidad.*

-Allá también mes con mes llega doctor, pero hasta ahora empezó, pero más antes no, solo al centro de salud van. Ahorita, ahorita sí, porque están llegando con todas.

-Cada mes llega a dar consulta a las señoras embarazadas y así nos han dicho, que a las señoras embarazadas y a niños de vacunación, y niños al control a cada mes y las embarazadas al control también, pero hay algunas

embarazadas que cuando les decimos, hay algunas que no les gusta ir allí, entonces van al centro de salud, pero en el centro de salud, le van a dar su cita, allá les toca en la comunidad.” (Grupo Focal No.1). En los testimonios del grupo focal, tienden a señalar que es obligación de la comadrona, mandar a las mujeres al control con el médico ambulatorio, pero ninguna de ellas hace referencia a la capacitación que le da el médico.

La relación de las comadronas con las enfermeras del centro de salud a pesar de ser estrecha es en parte hegemónica porque que el status de enfermera está sobre el de comadrona. En Rabinal ésta relación es cordial, la actitud de las enfermeras hacia las comadronas es muy diferente en comparación con los médicos, en palabras de las enfermeras: *“Cuando no existía SIAS, la relación entre comadronas y profesionales de enfermería era bastante estrecha, entonces todas ellas tenían su tarjeta, ellas se sentían, por ejemplo cuando a uno lo miraban era la primera a la que teníamos que saludar porque era como nuestra compañera de trabajo, se podría decir y ya sabían que en el año nosotros le dábamos dos actualizaciones en el trabajo que ellas hacían y cuando entró SIAS y cuando ellas se enteraron de que ya nosotras ya no las íbamos a capacitar ellas se sintieron como que se habían desprendido de la mamá; yo sentía de que había un rechazo, la gente no querían ir a las pláticas con los médicos porque ellas pertenecían al centro de salud decían, ellas se sentían parte de acá. Y nosotros sin mala intención, no es que ahora le va a dar su capacitación el médico, que así cambio, ya es orden del ministerio y no muy aceptaban porque la mayoría de señoras ya son grandes, ya ancianas, entonces nosotros nos dimos cuenta de eso. Porque ellas cada mes, los días jueves que bajaban al mercado pasaban a*

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

En Rabinal la relación de las comadronas con el personal del centro de salud es rigurosa, sin embargo la relación de éstas con las enfermeras se muestra más igualitaria, mientras que con los médicos es definitivamente hegemónica.

Los dueños de farmacias son agentes de salud y en Rabinal se caracterizan por: a) ser comerciantes con una situación económica acomodada que los sitúa como un grupo privilegiado sobre otros, b) tienen un diploma de educación media²⁰ y ninguno de ellos tienen estudios relacionados con farmacología o medicina, pero aún así todos ellos aconsejan en determinado momento a un cliente que se presenta con una enfermedad. Algunas de las farmacias tienen un lugar para dar consulta o poner inyecciones. Las comadronas hacen uso de ese servicio que dan los farmacéuticos del pueblo: *“una vez pasé con dolor de cintura y me fui a la farmacia, y allí me pongo una inyección con eso se me quitó, vale 8 quetzales, otra vez el dedo de mi canilla se me hinchó, me fui a la farmacia a ponerme una inyección no de 8, sino de a 9 quetzales. Solamente.” (Entrevista No.40)*

El farmacéutico opera como médico, él diagnostica y da el tratamiento (aplica la inyección). Esta breve información da una idea de quiénes son y qué hacen los dueños de

²⁰Solamente uno de ellos estudió los primeros años de medicina.

farmacias en Rabinal. Se hicieron algunas entrevistas a los dueños de farmacias, para conocer su aptitud respecto del trabajo que hacen las comadronas, también se les preguntó a las comadronas sobre sus visitas a las farmacias. Ésto se hizo para determinar la relación que hay entre dueños de farmacias y comadronas.

Los dueños de farmacia conocen a algunas de las comadronas, pero su trato con ellas no se da en términos directos: el que tiene de agente de salud con otro agente de salud: ese tipo de relación es totalmente inoperante entre alguien que generalmente tiene suficientes recursos económicos y con conocimientos respecto a los medicamentos, por lo cual es subordinada: la que tiene el farmacéutico como conocedor de la propiedad de los fármacos con un cliente ignorante de ese conocimiento, porque las comadronas acuden más a las farmacias en busca de solucionar sus propios padecimientos; éstas no utilizan la farmacia como un lugar sugerente, en donde pueden consultar, sobre el padecimiento de un paciente.

Se les preguntó a dueños de farmacias sobre las actividades a las que se dedican las comadronas y ellos dijeron que éstas se dedican a realizar todas las actividades relacionadas con el pre-parto, parto y post-parto. Solamente una dueña de farmacia informó que ella tiene a la venta unas pastillas que las comadronas utilizan para diversos tipos de padecimientos que no se relacionan con dicho período, fue la única que dijo que las parteras atienden varios padecimientos.

La relación de subordinación entre dueños de farmacia y comadronas, también es percibida así por las comadronas.

Ya que cuando ellas requieren de medicamentos de patente para la atención de un padecimiento, la compra de los

medicamentos es por cuenta de la usuaria o enfermo; *"...porque son mis pacientes las que compran la medicina, compran pomada fresca, solo un poquito para examinar nada más, para sobar. Un poquito solo para examinar cómo está la enferma, para ver si está bien o no está bien."* (Entrevista No.40). En algunos casos son las parteras quienes recurren a la farmacia a comprar el medicamento; *"Yo lo llevo, voy a buscar yo, porque las madres no saben nada, cómo vienen..."* (Entrevista No.39) *"He comprado solo acciones, mejoralito para los niños, o mejoral y el alka seltzer para el desespero que tengan, el fuego que tengan, a ver que me consultan ellos, y el aceite de oliva, eso es lo que yo he comprado nada más, supositorios, también, no solo de comprar, sino que ellos tienen que consultar qué sienten y todo para así mismo pedirlo uno."* (Entrevista No.45)

La "tienda"²¹ es otro agente de salud utilizado por la población de Rabinal ya que es un lugar en el cual se pueden conseguir medicamentos. Durante el trabajo de campo se aplicó un cuestionario destinado a los dueños de tiendas o abarroterías en Rabinal con el objetivo de develar los conocimientos de la población respecto de los medicamentos de venta libre.

²¹También llamadas abarroterías, se caracterizan en Rabinal porque tienen muchos artículos a la venta que van desde los de primera necesidad hasta adornos y demás bienes suntuarios.

En dicho cuestionario se les preguntó a los tenderos sobre los diez medicamentos más vendidos y se estableció que entre la población de Rabinal se maneja un total aproximado de 50 medicamentos de venta libre. Esos 50 medicamentos son de marcas comerciales y la mayoría se utilizan para bajar la fiebre, para controlar la diarrea, para el dolor de estómago y para otras dolencias menores. En el cuadro No.43 se presentan los medicamentos más vendidos en Rabinal; la información se presenta agrupada de acuerdo a la percepción que tiene la población de sus cualidades.

Antes de presentar los datos es necesario explicar que la dualidad maya frío-caliente también es aplicable a los medicamentos de uso popular y que no requieren de receta médica para comprarlos; *"Alka seltzer sí, bebetina sí, y este mejoralito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar un sal andrews o sea un sal de uvas, sí, ese porque es fresco."* (Entrevista no.12).

La clasificación que las personas hacen de los medicamentos no se restringe a los parámetros frío-caliente, sino también responden a ciertas cualidades que hacen que el medicamento tenga una mayor efectividad, por ejemplo: la efervescencia y su presentación (pastilla, ampolla bebida o ampolla inyectable).

Cuadro No.42²²

Medicamentos más vendidos en tiendas de Rabinal, y percepción sobre sus cualidades.

Medicamento	%	Percepción de sus cualidades		
		producen efervescencia	pastillas que bajan la fiebre	pastillas para calmar la diarrea
Alka Seltzer	100	X		
Sal Andrews	78	X		
Tabcín	66	X		
Aspirina	62		X	
Sal de uvas	48	X		
Santamicina	43			X
Neomelubrina	34		X	
Mejoral	34		X	
Yodoclorina	33			X
Bebetina	32		X	

Los medicamentos más vendidos son los que producen efervescencia, ya que ésta es la cualidad que se busca en el medicamento para las enfermedades que se perciben como "calientes". Los medicamentos que producen efervescencia son considerados "frescos" y son idóneos para contrarrestar ese tipo de enfermedades. La percepción "fresca" que se tiene de los medicamentos provoca que su uso se generalice para cualquier tipo de padecimiento, no importando la composición química del mismo. Por ejemplo la Sal Andrews o Sal de Uvas elaboradas a partir de elementos que sirven para problemas gastro-intestinales,

²²Los datos que se presenta en la primera columna corresponden al porcentaje de mayor demanda.

son utilizados por la población para bajar la fiebre, ya que la calidad efervescente "fresca" del medicamento contrarrestar "lo caliente" que provoca el estado febril.

Esta percepción de los medicamentos es un elemento muy importante en el tratamiento de las enfermedades dentro del hogar.

Para establecer la relación que tienen las parteras con los tenderos, en la aplicación del cuestionario se les preguntó si conocían a las comadronas. El 76%²³ dijeron que sí las conocían, también se les preguntó por el tipo de medicamentos que las parteras compraban en sus establecimientos, el 75% de los tenderos dijeron que no compraban medicamentos. El cuadro que aparece a continuación; presenta información sobre la cuarta parte de las comadronas que sí compran medicamentos en las tiendas.

Cuadro No.43

Medicamentos comprados por comadronas en abarroterías

Medicamentos	F
Para desinfectar: alcohol ²⁴ , jabón, algodón y gasas	17
Agua florida	7
Balsámicos: Vick VapoRub, G. M. S.	6
Diversas pastillas: aspirina, Tabcín, acetaminofén, espamosibalgina.	5
Plantas medicinales	3

Si se relaciona el tipo de medicamentos que la comadrona compra con la utilización de éstos para la atención de

²³Dato obtenido del cuestionario aplicado durante el trabajo de campo. El 24% dijo no conocer a las comadronas.

²⁴Para éste corresponde el 15%.

enfermedades, se concluye que los materiales para desinfectar se relacionarían con la atención de partos, pero el agua florida, las pastillas y los balsámicos nos dan evidencias de que las comadronas atienden otras enfermedades.

La relación que las comadronas tienen con los tenderos es estrecha, pero se puede generalizar el uso de medicamentos de venta libre en el pueblo asociada a la dualidad maya frío-caliente de las enfermedades.

Finalmente, las parteras tienen una relación bastante estrecha con los guardianes de salud, pero parte de ello se explica en el alto grado de deserción que tienen éstos.

Es necesario aclarar en este momento que en un principio la investigación se ocuparía de realizar una comparación entre los conocimientos populares y bio-médicos de las comadronas y de los promotores de salud rural PRS (guardianes de salud), pero finalmente esa comparación no pudo realizarse por el alto grado de deserción que se encontró entre las personas que se capacitaron como PSR en Rabinal. ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud), es la institución encargada de capacitar actualmente a comadronas y promotores de salud rural (guardianes de salud) en toda el área de Baja Verapaz²⁵. En Rabinal hay más mujeres que

²⁵Es importante explicar brevemente algunas generalidades del trabajo realizado por ASECSA. Esta se divide en 3 regiones: la del occidente con sede en Chimaltenango, la del centro con sede en Rabinal, Baja Verapaz y la del Norte con sede en Cobán, Alta Verapaz. La sede de Rabinal funciona desde el año 1,986 y a partir de ese año hasta el año 1,999 ha capacitado un total de 67 promotores de salud rural, de los cuales 31 son de aldeas y caseríos en Rabinal y de esos 31, 26 son mujeres y solamente 5 son de sexo masculino. Esta característica no es normal, ya que en las sedes del Occidente y del Norte de ASECSA el sexo masculino es el mayoritario.

El plan de estudios consta de un total de 4 años, en que los alumnos

hombres capacitadas por ASECSA, y cinco²⁶ de esas mujeres además de ser PSR también son comadronas. A estas mujeres que tienen el rol de comadronas y P.S.R se le dio un seguimiento en el transcurso de la investigación para ver si existían diferencias entre éstas y las mujeres que solamente son comadronas.

Las diferencias entre éstas se evidencian en las respuestas proporcionadas por mujeres con una doble formación, ya que ellas insisten más en sus usuarias sobre las recomendaciones y/o mensajes del sector salud destinado para las madres de familias;

"...pero como yo soy guardián de salud, entonces yo cuando les doy una charla a las madres, entonces yo les digo que desde un principio de dos a tres meses tienen de estar embarazadas deben ir al centro de salud para tener su control, para tener sus vacunas, entonces eso les digo yo que vayan desde tres meses, así es lo que se ha hecho."
(Entrevista No.17) *"Pero ya eso lo hace uno como un guardián o un promotor que les da orientación a las madres embarazadas, pero ahora como comadrona, yo por mi parte no muy porque a mí me ha tocado, hay veces que ya tienen 7 u 8 meses y me van a ir a decir que les haga el favor de ver, entonces en ese caso no se da una plática de que el*

acuden una semana de 5 días cada dos meses, para un total de 5 veces al año. Los alumnos reciben dinero por acudir los 5 días de la semana, que representa el jornal diario no devengado por asistir a la capacitación, de igual forma reciben alimentación y hospedaje cuando se requiere. El contenido de la capacitación es muy diverso y completo, tiene un área sobre plantas medicinales y terapeutas tradicionales. Al finalizar el curso, ASECSA le otorga al estudiante un diploma. Al finalizar la capacitación, no existe un sistema de monitoreo del estudiante egresado en cual se pueda evaluar su desempeño y el grado de deserción.

²⁶En realidad solo cuatro mujeres trabajan de comadronas y promotoras de salud. La quinta mujer explicó que solamente trabaja de promotora de salud, porque no le gusta atender partos, es importante mencionar también que su mamá es comadrona. Esta mujer tiene entonces todos los conocimientos heredados por su madre.

control debe ser a los 3 o 4 meses. Porque como ya tienen 5 meses entonces uno lo que hace es que le pregunta si ya tiene su control porque a veces que ya tiene el control cuando llega con una comadrona " (Grupo Focal No.1)

Otra diferencia es que dichas mujeres tienen mayor conocimientos para la atención de determinados patologías, por ejemplo ellas pueden preparar un suero casero o pueden poner inyecciones.

Una buena propuesta para solucionar el problema de deserción de los promotores de salud rural, pensamos que puede ser el utilizar a las comadronas como prestadoras también de primeros auxilios. Se ha demostrado a lo largo de los capítulos que la comadrona atiende un sin fin de padecimientos y esta característica es asimilada por todos los usuarios de comadronas en las aldeas de Rabinal. Otra característica importante es que la comadrona cobra por su trabajo; varios estudios han demostrado que la deserción del promotor de salud se debe a que su trabajo es voluntario, mientras que la partera cobra por su trabajo.

4.- LA COMADRONA UN PERSONAJE QUE ENTRETEJE RELACIONES:

Los tres apartados que forman parte de este capítulo, señalan las relaciones que la comadrona como terapeuta tradicional asume con la comunidad. Se eligieron tres conjuntos para poder observar la interacción de la partera con su entorno: su familia extensa, los itinerarios de enfermedad-muerte que recorren las madres de familia y los demás agentes de salud. Se seleccionaron éstos tres conjuntos de referencia por ser los más inmediatos, pero también porque la conducta pluralística se mueve dentro de esos niveles.

Respecto del primer conjunto; en la familia extensa de la comadrona, el patrón de tradicionalidad que se pasa de generación en generación de; terapias, plantas medicinales y remedios caseros de madre a hija, de abuela a nieta, de

suegra a nuera, etc. está comenzando a diferenciarse en la cuarta generación, en donde se puede observar un cambio y una pre valencia de la conducta hegemónica bio-médica que afecta ese patrón de tradicionalidad; ello se observa en dos hechos:

A) En la cuarta generación en donde las mujeres tienen intención de continuar con la tradición familiar de ser "curadoras", se está efectuando un cambio, ya que esas mujeres con una mejor preparación y educación comienzan a estudiar enfermería, carrera que subordina y descalifica la práctica de los terapeutas tradicionales. Aunque los porcentajes son minoritarios respecto de dicho cambio, la tendencia que se concrete, a la larga, se reflejará en el mayor número de auxiliares de enfermería o de enfermeras en detrimento del cargo tradicional de comadrona.

B) Algunos integrantes de la cuarta generación buscan los servicios de salud estatales para atender los partos, a pesar de la existencia de una comadrona en la familia. Esta actitud se puede explicar en parte, porque ellos han tenido acceso a la educación formal y una educación completa a nivel primario. Probablemente por ello se comportan en los parámetros hegemónicos y para la atención de los padecimientos o enfermedades busquen los servicios estatales de salud o a los médicos.

Los porcentajes o tendencias de éstos hechos son minoritarios, pero comienzan a imponerse como posibles patrones, de continuar la subordinación de la comadrona y dejar esa tendencia, se corre el peligro de que ese patrón de tradicionalidad desaparezca y con él todo su conocimiento.

Existen dos opiniones muy diferentes respecto del itinerario de enfermedad reportado por las madres de familia de Rabinal y por las mismas comadronas. Según la información recolectada en el itinerario de enfermedad y de muerte, las madres resuelven sus problemas en el autocuidado y/o recurriendo en mayor grado a los promotores de salud rural o guardianes de salud. La figura de la comadrona como posible agente de salud fue mencionado minoritariamente por las madres de familia en Rabinal. Sin embargo, la opinión de las comadronas respecto a su aparición en el itinerario de enfermedad no es la misma, ya que la mayoría explicó que atienden a niños que padecen del mal de ojo, empacho, alboroto de lombrices, etc. Esa contradicción aparente entre las opiniones de las madres de familia y de comadronas se entiende porque las madres de familia perciben algunos padecimientos como competencia exclusiva de la bio-medicina y otros padecimientos como competencia exclusiva de terapeutas tradicionales. Las madres de familia cuando consultan a una mujer con experiencia fuera del círculo familiar sobre un determinado mal, perciben ese hecho como un consejo y no como una consulta semejante a la que proporciona el centro de salud o el guardián de salud (promotor de salud rural), ésta casi siempre va acompañada de medicamentos. Esa situación también puede explicarse en parámetros de la Nosotaxia popular²⁷, ya que se busca una eficacia del padecimiento según la clasificación que se tenga de éste.

