

15

**Promoción de la
Medicina y Terapias
Indígenas en la
Atención Primaria de
Salud: El Caso de los**

Lic. Elba Villatoro y Organización Asociación de Promoción, Investigación y Educación de Salud (PIES) de Occidente

Noviembre de 2001
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PRESENTACIÓN | 1 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS | 7 |
| 2.1 ANTECEDENTES EN TORNO A LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD | 8 |
| 3. MARCO CONCEPTUAL | 13 |
| 3.1 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS..... | 13 |
| 3.2 SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN GUATEMALA | 14 |
| 4. CARACTERÍSTICAS DEL PAÍS | 17 |
| 5. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL EN PUEBLOS INDÍGENAS DE GUATEMALA | 19 |
| 6. CONCEPCIONES INDÍGENAS EN TORNO A SALUD-ENFERMEDAD | 23 |
| 7. ELEMENTOS DE LA CULTURA POPULAR UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS | 29 |
| 8. ASPECTOS VINCULADOS AL CURANDERISMO | 31 |
| 8.1 TERAPEUTAS INDÍGENAS EN EL ÁMBITO GUATEMALTECO | 32 |
| 8.2 PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS TERAPEUTAS INDÍGENAS | 33 |
| 9. ESTUDIO DE CASO: CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA, MUNICIPIO DE QUETZALTENANGO | 35 |
| 9.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON EL SISTEMA DE SALUD DEL ÁREA | 35 |
| 9.2 CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA (VER MAPA ANEXO 2)..... | 36 |
| 9.3 ORGANIZACIÓN ASOCIACIÓN PROMOCIÓN, INVESTIGACIÓN, EDUCACIÓN DE SALUD PIES DE OCCIDENTE..... | 39 |
| 9.4 VISITA A LAS INSTALACIONES DE PIES Y ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD DE TRABAJO | 41 |
| 9.5 CONCLUSIONES..... | 42 |
| 9.6 RECOMENDACIONES | 43 |
| BIBLIOGRAFÍA | 49 |
| ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA | 51 |
| ANEXO 2: MAPA DE QUETZALTENANGO | 53 |
| ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS | 55 |
| ANEXO 4: CUADROS DE ATENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PIES DE OCCIDENTE | 57 |
| ANEXO 5: TÉRMINOS DE REFERENCIA | 61 |

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas,¹ está promoviendo un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de los factores condicionantes y estrategias comunitarias que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud de la población indígena de las Américas. Esto se hace en cumplimiento del numeral 2, inciso D de la Resolución CD37.R5² que recomienda “instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” y de los enunciados de la Resolución CD40.R6³ que, entre otros puntos, resuelve “exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas”.

La Serie Salud de los Pueblos Indígenas se ve enriquecida con los estudios de caso que en esta ocasión se presentan como publicaciones individuales. Su utilidad es obvia pues nos obliga a afinar nuestros instrumentos de análisis al tener que confrontar la teoría y perspectiva generales con las condiciones particulares de un pueblo indígena y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades.

Los estudios se realizaron según el proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, que se formuló en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes en el Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999. Los estudios se tuvieron que ajustar a términos de referencia comunes para obtener resultados comparables.

Estos estudios se hicieron con el pueblo Nahuat Pipil en El Salvador; con el pueblo Mapuche en Chile; con el pueblo Maya en Guatemala; con el pueblo Garífuna en Honduras; con el pueblo Ngöbe-Buglé en Panamá y con el pueblo Quechua en el Perú.

En el anexo 5 se describen los términos de referencia enviados a las representaciones de la OPS/OMS para ser entregados a los investigadores responsables de la elaboración de los estudios de caso. La información que se presenta en los documentos preparados, responde a los procesos seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos, y al criterio profesional de los autores.

¹ Las recomendaciones del I Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud llevado a cabo en Winnipeg, Canadá en 1993, se agruparon en una propuesta que dio lugar a la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas cuyos principios son el abordaje integral de la salud, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

² La Resolución CD37.R5 aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de la OPS representa el compromiso político de los mismos y de la Organización para priorizar la atención integral de los pueblos indígenas de la Región.

³ La Resolución CD37.R5 fue ratificada por medio de la Resolución CD40.R6 aprobada el 25 de septiembre de 1997 por los Gobiernos Miembros de la OPS.

La muestra de las comunidades estudiadas es representativa ya que los estudios analizan situaciones tanto de Mesoamérica como del sur del continente. Tanto los pueblos descendientes de las antiguas y centralizadas sociedades incaicas, mayas o aztecas, como otros pueblos menos estudiados y más localizados como los Ngöbe-Buglé y los Garífunas se encuentran en la muestra que se presenta en estas publicaciones.

Particularmente interesantes son los pueblos garífunas. Ellos representan el importante componente de origen africano que contribuyó a la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas y el carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la población de la Región.

Aunque los procesos son diferentes, se observa en los estudios de caso una cosmovisión común que fundamentalmente entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Sin embargo, como los pueblos no se sienten aislados, junto a las enfermedades de etiología de filiación cultural, están aquellos desequilibrios producidos por las causas que son entendidas desde los paradigmas convencionales como son las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con las sociedades envolventes. En la restauración de los equilibrios perdidos, buena parte de los estudios, precisamente, apunta a poner de relieve la complementariedad necesaria entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, consideró la atención primaria de salud como una estrategia útil para contribuir a que los habitantes de las zonas rurales y urbanas marginales tuvieran acceso a servicios de salud integrales que prioricen la atención materno infantil, la nutrición, el control de enfermedades evitables y el saneamiento ambiental. En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, estableció la estrategia de atención primaria con un enfoque global, en la que se reconoció que el sistema médico tradicional, en la mayoría de los países, coexiste con el sistema oficial de salud.

Desde 1977, en la Organización Mundial de la Salud se han dado esfuerzos por entender los conocimientos y prácticas médicas de origen ancestral y comprender las contribuciones que tienen en la atención de salud de la población indígena y no indígena.

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, en seguimiento a la Meta de Salud para Todos, auspició en 1983 la realización del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. El objetivo fue reflexionar sobre el abordaje multicausal de los procesos salud-enfermedad, donde la cultura juega un papel fundamental principalmente en países cuya población tiene un carácter multicultural.

A partir de 1992, la OPS/OMS, ha encaminado sus esfuerzos en el tema de la salud de los pueblos indígenas del continente americano en el marco de los principios y directrices de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, aprobada por los Estados Miembros en 1993. Las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 enfatizan en el conocimiento de los factores socioculturales y sistemas de salud tradicionales como una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención proporcionada a los indígenas.

En Guatemala, a partir de 1981, la Universidad de San Carlos de Guatemala (Universidad Nacional) desde el Centro de Estudios Folklóricos, y con grandes limitaciones, inició procesos de investigación, valoración, rescate y difusión de la importancia de los factores socioculturales y su relación con la salud-enfermedad, de los pueblos indígenas y los diferentes recursos de la medicina tradicional.

Varios esfuerzos internacionales y nacionales contribuyeron para que en el año 2000 se desarrollen políticas y estrategias en el sistema oficial de salud. Así, en el Plan Nacional de Salud 2000-2004 se incluye el abordaje de la medicina indígena y tradicional, fundamentalmente para dar seguimiento a los Acuerdos de Paz suscritos en 1996.

En el año 1996 la población total de Guatemala era de 10,2 millones de habitantes, 65% residía en el área rural, de los cuales 57,2% eran indígenas pertenecientes a los pueblos maya, garífuna, y xinca. Lamentablemente, el analfabetismo, la pobreza, la marginación y las condiciones de vida y salud precarias, afectan a la mayoría de las comunidades indígenas.