²⁷Este término es utilizado por el grupo de especialistas conformado por: Virginia Mellado, Carlos Zolla, H. Castañeda A. Tascón, etc. en el CIESS. (Éstos fueron expuestos en los primeros capítulos). Y aunque no dan una definición exacta del término, para fines del presente documento entiendo por nosotaxia popular: La

clasificación, descripción y diferenciación de las enfermedades que son competencia exclusiva de los terapeutas tradicionales.

Los agentes del sector salud (personal que labora en el centro de salud, dueños de farmacias) establecen una relación de hegemonía-subordinación con la partera, mientras que la relación que la comadrona comparte con otros agentes de salud comunitarios es igualitaria.

Sin embargo llama la atención el fenómeno que está ocurriendo entre las comadronas de Rabinal, ya que algunas se han formado como guardianes de salud o promotoras de salud rural. Esta minoría de mujeres interesadas por aprender más, debe interpretarse como un esfuerzo personal y propio.

Debido a que han sido las propias mujeres quienes han tomado esa determinación, es interesante y novedosa es experiencia, porque si se compara esa experiencia con otras que se ha implementado en otros lugares, como por ejemplo en el Estado de Yucatán, México²⁸, en donde los cursos de capacitación de las parteras tienen un alto contenido de programas de planificación familiar²⁹, saltan a la vista las grandes deficiencias de éste comparado con el caso de Rabinal, ya que en Guatemala las mujeres han tenido la propia iniciativa de aprender más sobre el tema de salud y la solución viable que han encontrado han sido los cursos de capacitación impartidos para promotores de salud rural de ASECSA, en Rabinal.

²⁸Según el artículo de Miguel Güemez del año 1,997

²⁹Propuesta que responde a intereses y políticas ajenas a las parteras.

CAPÍTULO VIII: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE LAS COMADRONAS:

En el desarrollo del presente capítulo se explicarán los diversos padecimientos que atienden las comadronas,¹ que no competen al período pre-parto, parto y post-parto. Se abordarán elementos fundamentales para entender la racionalidad achí-maya de las comadronas para interpretar la importancia que tiene la aplicación de la eficacia simbólica en los tratamientos, pero sobre todo se esclarecerá la conducta pluralística de la comadrona en la articulación de los saberes, prácticas y representaciones.

1.- LA COMADRONA COMO TERAPEUTA TRADICIONAL:

En el capítulo sexto se explicó que las comadronas además de ser conocidas en la comunidad como mujeres que atienden partos, muchas de ellas se dedican también a atender diversos padecimientos. Esta caracterización puede generalizarse para todos los terapeutas tradicionales del área mesoamericana, la mayoría de éstos además de su ocupación principal; sacerdote maya, curandero, hierbero, etc. cumple además con una o más ocupaciones referentes a su condición de curanderos. Debe quedar claro que una comadrona además de atender todo lo relacionado con el período pre, parto y post, atiende otros padecimientos.

Durante el trabajo de campo, se hicieron tres preguntas: ¿Usted atiende mujeres no embarazadas? ¿Usted atiende a mujeres con dolores musculares? ¿Usted cura niños ojeados?.

Los datos se presentan en los cuadros de la página siguiente, los cuadros que se presentan en la columna

¹A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinaleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

izquierda corresponden al año 1,999 y los de la columna derecha al 2,000.

Cuadro No.44
Atención de mujeres NO embarazadas

mujeres no embarazadas	F	%
SI atiende	17	68
NO atiende	8	32
Total	25	100

Cuadro No.46
Atiende a niños ojeados

Atiende niños con ojo	F	%
SI	18	72
NO	7	28
Total	25	100

Cuadro No.45
Atención de dolores musculares a mujeres no embarazadas

Soba a mujeres no embarazadas
Si
No
No respondi
Total

Cuadro No.47
Atiende a niños ojeados

Atiende a niños con ojo
Si
No
No respondi
Total

En los cuadros anteriores puede observarse como más de la mitad de las comadronas atienden a mujeres no embarazadas y como la mayoría de las comadronas atienden el padecimiento llamado "mal de ojo". Sin duda existe una minoría de comadronas que se dedican exclusivamente a la atención del período pre, parto y post, como se puede observar en el cuadro No.44.

Los padecimientos que dichas terapeutas atienden en mujeres no embarazadas son tan variados y distintos como enfermedades existen alrededor del mundo, en el cuadro siguiente se muestran algunos:

Cuadro No.48
Padecimientos que atienden

Padecimientos que dijeron atender
A las mujeres que no pueden tener hijos
Los trastornos menstruales o de flujo anormal
Mujeres con un mal de otro niño o mal atendidas en el centro de salud
Mujeres con abortos
El dolor de estómago, de cabeza, de cintura, de espalda, de cuerpo
Los parásitos e inflamaciones
El mal de orín
Soba a mujeres con problemas de nervios
El pujido
El reumatismo
Mujeres que tienen hemorragias en el post-parto

Los datos que se presentan en los cuadros 44 - 48 evidencian que las comadronas no se dedican exclusivamente a las actividades del pre, parto y post. Ésta es una diferencia con la especialidad de "matrona" que existe en los países desarrollados.

En las páginas anteriores se pudo apreciar lo difícil y complicado que suele ser el itinerario de la enfermedad o el camino del enfermo, ya que son muchos los factores que la población toma en cuenta para resolver un padecimiento.

Los factores que se toman en cuenta para resolver un padecimiento son diversos, y en ese complicado marco referencial en el que se mueven madres de familia y

comadronas. Debe entenderse las clasificaciones posibles que se hacen de la enfermedad. Algunos de los factores de ese difícil proceso son: "...las formas en que se percibe el servicio, la resolución de consultar al curandero o al médico (o de recurrir a la auto-atención), los criterios para decidir (o aceptar) la derivación del paciente, el uso exclusivo o combinado de los recursos terapéuticos y las expectativas sobre la posibilidad de cura o rehabilitación; provocan una enorme complejidad y un notable dinamismo."²

Y en ese complicado contexto en donde la comadrona es una terapeuta que atiende varios padecimientos, se puede interpretar que son éstos los saberes, prácticas y representaciones de racionalidad achí-maya los que se consolidan en un cuerpo técnico y verdadero, fundamentan una racionalidad diferente a la científica y occidental.

La intención de éste capítulo es demostrar que todos los saberes, las prácticas, terapias, eficacias y tratamientos que consolidan ese cuerpo técnico-investigativo aplicado por las comadronas en su cotidianidad consolidan esa racionalidad achí-maya que se utiliza para atender los padecimientos.

2.- PADECIMIENTOS DE RACIONALIDAD MAYA ATENDIDOS POR COMADRONAS :

Este apartado se inicia entendiendo que el proceso salud/enfermedad/atención debe interpretarse en términos de la conducta pluralística, y no en la búsqueda de la clasificación de enfermedades sinónimas en ámbitos diferentes; el de la medicina tradicional y el de la bio-medicina.

²Confrontar con Zolla, (1,988:21)

Se intentará analizar la significación de algunos padecimientos atendidos por comadronas tomando como criterios: la forma en que se clasifica el padecimiento, el tipo de población afectada, la causalidad del padecimiento³, la forma en que se interpreta⁴, la terapia y recursos utilizados.

³Para los médicos esto sería la etiología de la enfermedad.

⁴Para los médicos esto es el diagnóstico y la sintomatología.

2.1.- La caída de la mollera:

Algunas interpretaciones desde la óptica de la medicina occidental fueron realizadas por el Dr. Juan José Hurtado⁵.

Esta es una enfermedad que consiste en la depresión de la fontanela ubicada en la cabeza de los niños pequeños, ya que solamente la padecen los niños menores de 8 meses.

Según la información recolectada por criterios estrictamente bio-médicos éste es un síntoma que presentan los niños, debido a un grado de deshidratación severa, pero la percepción que tienen las madres y las comadronas respecto de éste padecimiento es otra, razón por la cual las mujeres no recurren al sector bio-médico para tratar la enfermedad, el padecimiento se resuelve en la esfera del auto-cuidado o en el caso específico de las comadronas como terapeutas tradicionales.

Los datos recolectados durante el trabajo de campo, indican que el motivo de la enfermedad se debe a una transgresión relacionada con el movimiento⁶ o una transgresión moral (opinión minoritaria), como se puede observar en el cuadro No. 48

⁵Consultar el artículo sobre "la mollera caída" de Juan José Hurtado.

⁶Según el doctor Hurtado, ésta es una enfermedad que se da por el rompimiento del equilibrio mecánico del cuerpo, para más detalle consultar su artículo del año 1,973

Cuadro No.49

Razones por la cuáles se les cae la mollera a los niños

Razones	F ⁷
Por movimiento:	
Se caen	7
Zangoloteo	7
Comienzan a pararse antes	7
de tiempo	3
Los mueven mucho	2
Les sacan el pecho	
bruscamente	
No cuidan bien a los niños	4
Las madres los besan en la boca	3
Lloran mucho	1
No sabe	1
No respondieron	5

Según la opinión de las madres y comadronas, este es un padecimiento que sufren muchos niños, no es considerado peligroso y puede curarse fácilmente con alguna vecina, pariente o comadrona. El tratamiento es muy simple como lo explican algunas comadronas: *"se les hunde todo lo de aquí, entonces solo se les levanta aquí. Se voltea, se pone de cabeza y con eso se cura."* (Entrevista No. 38)

El tratamiento consiste en meter uno o dos dedos en el paladar de la boca del niño para subirlo, también se coloca al niño de cabeza y se le dan palmadas en las plantas de los pies. Existen algunas variantes en el tratamiento,

⁷Debido a que las madres dieron varias respuestas a la pregunta, el total de las respuestas no es de 27, se muestran la frecuencias para tener una idea de que tanto se repitieron las respuestas.

como se muestra en el cuadro No.50, pero la terapia es la misma, cambia poco.

Cuadro No.50

Tratamiento para la curación de la mollera caída

Tratamientos	F ⁸
Se ponen de cabeza (colgados)	9
Se les dan palmadas en los pies	4 3
Se ponen debajo de una palangana de agua	1
Los dos anteriores	
Se meten los dedos para subir el paladar	12
Se soban	10
Su chupa la mollera (cabeza)	2
Se da remedio casero	1
No respondieron	5

En el cuadro se observan algunas terapias de eficacia simbólica como el colocar a los niños arriba de una palangana con agua y otro tipo de terapia como "La sobada", la cual sirve para relajar al niño. La intención de analizar cada uno de los padecimientos no es para comparar los tratamientos que dan las comadronas con los tratamientos que diagnostican y dan los médicos, sino entender la racionalidad achí-maya que las comadronas aplican.

⁸Ibidem

En la aplicación de esa errónea comparación entre enfermedades, existen algunos problemas cuando los padecimientos son considerados como "síndromes de filiación cultural"⁹ porque los investigadores tratan de asociarlos con los padecimientos o enfermedades en parámetros bio-médicos, no es necesario occidentalizar una enfermedad para tratarla.

Este tipo de padecimiento debe ser entendido como una afección que sufren los niños pequeños, su tratamiento consiste en la aplicación de terapias propias de la racionalidad achí-maya; levantar con los dedos la mollera, poner de pies a los niños, etc.

Sin embargo, la racionalidad bio-médica diagnóstica y relaciona, dicho padecimiento, como un grado de deshidratación. Se sugiere entonces un tratamiento consensuado, cuando las madres de familia recurren al personal de salud en busca de alivio, se debe tratar el problema de deshidratación con suero oral, pero también debe remitirse a la madre con un terapeuta tradicional para que éste solucione el problema de la eficacia simbólica. También se sugiere que en las capacitaciones para comadronas y guardianes de salud, se introduzca como contenido "La Mollera Caída" y se enfatice en la conducta pluralística de la población.

⁹En antropología de la medicina se ha utilizado la categoría: "síndrome de filiación cultural", para definir: "Complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo." Menéndez, comp. (1,992:45). Existen varias definiciones proporcionadas por diversos investigadores, (como la de Arthur Rubel para enfermedades populares), pero es importante caracterizar el origen y uso de la categoría en la escuela estadounidense de antropología culturalista, en donde son conocidos los diversos estudios realizados por representantes de esta postura, como por ejemplo los estudios de Artur Rubel a nivel Latinoamericano sobre "el Susto".

Pero sin duda el elemento que valga esa racionalidad distinta a la bio-médica es la conducta pluralística que las mujeres tienen en el itinerario de la enfermedad. En esa conducta las madres explican que la mollera caída es un padecimiento que al no ser curado y tratado con la atención debida, los niños pueden complicarse y ese padecimiento puede convertirse en otro.

2.2.- El mal de Ojo:

Este es un padecimiento muy conocido en toda el área mesoamericana y es sufrido indistintamente por mayas y no mayas, sin embargo en un área tan extensa se dan diferencias en cada una de las diversas regiones.

Debido a que el padecimiento tiene una alta incidencia entre la población se han elaborado algunos estudios sobre el mismo¹⁰, éstos han sido enfocados desde la óptica bio-médica, sobre la base de la manifestación de signos y síntomas, mecanismo de producción y aparato o sistema afectado.

Sin embargo, se propone realizar un análisis que confronte la racionalidad bio-médica y la racionalidad maya-achí¹¹.

El análisis que se presenta a continuación intentará basarse en el pluralismo médico y se basa en calificaciones que no corresponden directamente con el proceso de salud/enfermedad/atención.

¹⁰Consúltense por ejemplo el de Juan José Hurtado, Ricardo Hernández Murillo y el de Carlos Zolla et. al.

¹¹ En este caso ya no se puede decir que es una racionalidad proveniente de la cultura maya, porque el mal de ojo es un padecimiento sufrido no sólo en el área mesoamericana, sino también en la cuenca mediterránea desde hace ya más de mil años.

En primer lugar: El mal de ojo es una representación y un proceso que se manifiesta indistintamente en seres humanos y seres vivos. Esta condición de racionalidad achí explica ¿por qué? niños, frutos y otros procesos se ven afectados por el mal de ojo. Por ello se debe interpretar como una condición que afecta determinados procesos, por ejemplo; el crecimiento de un animal doméstico, la maduración de un fruto o el cocimiento del insecto llamado nij que sirve para teñir de negro las artesanías de morro que se elaboran en Rabinal¹². Una comadrona nos habla como esa fuerza negativa afecta; *"Porque el chiquitio está puro tiernito, puro ayotío así, hay guicoyes que salen duros y no se ponen bien aguaditos cuando se cuecen, un poco como que es algo amargo, es porque ya está ojeado el ayotío también y porque como lo he comprobado cuando un ayote está amargo y no se corta, por afuera no se corta, saber cómo sale, porque yo si me he dado cuenta de eso."* (Entrevista No.34)

Así el mal de ojo es una representación que forma parte fundamental de la identidad achí y no debe entenderse exclusivamente como enfermedad, sino como un proceso que desencadena fuerza negativa, ésta caracterización explica cómo algunos padecimientos se complican por el accionar de la fuerza negativa, es por ello que el mal de ojo se relaciona con el "alboroto de lombrices"; *"A veces que las personas dicen que se ojean , pero no hay ojo, lo que pasa es que son lombrices las que molestan"*. Grupo Focal No.3, pero también algunos padecimientos pueden agravarse por el mal de ojo, un empacho que se ojea, puede complicarse; *"Pasó un niño como año y medio, como no lloraba entonces su*

¹²Para más detalle sobre el proceso de elaboración de los chichines (maracas) en Rabinal, consúltese el capítulo cuarto, el apartado que se titula; la jícara de morro.

mamá no le hacía caso y lo tenía acostado en la cama, entonces yo le dije dale de mamar al nene, ella me dijo no porque no llora, si pero dale de mamar le dije, y no me hizo caso, está bueno pues dije yo. Al siguiente día el niño le agarró dolor de estómago y diarrea. Entonces ella me dijo: el nene no durmió toda la noche tiene asientos y como llora. Yo le dije que al niño le hizo mal en su estómago. Entonces se levantó temprano mi hija chiquita y le mande a pedir un poco de leche con María y encontró un poquito, entonces yo fui a traer un poco de aceite francés cuando ya se calentó lo eché con la leche y le dí a de tomar un poco y después sobé con aceite francés y solamente y si es ojeado hay que darle un poco de plantas" Grupo focal No.3

Debido a que es un proceso que genera una fuerza negativa, existe en la cultura achí procesos preventivos en contra del mal de ojo, se usan amuletos; "la mayoría de gente aquí, ya se han acostumbrado, hay unos animalitos que se llaman camaleón, se consigue en las montañas. Son unos chiquitos y esos camaleones al estar... el niño, al nacer se le pone en una bolsita al lado dentro de una camisa y cuando ese camaleón está negro es que al niño, ojo le dio y hay que bañarlo para que le vuelva el color al animalito, el ojo el mal de ojo no le pega al niño, sino que al animalito. (Entrevista No.15), pero principalmente se protegen a los niños de las personas y estados "calientes"; "así no hay necesidad de estarlo tapando, hay personas que he visto yo. Les ponen un trapo encima, un pañuelo, que hasta se ahogan con el pañuelo (los niños) y dicen que evitando eso, no se ojea, porque entre más se esconde al niño más lecho va hacer. Una señora aquí, más antes, cuando yo estaba creando a mis niños, estaba creando unos sus niñitos de ella, entonces ella se admiraba porque yo no

los tapaba, solo a memeché (cargar en la espalda) los llevaba, allí con la cabeza destapada así iban, porque yo estaba preocupada de mis mandados, de mis pobrezas, entonces siempre tenía que hacer. Entonces me decía la señora porque como caminábamos en la carretera siempre del mismo lado, y usted mira Doña Rosenda, su muchachito cómo va, y a usted no le da pena Dios Guarde, ¡ya! lo miró la gente se le va a morir de ojo..." (Entrevista No.31).

También existen otras prácticas como: rociar al niño con agua florida, bañarlo con determinadas hiervas; "Para curar y para que no se vaya a ojear. Es para prevenir para que el niño no se vaya a ojear." (Entrevista No.7) o hacerles pequeñas ceremonias al recién nacido; "Me dijo una comadrona hace mucho tiempo, hay que tener paciencia, hay que contarle el ombligo me dijo, cuando ya se corta el ombligo, hay que hacer cruz aquí, cruz en la ventana, pero es una ancianita, una comadrona me dijo. Hay que cortar y hay que hacer cruz aquí para que no se ojee él bebe." (Grupo Focal No.2). Debido a las razones expuestas el mal de ojo debe considerarse como algo más que una enfermedad.