Las consecuencias de los factores antes señalados se modifican y empeoran cuando se hacen las siguientes correlaciones:

- A mayor escolaridad, menor fecundidad

- A mayor ruralidad, mayor fecundidad
- A mayor ruralidad, mayor proporción de población indígena,
- A mayor proporción de población indígena, mayor fecundidad
- A mayor fecundidad, mayor desnutrición
- A mayor ruralidad, menor escolaridad
- A mayor proporción de población indígena, menor escolaridad
- A mayor desnutrición, menor escolaridad
- A mayor proporción de población indígena, mayor desnutrición
- A mayor desnutrición, mayor mortalidad infantil
- A menor escolaridad, menor acceso a los servicios de salud
- A mayor esperanza de vida, menor mortalidad infantil

La vitalidad y el deseo de continuidad y permanencia de los pueblos indígenas de Guatemala están presentes, pese a las condiciones adversas y embates de los que han sido objeto. Los conocimientos sobre el mantenimiento y restauración de la salud se han transmitido de generación en generación y se hallan presentes en estas comunidades.

De allí, la importancia de conocer y comprender la práctica médica de los indígenas de hoy, a través del conocimiento de la cosmovisión indígena maya ancestral. Es decir, en el contexto del conocimiento de los dioses y su vinculación con los elementos cósmicos y de la naturaleza, así como también, en la relación de éstos con la etiología, diagnóstico, recursos terapéuticos y preventivos de las diversas enfermedades, igualmente en su relación con alimentos y determinados colores que influyen en las diversas actividades de la vida cotidiana.

El presente estudio de caso ilustra esta dinámica de permanencia del conocimiento ancestral. La investigación fue realizada con el apoyo de la Organización Asociación de Promoción, Investigación y Educación de Salud (PIES) de Occidente en el municipio de Concepción Chiquirichapa, departamento de Quetzaltenango, zona que cuenta con 19.000 habitantes, de los cuales 95% son indígenas. El estudio intenta aportar elementos que apoyen la incorporación de las medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud.

1. INTRODUCCIÓN

La medicina y terapia indígena en Guatemala es un campo médico, reconocido primero por sus antecedentes históricos, dado que conforma parte de la herencia de un bagaje cultural de una de las grandes civilizaciones de América como es la cultura maya. Su importancia se pone de manifiesto al comprobar que en la actualidad constituye una práctica vigente por una población mayoritaria que por razones económicas o socioculturales buscan en ella, alivio o solución a sus diferentes problemas de salud-enfermedad.

Este campo, constituye igualmente un sistema médico, debido a que cuenta en primer lugar con una estructura de terapeutas tradicionales los que se reconocen por sus diferentes especialidades, entre las más conocidas se encuentran: a) los guías espirituales, que son hombres y mujeres consejeros para problemas de tipo familiar, social, afectivo, económico, etc., b) terapeutas generales, hombres y mujeres dedicados a tratar enfermedades comunes, las mujeres generalmente se dedican al campo infantil, c) los compone huesos, como su nombre lo indica, dedicados a problemas de zafaduras dislocaciones o fracturas, d) los chayeros, que realizan pequeñas sangrías en diferentes partes del cuerpo, e) los sobadores, f) las comadronas o parteras, dedicadas a la atención de la mujer en el período prenatal, parto, post parto, recién nacido y otros problemas propios de la mujer.

Es importante mencionar que la salud, la enfermedad, los recursos terapéuticos, y las medidas preventivas se abordan desde un concepto holístico del ser humano, es decir desde un enfoque integral.

En los procesos de valoración y revalorización, tanto de la identidad del pueblo indígena maya, como del campo médico tradicional, la iniciativa de asociarse nace del mismo seno de los comúnmente llamados curanderos con el nombre de *terapeutas tradicionales*. Este nombre lo deciden, en primer lugar partiendo de su campo de acción y de algo muy importante que es la valoración de su trabajo. La denominación curandero, tanto en el mundo externo como en el pueblo maya, siempre lo sintieron como un término peyorativo, sumado al peso de discriminación que por su origen sociocultural y etnolingüista, históricamente les ha tocado afrontar.

En razón de ello, es que en el presente trabajo se les da indistintamente el nombre de terapeutas tradicionales y curanderos, este último, es el término como la población occidental generalmente los reconoce.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El ser humano, a lo largo de la historia, se ha visto obligado a satisfacer sus más elementales necesidades como son: el hambre, el abrigo y el alivio al dolor o enfermedades producto de su medio ecológico. El desarrollo de estas prácticas, fundamentado en procesos culturales, está inmerso dentro de un cúmulo de elementos empíricos, —entendidos éstos, como un componente filosófico según el cual el conocimiento se halla fundamentado en la experiencia,⁴ lo que ha constituido conglomerados sociales con culturas de diferente trayectoria.

En este sentido, los pueblos de los diferentes rincones del mundo, independientemente del ámbito geográfico y ecológico al que pertenecen, comparten en su mayoría historias comunes y componentes socioculturales que contribuyen a la presencia de diversas y particulares identidades. Igualmente, han mostrado capacidad de organización social, particulares formas de interpretación del cosmos, del origen de la vida, de cómo preservarla, de luchar contra la muerte o bien aceptarla bajo particulares forma de expresión.

En cuanto a cómo recuperar la salud, también se encuentra inmerso en un cúmulo de conocimientos empíricos, que ha dado lugar a sistemas médicos integrados por conocimientos, prácticas y recursos tanto humanos como naturales y sobrenaturales, que ofrecen respuestas para el alivio o solución de problemas físicos, mentales, sociales y espirituales, que hoy por hoy, a la entrada del nuevo milenio, están vigentes en una gran mayoría de la población mundial.

Se considera importante señalar que los factores económicos, políticos y sociales de un país, son determinantes en la calidad de vida de los diferente pueblos del mundo, esto no implica soslayar el papel decisivo que los factores socioculturales juegan en la interpretación del hombre y la mujer como sujetos sociales, y en la solución a los diversos problemas que los aquejan, principalmente en países con características multiétnicas y multiculturales como Guatemala.

En el caso particular de la práctica médica de los pueblos indígenas de ascendencia maya, constituye un sistema amplio y complejo, de origen prehispánico. El mismo esta constituido por, a) terapeutas o curanderos en sus diferentes especialidades, b) categorías operacionales para la clasificación de las diferentes enfermedades y c) un cúmulo de recursos terapéuticos, vegetales, animales, minerales y espirituales, para problemas físicos, mentales, sociales y espirituales.

En el proceso histórico de más de quinientos años, estos conocimientos se sincretizaron primero con toda una gama de recursos terapéuticos traídos por los europeos, especialmente los españoles, (en su mayoría fundamentados en aspectos religiosos) y más adelante con aspectos o elementos de la medicina moderna u occidental que se han popularizado, lo que conforma un amplio y complejo campo hasta ahora poco estudiado.

Es importante señalar que de estos sistemas médicos, son las plantas reconocidas popularmente como medicinales y su aplicación clínica —fitoterapia—, las que más se han investigado por profesionales de diferentes disciplinas, (etnobotánica, farmacología, microbiología, y otros) para su validación científica, producción y comercialización.

⁴ Demo, P. Investigación Participante. Ed. Kapelusz, S.A. B. Aires. 1985. p. 23.

2.1 ANTECEDENTES EN TORNO A LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el seno de la OMS, es a finales del año 1977, que se desarrolla una reunión de trabajo en la que se declara la importancia que tienen las diversas prácticas médicas de origen ancestral y que se encuentran presentes en los pueblos de culturas no occidentales en los diferentes países del mundo. Esta medicina, cuyo nombre variaba entre medicina indígena, aborígen, nativa, etnomedicina, popular o folklórica, se llega a reconocer como un sistema de atención sanitaria, emanado del pueblo y bien aceptado por éste. Como parte integrante de la cultura popular, resulta particularmente eficaz para la solución de ciertos problemas de salud relacionados con el medio cultural.

Así también se considera al ser humano de manera “holística”, es decir, en su totalidad y dentro de un espectro ecológico, partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud, o la enfermedad misma, proceden de un desequilibrio del hombre en su sistema ecológico total y no solo del agente causal y la evolución patógena.

El grupo de expertos, a estos amplios y variados conocimientos los definió **medicina tradicional, la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.**⁵

Sus objetivos, se encaminaron a colaborar entre los distintos sistemas de atención de salud, educación sanitaria popular, desarrollo ulterior de la medicina tradicional y, en particular, utilización de ésta por los servicios nacionales de salud, y práctica de las investigaciones pertinentes.

En estos mismos años en el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, se aborda como objetivo central, hacer posible especialmente para habitantes de zonas rurales y urbanas marginales, servicios de salud en forma integral, con alta prioridad a los campos materno infantil, nutrición, control de enfermedades evitables, atención médica y saneamiento ambiental. Dentro de estas nuevas orientaciones, se consideró a la atención primaria de salud, como una estrategia útil para acelerar el proceso y lograr los objetivos.⁶

En 1978, en la Conferencia Internacional de Salud celebrada en Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia distinta a las utilizadas hasta entonces. Para llenar este vacío, se definió una estrategia global a la que se le denominó atención primaria de salud. En este enfoque global se reconoce que el sistema médico tradicional, en la mayoría de los países coexiste con el sistema oficial de salud, con actitudes o sentimientos antagónicos, desprecio o indiferencia, por lo que se hace necesario su articulación a la estrategia de atención primaria de salud.⁷

⁵ Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, Serie de Informes Técnicos, 622, OMS, 1978, p. 7 y 8.

⁶ Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980 OPS, p. 118-173.

⁷ Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 –12 Septiembre, 1978.

Estos enfoques básicamente se fundamentan en:

- a) El reconocimiento e incorporación de los practicantes de la medicina tradicional a los programas de desarrollo de la comunidad;
- b) la formación complementaria de los practicantes de la medicina tradicional a fin de utilizar sus servicios en la atención primaria de salud;
- c) enseñanza de los principios de la medicina tradicional al personal profesional de salud y a los alumnos de medicina moderna, a fin de promover el diálogo, la comunicación y el buen entendimiento.

La Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en seguimiento a la Meta de Salud para Todos, apoyó el desarrollo de una actividad que se le denominó Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe, que se realizó en 1983 y cuyos enfoques marcan un importante abordaje multicausal de los procesos salud-enfermedad, donde la cultura juega un papel fundamental principalmente en países que se caracterizan por la presencia de diversidad cultural. Se enfatiza, **que en materia de salud y culturas médicas tradicionales no se debe promover la creación de una entidad separada y un programa vertical en esta materia, sino por el contrario se debe “articular la investigación y acción con los programas y operaciones que ya están en curso”** y que puedan aumentar su viabilidad y eficacia a través de la revaloración y promoción de las culturas médicas tradicionales. Se reconoce la falta de estudios o modelos de evaluación que permitan comparar la eficacia entre sistemas médicos occidentales y tradicionales, lo cual limita el reconocimiento de las culturas médicas tradicionales y su importancia para la salud de los países de la Región.⁸

A partir de 1992, la OPS/OMS, ha abordado el tema de la salud de los pueblos indígenas del continente americano como una prioridad, en base a las necesidades identificadas, entre ellas hasta ese momento, la ausencia de políticas favorables para mejorar las condiciones de salud, en el propio contexto sociocultural, de los diferentes grupos y pueblos indígenas de los países de la Región. La OPS, encamina sus esfuerzos de cooperación a fin de apoyar a los pueblos indígenas, a los Gobiernos Miembros, a otras instituciones e individuos comprometidos con el mejoramiento de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas de los diferentes países de las Américas. Esto con la finalidad de alcanzar los objetivos de la Iniciativa que responden a los principios del I Taller de Salud de los Pueblos Indígenas, efectuado en Winnipeg, Canadá en Abril de 1993, este tema se aborda en el apartado 3.1.

En el caso de Guatemala, los intentos por difundir, valorar y rescatar los diferentes componentes de la medicina tradicional han sido limitados, es hasta el año 2000, que se desarrollan políticas y estrategias en el sistema oficial de salud, no así, en el sistema de enseñanza–aprendizaje de las carreras universitarias relacionadas con el campo de la salud.

En la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), en el Centro de Estudios Folklóricos (CEFOL), es recién a partir de 1981 que se crea desde las ciencias antropológicas, el área de investigación de la medicina popular tradicional en Guatemala. Paralelamente a la investigación, se

⁸ OPS/OMS. Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Julio 1985. p. 5.

inicia la promoción y difusión de la importancia de los factores socioculturales y su relación con la salud de los pueblos indígenas, así como los diferentes recursos médicos tradicionales en el abordaje de la salud-enfermedad. Esto, a través de publicaciones producto de investigaciones realizadas en pueblos indígenas de diferentes áreas rurales del país. Dichas investigaciones igualmente se dan a conocer en congresos, seminarios, mesas redondas, etc., nacionales e internacionales. (CEFOL-USAC, 1981–1998).

En la Facultad de Ciencias Médicas, USAC, en esos mismos años y en ciertos momentos hubo esfuerzos por incorporar en el pensum de estudio, aspectos vinculados a cultura y salud y medicina tradicional en Guatemala, fundamentalmente en el Programa de Salud Materno Infantil.⁹ En esos momentos, a nivel de enseñanza–aprendizaje, se encaminaron esfuerzos pero a nivel personal y aislados.

De igual manera en la Dirección General de Investigación (DIGI) de la USAC, se encaminaron esfuerzos por integrar al Programa Universitario de Investigación Interdisciplinario en Salud (PUIS) de la USAC, el subprograma de medicina popular tradicional. Para esto, se conformó un equipo de profesionales nacionales y extranjeros (Guatemala, México, Honduras, Nicaragua y Cuba) de diferentes disciplinas, a fin de aunar conocimientos y aportar recursos teóricos y metodológicos para orientar la investigación científica y aplicación de los recursos de la medicina popular tradicional acorde al contexto nacional (económico, político y sociocultural), y el rescate de la identidad cultural de los pueblos que la practican. Esto en el abordaje del rescate, valoración de la memoria histórica y conciencia colectiva de los pueblos, así como de su patrimonio cultural, entendido como patrimonio de concreciones históricas, materiales y espirituales de los diferentes pueblos del mundo, en el marco de **los derechos culturales como derechos humanos**.¹⁰ En estos intentos, empeños y esfuerzos, para el contexto centroamericano se definió la medicina popular tradicional, como una herencia histórica que constituye un recurso invaluable en la explicación, tratamiento y prevención de las enfermedades de una sociedad concretamente determinada, y que dentro de la dinámica de su propio desarrollo, es de significativa importancia para el abordaje de los problemas de salud de los grupos subalternos y la recuperación de la cultura nacional.¹¹ Los programas orientados hacia la medicina popular tradicional, en esos momentos no fueron aceptados, porque desde la academia y principalmente desde el sector médico, se aseguraba que la aplicación del conocimiento biomédico a los problemas de salud a través de una sana y eficiente administración de la tecnología médica, es suficiente para reducir o eliminar las enfermedades en cualquier población. En la facultad de ciencias químicas y farmacia, se desarrollaron proyectos de investigación, validación científica, producción y comercialización de plantas reconocidas popularmente como medicinales.

A estos procesos de negación de una cultura médica vigente en los pueblos indígenas, por parte de los diferentes sectores académicos, se pueden sumar las históricas políticas de marginalidad económica, social y étnica hacia los pueblos indígenas, quienes son los portadores y hacedores de la

⁹ Programa de Salud Materno Infantil. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, enero, 1992. p 78.