En segundo lugar: Los factores o condiciones que causan la enfermedad deben ser referidos al equilibrio frío-caliente¹³, aunque está es una interpretación maya sobre la dualidad, es en esa cosmovisión, donde se explica el origen del padecimiento y no en los diagnósticos elaborados por los médicos que clasifican el mal de ojo como un trastorno gastrointestinal o como una infección respiratoria aguda. Una persona se enferma de mal de ojo porque su equilibrio se ve alterado por una condición "caliente". Así determinados procesos o características se

¹³Para mayor información consúltese el capítulo quinto, último apartado.

consideran "calientes"; las personas que han tomado bebidas alcohólicas (ebrios, engomados), las mujeres que están menstruando, las mujeres que están embarazadas y determinadas características personales: Mirada penetrante, ojos claros, etc. También se considera "calientes" todas las personas que tienen un contacto directo con el sol, (personas sudadas o que caminan debajo de un fuerte sol, etc.).

En tercer lugar: Existen para el padecimiento dos tipos de conocimientos diferentes; un saber de carácter socializado y subalterno conocido por toda la población y el otro saber es exclusivo de las comadronas.

El saber que es de competencia popular corresponde a procesos de prevención, contagio y tratamiento, éstos se han socializado en todos los conjuntos sociales, no son de competencia exclusiva de los terapeutas tradicionales. Los saberes respecto de su terapia es patrimonio de toda la población, es por ello que cualquier mujer con experiencia puede encargarse de la cura de un niño, sin embargo cuando hay posibilidades siempre se busca a una comadrona para que ella realice la cura: *"-O sea que la gente ya agarró, los remedios, se fijan de que es lo que uno corta, ya más fácil que curen a sus niños, ya no es necesario que pongamos si estuvieran unos ojeados en nuestra comunidad y nosotros aquí (en la capacitación), quien podría hacer el favor, entonces la mamá ya sabe que es otra persona que tiene que curar a su niño, entonces tienen que buscar todo lo que es para el ojo y lo importe es que lo pasen para atrás, para atrás. Porque para atrás se cura el ojo. Algunos dicen que a las 7 de la mañana hay que hacerles 7 días y tirar para atrás el monte, para que ya no se ojee."* (Grupo Focal No.2)

Pero no todo el saber sobre el mal de ojo es de dominio público, las comadronas en Rabinal pueden clasificar el tipo de mal de ojo que padecen los niños, mientras que las madres no. Son tres los tipos de mal de ojo explicados por éstas terapeutas: a) el mal de ojo, b) el ojo de sol o de luna y c) el ojo seco. La diferencia entre uno y otro se debe al proceso que origina la enfermedad o también se reconoce por la ausencia de determinadas señales (signos y síntomas). El mal de ojo más conocido es llamado mal de ojo de gente, se diferencia del mal de ojo de sol porque; *"...solo a la gente pongamosle, por eso le dije yo que hay ojo de sol y ojo de gente, porque tal vez una señora viene cansada, mire el ojo de gente, si usted tiene su niño adentro en la casa y viene una gente, tal vez viene de lejos, tal vez viene cansada con hambre y todo y más tarde comienza su niño llorón, entonces doña fulana me lo ojeo porque ella solo lo vio y mi niño no lo he sacado, entonces es allí en donde uno da. Ahora cuando uno lo saca al sol o se lo lleva de repente y no lleva que ponerle en la cabeza entonces se dice que el sol lo ojeo porque nadie me lo vio porque yo lo saque nada mas, entonces cuando se ve cual es el ojo de sol y cual es el ojo de gente." (Entrevista No.15), la otra clase de mal de ojo se diferencia por la ausencia de determinadas señales: *"...y hay otro ojo que el niño no llora nada. Nosotros le decimos ojo seco a eso, el que no se mira y al otro se le dice ojo." (Entrevista No.17)**

Debido a que este manejo de saberes es de competencia exclusiva de las comadronas, se intentará explicar en qué consiste cada uno de los tres tipos de mal de ojo.

A.- El ojo de sol o de luna es originado por los rayos solares, que se reciben directamente o los rayos del sol que se reflejan en la luna; "...es que hay ojo de luna, ojo de sol. Le duele la cabeza y hace así la cabeza, es ojo de luna, también es igual, como hace el ojo de luna. ¿Por qué a uno le llama ojo de sol y ojo de luna? Porque siente el sol, ya no puede caminar, cuando va a salir el sol ya no puede caminar, siente adentro de su cabeza, siente el sol, porque a veces no tiene un su tapado en la cabeza y está trabajando o es hombre y tal vez se quitó su sombrero por eso hace. En la noche porque a veces cuando uno sale hacer un oficio sin un trapo en la cabeza, al otro día amanece con un dolor de cabeza ya sintió uno por qué fue, ya uno sabe también por qué comenzó su cabeza, por qué comenzó dolor de cabeza o de sol, estar viendo el sol y le agarró el dolor de cabeza es el sol y se manda. Uno mismo siente el dolor como fue." (Entrevista No.20). Este padecimiento afecta la cabeza y lo padecen las personas mayores y niños pequeños. El tratamiento que se le aplica al enfermo de ojo de sol busca restaurar el equilibrio perdido entre lo frío-caliente por el exceso de calor aplicando plantas medicinales frescas y aromáticas, pero también utiliza fármacos como el acetaminofén, la aspirina y el alka seltzer: "el ojo de sol porque van a un río y miran el sol entre el agua, y les da dolor de cabeza con aquella lloradera, y eso se cura con la ruda y un poquito de alcohol, se deshace en la palma de la mano y ya se les pasa en la nuca, en la frente y en la espaldita y de allí el resto se le echa en la cabeza y unas dos cucharaditas de acetaminofén ahora si no hay acetaminofen aunque sea una aspirinita, eso es lo que yo hago." (Entrevista No.15).

Como se explica en las próximas páginas, el tratamiento es similar al otro tipo de mal de ojo que existe: "¿Cómo cura

ese ojo de sol o de luna? Es igual como cura un niño ojeado, es igual. Le pasa el monte y el huevo. El huevo entero se tiene que pasar, unos dos y estar listo allí el baño de agua porque lo va a quebrar y le mira usted puro cocido, le mira usted, hace una chibola encima es puro ojo lo que tiene en su cabeza, se recuece el huevo. Bien se puede, se puede, pero siempre de todos modos un su alka seltzer porque como a veces casi se le sale el corazón, eso es que quiere un alka seltzer, porque el alka seltzer luego baja la mucha presión que tiene, cuando es muy fuerte la calentura". (Entrevista No.20) La terapia aplicada por las comadronas para aliviar los tres tipos de ojo, no presenta diferencias significativas, sin embargo el manejo de la tipología del mal de ojo es el saber que las diferencia de las madres de familia y provoca por ello que éstas las busquen para solucionar el mal.

B.- El mal de ojo seco, respecto de este padecimiento. Los testimonios fueron minoritarios, las comadronas explican muy poco sus características y no hay testimonios sobre un tratamiento diferenciado al que se utiliza para los otros dos tipos de ojo.

El denominado "mal de ojo" u ojo de gente como lo llamó una comadrona, es el más común, por ser el padecimiento con mayor demanda, se analizará con detenimiento adelante.

En el esquema que aparece en las páginas siguientes se presentan los tres ejes fundamentales que fueron explicados con anterioridad y que servirán de fundamento para poder entender mejor el mal de ojo tratado por las comadronas.

Esquema No.3

BASES PARA LA INTERPRETACIÓN SOBRE EL MAL DE OJO

REPRESENTACIÓN PROCESO	Se fundamenta y explica en la relación armónica fría-caliente, achí maya interpretarse como un proceso que desencadena una fuerza negativa
	Se fundamenta y explica en proceso que implica algo más que una enfermedad, debe interpretarse como un proceso que desencadena una fuerza negativa

CAUSALIDAD

- Duración de un fruto.
- El crecimiento de un niño o animal.
- Un paso en la elaboración de un proceso
- Normas que protegen
- Ceremonias destinadas para la protección.
- Terapias para la protección.

LO CALIENTE SE IDENTIFICA CON:

- Personas que han ingerido bebidas alcohólicas (ebrios, engomandos)
- Mujeres embarazadas o en período de menstruación
- Características personales; ojos claros, mirada profunda
- Personas que tienen contacto directo con

SABER SOCIALIZADO DE CARÁCTER
 SABER NO: autoatención (cambiantes, sudados, etc.)
 comadrona, etc)

TIPO DE
 SABERES

SABER DE COMADRONAS, HEGEMÓNICO

-Nosotaxia o tipología del mal de ojo:
-Mal de ojo "de gente"
-El ojo de sol o de luna
-Ojo seco

Tomando de base la interpretación del mal de ojo, desde una óptica achí-maya, se explicará la terapia utilizada por las comadronas para tratar el mal de ojo de "gente", padecimiento que afecta mayormente a niños menores de 12 meses.

Para empezar es necesario saber cómo se identifica la enfermedad, son varios los síntomas que presentan los niños ojeados; algunos presenta diarrea o "asientos", otros lloran mucho y están demasiado "berrinchudos", pero la señal indicadora, de acuerdo al esquema y la interpretación que se tiene de la enfermedad como desequilibrio de lo frío-caliente, es la aparición de fiebre. El síntoma clásico de la enfermedad (la temperatura) sumada con los signos anteriores es la base determinante por la cual las comadronas pueden diagnosticar la enfermedad.

La fiebre se relaciona con la dualidad maya frío-caliente.

La enfermedad es provocada fundamentalmente por un estado "caliente"; *"ojo le decimos pero es un fuego que se le riega en la sangre, decía ella, es un decir, decía ella, eso del ojo, de culpar verdad. Pero ella decía que depende de mucho calor, decía ella, como así nos enseñaron a decir de ojo, pues así decimos". (Entrevista No.45),* calidad que afecta a la cabeza y el estómago; *"Entonces el que es ojeo, la cara tiene olor de huevo y bien caliente, usted lo va a besar muy como que es huevo muy... caliente la cabeza, los brazos muy helados y sus canillas también muy helada, solo aquí esta caliente" (Entrevista No.16),* Sin embargo algunas otras partes del cuerpo del niño están frías; pies, manos y piernas; *"-Tocarle la cabeza haber como está de temperatura, porque se siente la temperatura en la cabeza del niño, y se tiene bien caliente la cabecita es que tiene temperatura y hay unos niños que se les pone*

helados los piecitos, y las manitas y el estómago caliente, entonces quiere decir que la fiebre la tienen por dentro, pero entonces allí lo detecta uno.” (Grupo Focal No.2).

Parte del tratamiento consiste en restaurar el equilibrio en el cuerpo del niño enfermo proporcionando plantas medicinales frescas y medicamentos frescos.

Sin embargo otra forma que sirve para diagnosticar la enfermedad son las diversas preguntas que se le hacen a las madres: *“...ahora cuando vienen así clientes, le pregunto a la señora, ¿mire de qué le empezó esa lloradera a su hijo? Pues que fíjese que llegó doña fulana o don fulano y solo él me lo vio, entonces hay que curarlo de ojo, es así como le digo yo, que poco a poco uno va entendiendo cuando es ojo de gente, cuándo es ojo de sol. Porque uno tiene que hacerle preguntas a la gente y allí va dando uno por dónde, cómo comenzó la enfermedad. Aquí en el campo es así como trabajamos”. (Entrevista No.15)*

Las madres y las comadronas mencionaron otras características que los niños presentan y por las que ellas saben que se trata del “mal de ojo”. Dicen que los niños tienen un ojo más pequeño que el otro, que las palmas de las manos están pegajosas, que tienen muchos cheles en los ojos, que la cabeza les huele a huevo, etc., pero sin duda el llanto, “el berrinche”, lo molesto y la ausencia del apetito son síntomas que acompañados con la aparición de fiebre identifican a la enfermedad: *“... sea que el niño llora y llora, no quiere mamar, no quiere tomar nada, no quiere recibir nada, esta chillando y chillando. Hay veces que solo llora con la cabecita bien caliente y con las manitas bien heladas, entonces se nota que el niño está ojeado, es que él no sé esta quieto, esta chillando, está de un lugar a otro, chilla y chilla”. (Entrevista No.17)*

La diarrea o "asientos" es otro de los síntomas que presentan los niños ojeados, las comadronas a diferencia del conocimiento que maneja la madre, es conocedora del tipo de diarrea expulsada por el niño, es así como el examen de las eses es un indicador utilizado por la comadrona para diagnosticar: *"curé con 7 montes porque el niño tiene diarrea color verde como monte y eso quiere decir que es ojeado"* (Entrevista No.19)

"La diarrea de un niño ojeado es como monte molido y a veces blanco, a veces amarillo y si es amarillo está bien, pero a veces que está ojeado, también hay niños que tienen dolor de estómago y se ojean entonces es amarillo su popo" (Entrevista No.29).

En algunas ocasiones cuando un niño está ojeado, la presencia de diarrea y arrojadera son síntomas que las comadronas interpretan como difíciles, explican que el proceso de cura sera igualmente costoso; *"Cuando ya está empeorado si le da diarrea, pero cuando empieza curarlo a tiempo no tiene diarrea todavía, es que como a veces que el niño empieza poco a poco y a veces como habemos madres que no curamos a los niños, cuando vemos de que están así molestos, no les damos nada."* (Entrevista No.17)

La terapia o tratamiento para curar el mal de ojo es un proceso en el que intervienen diversos factores y cada uno de ellos tiene su lógica interna. A continuación se presentan varios testimonios de comadronas que explican el proceso utilizado:

CASO I: *"Entonces yo voy a traer monte, voy a traer ruda, apazin, tinta, marquetado (se junta y se hace en forma de prisma) así como eso, todo eso es remedio para mí, las hojitas bien tiernitas, hoja de mango, de limón, de*

naranja, así las hojitas se junta un montón y voy a echar un huevo y lo voy a pasar en todo su cuerpo con ruda bastante, después voy a dar su tomada, su medicina, voy a dar con ruda cocida y mejoralito de niño y aspirinita, bebetina, eso voy a dar, alka seltzer, un poquito de sal de uvas, un poquito de cada cosa y le voy a dar su tomada, al rato sale la flema, sale la flema". (Entrevista No.16)

CASO II: "Se aparta una ramita, hoja de naranja, hoja de café y otros montes que sean lisos, se le pasa al niño en todo su cuerpo y se echa yema de huevo en su cabeza y si el niño está bien grave le pasamos pato, si no hay pato podemos pasarle una gallina, cuando es varón se le pasa una polla y si es mujer un pollo, se le pasa en todo el cuerpo, pero se prepara una palangana de agua para meter el pollo en el agua y también el monte que pasamos al niño tenemos que acostar en una mesa para poder pasar los 7 montes pero primero le sacamos la flema que tiene y para poder sacarla se le da bebetina, alka seltzer, mejoralito y aspirineta un poco de cada cosa porque el niño, es temperatura lo que tiene, por eso toma esas clases de remedios que son frescos." (Entrevista No.19)

Caso III: "-Es otro monte que uso, yo lo que uso es solo la ruda y el apazote y el ajo, y el huevo, eso es lo único que yo uso con los niños, eso lo muelo bien molido y entonces quiebro el huevo allí y pongo la clara y lo baño, bien, bien bañado, mire que sale aquel calor, aquel humo como que está una nube, todo eso le sale el calor, entonces ya se tranquiliza el niño. Lo baño con ese monte, con esa masita, bien sobado, bañado, pero todo no se deja nada, se queda verde el muchachito, tres veces, entonces ya a los 3 días o 4 días, sé coce un montecito que tiene unas verditas

así chiquitas, se corta y se baña ya con jabón y ya se alivio.” (Grupo Focal No.2)

CASO IV: *“Sí porque si no, el fuego se va para adentro, Yo les hago agüitas..... De primero yo les hago de monte, hay monte fresco, hay un monte que le dicen San Francisco, ese monte se pone a hervir y cuando hierve, se cuele y se tapa, porque nunca se ha de dar aire al remedio de los niños. ¿Por qué? porque no se hace un bien porque el agua agarra aire, tapadito y que se lave sola, entonces ya se le echa azúcar y si no la recibe se le echa un poco de azúcar, si la recibe que se la tesonee (de tesón) así, porque es fresca por dentro y entonces yo los curo con los 7 montes y el primer manojo, se lo paso bien, rezando el Credo porque siempre hay que clamar por Dios y el Padre Nuestro, lo que uno pueda verdad, y le pongo un manojo en el..... y paso el otro y se lo dejo en el pecho, en el estómago, paso el otro en los pulmones, paso el otro en la cabeza y le pongo una su hoja de platanal y una su rodaja de limón con sal, porque el fuego se le va para la cabeza, entonces agarro una toalla y los envuelvo bien envueltos, pero de primero les doy una cucharadita de aceite de oliva, y una cucharadita de agua de sal, matiguadita (bruscamente), para que despeje la flema que tienen por dentro porque el ojo da una flema.” (Entrevista No.45)*

Todos los testimonios dados por las comadronas son diversos, sin embargo se puede hacer un listado de algunos materiales y de algunas técnicas indispensables que se usan en la terapia, éstos son:

- a) Plantas lisas y aromáticas (siete montes) para sobar o bañar el cuerpo del niño.
- b) El uso de un huevo, el uso de un pato o gallina.

c) La toma de un remedio casero combinando varios elementos.

d) Variantes: entre algunas variantes se pueden mencionar el uso del chile y del ajo para sobar y bañar al niño, el uso de oraciones mientras se cura, y el uso de la orina.

Se intentará explicar y demostrar algunas lógicas internas de cada uno de los materiales y técnicas utilizadas.

A.- Las plantas lisas y aromáticas: En la cultura achí existe todo un patrimonio respecto de las plantas medicinales¹⁴, es un saber de la memoria colectiva que se transmite de generación en generación; *"Es como una costumbre, una costumbre que le dan las abuelas a uno, es una enseñanza que le dan a uno. Todo eso de los montes es mi abuelita y todavía está viva, tiene 100 y está viva."* (Entrevista No.45)

El conocimiento que tienen las terapeutas tradicionales sobre las plantas medicinales comienza desde muy pequeñas con la identificación de las mismas, posteriormente se aprende cómo se realizan los remedios caseros, ya que las técnicas para la realización de esos remedios caseros son distintas.

En el tratamiento aplicado es importante explicar que existe una relación directa entre el tipo de planta medicinal que se utiliza y la técnica que se aplica. Las plantas que se utilizan deben ser preferentemente cogollos (brotes o vástagos) de plantas aromáticas que se tienen a

¹⁴En Guatemala se han realizado varios estudios para identificar el número de plantas medicinales y sus atribuciones farmacológicas, en comparación con otros lugares se han podido identificar una gran número de éstas, pueden consultarse los estudios realizados por la facultad de farmacia en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

la mano en un arriate del patio de la casa o de árboles cercanos a la casa. Deben reunirse un total de siete plantas diferentes, pueden utilizarse plantas que no sean aromáticas, pero una condición indispensable es que sean plantas lisas, no deben utilizarse hojas ásperas o corrugadas, u hojas con espinas; *"-Ocupo la ruda, cogollo de jocote, cogollitos de enele noj, guajaca (albahaca) blanca, palo de jiote y guayaba, limón también.*

-Como allí hay tantos montes que son lisos, que no sean rugosos.

-Que no tienen tuna, porque hay montes que tienen tuna. Que sea cualquier montes, pero que sea 7 montes, cualquier hoja de jocote, pero que sea bien liso, porque se le pasa su monte, le pica al niño también, entonces hay que bañarlo bien" (Grupo Focal No.2). Más de alguna comadrona explicó que preferentemente deben utilizarse plantas que se localicen en montes o en montañas, lejos de las casas que están libres de la contaminación doméstica de los perros, pollos y gatos; *"pero no es ni cerca del camino, ni es cerca de una vivienda, por lo pollos, por los chuchos los han contaminado, porque ese es el consejo que nosotros hemos recibido, se usa planta pero que sea del camino, de la vivienda para que no esté contaminado, si es como en el patio que esté un poquito circulado para que no se manosee de las gallinas, ni perros, ni pollos."* (Entrevista No.42) Ese testimonio explica que el tratamiento en parte debe entenderse como ceremonia, en donde las plantas a utilizarse no deben tener contaminación, relacionando lo sagrado y lo puro de las ceremonias.

Los montes son utilizados como esponjas o rastrojos en todo el cuerpo del niño, se trata como dicen las comadronas "de bañar" al niño con esas plantas. Debido a que muchas plantas utilizadas son aromáticas se entiende que el olor

que sueltan sirven para calmar al niño; *"Pero fíjese yo lo que les digo, nosotros tenemos un montecito que se llama ruda, hay ruda y yo les digo, miren lo que ustedes hagan con sus niños, corten unas palmitas de ruda y las pasan a su niño, porque la ruda es buenísima, porque suelta un aroma fuerte y ese les cura."* (Entrevista No.15), inclusive el masaje que se le hace en todo el cuerpo del niño, en el momento de aplicar las plantas, también sirve de masaje y de relajante, podemos pensar que esa es la lógica de la técnica que se aplica. Sin embargo es importante realizar estudios químicos-biológicos sobre el efecto de éstas plantas aromáticas al ser aplicadas directamente sobre la piel.

Debe interpretarse la aplicación de dicha técnica como un proceso de purificación, ya que él "sobar" o "bañar" al niño con plantas se interpreta como la limpieza o purificación del niño. Es importante mencionar también que los recién nacidos en la cultura achí se relacionan con estados de purificación y libres de maldades. En ese sentido puede interpretarse también; el uso de las plantas medicinales aplicadas a los niños en el tratamiento del mal de ojo: como una eficacia de purificación.

B.- Uso de huevo o animal (pato o gallina): La utilización del huevo para el tratamiento es indispensable¹⁵. El huevo y las plantas son pasados por todo el cuerpo¹⁶, después el huevo es utilizado para complementar el tratamiento; ya sea que se separe la yema de la clara y utilizar, la clara, para untarla en la cabeza del niño, o también el huevo se

¹⁵Solamente una comadrona dijo no utilizar el huevo, lo que utiliza es un pato.

¹⁶Se debe tener el cuidado necesario para no quebrar el huevo.

utiliza como indicador del diagnóstico proporcionado por la comadrona.

Entonces, se sugiere que el uso del huevo, pato o gallina responde al principio de la ley de contacto de la magia¹⁷.

El siguiente testimonio es un ejemplo de cómo opera ese principio en el tratamiento del mal de ojo: *"como tenía mis patos le pasé los patos y como tiene mezcla la pata, entonces yo lo hice así, le hice una cruz aquí y aquí. Y se va a quitar. El pato que le pasé hay que bañarlo, baño diario para que no se shuquee"* (Entrevista No.20). La fuerza negativa que provoca el mal de ojo, es transmitida al pato, el animal debe bañarse o purificarse para que no se ensucie o enferme. En ese sentido el principio se observa en dos procesos; uno en el que; el mal es transmitido al animal por ello el pato es purificado con un baño para que no se contamine y el otro; el uso del huevo como absorbente de esa fuerza negativa.

Se han hecho varios estudios en el ámbito latinoamericano en donde se ha reportado el uso del huevo para curar determinados males, sin embargo la connotación que tiene en Rabinal la utilización de la clara del huevo en la cabeza del niño es un aspecto que aún necesita interpretación, porque el uso de la clara de huevo en la cabeza del niño no responde al principio de magia contamine, porque el huevo untado en la cabeza del niño no se aleja de la fuente de contagio.

¹⁷Según la explicación de George Frazer, sobre la ley de contacto es: "...que las cosas que una vez estuvieron en contacto actúan recíprocamente a distancia, aún después de haber sido cortado todo contacto físico" Frazer(1,944:34).

C.- Toma de remedio casero: El acervo cultural con que cuenta la racionalidad achí-maya de las comadronas es abundante respecto de plantas medicinales y remedios caseros. Es así como en la elaboración de los remedios caseros, pero también en la aplicación de un fármaco está presente la percepción de la dualidad maya frío-caliente, ya que el tipo de remedio a preparar o el fármaco que se aplica, responde a la clasificación que tenga la madre o comadrona sobre el tipo de enfermedad; caliente-frío, ya que los remedios o fármacos se proporcionan para restaurar ese equilibrio perdido. Otra de las características de los remedios caseros es su sabor, generalmente son amargos y ese sabor también se relaciona con la eficacia del remedio, se piensa que entre más amargo, más curativo.

El vómito es una de las terapias que las comadronas aplican a sus pacientes y sirve para solucionar diversos tipos de padecimientos. Es una terapia recomendada primordialmente para los padecimientos relacionados con el estómago; *"Se cree verdad, de que cuando alguien tiene cólico, ella siente que tiene algo aquí que no se le baja y ni se le sale, es como una chibola de que ella padece en el intestino, que ella siente, que ni se le sube, ni se le sale, entonces busca a alguien, que le haga favor de sacar eso, pero no se le sale, tal vez si una parte, pero no todo, porque no es igual que un niño, porque un niño solo flema tiene allí, en cambio un adulto no."* (Entrevista No.30). Esta terapia está bastante difundida entre los achís de Rabinal, al punto de que existen diversas técnicas para provocar el vómito. Pueden prepararse como si fueran remedios caseros; *"La manteca de sajar, un bodoque y la flor de saúco, chilca y rosa de castilla, limón, eso va cocido y tomado"* (entrevista No.35) o el vómito se consigue

con la ayuda de algún instrumento; *"Yo no lo he hecho, pero si me han dicho, van a traer una pluma de las gallinas dicen y lo sacan y ponen aquí para que salga dicen, ¡je, je je!, pero eso no lo he hecho yo, para que voy a decir mentiras eso es pecado."* (Entrevista No.41), con el humo también se consigue; *"Para las personas mayores es bueno el puro o sea el cigarro grande de color café que fuman los ancianos porque los mayores son más duros o más fuertes."* (Entrevista No.36).

Sin embargo en el tratamiento para el mal de ojo, el remedio casero que preparan las comadronas no es para combatir el padecimiento, sino se utiliza como vomitivo para que el niño expulse la flema. Las lógicas que están detrás de la aplicación de ésta técnica se explican porque; se utiliza la dualidad maya frío-caliente en el sentido que debe recuperarse el equilibrio del cuerpo y arrojar el fuego que molesta en el estómago.

Las comadronas¹⁸ explican que es necesario que el niño saque la flema que le molesta y para poder eliminar esa flema que ésta dentro del estómago, las parteras preparan un remedio casero a base de diversos medicamentos comprados en tiendas o farmacias (Alka Seltzer, Sal Andrews, Sal de Uvas, bebetina, aspirina para niños, Desenfriolito, Tabcín para niños, Mejoral para niños, etc.). Toman un pedazo pequeño de cada uno de los medicamentos y los mezclan, ese preparado o remedio se lo dan al niño para lograr el vómito y así liberar al niño de la molesta flema. La eficacia no está en utilizar siempre los mismos medicamentos, sino en lograr que el niño vomite y se libere de la flema. Se

¹⁸Véanse los cuatro casos narrados por comadronas para el tratamiento del ojo.

persigue con la elaboración del remedio casero liberar la flema, es por ello que los componentes del remedio casero o vomitivo no son tan importantes como el fin de conseguir el vomitivo; "eso si se compra en la farmacia, pues; el alka seltzer, sal de uvas, bebetina, desenfriol, mejoralito, todos esos, aspirinita, porque hay algunos que lo van hacer en unión, todo combinado, van a tomar eso, es cuando sacan la flema, pero **es bueno también darles, solo apagada la agüita de ruda, y con eso se le saca la flema también es bueno, para no darle toda esa clase de medicinas,**" (Entrevista No.42)

Se han analizado los elementos que más se repitieron en los testimonios de las comadronas, pero no todos los tratamientos son iguales, cada comadrona, vecina o amiga tiene su propia forma de curar el mal de ojo.

Algunas de las variantes explicadas son las que utilizan chile y ajo¹⁹, otras comadronas también frotan al niño con aceite después de pasados los siete montes y después de haber expulsado la flema. Sin embargo uno de los elementos importantes de la eficacia del tratamiento, que se está perdiendo, es el uso de oraciones como el Padre Nuestro o el Ave María; "Porque dicen que le quita el ojeado dicen, se le pasa un chile serrano, un chile seco, se le pasa pero cruzado, el que viene aquí, aquí pasa y aquí sigue, solo así se va hacer, pasa aquí, pasa allá y después se mete en un agua. Junto con el limón, si el niño esta ojeado y esta mal, esta mal, se va a rezar un Padre Nuestros y se reza 3 Padres Nuestro y con el chile se le va diciendo: se esta curando, se esta curando, se esta curando, se esta curando... y se le pasa el chile y se le pasa, se le pasa,

¹⁹Lo utilizan de la misma forma en que se usa el huevo.

que se le quite, que se le quite, que se le quite, entonces se alivia, se alivia, se sana con eso se alivia el muchachito, eso si es puro bueno. Ese remedio es puro bueno.” (Entrevista No.40) Una minoría de comadronas también explicaron que utilizaban orines para curar a los niños ojeados, es importante mencionar que en la cultura achí el uso de los orines se evidenció en el tratamiento de diversos males; *“el orín de los niños porque es muy fresco, porque los niños no toman licor, ni comen chile y por eso tiene propiedades curativas” (entrevista No.35).*

“Pero la orina de los niños de 3 a 8 años y de los niños muy sanos y bien vitaminados, nunca se debe utilizar la orina de algún niño enfermo porque sino contamina al otro”. (Entrevista No.32)

Hasta aquí se ha expuesto el tratamiento aplicado por las comadronas para tratar el mal de ojo, sin embargo es importante mencionar que la intervención de la comadrona se da porque ella intenta solucionar principalmente la eficacia simbólica y otros padecimientos que competen de saberes especializados.

En el tratamiento para la curación del ojo intervienen diversos elementos, sin embargo llama la atención que conocimientos populares (como el uso de los siete montes y del huevo) y conocimientos bio-médicos; (uso de medicamentos para la elaboración de un remedio casero) se manifiesten conjuntamente. Se hicieron varias preguntas a las comadronas para tratar de buscar la lógica o la efectividad de articular esos conocimientos. En sus respuestas explican que se busca una efectividad rápida del tratamiento que se aplique o del remedio casero que se dé, muchas comadronas no pueden explicar él ¿por qué? Articulan esos dos conocimientos, pero dicen que la experiencia les

ha enseñado que las dos terapias combinadas, (siete montes-huevo con remedio casero elaborado a partir de medicamentos) repercute en la efectividad y la consecución del alivio es rápida; *"Así hacemos siempre porque es importante darle mejoralito y bebetina para que se cure, porque si se le da solo planta no se cura y si se cura está bien sino, se tiene que ir en el centro de salud porque si está muy grave ya no lo reciben lo tienen que mandar en Salamá (al hospital) para que no se muera porque nosotras solo estamos probando preparar si se cura con plantas. Porque hay enfermedades que se curan rápido y porque Dios también ayuda y si no se cura se tiene que ir en el centro de salud"* (Entrevista No.18). Otra lógica que explica la articulación de dos conocimientos provenientes de diversas racionalidad, es la aparición de la fiebre, razón por que la que debe utilizarse medicinas que combatan dicho síntoma; *"Así es la costumbre, pero también no es cualquier monte lo que se busca, sólo se busca lo que es medicina, pero así solo la planta no cura tiene que ser combinado y por eso Dios nos ha dejado plantas que son medicina."* (Entrevista No.29), *"Porque el Alka Seltzer es muy bueno, luego baja la temperatura de los niños, y ese limón también es muy bueno, si no hay Alka Seltzer es bueno el limón, solo limón con ruda, bien colado y se le da al niño y se le quita ya, ahora si es fuerte tenemos que comprar alka seltzer porque yo tengo mis nietos, dos de ellos , yo solo yo le curo eso, dos niños que tengo allí en la casa".* (Entrevista No.20)

Las comadronas recurrieron a la dualidad maya frío-caliente, para explicar que el tratamiento de la enfermedad consiste en contrarrestar ese equilibrio roto, o sea que el mal de ojo es una enfermedad "caliente" y es por ello que se debe curar con un remedio fresco que contra reste la

fiebre en la cabeza y en el estómago; *"Alka seltzer sí, bebetina sí, y este mejoralito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar un Sal Andrews o sea un Sal de Uvas, sí, ese porque es fresco."* (Entrevista no.12).

Pero el remedio casero basado en medicamentos además de ser fresco, se elabora para que el niño vomite y saque la molesta flema. La lógica de aplicación de ésta terapia se puede relacionar con la causa de mortalidad infantil en Guatemala; las infecciones respiratorias, éstas se caracterizan porque a los niños menores de 12 meses se les obstruye las vías respiratorias, el provocar un vómito hace que los niños se liberen de las flemas que tienen, es por ello que la terapia aplicada por las comadronas sirve para aliviar esa molestia que tienen los niños.

Se puede concluir entonces que éste es un paso determinante en el tratamiento, sin embargo se les preguntó deliberadamente a las comadronas que ocurría si el niño no vomitaba la flema, qué tan eficaz podría ser el tratamiento; *"Le quedan por dentro esas flemas que lo ha juntado, por a veces cuando se pone a chillar y arrojar el niño, se junta esa gran flema, flema que tiene por dentro, eso era lo que hace daño en su estómago, y eso era. Por eso si es bueno que se le dé eso porque se le lava y vomita todo, lo arroja. Cuando no lo vomita se queda todo, se calma un poquito y vuelve otra vez, se calma un poco y vuelve otra vez, es como una bilis que queda, le quedan aires en su estómago y es por eso que le da dolor de estómago, le da asiento porque no se le lava y no lo saca,*

no tiene capacidad para sacar, para vomitar, es muy duro.” (Entrevista No.42). Las respuestas que dieron las comadronas son diversas y en ellas se puede ver claramente que hay una tendencia a relacionar la efectividad del tratamiento con el vómito, y si no se logra el vómito el niño continuará con la molestia hasta que finalmente pueda sacar el mal, como un “asiento” (diarrea) o se puede tratar de nuevo al niño para lograr que vomite; “Eso ya le dije a usted con un tirarosa, con ese que le dije a usted, se toma dos cucharadas, arroja un poquito y ya salió la flema dicen, ¿Qué pasa si el niño no arroja? Le va a dar su asiento, le da su asiento siempre un poco, le dan asientos, si no lo arroja, le dan asientos, ya estuvo, ya se pone contento el niño, un tirarosa y el otro que le dije”. (Entrevista No.40), “Y lo curamos de ojo y no se lo damos y le queda un quejido, un quejido y nosotros nos preguntamos ¿por qué? porque no sale la flema, ella no siente el olor.” (Entrevista No.45)

En el tratamiento del mal de ojo se puede observar perfectamente la conducta pluralística de las comadronas, se ejemplifica la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficiencia para el restablecimiento de la salud. Es por ello que este padecimiento debe ser entendido y explicado en la fusión de éstas dos racionalidades (la bio-médica y achí-maya), ya que él analizarlo bajo la óptica de una sola no proporciona los elementos necesarios para su explicación.

2.3.- El pujido:

No se conoce un documento que estudie con profundidad, dicho padecimiento algunos textos²⁰ que se refieren a las

²⁰Consúltese el artículo de Alfredo Méndez Domingo, ponencias y escritos de la Instancia Nacional de Salud.

enfermedades tradicionales, solamente hacen mención de los lugares en donde se ha reportado la enfermedad.

Esta enfermedad la sufren los niños pequeños menores de 3 meses; *"El pujido es porque se tuerce el chiquito, se va hacer así y a cada rato, entonces el ombligo ese es el que se sube para arriba, porque el pujido le da cuando tiene un mes o dos meses el chiquito, 3 meses tiene el chiquito, entonces ya no le da porque ya está grande, recién nacido se le da ese pujido."* (Entrevista No.41), el pujido tiene menor incidencia en comparación con el mal de ojo. Durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo se presenciaron dos curaciones de niños ojeados, mientras que no se pudo hacer ninguna observación de niños con pujido.