¹⁰ UNESCO, Conferencia Mundial sobre Políticas Culturales, Los Derechos Culturales como Derechos Humanos, París, julio 1968. México, julio–agosto, 1982.

¹¹ Villatoro, Elba y Rubén González. Investigadora del Área de Medicina popular Tradicional, CEFOL–USAC, y coordinador del Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud. PUIS-DIGI-USAC, Marzo, 1991. En: Subprograma de medicina popular tradicional, PUIS–DIGI–USAC, Marzo, 1991. p. 5.

medicina tradicional, y en el más reciente período, la situación de guerra interna, con todas sus implicaciones políticas, y socioculturales en la que se ha llegado a reconocer el etnocidio biológico y cultural.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 LA INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS

Las luchas permanentes de los pueblos indígenas por sus derechos, el Convenio 169 de OIT, las movilizaciones de los 500 años en conmemoración de la llegada de los españoles a América, la proclamación del “Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, el Premio Nobel de la Paz otorgado a Rigoberta Menchú, una indígena guatemalteca, fueron las vertientes que confluyeron hacia la necesidad de promover un proceso de trabajo conjunto y coordinado a favor de los pueblos indígenas de la Región.¹²

Es en este contexto que la OPS/OMS, encamina actividades y desarrolla un taller hemisférico de consulta para abordar el tema de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, éste tuvo lugar en Winnipeg, Canadá, en abril de 1993, y participaron representantes de los gobiernos y pueblos indígenas de 18 países de la Región Americana.

En este taller se definieron los principios y recomendaciones para el desarrollo y operacionalización de la Iniciativa, los que fueron aprobados en la **Resolución V** por el Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1993, y ratificados en los Talleres Subregionales de Santa Cruz, Bolivia en Marzo de 1994 y Quetzaltenango, Guatemala, en julio del mismo año.

Principios de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas:

- Necesidad de un enfoque integral de la salud
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas
- Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.

La Resolución V, representa el compromiso político de los Gobiernos Miembros de la OPS/OMS para priorizar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la Región, enfatizando el respeto a su cultura y a los conocimientos ancestrales.

Se plantea que la medicina y las terapias indígenas, constituyen un recurso comunitario importante en el logro de las metas de la estrategia Salud para Todos, en el marco de la Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Esto, en congruencia con el principio de respeto y revitalización de las culturas indígenas y en cumplimiento de los mandatos presentes en la Resoluciones CD37.R5

¹² OPS/OMS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington D.C., 1997.

(1993) y CD40.R6 (1997) aprobados por los Estados Miembros de la OPS, los que respectivamente señalan:

- Promover, la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de modelos alternativos, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.
- Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la Meta de Salud para Todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden asistencia adecuada a los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.

Se considera importante señalar el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, desde la perspectiva de la medicina occidental, así como su equivalencia en pueblos indígenas.

La OMS, “define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Lo que equivaldría a bienestar, para pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho de tener propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada a bienestar integral, a plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”.¹³

En cuanto a la definición de salud en pueblos indígenas en Guatemala, se estima importante mencionar algunas experiencias directas con terapeutas tradicionales y comadronas indígenas del altiplano del país, donde la población fue muy golpeada por el conflicto armado interno. Al abordar con ellos su concepción en torno a salud-enfermedad, sus respuestas con palabras sencillas fueron claras y enfáticas al decir que para ellos la salud significaba "poder cerrar sus ojos tranquilamente por la noche sin el temor que los fueran a sacar de su casa para secuestrarlos, torturarlos y desaparecerlos". Seguido a esto se agregó que salud es tener trabajo, comida, ropa, armonía con la familia y la comunidad.

3.2 SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN GUATEMALA

3.2.1 Marco Constitucional y Legal

Las políticas actuales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se fundamentan en la Constitución Política de la República, el Código de Salud, los Acuerdos de Paz, el Plan Nacional de Salud 2000-2004 y el Reglamento Orgánico Interno Vigente.¹⁴

3.2.2 Acuerdos de Paz¹⁵

Para la población guatemalteca en general y especialmente para los pueblos indígenas de los diferentes grupos etnolingüísticos y socioculturales del país, el fin de la guerra interna y la puesta en

¹³ Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. En: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, División de Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C., 1997, P 13.

¹⁴ Plan Nacional de Salud. 2000–2004, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, febrero 2000.

¹⁵ Acuerdos de Paz. 3ª. ed. Universidad Rafael Landívar, I.E.E.S., 1998, pp.105-138.

marcha por las diferentes instancias gubernamentales de los Acuerdos de Paz, suscritos en diciembre de 1996, es de gran significado, y un compromiso vinculado directamente en la búsqueda de un desarrollo social y sostenible y por ende, una mejor calidad de vida, especialmente para la población más vulnerable.

El componente de salud, se enfatiza en los acuerdos sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria vinculados al desarrollo social, educación, seguridad social, vivienda y trabajo.

En cuanto a la salud, entre otros aspectos se menciona que valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas.

3.2.3 Plan Nacional de Salud 2000-2004

En este se menciona que el actual Plan de Gobierno de la República ha tomado en cuenta el cumplimiento de los Acuerdos de Paz como columna vertebral de su quehacer, dando relevancia a la gratuidad de los servicios, descrita en la Constitución de la República.

Los objetivos que el plan pretende alcanzar al final del mencionado período, y que tienen interés específico para el presente trabajo, son:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, especialmente el grupo materno infantil, los pueblos indígenas y la población migrante.
- 2) Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a toda la población guatemalteca, con prioridad a las áreas con mayor ruralidad y postergación.

Las estrategias generales del plan que tienen relación al tema son:

- Descentralización con participación social y comunitaria.
- Aplicación de los preceptos de la estrategia de atención primaria de salud en todos los niveles de atención.

Las Políticas de Salud de interés específico para el presente trabajo, son:

- Salud integral de los grupos familiares.
- Salud de los pueblos maya, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.
- Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.

4. CARACTERÍSTICAS DEL PAÍS

Guatemala, se ha caracterizado por ser una sociedad multiétnica, multilingüe y multicultural, representada por el pueblo ladino o mestizo; el pueblo indígena maya que está conformado por 21 comunidades lingüísticas; el pueblo Garífuna, proveniente de conglomerados africanos asentados en la época colonial y el pueblo xinca, cuyo origen no se tiene certeza, pero se estima que habitaban el territorio antes de la llegada de los europeos. Se considera importante mencionar que el pueblo xinca, debido a los procesos de transculturación se encuentra en peligro de extinción. El país, igualmente cuenta con una población rural mayoritaria, en el año 1996, la población total era de 10,2 millones de habitantes, de estos el 65% residía en el área rural, del cual 57,2% pertenecía a los pueblos indígenas.¹⁶

Es importante mencionar que en 1989, el 79% de la población vivía en condiciones de pobreza, y el 59,3 en extrema pobreza. En el área rural, donde viven los pueblos indígenas, el 71% se encuentra en condiciones de extrema pobreza.¹⁷

En términos de cobertura en salud, por parte del sistema oficial, un gran porcentaje de la población se encuentra desprotegido, el 46% no tiene acceso a los servicios de salud, esto generalmente obedece a factores económicos y a que sus programas tienen un marcado énfasis en aspectos curativos y se encuentran principalmente en núcleos urbanos.

La población más vulnerable es la materno-infantil, los índices de morbilidad y mortalidad son superiores en el área central y nor-occidental del país, regiones donde se concentran los pueblos indígenas. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, p. 137, de 6.756 mujeres entrevistadas, el 13% de las embarazadas no recibió ninguna visita durante el embarazo, de este porcentaje el 16,2% son indígenas y el 11,4% ladinas.

Se “estima que 6 de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional”. La mortalidad materna, aunque lamentablemente no se tienen datos confiables, se debe a hemorragias e infecciones. También, se observan bajas coberturas de los programas de inmunización, altas incidencias en parasitismo intestinal, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas.¹⁸

La información sobre las tasas de mortalidad infantil (antes de los 5 años de edad), presenta serios problemas debido al subregistro, sin embargo, y de acuerdo a la ENSMI 1998-1999, las tasas son más altas en los grupos indígenas, como se aprecia en los datos siguientes:

| Mortalidad | Neonatal (MN) | Post neonatal (MPN) | Infantil |
|-------------------|----------------------|----------------------------|-----------------|
| Indígena | 27 | 29 | 56 |
| Ladino | 24 | 20 | 44 |

¹⁶ NN.UU. Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano, ed. 1998, p. 55.

¹⁷ INE-FNUAP. Perfil de la pobreza en Guatemala, 1991.

¹⁸ Finkelman, J. et al. En: Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano, ed. 1998:22; 46; 51-52.

En el período de 1995 a 1999 se estimaron 45 defunciones por mil nacidos vivos. La ENSMI 1995, registró la tasa más elevada en el departamento de Totonicapán 128,9 por mil niños, le sigue Sololá con 98,8. Las principales causas para 1997 fueron bronconeumonía, enfermedades diarreicas agudas, sin embargo se queda oculta la desnutrición que está presente desde antes del nacimiento. En 1995, el 49,7% de niños menores de 5 años sufrían de desnutrición crónica.¹⁹

En cuanto a las oportunidades de acceso y permanencia en el sistema educativo, no se encuentran al alcance de la mayoría de la población, que a menudo es marginada por desigualdades económicas y sociales, disparidades regionales y otros factores políticos, lingüísticos y geográficos. Esta deficiencia es muy preocupante si se toma en cuenta que la educación no es solo un factor de crecimiento económico, sino también un ingrediente fundamental para el desarrollo social, incluida la formación para el futuro.

Los indicadores antes señalados se modifican y se agravan cuando se hacen las siguientes correlaciones:

- A mayor escolaridad, menor fecundidad.
- A mayor ruralidad, mayor fecundidad.
- A mayor ruralidad, mayor proporción de población indígena.
- A mayor proporción de población indígena, mayor fecundidad.
- A mayor fecundidad, mayor desnutrición.
- A mayor ruralidad, menor escolaridad.
- A mayor proporción de población indígena, menor escolaridad.
- A mayor desnutrición, menos escolaridad.
- A mayor proporción de población indígena, mayor desnutrición.
- A mayor desnutrición, mayor mortalidad infantil.
- A menor escolaridad, menor acceso a los servicios de salud.
- A mayor esperanza de vida, menor mortalidad infantil.²⁰

¹⁹ Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano, ed. 1998:46.

²⁰ Op. cit. pp 50 –52.

5. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL EN PUEBLOS INDÍGENAS DE GUATEMALA

Investigadores que han profundizado en los diferentes aspectos socioculturales de los pobladores descendientes de los Mayas, aseveran que éstos poseen una vitalidad que alimenta el deseo de continuidad y permanencia en la misma región, pese a los embates de que han sido sujetos, sobre todo en los últimos años; lo cual los ha hecho diferenciarse de otros grupos étnicos, aún de los de la misma área mesoamericana.²¹

Son pueblos que han sobrevivido sustentados en una filosofía muy particular, las teorías cosmológicas que se fundamentan en una relación dialéctica, armónica y estrecha entre el orden cósmico y el orden social, razón de ello, los elementos o fenómenos de la naturaleza como cielo, tierra, luna, sol, frío, calor, lluvia, aire, viento, ríos, piedras, se constituyen en entes o sitios sagrados. En torno a ello existen las deificadas prácticas de labrar la tierra para la siembra y recolección del maíz, no solo por su importancia en la dieta alimentaria sino principalmente por la relación con el génesis del hombre-mujer de “maíz” y con su cosmogonía Maya, lo que constituye un factor importante en la relación directa del indígena con el área rural. En razón de ello vale la pena mencionar un texto del Popol Vuh, libro sagrado de los Mayas “...Y de esta reunión con toda claridad, salió a luz su sabiduría y hallaron lo que buscaban para hacer la carne del hombre ...Del lugar de delicias del paraíso vinieron las mazorcas amarillas y blancas ...De este maíz amarillo y blanco fue lo que hallaron los Creadores como lo apropiado para comida del hombre y de esto se hizo su carne cuando fue formado, y así mismo de este alimento se hizo la sangre del hombre...”²²

Para conocer y comprender la práctica médica de los indígenas de hoy, se hace necesario internarse en la cosmovisión que le ha dado origen, para no caer en la errónea y común práctica de sobreponer un modelo médico de carácter occidental o académico a un modelo indígena o tradicional, donde existen diferencias considerables en la concepción de tiempo, espacio, frío, calor, vida, salud, enfermedad y muerte. En ese sentido, se estima importante abordar, aunque brevemente, algunos aspectos de la época de su florecimiento como cultura y civilización maya por su relación en la cultura médica.

Material arqueológico, códices, textos indígenas entre ellos el Chilam Balam y el Popol Vuh, hacen alusión a procesos curativos “...los abuelos de cabello blanco ...bajo los nombre de Ixpiyacoc e Ixmucané. Éstos disfrazados de mendigos llegaron ...y le ofrecieron curarlo extrayéndole los dientes rotos y curándole también los ojos.”²³

Crónicas de religiosos y viajeros europeos principalmente españoles, orientan al estudio de los Mayas de la época prehispánica. En dicho material, se encuentra un cúmulo de conocimientos, creencias, prácticas y recursos orientados a la etiología, signos y síntomas, diagnóstico, pronóstico así como medidas preventivas de diversas enfermedades. Es importante destacar que la práctica médica o el arte de curar, muestra un carácter sagrado, contaba con toda una gama de deidades que intervienen

²¹ Messmacher/Geovés/Nolasco. *Dinámica Maya*. Fondo de Cultura Económica. 1986. p. 12.

²² Estrada Monroy A. *El Popol Vuh*, ed. Pineda Ibarra. 1980, p. 116.

²³ Op. cit. p. 126.

en los diferentes procesos de salud-enfermedad. A esto obedece que, muchos de los desequilibrios orgánicos, mentales o sociales fueron interpretados como castigo por faltas a las reglas morales o religiosas.

Los dioses de orden mayor, guardianes y protectores de los diferentes campos de la salud, desde un enfoque integral son: Itzamná, dios del sol, quien con su calor proveía la vida de cuanto ser vivo hay en la tierra, principalmente de lo que el hombre toma de ella para su subsistencia. A él invocaban en casos de enfermedad; **Ixchel**, esposa de Itzamná, identificada como la diosa luna, abogada de las mujeres grávidas, era igualmente invocada para que el parto transcurriera sin complicaciones y resolver problemas de esterilidad; **Chac**, dios de la lluvia, quien con su precioso líquido favorecía el crecimiento de todo lo que provenía de la tierra para el sustento de la población; **Aj Puch**, deidad de la muerte, se encontraba en el último de los nueve planos de inframundo, representado como un esqueleto, acompañado de un tecolote, merodeaban las casas donde estuviera una persona enferma para su acecho; **Ixtab**, diosa del suicidio, representada con una soga en el cuello, era ella, quien recibía en su seno a toda persona que se suicidaba, éstos, generalmente ofrendaban su vida para alcanzar algún beneficio de orden social. También ocuparon un lugar importante **Zuhuykak** e **Ixlition**, encargados de velar por el bienestar de los niños y las niñas respectivamente; **Tzapla-Tenén**, la abuela respetada por haber encontrado en la resina del ocote un remedio eficaz para cicatrizar heridas y enfermedades de la piel; **Kukulcán**, dios de los vientos, dador de vida y del movimiento de las aguas; poseedor del poder para curar las fiebres. **Temazcalteci**, diosa de los baños de vapor, frecuentemente usada para recuperar el estado de calor perdido durante el embarazo, parto y puerperio y otras enfermedades de etiología fría, por lo que curaba el reumatismo, enfermedades nerviosas y de la piel por medio de dichos baños.²⁴

La práctica médica o el arte curar alcanzó altos niveles de desarrollo, seguramente como consecuencia de las grandes epidemias que sufrieron, por lo que se sintieron obligados a encontrar los recursos necesarios para minimizar sus efectos.