Dicha enfermedad no se explica en la dualidad maya frío-caliente, sino que se explica en el principio de la ley de contacto²¹, (lo semejante produce algo semejante). La enfermedad del pujido se origina porque la madre embarazada aspira humo contaminado, puede ser: humo de un cigarro : *"Saber por qué, hay unos que dicen porque el padre fuma cigarro o toman mucho, el olor lo jala el niño."* (Entrevista No.38), *"Eso sí, de pujido porque fíjese que un su cigarro se fuman cuando está el chiquito, cuando está tiernito."* (Entrevista No.39), o el humo contaminado de las camionetas, *"Pues yo si que no he podido reflexionar más sobre eso, por qué como nacen puros, tranquilitos y bien, y de repente que, empiezan, pero hay veces de que nos dicen unos es que confiesan de que cuando uno fuma mucho cigarro cerca de la mujer embarazada por eso, o por la humasones de la camioneta, hay veces que lo a tragado la*

²¹De George Frazer.

señora y el niño ya viene de por sí contaminado desde que viene desde el nacimiento, dicen, es por eso que se produce ese enfermedad el pujido, porque eso es que se estira y se estira. Si es muy fuerte se hincha el ombligo y comienza a sangrar." (Entrevista No.42), aunque algunas comadronas además del humo del cigarro, también explicaron otros elementos mágicos:

"Bueno yo he oído, nada más he oído, hay un hombre que fuma un cigarro cerquita del nene y es por eso que da ese pujido, ese pujido, como se llama, porque fuma cerca, por eso va a pasar eso, va eso es uno, y dicen que si hay un señor que viene a ver el nene y se está lavando su ropa de nacimiento, se jode el nene, ese es otro." (Entrevista No.40)

La enfermedad se puede identificar o diagnosticar por el pujo que presentan los niños menores de seis meses y precisamente a ello se le debe su nombre. Pero a diferencia del mal de ojo, los niños están molestos porque pujan demasiado: "El pujido es que no se duerme, llora mucho, ya no mama y ya no se duerme y se despierta mucho y se estira mucho." (Entrevista No.38), "Es que el niño está pujiendo y pujiendo y no se tranquiliza cuando se le da de mamar, no se le detiene, hasta que lo curamos, se cura tres veces y así se sana." (Entrevista No.39). Esta enfermedad se relaciona con el mal de ojo, ya que cuando éste se complica se convierte en pujido; "Si aparte es el ojo, entonces, pero dicen que de eso depende el pujo. Primero se ojea y de eso queda como una fiebre sí, primero se ojea y de allí queda como una fiebre y eso es más fuerte, porque el niño tiene unos pujidos, se pone negro, negro, pero dicen que esa fuerza que echan es como una disentería, que ellos sienten ensuciar, pero es fuego en sus nalguitas." (Entrevista No.45)

La técnica utilizada para tratar el pujido es el desahumerio²², este recurso utilizado responde claramente a un proceso de eficacia simbólica. Se utiliza el humo como un medio purificador al igual que el agua en los niños pequeños y recién nacidos. Las comadronas explicaron que los niños pequeños se desahúman para protegerlos de enfermedades. Insistimos en señalar que esta terapia cumple con una eficacia simbólica, ya que para los conjuntos sociales achís este tipo de terapias son tan importantes y efectivas como las que hace un médico; *"Solo cuando nacen porque cuando nacen, dicen que de costumbre de antes, de mi comadrona, cuando ella me asistió a mí, entonces ella me decía que había que desahumarlos cuando nacen, pero de 3 días de edad, para poder desahumarlos, me decía la señora, porque trae muchos hielos en el estómago y vienen llorones, es que algo les duele, me decía ella, entonces, ella los desahumaba, pero con romero, se juntaba romero en un plato viejo y desahumaba los pañales y los ponía así encima del desahumerio, así hacía ella, me decía que también era para evitar el ojo.*

Si, a según la enfermedad, como no, como decir el romero, esa clase de medicina, que dice que es para que no sean llorones, porque alguna cosa traen y como no sabe uno, entonces traen esa cosa que les molesta y solo Dios sabe en qué forma, ellos están molestos, entonces es por eso que está el desahumerio de ese monte del romero y también dicen que es para evitar lo del ojo, así no hay necesidad de

²²Las comadronas utilizan ese término en vez de: sahumero, según el diccionario de la Real Academia la definición del término es: Dar humo aromático a una cosa a fin de purificarla o para que huelga bien.

estarlo tapando, hay personas así de que he visto yo.”
(Entrevista No.31)

El tratamiento para curar el pujido como se ha apuntado anteriormente, responde más a parámetros de tipo ritual o ceremonial, en donde el humo de ciertos elementos animales (como las espinas de tacuacín) y plantas medicinales son quemadas, finalmente es el calor y el humo quienes hacen la función curativa, se presentamos cuatro casos con ciertos paralelismos en donde las comadronas explican el proceso:

CASO I: *“entonces yo he curado ese pujido porque eso tuvo un mi nieto, entonces le pregunté yo: ¿Qué le pasa al niño? A saber mama, me dijo, es que yo no sé pues, porque es el primer hijo, entonces al otro día, cortó la espina de tacuacín, hay otros montes, es otro monte que hay aquí, es un monte blanco, le dije yo, hay que hacer esto y le decís a tu mamá que te traiga ese monte. Le dijo su tía, entonces yo me llevé el monte, y lo quemamos, es quemada la espina de tacuacín y es quemado ese monte, entonces lo pasamos en todo el pañalito, se pasa encima del humo, entonces al chiquito se envuelve en un trapo se pasa encima del humo, ese son 7 vueltas que se le dan en el humo, pero no se quema, si no que está echando el humo, se le pasan todos los pañalitos y cabal ya estuvo, eso es para curar el pujido, eso no es un aceite, no es un que... Eso es solo el humo.”* (Entrevista No.41)

CASO II: *“pero a veces que eso no se cura con medicina, solo con montes se puede curar, se quema, no sé como se le llama al monte del campo, canilla de sope, hoja de sope, como se le dice, pero más canilla de sope, ese es bien buenísimo para eso, pero solo es contado que se pone eso,*

como son 7 montes que se le hace, pero es quemadito y se le pasa al niño en cruz. Se quema el monte, pero es un montón porque son 3 hojas de cada cosa, de las plantas, se quema una clase de espina y la canilla de sope y un poco de. Dos clases de espinas, y un poco de chilca y se les quema y se les hace el mismo encima embrocado y se le toca, cuando se le pasa se le toca, embrocado, se le aplaude aquí en su pulmón, le damos palmaditas, y solo con una mano es que se le hace así, en cruz, eso es solamente la medicina. El popo de paloma se va quemado con ese monte, pero son contados, no en el montón, porque si no se ahoga el niño también, y todos los pañalitos, las colchas que el niño tiene para envolver a él o a ella, eso todo se pasa allí, se le hace y se le saca eso y se le ponen un en vaso y se le vuelve hacer, por 3 días, a la otra semana y 3 días, o sea a los 3 meses" (Entrevista No.42)

CASO III: "Hay unos montes que se llaman, no sé como se llama, pero para que hay tanto en la aldea de Pahoj, medio blanco, ese hay que quemar, hay que quemar y hay que sacar la ropa del niño, y hay que echar encima el humo, toda su ropa y la va a sacar la ropa puesta y hay que pasarla por el humo, solo con eso, solo con eso, y más no." (Entrevista No.43)

CASO IV: "Para el pujido entonces un poquito de tacuacín, de cómo se llama, pero no es de mero tacuazín, espina de tacuacín de cómo se llama, pero no es de mero tacuacín, se corta tacuacín de espina, de esas 7 espinas, hay que echar en un plato de... y un poquito de caña que ya está chupada, chupada, chupada, de esa que está tirada, entonces hay que preparar eso, hay que echarle con las espinas y un poquito de suquín de espinas, así de tamaño... Esas espinas para que lo quiten y en veces hay que hacer eso, pero primero las piedras para moler, entonces hay que

buscar una toalla del niño, hay que buscar... si es varón el niño hay que buscar una niña de 8 años, para que lo crucen en la piedra, lo cruzan así, lo sacan allí, lo sacan así, lo meten para que lo crucen así es el secreto, así se quita el pujido, ese es, si lo echan en su boca, esa manteca de..., porque dicen las gentes grandes, las gentes ancianas, es pura valor, valor adentro, valor en su corazón dicen, para que la manteca de.... lo saquen, y la piedra de moler lo sacan, eso es, es consejos de nuestros ancianos, de nuestros padres.” (Entrevista no.44)

Vemos que en todos los testimonios el recurso terapéutico utilizado es el humo, también se observa que las comadronas no conocen el nombre de la planta que utilizan pero explican que es de color blanco, algunas comadronas explican que son necesarios algunos movimientos en cruz de los pañales y ropa que utiliza el niño.

Este tipo de padecimiento se explica mejor si lo referimos a terapias de tipo ritual y ceremonial. El humo y el olor son elementos muy poco estudiados en el ámbito ritual, ceremonial y simbólico, no existen estudios arqueológicos y antropológicos sobre el tema, al menos no en Guatemala.

Y este padecimiento llamado “pujido”, tiene elementos que lo orientan y explican cuando son remitidos a un ritual purificador.

Las evidencias sugieren que existe una lógica: en primer lugar se da entre niños menores de 6 meses, edad que en la cosmovisión maya se relaciona con un estado de pureza, en segundo lugar el humo que se utiliza para “desahumar (sahumerio) la ropa” es un humo especial conformado por ciertos elementos: espinas de tacuacín²³ y plantas

²³Algunas madres dijeron que utilizaban espinas de puercoespín, pero ésta confusión se debió a que las comadronas tuvieron que decirme el nombre en castellano y no en achí.

medicinales, que posiblemente han de poseer una connotación sagrada. Y en tercer lugar el tratamiento en sí, el uso del humo; es básicamente ritual. Como se insiste en el comienzo de éste capítulo, las representaciones de los padecimientos también forma parte del legado cultural que atienden las comadronas en Rabinal, Baja Verapaz.

2.4.- La caída-movida de la matriz:

En la revisión bibliográfica que se hizo tanto en Guatemala como en México solamente en un texto²⁴ se encontró la referencia a este padecimiento, razón por la que se intentará presentar datos relevantes y específicos sobre éste padecimiento.

Durante el trabajo de campo no se podía establecer la diferencia entre movida y caída de la matriz, ello se debe a que la enfermedad abarca diferentes facetas: una en la que puede verse físicamente como sale y cuelga la matriz, otra; aunque no se vea a la matriz que sale y cuelga, se **siente** que la matriz sale y cuelga, existe otra que se da durante el período de post-parto. Debido a que no es clara la definición de la enfermedad se sugiere para fines de la presente investigación; "movida-caída de la matriz". Este es un padecimiento que se presenta en mujeres; sean éstas solteras o casadas.²⁵

La caída-movida de la matriz en el período post-parto; El capítulo sexto indica el papel de orientadora que la

²⁴El documento es el de Virginia Mellado.

²⁵Vírgenes o no vírgenes.

comadrona tiene, respecto de la abstinencia sexual en el período de post-parto, pero como existen casos en que los hombres obligan a las mujeres a tener relaciones sexuales, por ello la visita de la comadrona es indispensable para solventar el problema, algunas comadronas explicaron que también ese problema se puede interpretar como caída-movida de la matriz; *"Porque no se cuidan cuando dan a luz a un niño y los esposos no las respetan de las dietas de los 40 días o dos meses, de no tener relaciones sexuales. O también cargan cosas pesadas cuando están recién alentadas, también porque no se fajan bien cuando dan a luz"* (Entrevista No.35).

En el testimonio se reconoce una condición delicada en la mujer, en el período de post-parto en donde no se debe hacer esfuerzos y no se debe tener relaciones sexuales. Algunas comadronas refirieron esa condición al explicar la caída-movida de la matriz, sin embargo este padecimiento no se presenta únicamente en el período de post-parto sino también tiene otras connotaciones.

Debido a que no existe una diferencia tangible entre la movida y la caída de la matriz, veamos en palabras de las comadronas cuáles son las diferencias que ellas encuentran:

TESTIMONIO I: *"Pues es lo mismo con la caída. La caída es más difícil y más doloroso porque ya no se sabe si regresa a su lugar o no y es mejor mandarla al hospital, porque nosotras únicamente la canchita aquí de colgarlas y como al médico Dios le dio sabiduría"* (entrevista No.33)

TESTIMONIO II: *"La diferencia es que la caída es más peligrosa porque puede provocar la muerte, si no se trata*

a tiempo, en cambio la movida solo con algunas sobadas se compone o sana" (Entrevista No. 35)

TESTIMONIO III: *"Cuando es solo movimiento de la matriz, pues lo que da es un simple dolor de cintura, pero ya al caer la matriz, ya son dolores fuertes, porque la persona ya no camina normalmente. Entonces con un movimiento que la matriz hacen empiezan unos dolores, pero dolores no fuertes, sino que simplemente sencillos. Pero ya la caída de la matriz si son dolores fuertes."* (Entrevista No.30)

TESTIMONIO IV: *"La matriz camina y a veces baja en una de las piernas porque en las piernas hay ventanas, pero a veces sale por la vagina, cuando se va por las piernas no sale afuera" (entrevista No.32)*

No hay un consenso entre las opiniones, sin embargo si se puede ver una tendencia en torno a la gravedad, la movida de la matriz no es tan complicada como la caída de la matriz. Sin embargo las razones de la enfermedad son las mismas. Las comadronas explicaron que se puede detectar el padecimiento porque cuando las mujeres caminan sienten que se le cae algo; *"Ella me dijo que siente que tiene una pepita de jocote y cuando se toca le duele mucho, ella dice que su matriz está caída, porque cuando camina siente que se le va a caer algo, por eso dice que su matriz está caída, pero yo no sé si es su matriz o no, pero yo así le hice y se curo."* (Entrevista No.12), se puede palpar y localizar una "chibola", sin embargo la forma de diagnosticar la enfermedad entre comadronas es diferente; *"Como yo los examino y me doy cuenta que tiene y como yo tengo en mi mente, como yo escucho si es caída de matriz solo toco su estómago y si escucho ruido es porque su matriz no está en su lugar y donde se escucha el ruido allí está su matriz y si está bien no se escucha nada, pero de*

todos modos se tiene que sobar.” (Entrevista No.29).

Continúan explicando que ese síntoma se debe a diversos esfuerzos que realizan las mujeres ancianas; *“Fijese señor que eso está en un descuido, y como nosotros ya estamos grandes, entonces vamos hacer una fuerza grande, porque como aguantamos y tenemos resistencia pues lo hacemos y nos echamos una gran carga en la cabeza, como en la cabeza tenemos que hacer más fuerza y entonces va de esa forma, se baja esa cosa, se baja porque estamos haciendo muy demasiada fuerza, y también pasa con las menores, también porque si están recién compuestas o que tengan su regla, entonces hacen mucha fuerza también, que porque son muchachas tienen potencia, tienen resistencia para hacer fuerzas, también ya a los pocos tiempos se les sale esa cosa, a los pocos días se sale, que ya están molestas y les duele aquí, las canillas, las piernas, porque eso ya viene para afuera, entonces si hay que sobarlas bien.” (Entrevista No.31)* o jóvenes, *“... como sabemos que las muchachas juegan pelota y también caminan en bicicleta y como viven lejos se cayeron y se golpearon la cintura, vinieron a buscarme me dicen que quieren examen y yo le pregunté si está embarazada y me dijo que no, dijo que también tiene dolor de espalda y siente que tiene una chibola en su estómago.” (Entrevista No.19)*

El tratamiento utilizado por comadronas, para la movida-caída de la matriz consiste en colgar a la paciente de las piernas o reclinarla en forma inclinada en una cama con las piernas en alto y la cabeza abajo, luego se debe “sobar” a la enferma con algún tipo de ungüento (pomada, balsámico, moliente, etc.), posteriormente se debe fajar a la mujer, algunas comadronas después de la maniobra dan un remedio casero y finalmente dicen a las enfermas que deben guardar un tiempo prudente de reposo. A continuación se presentan

cuatro testimonios en donde las comadronas explican el tratamiento:

CASO I: "O sea que una mujer vino con ella que no estaba embarazada, ella siente en la matriz que se ha salido, entonces lo que ella hizo es que puso la cabeza abajo, los pies arriba, solo así, entonces ella la sobó, la sobó y le dio golpes en los pies con eso se alivio y la mujer vino agradecerle" (Entrevista No.12)

CASO II: "Eso no es verdad de que se cuelga, porque yo he curado creo que 3, no es necesidad que se cuelga, hay que traer una pomada, pero bien hasta las canillas, entonces hay que sentir cómo va aquí, hay que sentir, si le va la bola aquí, entonces ya se fue para arriba. Acostada la mujer, así es, no parada, no sentada, cómo se va a colgar si hay que levantar. Para la tomada: se toma un manojito de pericón y traer 8 tabletas de chocolate para el dolor de su corazón, entonces hay que echar en el fuego un poquito de ese pericón y un su chocolate, se le puede dar a esa señora, cuando está caída la matriz. Yo le digo que compre un octavo anisado (aguardiente anisado) y compre un manojito de ese pericón, hay que cocer y hay que dar un poquito el guarito de anís, eso no más." (Entrevista No.14)

CASO III: "Es cierto, ya le cure a una, tiene 63 años, se le cayó la matriz, entonces si está por fuera, porque estaba así mero por fuera, cuando se siente solo un lazo se siente así, porque no se puede sentar y se moja su ropa, entonces en su cama lo que hice fue así, le hice yo así y así se fue su canilla para abajo y lo sobe y para arriba, arriba, lo sobe yo como 8 días, porque ella es gente grande, igual que yo de canosa, entonces yo también, lo caliente con braza, así como le dije, lo subí pa'rrriba, lo

subí pa'rrriba, cuando ya se sintió se subió para arriba.
Otro día ya pudo andar, la fajé bien y ese éter le dí yo a ella también, ya ve ahora viene hacer su plaza la pobrecita, sano bien." (Entrevista No.20)

CASO IV: "primero con aceite de comer, se soban y después entonces la fajamos y hay que pegarles en los pies, así mire, en la planta del pie, en las plantas de los pies, colgadas para que regrese en su puesto. Así he hecho yo con las señoras grandes o sea con las menores. Me vienen a buscar, que aquella buya, qué hacemos, y está afuera ya, tiene un resto afuera y eso molesta y como duele aquí, me vienen a decir y entonces me voy yo, pero buscan faja, les dijo yo, tienen que prepararme la faja y aceite de comer y la pomada que sea caliente para sobarla, la medicina que sea de calidad que sea caliente, entonces yo tengo que agarrarla así mire, me la van a colgar, porque yo no puedo, en esa forma si yo no puedo, yo solo a sobarla voy. Entonces viene el marido, el esposo, si está pues mejor, porque él es quien va hacer eso, y si no hay quien, y si no hay esposo, entonces tienen que buscar una persona varón, para que haga eso, ¡qué vergüenza, ni qué nada! Allí abajo, calzón abajo y todo, porque yo tengo que pasar la mano por todo el cuerpo, hasta abajo y de allí viene la otra sobada así, se encuentra la sobada, entonces ya es para arriba, por aquí arriba, entonces ya se sobó bien ya se calentó, y ya regresó, ya se fue, vaya entonces ya se va bajando poco a poquito, ya viene la faja, con la misma faja que la colgaron, se saca, la desatan y ya viene aquí, de la cintura bien fajada, pero tiene que tener tratamiento, si quiera por lo menos 40 días, para que así no tenga ejercicio, sino vuelve otra vez, no se le quita, se le quita unos momentos y de allí como ya están en oficios parada allí, haciendo ejercicio, se baja otra vez, regresa,

entonces para qué, no le sirve para nada. Pues entonces así, eso es lo que yo he entendido" (Entrevista No.31)

En algunos de los testimonios de las comadronas la vagina llega a verse físicamente entonces parte del tratamiento aplicado consiste en introducir de nuevo la vagina en su lugar y después se sobará y se fajará a la enferma.