Los mayas prehispánicos, igualmente desarrollaron amplios conocimientos sobre la anatomía y fisiología del cuerpo humano y de diferentes animales principalmente aquellos utilizados tanto en la alimentación como en los sacrificios de carácter sagrado. Así también acerca de la flora y fauna de las tierras que habitaron, lograron seleccionar, clasificar y aprovechar todas aquellas a las que le descubrieron propiedades terapéuticas.

Frente a los serios peligros de la enfermedad y la muerte, fueron auxiliados por hombres y mujeres que se incorporaban al mundo de los terapeutas por mandato divino para ayudar a quienes sufrían de alguna enfermedad. Tenían sus áreas específicas de acción, por lo que llegaron a tener sus especialidades, entre las que se destacan:

- 1) Los consejeros, guías espirituales, quienes además de desempeñar sus actividades sacerdotales igualmente se desenvolvían como terapeutas para problemas de tipo espiritual, sobre todo para las enfermedades de origen sobrenatural o producidas por maleficios, y para problemas psicosociales, orgánicos, y económicos, que abordaban el problema salud-enfermedad con enfoque integral. Era conocer el tiempo a través del calendario maya, era conocer el lenguaje del

²⁴ Martínez Durán, C. Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución, ed universitaria. Guatemala, 1964, p.131.

fuego y el significado de los movimientos involuntarios del cuerpo humano. Las ceremonias eran celebradas en cerros y cuevas determinados y respetados como sitios sagrados.

- 2) Las parteras, respetadas por su avanzada edad y por sus amplios conocimientos de las distintas enfermedades de la mujer, en la atención del embarazo, parto, postparto, y en torno al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, también se les respetaba por sus conocimientos de las restricciones dietéticas y sexuales y sus rituales pertinentes. Éstas utilizaban mucho los masajes, las hierbas medicinales y los baños de vapor.
- 3) Los compone-huesos, encargados de tratar luxaciones y fracturas a base de masajes, plantas medicinales y “estiramiento” de los miembros afectados.
- 4) Los curanderos, entre los que se distinguían aquellos que se dedicaban a tratar enfermedades causadas por agentes naturales y/o sobrenaturales, y los que inducían la enfermedad y sufrimiento, a los que comúnmente se les llamaba brujo.

A la comadrona y a cada uno de los terapeutas se les brindaba respeto, pero el “brujo” (nombre eminentemente español) además era y es temido.

Incurсионando en la historia de los pueblos indígenas de los diferentes rincones del país, son ellos a quienes les ha tocado sufrir por más de 500 años en mayor grado los embates de agresión económica, política, sociocultural, etc. Pese a ello, aún conforman comunidades secularmente establecidas pero no estables, pues el carácter dinámico de la cultura promueve cambios internos, producto de su mismo desarrollo, y aunque su cultura es de permanencia y de continuidad, acepta en su seno elementos culturales externos, los que a su vez, después de un proceso de reflexión, explicación y respuestas, son rechazados o aceptados y asimilados como propios.

En torno a los dioses de orden mayor de la época pre-hispánica que antes se mencionan, y a su vinculación con elementos cósmicos y de la naturaleza, en la actualidad en los pueblos indígenas de las diferentes regiones del país, existe una estrecha relación con la etiología, así como con los recursos terapéuticos y preventivos de diversas enfermedades, también con alimentos y determinados colores que influyen al ser usados, ejemplo de ello: Itzamna, **masculino**; el **sol**, deificado por su **luz**, **calor**, **día** y dador de vida. Ixchel, femenina, identificada con la **noche**, lo **oscuro**, el **frío** y la **luna**, nombre con que culturalmente se le conoce a la menstruación, cuya suspensión se relaciona con el embarazo, por lo que se reconoció como protectora de las mujeres durante los períodos de embarazo, parto y puerperio. Chac, con la lluvia, elemento fundamental para su subsistencia, pues alimenta nacimientos de agua, ríos y lagos, el crecimiento de todo lo que proviene de la tierra, y facilita la humedad; Kukulcán, con doble función, dios del viento y del aire; deificado por ser el dador de vida; Temazcalteci, diosa de los baños de vapor, tiene una relación estrecha con Ixchel, como comadrona, por ser la protectora de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio.²⁵ La interpretación de las enfermedades, así como el carácter benéfico o dañino de algunos recursos comestibles están estrechamente relacionados con el frío, el calor, su color, y el grado de humedad. Esto se puede apreciar con mayor detalle en el apartado 6, concepciones indígenas en torno a salud-enfermedad.

²⁵ Girón, M.M.A. Itzamna y la Medicina Maya. En: Guatemala Indígena. Vol. XIV. No. 3 – 4, pp 26-30.

Actualmente y con especificidad en el campo de la medicina, se observa el resultado del sincretismo o interculturalidad de elementos indígenas con algunos de los traídos por los españoles. Ejemplo de ello, se tiene el “mal de ojo” (no físico). Según Foster, esta enfermedad es ampliamente conocida en España desde el siglo XV, y se estima que es el resultado del contacto de ocho siglos con los pueblos árabes. Víctor L. Quibin y Castillo de Lucas, mencionan que el “mal de ojo”, es una enfermedad infantil muy conocida en los diferentes lugares de España. Es causada por el acercamiento de malos espíritus, o “por una mala mirada”. Igualmente se interrelacionaron creencias médicas populares españolas, de etiología religiosa-cristiana.²⁶

Esto ha dado como resultado una amplia y compleja cultura médica, rica en elementos que se manejan en la epidemiología cultural de la mayor parte de los pueblos indígenas del país y que por su importancia se considera importante articularse a los componentes de la estrategia de atención primaria de la salud.

²⁶ Villatoro, E. Cuatro enfermedades populares de mayor incidencia en Guatemala. Tradiciones de Guatemala. No. 19-20, CEFOL-USAC, Guatemala, 1983, pp 91-92.

6. CONCEPCIONES INDÍGENAS EN TORNO A SALUD-ENFERMEDAD

Dado que para los integrantes del sistema oficial de salud, principalmente aquellos que prestan servicio en áreas rurales fundamentalmente a pueblos indígenas, es necesario conocer y comprender el origen y evolución del proceso de salud enfermedad desde la misma concepción indígena, a este capítulo se le ha concedido mayor amplitud. Igualmente se considera importante porque en los elementos que a continuación se describen se encuentran los factores socioculturales de las enfermedades de mayor incidencia en los pueblos indígenas del país.

Para los pueblos indígenas de Guatemala, la concepción en torno al proceso salud-enfermedad está constituida dentro de un esquema médico muy bien estructurado y sistematizado. Cada enfermedad, tiene su etiología, sintomatología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y medidas preventivas.