Este padecimiento no se explica en términos de la dualidad maya frío-caliente como el mal de ojo, tampoco intenta solventar una eficacia simbólica como el pujido, este padecimiento al igual que el de la caída de la mollera se asocia con la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, clasificación de las enfermedades del Dr. Hurtado. Sin embargo se han dado casos entre mujeres indígenas ancianas de Rabinal en que se ha visto a éstas con una parte de la matriz colgando, razón por la cual es preciso realizar estudios epidemiológicos sobre profilaxis uterina, entre mujeres indígenas mayores del área rural en Guatemala, para constatar la presencia de la enfermedad en términos biomédicos.

Aunque es difícil establecer la diferencia entre movida y caída, el hacer una interpretación de los testimonios de las comadronas, se puede entender que la movida de la matriz es el padecimiento en donde el órgano se desplaza de su lugar, esta representación que tiene los achí respecto de que ciertos órganos del cuerpo humano son movibles es de ascendencia maya. Al respecto de esta interpretación, durante el trabajo de campo se les pidió a las comadronas que dibujaran lo que pasaba cuando a las mujeres se les movida-caía la matriz y en los dibujos se puede apreciar como ellas dibujan el desplazamiento hacia los lados o hacia afuera. Debido a ésta concepción que se tiene del

cuerpo "la movida de la matriz" órgano que es interno y que no es visible, este es un padecimiento que solo puede ser tratado por comadronas. Pero los casos en donde ha habido una caída de la matriz y debido a que es un padecimiento ubicado en uno de los órganos que más pudor y prohibición hay respecto de la intromisión de personas masculinas ajenas al núcleo familiar, la consulta a la comadrona se vuelve obligatoria.

Hasta el momento se ejemplificaron 4 padecimientos que corresponden a saberes, prácticas y representaciones de comadronas achís, sin embargo es importante advertir que no en todos los casos la conducta es pluralística, ello depende del tipo de padecimiento y de la rápida consecución del alivio. Es así como en el pujido más que una terapia pluralística, se busca una eficacia simbólica.

En el cuadro siguiente se presenta un resumen de los cuatro padecimientos analizados con profundidad.

Cuadro No. 51

Resumen de los cuatro padecimientos tratados por Comadronas

Padecimiento	Nosotaxia Popular	Población afectada	Causalidad	sintomatología Diagnóstico	Terapia	Tipo de eficacia
Caída de la mollera	Rompimiento del equilibrio o mecánico del cuerpo	Niños menores de 6 años	Poca atención o cuidado del niño, se caen, se sangolotean	Depresión de la fontanela en la cabeza	Se cuelgan de cabeza, se les introduce el dedo en la boca, se soban	Simbólica, advierte sobre los cuidados que deben tener los niños pequeños
Mal de ojo	Proceso que implica algo mas que una enfermedad	Niños menores de 12 meses	Desequilibrio de lo frío-caliente por un exceso de calor	Fiebre en cabeza y estómago, manos y pies fríos, llanto excesivo, diarrea.	Se pasan los siete montes, uso de huevo, gallina o pato, se da remedio caseros para que el niño vomite la flema,	Simbólica para restaurar el equilibrio perdido, farmacológica para bajar la temperatura
Pujido	Contaminación de un estado de pureza (niño)	Niños menores de 3 meses	Aspiración de humo contaminado, se relaciona con el estado de purificación	Excesiva presencia del pujo, afecta el ombligo,	La ropa del niño y otras prendas son pasada por un humo especial	Simbólica, ritual de purificación.
Caída - movida de	Rompimiento	Mujeres adolesec	Transgresión del rol	Desplazamiento físico-visual o	Se cuelgan de cabeza, masajes,	Eficacia simbólica, masaje

la matriz	del equilibrio o mecánico del cuerpo	en- tes y adultas	femenino por tareas y esfuerzos del rol masculino, no guarda dieta post-parto	perceptivo-sensorial de la matriz	remedios caseros, inmovilización, faja.	relajante y toma de remedio casero.
-----------	--------------------------------------	-------------------	---	-----------------------------------	---	-------------------------------------

3.- ALGO MÁS QUE PADECIMIENTOS: REPRESENTACIONES, PRÁCTICAS, TÉCNICAS Y TERAPIAS:

Los padecimientos expuestos en el capítulo no pueden clasificarse dentro de los parámetros bio-médicos de "enfermedad". Todos los padecimientos, terapias y técnicas forman parte de una racionalidad achí en torno al proceso salud/enfermedad/atención.

En el análisis de los padecimientos atendidos por comadronas, se recurrió a diversos procedimientos para su interpretación.

Debido a que la mollera caída es un padecimiento que responde a una eficacia simbólica entre madres y comadronas en el área achí, pero a pesar de ello la bio-medicina ha tratado de vincular el mal con la deshidratación. Se propone no sólo para interpretar el padecimiento, sino también para su tratamiento; un comportamiento pluralístico que recurra a una eficacia simbólica entre las comadronas y a la medicalización del suero oral.

Respecto al mal de ojo, se observa la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficiencia para el restablecimiento de la salud. Es por ello que este padecimiento debe ser entendido y explicado en la fusión de éstas dos racionalidades (la bio-médica y achí-maya), ya que él analizarlo bajo la óptica de una sola no proporciona los elementos necesarios para su explicación. Es importante también no perder de vista que el mal de ojo se interpreta en términos achís como una representación y no como un padecimiento. Ya que éste implica el desencadenamiento de una fuerza negativa que se manifiesta

en diversas formas. Se intenta aplicar una terapia para restaurar el equilibrio que se ha perdido. Esta cosmovisión no puede interpretarse en términos de la ciencia occidental.

El pujido es un padecimiento, que debe situarse en un punto intermedio; entre un tipo de enfermedad y un ritual de purificación. Ya que se considera un padecimiento o una enfermedad porque se diagnostica y se reconocen determinados signos y síntomas, pero toda la terapia que se aplica está encaminada a identificarlo como un ritual o ceremonia.

En igual forma la caída y la movida de la matriz es un tipo de padecimiento que no está bien definido entre madres y comadronas en Rabinal, porque a pesar de que son dos padecimientos diferentes, los testimonios dados por las comadronas no enfatizan en la diferencia. Se diferencian porque la movida de la matriz es un padecimiento que requiere más de una eficacia simbólica, mientras que la caída de la matriz es un padecimiento que involucra la aplicación de una terapia en particular, que se basa en masajes, toma de remedios caseros y reposo.

Como se insiste en el comienzo de éste capítulo, las representaciones de los padecimientos también forma parte del legado cultural que atienden las comadronas en Rabinal, Baja Verapaz. Todos estos padecimientos son comprendidos cuando se utilizan categorías de la cosmovisión maya.

Algunas investigaciones²⁶ sobre el tema, basan el análisis de los padecimientos en la racionalidad científica, sin

²⁶De nuevo me remito a los estudios elaborados por Adams, Hurtado,

embargo es necesario que para el análisis de los padecimientos confluyan distintas racionalidades. Basta con señalar que las representaciones de los conjuntos sociales no pueden ser explicadas bajo un solo punto de vista: (médico, religioso, económico, político, social, histórico).

El objetivo de presentar, describir y explicar los padecimientos, las terapias y las técnicas utilizadas por las parteras de Rabinal, se dirigen a todas las personas que trabajan en el sector salud. Ya que la práctica de las mismas demuestra, que existe más de una forma de conseguir alivio.

El conocer mejor las técnicas y terapias utilizadas por las comadronas, sugieren emplear una forma propia y no ajena en la aplicación de las recetas y fármacos de patente, de racionalidad bio-médica. Es cierto que no todas las recetas de medicamentos pueden enmarcarse dentro de esas terapias y técnicas propias, pero aún así la población tiene las bases y referentes sobre la atención que se debe brindar a un enfermo. La información proporcionada puede utilizarse de base para realizar talleres e intercambios de información en beneficio de la población.

Esperamos también que los hallazgos de ésta investigación sugieran más de una forma de llegar a la población, que sugiera nuevos campos de investigación primordialmente a los estudiosos del área química-biológica, por ser ellos quienes ya han realizado investigaciones respecto de las plantas medicinales en Guatemala. Se espera que se integren equipos multidisciplinarios para validar la

Douglas y Cosminsky.

eficacia farmacológica de los remedios caseros. Se sugiere también que los resultados de las investigaciones sobre plantas medicinales se den a conocer entre los grupos étnicos en Guatemala, en beneficio del bienestar de la población.

CAPÍTULO IX: RE-PENSANDO EL OFICIO DE COMADRONA:

reflexiones finales.

En este último capítulo se presentarán algunas reflexiones y recomendaciones, que fueron producto de la investigación realizada en el trabajo de tesis, sin perder de vista que todo el estudio pretende ser un aporte para el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. Debido a que en cada uno de los capítulos, existe un apartado en donde se presentan las conclusiones más importantes, no se presentan de nuevo las mismas para evitar redundar.

En **primer término** para la discusión teórica del tema fue necesario presentar un panorama del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. A la fecha se tiene información restringida y se conoce poco el desarrollo de ésta, entre los científicos sociales y personas que trabajan en el sector salud, a grandes rasgos el desarrollo de dicha sub-disciplina se presenta a continuación.

En Guatemala en los últimos cincuenta años, se han desarrollado diversos enfoques y tendencias respecto del proceso salud/enfermedad/atención entre indígenas y no indígenas. Debido a la importancia de algunas investigaciones, la cita de los estudios realizados por: R. Adams, J. Hurtado, B. Douglas y S. Cosminsky se han vuelto obligatoria, por los aportes que cada uno de ellos proporciona. Posteriormente y en la década de los ochenta, comienzan a perfilarse tres tendencias que intentarán abordar la temática. Éstas son: La Etnomedicina o Medicina Tradicional planteada por Elba Marina Villatoro en el CEFOL de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). El RAP (Procedimientos de Asesoría Rápida)

planteada por Elena Hurtado y Susan Scrimshaw en el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP). Y la Etnobotánica y fitoterapia planteada por Armando Cáceres y su equipo en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC. Dichas tendencias toman de base algunos planteamientos brindados por OMS y OPS referentes a la inclusión de la medicina tradicional, sin embargo no todas se basan en planteamientos teórico-metodológica provenientes de las ciencias sociales ya que prácticamente dos de las tres tendencias se desarrollan en el seno de las ciencias técnicas y no sociales.

Sin embargo, en el desarrollo de los últimos cinco años en Guatemala se está perfilando una nueva tendencia que intenta entender el proceso salud/enfermedad/atención basándose en la existencia y articulación de tres sistemas diferentes¹. Esta nueva tendencia, que sería la cuarta, si tomanos en cuenta las otras tres formuladas en la década de los ochentas. Son dos las instituciones que intentan adherirse a esta nueva propuesta; la Instancia Nacional de Salud y en el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La revisión bibliográfica realizada para la discusión teórica en ésta investigación, evidencia que existe un rechazo generalizado de: racionalidades, saberes y prácticas distintos a los núcleos de la bio-medicina. El rechazo se refleja principalmente en las políticas y estrategias aplicadas por el sector salud en los países en desarrollo.

¹El nombre de cada uno de los sistemas o modelos cambia de terminología de acuerdo al autor, los autores más importantes que han realizado estudios sobre dicha propuesta son: Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y equipo, Sheila Cosminsky.

Respecto del tema "parteras", toda la política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos y así parcializan la actividad de la comadrona. Se han creado los instrumentos necesarios como; la educación en salud, los conocimientos, actitudes y prácticas CAP, etc. para consolidar una sub-disciplina que impone y explica lo que la comadrona debe hacer, para así relegar y subordinar toda la significación cultural del oficio de partera en las comunidades indígenas.

Varios estudios e investigaciones han evidenciado la incapacidad que tiene el sector salud estatal para la atención de la salud, ya que las medidas tomadas por éste son paliativas, y aunque, toman de base conocimientos y prácticas tradicionales, ello se hace como medida impositiva y continúa de fondo el carácter hegemónico e intolerante respecto de las otras prácticas, saberes e ideologías. Es necesario por ello que existan propuestas diferentes que intenten articular las prácticas, saberes, representaciones e ideologías distintas, como lo pretenden ser las orientaciones teórico-metodológica que se han elaborado en centros de investigación de las ciencias sociales², principalmente en México.

Para éste trabajo el objeto de estudio fueron los saberes, prácticas y representaciones de las comadronas de Rabinal, o mejor dicho; su conducta pluralística, por ello el análisis de la información se ejecutó sobre la base de tres sistemas o modelos de atención: la auto-atención brindada por las madres y luego referida a la comadrona, la

²Entre estos se puede mencionar el CIESAS, el CIESS (ya desestructurado) conformados por los investigadores de la cita de texto anterior.

atención de los padecimientos por los terapeutas tradicionales y los recursos bio-médicos utilizados por las parteras. La utilización del método etnográfico fue necesaria para proporcionar un contexto sobre las personas, su comunidad y vida cotidiana otorgándole al lector una referencia sobre el país, el departamento de Baja Verapaz y el municipio de Rabinal.

Siendo Guatemala, un país pluri-étnico y multicultural, el debate sobre la identificación de los grupos étnicos y las comunidades etnolingüística aún está vigente, es por ello que en **segundo término** es necesario reflexionar sobre la variable etnicidad, ya que la investigación se llevó a cabo en un grupo étnico de ascendencia maya.

Llama la atención que en esa conformación multiétnico, los achí que habitan el territorio de Rabinal y Baja Verapaz tengan una historia particular que los aglutina y los diferencia de los demás grupos étnicos, con una vigencia de por lo menos más de 3,500 años. Así su organización social, los patrones de descendencia y localidad, las prácticas y representaciones que los identifican y a la vez los diferencian como grupo, son ejes determinantes que consolidan al grupo étnico achí. Uno de los aportes de esta investigación, para el debate sobre la identificación de los grupos étnicos en Guatemala, es proponer a los achí como un grupo étnico y no como una comunidad etnolingüística, ya que si éste se caracteriza por su ascendencia maya cultural y lingüística³, existen otros procesos que consolidan su falta de adscripción, principalmente su identificación como grupo diferenciado de los ki'ches.

³Su idioma no tiene diferencias lingüísticas del k'iche

La investigación tomó de base a todas las comadronas que trabajan en Rabinal, no se hizo una diferencia por etnicidad o por religión, sin embargo en el momento de analizar la información respecto de las genealogías, la forma de heredar el cargo, el tipo de padecimientos atendidos y las terapias aplicadas, se comprobó que no existían diferencias entre comadronas indígenas y no indígenas; los saberes, prácticas y representaciones respecto del proceso salud/enfermedad/atención es el mismo para las comadronas que conviven en el municipio de Rabinal.

En Guatemala se han realizado algunos estudios antropológicos sobre comadronas pertenecientes a diferentes grupos étnicos⁴, de acuerdo a los resultados de dichos estudios y a la investigación desarrollada en Rabinal se confirma que las comadronas de Rabinal se diferencian de otros grupos de comadronas indígenas porque éstas no hacen uso del temascal, tampoco se inician en el oficio por la deidad o nawal que corresponde a la fecha de su nacimiento y su reconocimiento ante la comunidad como comadrona no procede por la adjudicación de su cargo por un terapeuta tradicional, sino por una vinculación hereditaria del cargo de comadrona en su familia extensa. El rasgo cultural que las comadronas de Rabinal comparten con el de otros grupos étnicos de ascendencia maya es respecto a la interpretación y manifestación de los sueños como designios, porque en ellos se les revela un aviso o señal respecto del próximo parto que tendrán que atender o respecto de su oficio.⁵

⁴En la bibliografía pueden consultarse los de Elena Hurtado, Elba Villatoro, Pies de Occidente.

⁵En otros grupos étnicos como en los tz'utujiles el cargo de comadrona se manifiesta en la revelación de los sueños y se verifica de acuerdo al nawal y día del calendario maya en que nace la mujer.

Etnicidad y religión son variables que pueden interpretarse como complementarias, dependiendo del desarrollo histórico y social. Para el caso de Rabinal la mayoría de la población es católica, probablemente por ello durante el trabajo de campo no se localizaron comadronas evangélicas.

A partir de ese hecho se puede interpretar que los patrones de tradicionalidad respecto del poder, han logrado perdurar en parte y se han revitalizado y consolidado a raíz de una permanencia dentro de la religión católica, Rabinal es uno de los pocos pueblos que conservan la existencia de por lo menos 14 cofradías indígenas. Debido a esa permanencia de ciertos patrones y a que la mayoría de las parteras son católicas, éstas en parte han logrado mantener sus prácticas y representaciones en relación armónica con otras.

En **tercer término** es necesario establecer los hallazgos más importantes de la investigación y reflexionar sobre los problemas detectados del oficio de comadrona en Rabinal.

A lo largo de la investigación se establecieron las relaciones que ésta como terapeuta tradicional tiene con los diferentes conjuntos sociales.

En una primera esfera de acción, se tomó de base a la familia extensa de la comadrona, en este espacio el rol de una mujer adulta como proveedora de auto-atención no está demarcado en relación con la utilización y competencia de la mujer comadrona como recurso inmediato. No está claro hasta donde llega la auto-atención de la mujer como comadrona o como madre de familia. Sin embargo, la utilización de la mujer comadrona en su familia extensa se da; en los casos de partos y en la atención de padecimientos en niños pequeños, pero éste es un patrón

que ésta comenzando a desaparecer, por la inferencia hegemónica de la bio-medicina principalmente en los integrantes de la familia de la cuarta generación y con mayor educación formal, de allí la importancia de revalidar y refuncionalizar el papel de la comadrona dentro de las familias extensas. Sin embargo esa revitalización del rol de la comadrona debe entenderse en términos de la conducta pluralística en donde estas mujeres puedan optar por ofrecer otro tipo de servicios con racionalidades mayas y bio-médicas.

En un segundo momento, un nudo de acción que compete a la comadrona y que se profundizó en la investigación fue su aparición en el itinerario de enfermedad reportado por las madres de Rabinal, en éste sobresalieron tres agentes: Los promotores de salud rural (guardianes de salud), el farmacéutico y los medicamentos de venta libre, las madres mencionaron otros agentes⁶, pero fueron éstos los más mencionados. Llama la atención que la comadrona no aparezca como uno de los agentes con mayor demanda, esto se explica en que las madres de familia no tienen claro la figura de la comadrona como agente de salud comunitario en términos de igualdad con una enfermera, auxiliar de enfermería o demás personal de salud, sino que ven la figura de la comadrona como un recurso comunitario a quien se busca como terapeuta tradicional y se ocupa de los padecimientos de racionalidad achí-maya. Padecimientos que en la lógica de las madres de familia se clasifican e interpretan en forma diferente a las enfermedades tratadas por los médicos, enfermeras, etc.