Por su etiología cultural, las enfermedades se clasifican en dos grandes grupos:

- las de etiología sobrenatural y
- las de etiología natural

Las enfermedades que obedecen a influencias sobrenaturales, donde lo mítico-religioso desempeña un papel fundamental, han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos. Su origen esta en el castigo divino debido a pecados cometidos, vinculados al quebrantamiento de los tabúes, la desobediencia a los mandatos de las divinidades, el olvido de los deberes religiosos, el ayuno interrumpido por relaciones sexuales realizadas en días prohibidos.²⁷

En esto participa la voluntad de entes de carácter divino, que guían el destino del hombre y la mujer. Así, una enfermedad puede ser producto de la ira del dios supremo o de las deidades, por transgresión a los códigos que rigen la conducta social, moral y espiritual del hombre y la mujer. También están aquellos trastornos ocasionados por la voluntad del hombre o de la mujer, con el afán de hacer daño al enemigo, por razones de resentimientos o envidias (conflictos de orden social), en este caso intervienen seres sobrenaturales que en un momento dado puede tener una doble función ya sea de benefactores o de agresores.

Esto explica el porqué la práctica médica se sacraliza, además se hace uso de una gran variedad de recursos terapéuticos de carácter mítico-religioso: ceremonias o rituales, acompañados de oraciones, velas de diferentes colores (cada color tiene una acción específica), incienso, imágenes de orden cristiano, así también productos naturales como plantas, animales o minerales, como antes se señala todo dentro de un contexto sagrado. Los rituales terapéuticos aprovechan la oportunidad presentada por las dificultades de un paciente, para resolver problemas personales, familiares o con su grupo social, restaurando así la unidad grupal, es decir también tiene una acción social.

Aquí, se incluyen las prácticas conocidas como “*magia*” o “*brujería*”. Un “*brujo* o *hechicero*”, (términos en idioma español y de connotación occidental), actuando por voluntad propia o a pedido

²⁷ Morley S. La Civilización Maya. Fondo de Cultura Económica, México, 1980. p. 195.

específico de otra persona, puede causar una enfermedad a una persona determinada. Estas, prácticas, suelen originar enfermedades físicas, mentales, sociales y económicas de difícil recuperación. El especialista para tratar estas enfermedades prescribe ceremonias, oraciones, penitencias o sacrificios de aves domésticas, generalmente gallos.^{28, 29}

Las enfermedades causadas por razones naturales, se fundamentan en la necesidad del equilibrio de dos fuerzas opuestas como son el frío y calor, este equilibrio es sumamente importantes para una buena condición del cuerpo.³⁰

Se concibe que el ser humano, máxima expresión de dioses formadores y creadores, así como los elementos que le rodean, guardan dentro de sí un delicado equilibrio de estas dos fuerzas. El calor da vitalidad, energía y por ende da vida, mientras que el frío esta vinculado con la muerte. Además, todo ser, tangible o intangible, tiene una de estas cualidades que corresponden a distintas formas de interpretar el “ser” y “estar”. Esta categoría no siempre alude a temperaturas reales.³¹

De esta manera, el ser humano, las plantas, los animales, las piedras, los objetos inanimados, las enfermedades, las comidas, etc., están clasificados por su condición intrínseca de calor o frío. Esto obedece a que, *el sol*, que se encuentra en el mundo superior, se considera caliente porque calienta la tierra y la hace germinar. La tierra, su opuesto, se encuentra en el mundo inferior, y es fría; necesita del calor del sol para producir. Esto, pone de manifiesto la complementariedad y necesidad de la relación entre los opuestos.

Ejemplo, en algunas comunidades el dolor de articulaciones y resfriados se considera enfermedad fría, tiene su origen si la persona esta sudando y se expone a cambios bruscos de temperatura (lluvia o vientos fríos). El tratamiento incluye preparados de plantas o bebidas, conocidas como calientes, así como los baños de vapor, llamado *chuj*, *tuj* o *temascal*.³²

Las enfermedades diarreicas generalmente obedecen a una sobre dosis de alimentos fríos, ejemplo: carne de cerdo, pescado, verduras, algunas plantas alimenticias y a una gran variedad de frutas **crudas** los cuales provocan un cuadro clínico mucho más severo que una sobredosis de alimentos concebidos como calientes.

En el caso contrario, ingerir sobredosis de comidas consideradas calientes, también rompe el equilibrio, en este caso, la enfermedad es reconocida como caliente, ejemplo: comer mucho chile, comidas irritantes, beber mucho licor pueden causar diarreas a veces con sangre. Los niños lactantes pueden sufrir estos efectos, debido a la alimentación de la madre que los transmite a través de la leche materna.

²⁸ Villatoro, E. y Acevedo, J. Vida y obra de los curanderos de todos santos Cuchumatán Huehuetenango. Tradición Popular. CEFOL-USAC, Guatemala, 1989, p. 14.

²⁹ Villatoro, E. Los terapeutas tradicionales de Totonicapán. CEFOL-USAC, Guatemala, 1997: 59-93.

²⁷ López, A. Cosmovisión y Medicina Náhuatl. En: estudios sobre etnobotánica y antropología médica. I. IMEPLAM, México, 1976: 21-22.

²⁸ Op. cit. p. 24.

³² Villatoro, E. El baño de vapor tradicional, un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco. La tradición popular. No. 59. CEFOL-USAC, 1986. p. 16.

También, existe la creencia de que ciertos grados de exposición a los rayos solares o cierta cantidad de humedad, influyen en los colores, lugar de origen de los alimentos o medicamentos, y en la sensación que determinadas sustancias puedan producir en el organismo. Por ejemplo son colores fríos el blanco y todos aquellos de tonalidad pálida. Se conciben como calientes el color negro, café, verde oscuro, morado, rojo. Esto también se transmite por el color de los alimentos: las carnes de pescado y de cerdo son blancas por lo tanto se consideran como de color frío, mientras que la carne de res por su color rojo se le da la categoría de caliente. En esto también juega un papel importante la categoría crudo-cocido.³³ En razón de ello las prescripciones dietéticas y tratamientos tienden a contrarrestar esta situación, así los medicamentos son clasificados como “fríos” o “calientes, para recuperar el equilibrio.

Al respecto, J.J. Hurtado³⁴ propone un modelo estructural que comprende seis diferentes categorías conceptuales mayores que permiten englobar y comprender las creencias de los diferentes pueblos indígenas en cuanto al origen de la mayoría de las enfermedades. Si bien es cierto que fue elaborado en los inicios de los años setenta, la práctica y la experiencia de estudios recientes muestran su actual vigencia:

- 1) Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, es decir que la alteración de la posición de la fontanela, da lugar a la enfermedad llamada “mollera caída”. Se origina por movimientos o caídas violentas.
- 2) Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional. El estar “chipe”, es característica de un niño cuando aún es pequeño y la madre se embaraza. Se tiene la creencia de que el infante lo presiente, se pone celoso y lo manifiesta con llanto, irritabilidad, pérdida del apetito. El cuadro se torna aún más severo en el período post-natal, es decir con la presencia del nuevo hermano recién nacido.
- 3) Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor frío. Éstas han sido expuestas con relativa amplitud en párrafos anteriores.
- 4) Enfermedades causadas por la pérdida del alma. Se considera pertinente explicar que en la cosmovisión de los pueblos indígenas, se considera que el alma puede separarse del cuerpo durante la vida de la persona y volver al él sin causar mayores daños, esto vinculado al entendimiento de que un individuo, se compone de un cuerpo físico y de una sustancia inmaterial, una esencia, alma, que puede separarse del cuerpo, vagar libremente o bien quedarse cautiva por fuerzas sobrenaturales. En este sentido todo ser viviente y particularmente el humano no puede estar sin su alma, ni su alma sin su cuerpo correspondiente.

Igualmente se concibe que todo lo que rodea al ser humano, en este caso, la naturaleza (bosques, plantas, ríos, piedras etc.), tiene alma, es decir predomina el sentido animista.