⁶Como comadronas, vecinas, amigas, etc.,

En otro orden de ideas, la premisa fundamental que movió esta investigación, decía: los padecimientos tratados por comadronas implican una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales con los saberes y prácticas de la bio-medicina. Sin embargo la premisa no es válida para todos los padecimientos estudiados, porque algunos de éstos requieren de procesos de eficacia simbólica más que procesos de eficacia farmacológica para su alivio. Y en ese sentido también debe entenderse que la racionalidad achí; al igual que para algunos conglomerados sociales la enfermedad o el padecimiento debe satisfacer diversos tipos de eficacias; simbólicas, farmacológicas, afectuosas, etc. Pero como la eficacia simbólica ha sido desplazada o re-funcionalizada en el tratamiento bio-médicos, esta actitud de la bio-medicina ha marginado este tipo de eficacia en los tratamientos fuera de sus esferas, eficacia válida sola en su racionalidad.

La premisa de la investigación se verificó en el padecimiento llamado: mal de ojo; En su terapia intervienen diversos elementos, sin embargo llama la atención que conocimientos populares⁷ y conocimientos bio-médicos⁸ se manifiesten conjuntamente, observándose perfectamente la conducta pluralística y la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficacia farmacológica. Es necesario esclarecer también que en esa racionalidad achí se manifiestan no solamente enfermedades o padecimientos,

⁷El uso de los siete montes (plantas medicinales) y el uso del huevo.

⁸El uso de medicamentos de venta libre para la elaboración de un remedio casero.

sino también procesos que deben interpretarse como algo más que una enfermedad o padecimiento, porque las lógicas que están detrás de ésta racionalidad se basan primordialmente en la relación armónica y complementaria de dos.

Finalmente uno de los hallazgos más importantes es evidenciar la racionalidad achí de las comadronas respecto de los saberes, prácticas y representaciones entorno al proceso salud/enfermedad/atención, en **cuarto término** se explicará esa racionalidad que debe entenderse en términos pluralísticos y no como esencialistas, milenarios y únicos.

La racionalidad achí es vigente en tanto que se utiliza para la atención de varios padecimientos como lo son: la caída de la mollera, el mal de ojo, el pujido, la caída-movida de la matriz, el alboroto de lombrices, el empacho, los aires, el susto, etc. enfermedades que no existen en la racionalidad bio-médica y que generalmente se intenta buscar, bajo ésta óptica, un sinónimo de la enfermedad en términos "médicos", un ejemplo de ello es la caída-movida de la matriz que para las mujeres y comadronas de Rabinal no es entendido como un profilaxis uterino como para los médicos que la intentan diagnosticar y tratar.

Pero ésta racionalidad achí, al igual que la bio-medicina no está conformada exclusivamente por enfermedades, sino también por terapias y tratamientos propios y articulados con eficacias simbólicas y farmacológicas. Algunas de sus terapias provienen de la época prehispánica y otras son origen occidental, pero éstas se han refuncionalizado en el transcurso del tiempo y en la actualidad las terapias utilizadas por las comadronas son: la sobada, los baños de plantas medicinales, el sahumero, colgar de pies a las

personas y el vómito⁹. Algunas de éstas terapias son utilizadas por la bio-medicina, pero contextualizadas con intereses científicos.

Los especialistas en fisioterapia manejan la misma técnica que las comadronas sobadoras, pero existe una profunda diferencia entre la relación que se da entre terapeuta-cliente y comadrona-mujer. El uso de la técnica llamada en términos bio-médicos "masajes" aplicada tanto por fisioterapeuta como por comadronas, demuestra que las terapias utilizadas por las comadronas son eficientes, sin embargo no ha sido estudiado o re-validadas por la bio-medicina. Razón por la cual es necesario consolidar la racionalidad achí para evitar la tan temida bio-piratería¹⁰

⁹Es importante advertir que existen más terapias utilizadas por otros tipos de terapeutas tradicionales, pero como el estudio fue sobre comadronas solo se mencionan las utilizadas por éstas.

¹⁰Esta categoría surge a raíz de considerar el manejo de los recursos biológicos como mercancías, es así que existe un registro de patentes y se adquieren derechos sobre determinados productos biotecnológicos desarrollados por empresas agrícolas y farmacéuticas. Es por ello que existe la propiedad sobre una especie silvestre y se defiende la propiedad sobre uno de sus atributos, ésto se realiza por medio de patentes, derechos de propiedad y derechos de cultivadores en el caso de plantas. A raíz de esta mercantización de los recursos biológicos comienza a existir un tipo de piratería que consiste en que personas extranjeras con conocimientos biológicos, utilizan los saberes comunitarios respecto de plantas medicinales y patentan el uso de un atributo de esta para luego cobrar sus respectivos derechos.

que cada día roba más saberes y conocimientos en el área mesoamericana.

Pero fundamentalmente la racionalidad achí se basa en el acervo cultural que se tiene respecto de la variedad existente de plantas medicinales originarias de Guatemala, su conocimiento abarca procesos de identificación y clasificación, sino también procesos de elaboración de remedios caseros¹¹ que forman parte de ese extenso acervo cultural.

Sin embargo, la explotación biológica de la flora guatemalteca ha comenzado a ser objeto de estudio por la bioquímica desde hace varios años, pero lamentablemente dichos estudios toman de base exclusivamente a la planta y la descontextualizan de toda su significancia cultural, es así que los estudios realizados a nivel farmacológico no se basan en el remedio casero, ni en las técnicas y terapias utilizadas por los terapeutas tradicionales favoreciendo así la bio-piratería de los conocimientos achís.

En **quinto término** un tema no discutido en Guatemala y que se retoma en éste último capítulo es el nombre que debe utilizarse para referirse al tema de la Antropología de la Medicina. Debido a que el campo de estudio es relativamente nuevo y se conoce muy poco entre los académicos y científicos guatemaltecos; las personas al escuchar el término: Antropología de la Medicina inmediatamente lo relacionan con los trabajos de antropología forense y exhumación realizados en los lugares donde hubo masacres y cementerios clandestinos.

¹¹Como por ejemplo el parche, el rescoldo, el cocido, el apagado, etc.

Esto se debe a que los medios de comunicación han dado mucha cobertura a este tipo de noticias. Por ésta razón y también porque el objeto de estudio no es la medicina¹², pensamos que no debe utilizarse ese término.

Una posibilidad es el uso del término antropología de la enfermedad o antropología de la salud, pero la experiencia en el trabajo de campo nos hace reflexionar sobre el matiz de cada una de las categorías utilizadas. Para la población guatemalteca, el término que puede explicar mejor el campo de estudio es el de: **Antropología del padecimiento,**

¹²Medicina entendida en los parámetros de las ciencias biológicas y científicas.

porque entre los grupos mayenses la utilización de la palabra "padecimiento" encierra diversas significaciones que explican mejor el equilibrio armónico que según la cosmovisión maya debe guardarse entre la naturaleza y los seres humanos. Sin embargo, también pensamos que al llamar así, esta disciplina toma de base el planteamiento de una conducta pluralística, que intenta articular una práctica religiosa¹³, la fe del enfermo y parientes, la esfera biomédica, las eficacias simbólicas y farmacológicas, o en pocas palabras, se encargará de articular racionalidades diversas.

Después de reflexionar sobre los hallazgos más importantes de la investigación, se presenta a continuación algunas recomendaciones que intentan re-pensar el oficio de la comadrona basándose en su racionalidad achí, y se utiliza la palabra re-pensar el oficio de comadrona porque las recomendaciones van dirigidas al sector salud estatal y hegemónico, ya que éste tiene establecido un determinado rol y papel para la comadrona, sin embargo este primer grupo de recomendaciones pueden considerarse también como hallazgos de la investigación y pueden repercutir o dar luces en toda el área latinoamericana.

A lo largo de los capítulos, se ha demostrado, las múltiples ocupaciones que las comadronas tienen en Rabinal, es por ello que el sector salud en Guatemala desperdicia algunos recursos que tiene a la mano. Se presentan tres temas o sugerencias sobre el aprovechamiento que se puede hacer del trabajo de las comadronas en las comunidades: A) Los contenidos de las capacitaciones para comadronas, B) la

¹³Que puede ser: la cosmogonía maya, la religión espiritista, la religiones carismáticas y otras más que se practican en Guatemala.

forma de heredar el cargo y C) El recurso de la familia extensa en la atención de padecimientos.

A.- Las capacitaciones para comadronas: Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a comadronas ejecutados por el sector salud y por varias ong's en Guatemala aún tienen grandes deficiencias, pero principalmente porque éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, sabiendo que la comadrona en Guatemala es una mujer de la tercera edad, analfabeta y en algunos casos monolingües, las capacitaciones dirigidas a las comadronas deben responder a una metodología basada en la educación no formal. Los contenidos de casi todas las capacitaciones dirigidas a comadronas responden a los conocimientos y prácticas bio-médicas y generalmente es un trabajador del sector salud encargado de impartir los cursos. Muchos de los contenidos y de las prácticas van en contra de la identidad étnica de las comadronas, como por ejemplo; la postura del parto. Tampoco se incluyen contenidos sobre padecimientos propios de la cultura: El mal de ojo, el empacho, el alboroto de lombrices, la movida-caída de la matriz, etc. Se sugiere entonces una reforma total de la forma y del contenido de las capacitaciones que se imparten a las comadronas.

Según los datos recolectados en las entrevistas realizadas con el personal del centro de salud, en Rabinal hace ya más de 15 años que no se realiza una capacitación para la incorporación de comadronas tradicionales con carnet avalado por el MSPAS para ejercer el cargo de "parteras adiestradas", lo que se ha hace año con año es una re-capacitación y re-actualización a comadronas ya adiestradas o con carnet vigente. Sin embargo, en las boletas de

nacimientos de la municipalidad existen muchos partos asistidos por mujeres que no tienen carnet y que se designan como empíricas asistiendo partos, algunas de éstas mujeres atienden de 4 a 5 partos durante el mes. Este dato nos indica que existe una fuerte demanda en la población para la "capacitación" de nuevas parteras adiestradas, sin embargo la política del centro de salud se basa en re-adiestrar o re-capacitar a las comadronas con carnet vigente y excluyen a muchas otras mujeres.

B.- La forma de heredar el cargo es una tradición conocida por los profesionales de la salud que laboran en el centro de salud de Rabinal, como se demuestra en los siguientes testimonios; "...han habido muchas comadronas que ya han dejado a su labor y generalmente lo que hacen es que la hija de la comadrona, esto es ya puramente cultural, es que la hija de la comadrona es quien sigue." (Entrevista No. 46), "tenemos todavía algunas comunidades en las que no hay comadronas todavía, o donde la comadrona ya es muy anciana, entonces ellas heredan el cargo y van enseñando, entrenando a otra." (Entrevista No.49)

Sin embargo, algunas de las estrategias en la implementación del SIAS, están dirigidas hacia la introducción de cambios radicales, que no toman en cuenta la tradición y los procesos de adscripción e identidad de los habitantes del lugar, como se explica en los últimos capítulos. De ponerse en ejecución dicha estrategia, sería una lamentable falta de visión del sector salud estatal, ya que sus políticas se alejarían del cumplimiento de los acuerdos de paz, que persiguen la tolerancia hacia los sectores más discriminados y marginados de la sociedad guatemalteca.

C.- El recurso de la familia extensa: Cualquier padecimiento o enfermedad que se presenta en la familia es atendido primeramente por algún miembro, más aún en las comunidades que están aisladas e incomunicadas.

En la unidad doméstica familiar, es el lugar en donde se realiza un primer diagnóstico de la enfermedad, por esa razón en el hogar se comienza a tratar la enfermedad y no en el consultorio público o del médico. No se han realizado muchos estudios respecto de la efectividad de las terapias domésticas aplicadas a los padecimientos; no se sabe sobre la efectividad de un remedio casero conformado por cinco plantas medicinales distintas y sobre su proceso de elaboración. Sin embargo, según los datos recolectados en el trabajo de campo la tercera parte de las enfermedades fueron resueltas por medio de la auto-atención que se da en los hogares. Es por ello que el sector salud debe reconocer que la atención primaria no se ofrece en los puestos y centros de salud, sino en los hogares.

Se sabe que en una familia extensa pueden convivir hasta 4 generaciones distintas y el número total de miembros puede variar desde un total de 20 a 80 personas y si en ésta familia extensa hay una mujer comadrona seguramente ésta será la encargada de atender los padecimientos y enfermedades de todos los miembros de la familia. Las familias extensas también crean una red de solidaridad y ayuda mutua que se vuelve interminable, varios estudios lo han demostrado¹⁴. Es por ello que se puede concluir diciendo que las comadronas por medio de la familia extensa tienen muy bien armada una cobertura total de toda la

¹⁴Consúltense los estudios de Larisa Lombitz y en la bibliografía el artículo de Graciela Freyermuth Enciso.

población, que es mucho más eficiente que cualquier otra propuesta.

Debido a la importancia de las últimas reformas realizadas al sector salud estatal en Guatemala. Una investigación respecto del tema salud se ve obligada a indicar los referentes más importantes sobre la implementación del SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud). A continuación se presentan algunas observaciones respecto de la implementación del SIAS en Rabinal:

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

"...cuando se planteo el proyecto SIAS, lo que pretende es dar extensión de cobertura a las áreas más postergadas. ¿Cuáles fueron los cambios que conllevó a la implementación del SIAS? Lo que más cambio fue la presencia de un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, porque anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadróna a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial, o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí, y sobre todo que anteriormente solo se contaba con dos médicos a nivel local, que cubrían el centro de salud nada más y algunas jornadas que se proyectaban para las comunidades, sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades, como también las actividades de vacunación, yo pensaría que uno de los cambios que pretende este programa es poder brindar atención de servicios básicos a la comunidad que más lo necesita y de hecho lo hacemos porque

llegamos al 100 % de nuestras comunidades no dejamos ninguna sin el servicio. Anteriormente se centralizaba el servicio acá , sin embargo ahora ya nos proyectamos a todas.” (Entrevista No.46).

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

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

C.- Instituciones que proporcionan consulta médica: En el caso de Rabinal el proyecto Flor del Naranja, el

Dispensario Elizabeth Zetón y las clínicas médicas particulares, atienden a una población que se beneficia en una "reducción en el tiempo de espera" y en "un mejor trato", sin embargo es importante mencionar que NO toda la población tiene acceso a dichas instituciones debido a la lejanía, a los recursos económicos que tienen y a la designación de ser beneficiario en un determinado proyecto. Sin embargo en la implementación del SIAS, en el caso de las comunidades más lejanas los pacientes deben ser remitidos por un facilitador comunitario al Centro de Salud o al Dispensario Elizabeth Zetón, volviéndose en este caso burocrático la atención en salud, para las enfermedades que no ameritan "la emergencia".

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

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

En el caso del Proyecto Flor del Naranja, es importante mencionar que éste proyecto proporciona alimentos a niños desnutridos por medio de SHARE, sin embargo es muy cuestionable la cobertura que tiene hacia toda la población del municipio de Rabinal, porque éste proyecto trabaja en

determinadas comunidades, no en todas. Sin embargo, es importante mencionar que dicha institución fue prestadora o administradora del SIAS en el año 1,999.

Actualmente es ANATESAR, la prestadora de servicios en dos jurisdicciones de Rabinal¹⁵, pero esta asociación también se ha convertido en la prestadora de servicios en otras jurisdicciones del SIAS, por ejemplo tiene en el área de Chiquimula, Sacatepéquez, Sololá y Quetzaltenango. Lo que esta provocando es de nuevo la centralización de los servicios. Se sugiere que si el proyecto Flor del Naranjo, que es una institución local y que ya estaba trabajando en dichas jurisdicciones, vuelva a retomar el servicio en beneficio de la población.

E.- Respecto de los patrones de tradicionalidad afectados:

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

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

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

¹⁵La otra es el dispensario Elizabeth Zeton.

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

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

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

...los días jueves que bajaban al mercado pasaban a dejarnos cuántos niños tenían entonces les apuntábamos en

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

Habría entonces que revisar, otras alternativas viables, como por ejemplo volver a implementar que las comadronas fueran a dejar sus datos al centro de salud los días jueves, para así evitarle trabajo "administrativo" al médico ambulatorio.¹⁶

F.- Discriminación y exclusión de comadronas en la implementación del SIAS:

En la reestructuración del SIAS, también se da una discriminación para algunas comadronas, ya que una nueva disposición de dicha política es el pago mensual que reciben las comadronas, pero no todas las comadronas reciben ese pago; "Incluso hay algunas comadronas que no están dentro del proyecto pero es por cuestiones financieras por ejemplo, existe un incentivo de 50 quetzales para cada comadrona y al inicio se proyecto una cierta cantidad de comadronas para cada jurisdicción y entonces cuando se presentó ese proyecto con esa cantidad, esa cantidad fue la que salio, o sea que cada año nosotros vamos aumentando el número de comadronas para cada jurisdicción. En la jurisdicción del dispensario aumentamos para 5 comadronas en este año, entonces así

¹⁶En el capítulo noveno también se enfatiza en impulsar la tradicionalidad de "heredar el cargo de comadrona" a un pariente.

hemos ido absorbiendo a las que se han quedado fuera del proceso de SIAS.” (Entrevista No.46)

La ejecución de las actividades curativas y preventivas en Rabinal, está condicionada por los recursos y trayectoria de las instituciones que trabajan con programas de salud.

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

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

UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI
FACULTAD DE LETRAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL I FILOSOFIA
ESTUDIOS DE POST-GRADO

LA ARTICULACIÓN DE SABERES POPULARES Y BIO-
MÉDICOS ENTRE LAS COMADRONAS DE RABINAL, BAJA
VERAPAZ, GUATEMALA

Josep Ma. Comelles
Director de tesis

Disertación doctoral presentada por:
Ma. Teresa de Jesús Mosquera Saravia

Acto que dedico a:
La memoria de mi padre,
a mi madre,
y a Marisol

INDICE DEL DOCUMENTO

INTRODUCCIÓN-----
-----i

CAPÍTULO I: EL DESARROLLO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA
EN GUATEMALA-----
-----1

- 1.- Médicos guatemaltecos: el punto de partida
1
- 2.- Los primeros aportes con influencia estadounidense
2
- 3.- Primeras propuestas de estudio a nivel nacional
de prácticas
médicas entre indígenas.
7
- 4.- Otros aportes con influencia estadounidense
10
- 5.- Intentos de clasificación de la enfermedad entre
los indígenas
13
- 6.- El libro de
etno-medicina en Guatemala
19
- 7.- Tendencias sobre la antropología de la medicina
en Guatemala.
25
 - 7.1.- Medicinal tradicional.
25
 - 7.2.- Conocimientos, Actitudes y Prácticas
29
 - 7.3.- Etnobotánica y Plantas Medicinales
32
- 8.- Las nuevas orientaciones
36
- 9.- Un breve apunte sobre el desarrollo de la
antropología

de la medicina en Guatemala.

39

CAPÍTULO II: FORMAS DE ABORDAR EL TEMA "PARTERAS" Y
CURADORES TRADICIONALES-----

-----43

1.- La política de los organismos internacionales
sobre
los curadores tradicionales

43

2.- Revisión bibliográfica sobre parteras

49

3.- Revisión bibliográfica sobre curadores
tradicionales

66

CAPÍTULO III: LO TRADICIONAL-CULTURAL Y EL PLURALISMO
MÉDICO: DOS REFERENCIAS OBLIGATORIAS (Marco teórico y
metodología)-----77

1.- Corrientes teórico-metodológicas respecto del
proceso
salud-enfermedad en Antropología.

77

2.- El pluralismo médico

78

3.- El referente teórico de la investigación

85

4.- Algunos requerimientos en la investigación

86

5.- La propuesta metodológica del trabajo

89

CAPÍTULO IV: GUATEMALA Y RABINAL, BAJA VERAPAZ-----

-----93

1.- Guatemala Pluriétnica	9
2.- Vida y contexto achí en Rabinal	99
3.- Antecedentes históricos de Rabinal	104
4.- Cultura, vida material y procesos de identidad achí	113
4.1.- Patrones de descendencia y localidad.	115
4.2.- La organización social	116
4.3.- Consumo de bebidas y alimentos	118
4.4.- La jícara de morro	120
5.- Qué se puede interpretar de al identidad achí	126

CAPÍTULO V: ENTORNO GUATEMALTECO Y ACHÍ RESPECTO DE LA
SALUD Y ENFERMEDAD-----

-----129

1.- El dispositivo sanitario en Guatemala	129
2.- La implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)	136
3.- La situación de salud en Guatemala	138
4.- Los indicadores de salud en Rabinal: una comparación con los datos generales del territorio nacional	141

4.1.- Organizaciones no gubernamentales que
trabajan

en Rabinal

147

4.2.- La implementación del SIAS en Rabinal,
Baja Verapaz

148

4.3.- El punto de vista del sector salud sobre
el trabajo

de la comadrona en Rabinal

152

5.- La dualidad maya y la enfermedad entre los achí

154

6.- La contextualización del proceso
salud/enfermedad/atención en

Guatemala y Rabinal

158

CAPÍTULO VI: LAS COMADRONAS DE RABINAL-----

-----160

1.- El perfil de la comadrona en Rabinal

160

2.- El proceso de aprendizaje de una comadrona

164

3.- Período pre-parto, parto y post-parto

172

4.- La heterogeneidad de las comadronas

183

5.- Algunos recursos terapéuticos utilizados por
comadronas

186

6.- Las racionalidades del oficio de comadrona

191

CAPÍTULO VII: LA FIGURA DE LA COMADRONA EN SU CONTORNO INMEDIATO-----194

1.- La familia extensa de la comadrona	194
2.- Los itinerarios de enfermedad - muerte y las comadronas	205
3.- La relación entre agentes de salud y comadronas	219
4.- La comadrona un personaje que entreteje relaciones	229

CAPÍTULO VIII: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICA DE LAS COMADRONAS-----232

1.- La comadrona como terapeuta tradicional	232
2.- Padecimientos de racionalidad achí-maya atendidos por comadronas	235
2.1.- Mollera caída	236
2.2.- Mal de ojo	239
2.3.- Pujido	260
2.4.- Movida-caída de la matriz	265
3.- Algo más que padecimientos: representaciones y significaciones, técnicas y terapias	273

CAPÍTULO IX: REPENSANDO EL OFICIO DE COMADRONA: Reflexiones finales-----276

ANEXOS:

1.-Listado de entrevista y grupos focales elaborados durante	
--	--

el trabajo de campo.-----	
-----	294
2.- Documentos complementarios del capítulo cuarto.--	
-----	297
3.- Genealogías de familias extensas-----	
-----	299
4.- Tres itinerarios reportados: A) Muerte infantil, B) Última enfermedad atendida y C) Itinerario que se dice hacer en el hogar-----	325
5.- Listado de remedios caseros, recolectados durante el trabajo de campo-----	
-----	331

BIBLIOGRAFÍA-----	
-----	343

INDICE DE CUADROS:

No. 1 Propuesta histórica del surgimiento de la antropología del padecimiento en Guatemala: los primeros 30 años (1,945-1,975)-----	
	09
No.2 Propuesta de clasificación de la enfermedad de Neueswander y equipo-----	15
No.3 Factores causantes de los padecimientos o enfermedades-----	16
No.4 Propuesta de clasificación de las enfermedades de Azzo Ghidinelli-----	18
No.5 Contenidos del libro etno-medicina en Guatemala-----	
-----	20
No.6 Propuesta histórica del surgimiento de la antropología del padecimiento en Guatemala: 10 años (1,975-1,985)-----	
-----	24
No.7 Resumen de artículos publicados de Elena Hurtado y otros en el INCAP-----	31

No.8 Propuesta histórica del surgimiento de la antropología del padecimiento en Guatemala en los últimos 15 años (1,985-2,000)-----	38
No.9 Instituciones, investigadores y publicaciones sobre parteras en México y Guatemala-----	50
No.10 Estudios realizados sobre curanderos tradicionales en México-----	67
No.11 Metodología de la investigación-----	92
No.12 Idiomas de Guatemala-----	96
No.13 Sitios arqueológicos del post-clásico en la cuenca de Rabinal-----	105
No.14 División del nivel operativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala-----	132
No.15 Principales causas de defunción para Guatemala y Rabinal-----	142
No.16 Atención de los partos en Guatemala y Rabinal-----	143
No.17 Mortalidad infantil y en la niñez en Guatemala y Rabinal-----	144
No.18 Muertes ocurridas durante el embarazo y los primeros cinco años de vida en Rabinal para el año 1,999-----	145
No.19 Cinco primeras causas de mortalidad infantil por causa específica-----	146
No.20 Edad de las comadronas-----	161
No.21 Analfabetismo en comadronas-----	163
No.22 Aprendizaje del oficio de comadrona-----	165

No.23 ¿Quién le enseñó a sobar?-----	-----165
No.24 ¿Cómo aprendió el oficio de comadrona?-----	-----165
No.25 El oficio de comadrona se le reveló en un sueño-----	-----167
No.26 ¿Cómo fue el sueño?-----	-----167
No.27 Años de recibida la capacitación formal por el MSPAS-----	-----169
No.28 ¿Cómo atiende a las embarazadas?-----	-----177
No.29 Posición utilizada por primigestas-----	-----177
No.30 Razones del cambio de incada a acostada-----	-----178
No.31 Número de partos atendidos en el mes por comadronas--	-----181
No.32 Parentesco con mujeres comadronas-----	-----195
No.33 Total de nueras, hijas y hermanas entrevistadas-----	-----197
No.34 Atención del parto en la familia extensa de la comadrona-----	-----198
No.35 Consulta a comadrona en el itinerario de la enfermedad-----	-----199
No.36 Consulta realizada agrupada por rango de edad en familia extensa de-----	-----201
No. 37 Atención de la última enfermedad en familia extensa de comadrona-----	-----202
No.38 Atención de la última enfermedad en familias con niños muertos (1,999)---	-----210
No.39 Niños muertos en Rabinal durante 1,999-----	-----213
No.40 Itinerario seguido hasta la muerte del niño-----	-----214

No.41	Diferentes concepciones sobre la causa de muerte post-neonatal (después del 1er. mes)-----	-----
	-----	---
		216
No.42	Medicamentos más vendidos en tiendas de Rabinal, y percepción sobre sus cualidades-----	-----
	-----	-----
		225
No.43	Medicamentos comprados por comadronas en abarroterías-----	-----
		226
No.44	Atención de mujeres no embarazadas-----	-----
	-----	-----
		233
No.45	Atención de dolores musculares a mujeres no embarazadas-----	-----
		233
No.46	Atención de niños con padecimiento de ojo-----	-----
	-----	-----
		233
No.47	Atiende a niños ojeados-----	-----
	-----	-----
		233
No.48	Padecimientos que dijeron más atender las comadronas-----	-----
	-----	-----
		234
No.49	Razones por las cuales se les cae la mollera a los niños-----	-----
		237
No.50	Tratamiento para la curación de la mollera caída-----	-----
	-----	-----
		238
No.51	Resumen de padecimientos tratados por comadronas-----	-----
	-----	-----
		272

INDICE DE MAPAS, FOTOGRAFÍAS Y ESQUEMAS

Fotografía No.1	-----	-----
	-----	-----
		121
Fotografía No.2	-----	-----
	-----	-----
		123
Fotografía No.3	-----	-----
	-----	-----
		124
Fotografía No.4	-----	-----
	-----	-----
		125

Mapa No.1 Ubicación de la República de Guatemala-----	
-----94	
Mapa No.2 Mapa lingüístico de Guatemala-----	
-----95	
Mapa No.3 Poblamiento de la sierra de Chuacús-----	
-----108	
Mapa No.4 División del municipio de Rabinal de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios en la re- estructuración del SIAS-----	
-----149	
Esquema No.1 Organigrama del Sector Salud en Guatemala-----	
-----131	
Esquema No.2 Ejes centrales en el itinerario de la enfermedad en Rabinal-----	
-----209	
Esquema No.3 Bases para la interpretación del mal de ojo---	
-----246	

INTRODUCCIÓN:

En el área rural guatemalteca la mayoría de la población carece de servicios médicos¹. Las necesidades básicas de salud no son cubiertas en su totalidad, razón por la cual los recursos con que cuenta la comunidad son utilizados al máximo. Debido a las barreras de distancia, tiempo y recursos económicos las políticas y estrategias de Salud del Sector Salud han recurrido a la llamada medicina tradicional para llegar a la población que no es capaz de cubrir de manera directa. Tres ejemplos de ello son: La utilización de personal voluntario en y de la misma comunidad (promotores de salud rural, guardianes de salud), el reconocimiento del trabajo de las comadronas tradicionales y el uso de las plantas medicinales para determinados padecimientos. Por ello los guardianes de salud² y las comadronas³ se han convertido en ejes fundamentales de la atención primaria en salud en Guatemala.

¹Solamente el 32.18% de la población tiene acceso a los servicios de salud, ONU (1,999:72). Según el PNUD es el 59%-64% (!,999:Torres). Sin embargo según el MSPAS el 75% de la población sí tiene acceso a los servicios de salud.

²Conocidos internacionalmente como Promotores de Salud Rural.

³Conocidas internacionalmente como Parteras tradicionales.

En todo el territorio nacional el 50 %⁴ de los partos son atendidos por comadronas, el 36.9%⁵ por médicos, el 7.3%⁶ por otras personas y el 3.7%⁷ por enfermeras. El acceso a los servicios de salud es restringido en el área rural, debido a ellos los datos respecto de la atención de los partos varían; el 75.1%⁸ de los partos son atendidos en casa de la parturienta (atendidos probablemente por comadronas); entre la población indígena los partos atendidos en casa son del 83.7%⁹ (presumiblemente atendidos por comadrona) y el porcentaje de atención de partos en casa a madres sin educación es de 78.2%¹⁰ (eventualmente por comadrona). Las datos constatan el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida en su casa de habitación, seguramente por comadrona. Con ello se demuestra la existencia de una red de cobertura superior en manos de parteras tradicionales en comparación con la que proporciona los servicios de salud.

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

⁴INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,998-99.
Pag. 102

⁵Ibídem

⁶Ibídem

⁷Ibídem

⁸Ibíd pag.101

⁹Ibídem

¹⁰Ibídem

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

Es así que la comadrona maneja e intenta articular dos tipos de racionalidades: La bio-médica que se basa en una racionalidad científica dada en parámetros químicos-biológicos y una racionalidad achí-maya. Esta se fundamenta en entender los procesos relacionados con la salud en una relación dual, armónica y complementaria, en la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo la relación de frío-calor. cfr. Sucuquí (2,000:53-46).

Esa ideología o racionalidad de ascendencia maya es diferente y en algunas veces antagónica respecto de los factores económicos, políticos, culturales y técnicos de la racionalidad bio-médica. Esa diferencia entre una y otra se evidencia en la concepción que tiene el sector salud y los grupos sociales respecto del trabajo de la comadrona.

Tan es así, que la diferencia entre esas dos racionalidades (achí-maya, bio-médica), se manifiesta en cuanto a los servicios de salud proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala; restringen y limitan las actividades de las comadronas básicamente en tres¹¹:

- A.- Control y resolución del período pre-parto, parto y puerperio.
- B.- Medio para recolectar y obtener datos sobre nacimientos en la comunidad.

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

C.- Inversión de tiempo en formación, debido a que deben capacitarse continuamente.

Sin embargo las actividades y/o responsabilidades de las comadronas en sus comunidades no se restringen a tratar el período pre-parto, parto y post-parto.¹² El oficio de comadrona en las comunidades rurales cumple diversas funciones,¹³ ya que esta ocupación es una singularidad más, y forma parte del conjunto de los terapeutas tradicionales, que en las comunidades tienen una jerarquía no sólo por el dominio de saberes, sino también porque ellos proporcionan diferentes servicios a la comunidad, etc.

La investigación toma de base esa diferencia entre racionalidades y visualiza como problemática la forma en que se articulan los saberes y prácticas entre: recursos bio-médicos y recursos de la sabiduría popular. La problemática se presenta en esa articulación y debe interpretarse con parámetros ajenos a la racionalidad bio-médica, por ser ésta hegemónica y etnocéntrica.

Por ello una premisa que se intenta demostrar a lo largo de la investigación es que: a mayor incidencia de enfermedades no bio-médicas (mal de ojo, pujido, etc.) el tratamiento implica una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales.

Después de explicitar la problemática y el propósito de la tesis, se proporcionan datos sobre el estudio desarrollado y un pequeño bosquejo sobre el contenido de la misma.

¹²Consúltese la bibliografía escrita por Elba Villatoro, Elena Hurtado y el Instituto Indigenista Nacional.

¹³Para más detalle consúltese el capítulo número cinco de la tesis.

La investigación recolectó datos cualitativos basados en técnicas antropológicas y se desarrolló en el municipio de Rabinal, que pertenece al departamento de Baja Verapaz en el país de Guatemala.

El capítulo primero es un aporte fundamental y pionero respecto del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala.

A la fecha son pocas las publicaciones que sobre el tema existen en Guatemala y muchos estudios realizados por extranjeros no están a la mano en el país, sin embargo el capítulo proporciona las herramientas necesarias para conocer el desarrollo que han tenido las publicaciones e investigaciones realizadas en Guatemala. Es un documento de consulta primordial para aquella persona interesada en el tema.

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

Debido a que la lectura de la disertación doctoral se realizará en la Universidad Rovira i Virgili en Tarragona, España, es fundamental proporcionar al lector que desconoce el país de Guatemala información general sobre el mismo, la primera parte del capítulo cuarto proporciona dicha información, también se presenta una descripción etnográfica sobre el municipio de Rabinal, en el departamento de Baja Verapaz, para contextualizar a los actores de la investigación. Se intenta profundizar la relación entre cultura, vida material y procesos de identidad; y se explica brevemente cómo esa amalgama de elementos se relacionan entre sí.

La intensión de los capítulos quinto y sexto es proporcionar elementos de contextualización para entender el escenario del dispositivo sanitario guatemalteco y el de las comadronas en particular. El capítulo quinto proporciona datos respecto de las estrategias nacionales en la atención primaria de salud y se presentan datos que orientan y explican cuál es la situación de la salud en Guatemala y Rabinal, para enriquecer al lector respecto de los indicadores básicos de salud.

En el capítulo sexto se presenta un perfil de la comadrona de Rabinal. En él se proporciona información respecto de todas las actividades que realiza: padecimientos que atiende, tipo de población a la que atiende, formas de aprendizaje del oficio, etc. Se hace énfasis en el papel heterogéneo que las parteras tienen, ya que la mayoría de éstas, además de ser comadronas también son conocidas porque son: hierberas, compone-huesos, sobadoras, etc. También se proporciona información respecto del uso y técnicas en la elaboración de remedios caseros en base a las plantas medicinales.

En los últimos capítulos se presenta la información recopilada durante el trabajo de campo. El tipo de variables que se manejaron en la elaboración de las entrevistas, de los grupos focales y del cuestionario, fueron variables de índole cuantitativo y cualitativo; sin embargo los datos que proporcionaron mayor información y que se utilizaron para hacer las recomendaciones fueron los de tipo cualitativo.

El capítulo séptimo intenta identificar la conducta pluralística de la partera y enfatiza sobre la red de relaciones que se entreteje entre la familia extensa de la comadrona, las madres de familia, y los demás agentes de salud comunitarios. Propone cómo se visualiza la figura de la comadrona en esa red de relaciones. Y profundiza respecto de la figura de la comadrona en el itinerario de la enfermedad.

Las representaciones y prácticas propias de las comadronas de Rabinal se analizan en el capítulo octavo, se estudian con

detenimiento los padecimientos llamados: caída de la mollera, mal de ojo, pujido, caída-movida de la matriz. Igualmente proporciona ideas sobre las lógicas terapéuticas, y sobre los procesos de eficacia simbólica y farmacológica, en la manifestación de dichos padecimientos. En el mismo capítulo se identifican las ideologías que se manifiestan en saberes, respecto de las terapias utilizadas entre las comadronas.

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

Es oportuno manifestar nuestro agradecimiento a las instituciones que en una u otra forma nos apoyaron, ya que sin ellas la investigación en que se basa esta tesis no hubiera sido posible.

A las instituciones que nos brindaron una beca para poder realizar nuestros estudios de Maestría y Doctorado en Antropología de la Medicina:

-Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Ford y la Fundación William y Flora Hewlett.

-Agencia Española de Cooperación Internacional

Al Programa Maya Competence Building de la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de Tromsø, Noruega, por el financiamiento proporcionado para realizar el trabajo de campo.

Mapa No.1:
Ubicación de la República de Guatemala