Se estima que el alma se puede separar o desprender en forma súbita del cuerpo de un individuo, a consecuencia de una experiencia perturbadora o aterradora, es decir por una

³³ Neuenwander, H y Sounder, Sh. El síndrome caliente-frío, húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos. I. L. V. Dallas, 1977. p. 85.

³⁴ Hurtado, J.J. Algunas ideas para un modelo estructural en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala. Guatemala Indígena, N° 8, Vol 1-2. 1973. p. 7-22.

impresión muy fuerte. Esto puede obedecer a un accidente, o encontrarse con animales peligrosos, en este momento el alma se sale del cuerpo y puede ser retenida por espíritus. Esto lo sufren niños, adultos, hombres y mujeres de cualquier edad. Toda impresión que altere el estado emocional de la persona se llama “susto” o “perdida del alma”.

La sintomatología en casos de niños se manifiesta por un sueño intranquilo, por las noches despierta varias veces en forma alterada, se pone irritable. En el adulto igualmente su sueño es alterado y puede tener pesadillas.

El tratamiento generalmente requiere de la intervención de un especialista, quien por medio de oraciones y plantas especiales que son frotadas en cuerpo, trata de convencer a los espíritus que retienen el alma que la liberen para que vuelva a su cuerpo. A veces, también se trata de convencer a la misma alma para que vuelva a habitar el cuerpo que le corresponde.³⁵

En este sentido existe una considerable diferencia de la concepción judeocristiana, que considera que el alma y el cuerpo son indisolublemente unidos desde la concepción hasta la muerte, momento en que se separan.

Esta es una enfermedad, que desde su enfoque cultural, se le debe dar mucha atención, debido a que es muy generalizada por los momentos aterradores y de dolor que la población indígena le tocó vivir durante los años de la guerra interna en el país. Actualmente se considera una enfermedad bastante generalizada.

- 5) Enfermedades causadas por la influencia de otros seres, naturales o sobrenaturales. Aquí puede ser ubicada la enfermedad conocida como “*mal de ojo*”. Esta es una enfermedad a la cual son susceptibles los niños y los animales muy jóvenes. A menor edad, mayor riesgo de contraerla.

Se considera que algunas personas tienen “*muy fuerte la mirada*”, o a veces debido a ciertas condiciones de su organismo, tales como acaloramiento por ejercicio físico.

La mujer, en el período de menstruación o embarazo posee cierta característica capaz de dañar a los niños. También sucede en un encuentro repentino con solo mirar al infante. Se considera que esta fuerza emana del cuerpo del adulto y afecta al niño, en otras palabras “*le hace mal de ojo*”. La sintomatología es variada, pero incluye irritabilidad, diarrea, náuseas, vómito y decaimiento.

Su diagnóstico y tratamiento requiere un especialista. Es clásica la sesión de diagnóstico con el huevo de gallina pasado por el cuerpo de la criatura para determinar si es “*ojo*” y cuál es su fuerza. Para prevenir el “*mal de ojo*” se utilizan recursos cuyo efecto es por contacto, pulseras o collares o gorros de color rojo que el niño deberá usar. Este color, se le clasifica como muy fuerte, por lo tanto es capaz de rechazar cualquier energía negativa. Los animales de corta edad, igualmente son protegidos mediante la utilización de un listón rojo alrededor del cuello. Otra medida preventiva es que la persona adulta capaz de “*ojeear*” al niño deberá tener contacto físico con él, esto es, cargarlo o acariciarlo para evitar la enfermedad.

³⁵ Guillin, J. El Espanto Mágico. Cultura Indígena en Guatemala. SIGS. 1959, p.164.

- 6) Enfermedades causadas por parásitos intestinales. *Alboroto de lombrices*. Respecto a esta enfermedad, vale la pena enfatizar que el estómago se concibe como una bolsa y que al interior se encuentra otra bolsa de menor tamaño donde se encuentran los parásitos. En estos casos se refieren a las *Ascaris lumbricoides*, porque son visibles, contables y medibles. El tratamiento incluye infusiones de plantas, oler ajo, masaje en el estómago para que las lombrices vuelvan a su bolsa.

Las enfermedades antes descritas, desde su enfoque cultural esta muy bien explicado, puede apreciarse que la cultura indígena, crea mecanismos de comprensión y entendimiento de los diferentes procesos de la salud y la enfermedad. Estos conocimientos la mayoría de las veces son desconocidos o despreciados por los prestadores de la medicina occidental.

Antes de concluir este capítulo, es importante mencionar que si bien no se ha realizado un estudio formal, la experiencia de campo y el contacto con pueblos principalmente de la región central y nor occidental del país, indican que indígenas, hombres y mujeres, con nivel educativo medio y universitario, creen en la existencia de enfermedades vinculadas a las categorías calor-frío, pérdida del alma o susto y las causadas por entes sobrenaturales, a éstas últimas les temen, y creen que son inducidas por la envidia. Para el tratamiento o prevención solicitan los consejos y el apoyo de guías espirituales, mientras que las creencias en las enfermedades como la mollera caída, alboroto de lombrices es frecuente encontrarlas en población con poca o ninguna instrucción escolar.

Es igualmente importante mencionar que conocimientos, creencias y recursos en torno a las enfermedades mencionadas, no se encuentran con exclusividad en la población indígena, están presentes en la población ladina, garífuna y xinca. En cuanto a creencias en enfermedades de tipo sobrenatural igualmente se encuentran en hombre y mujeres aún con formación universitaria.

7. ELEMENTOS DE LA CULTURA POPULAR UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En la práctica médica de los pueblos indígenas es muy importante el uso de elementos simbólicos, muchos de ellos se encuentran inmersos en la cultura encubierta, es decir en la cultura espiritual-mental, tales como creencias en el espíritu y de la vida más allá de la muerte. Esto ocupa un lugar muy importante en la recuperación de la salud, aceptación de la enfermedad, o aceptar la muerte como un designio sagrado. Se considera importante mencionar algunos de ellos, dado que se pretende articular esta práctica médica tradicional a los programas de atención primaria de salud, por lo que se estima que deben ser conocidos y/o manejados por los prestadores de la medicina oficial, sea para estimular su uso, su erradicación o investigación, dependiendo de sus efectos benéficos, dañinos, inócuos o desconocidos. Se describen a continuación:

- 1) El universo y la tierra: la cosmovisión, la geografía, la vida vegetal y animal.
- 2) El hombre: las partes del cuerpo humano y su fisiología y prácticas sexuales. (Etnoanatomía y entofisiología).
- 3) La mujer: anatomía y fisiología, menstruación, embarazo, parto y postparto cuidado del recién nacido, (curaciones y extracciones dentarias).
- 4) La medicina e higiene: teoría de las enfermedades, prevención, prácticas terapéuticas, fitoterapia, zooterapia, minerales.
- 5) Mitología: mitos de creación, origen de los seres naturales y sobrenaturales (teogonías), dioses y semidioses (teogonías), espíritus del bien y del mal, separación del alma con el cuerpo.
- 6) Manifestaciones de seres naturales y sobrenaturales: almas y espíritus que se encuentran en el reino vegetal, animal y mineral, con atributos reversibles y no reversible, espíritus de regiones, cerros, piedras y cuevas sagradas. Creencias en espíritus benignos y malignos: poderes de acciones homeopáticas o imitativas; contaminante o de contacto.
- 7) Prácticas religiosas: cultos a los dioses, a los espíritus, a los ancestros, a los muertos.
- 8) Ofrecimientos: sacrificios de animales. Otras ofrendas: tabaco, velas, inciensos, flores, agua, comida, licor.
- 9) Elementos propiciatorios y/o preventivos: amuletos, cruces, sal.
- 10) Rituales, ritos propiciatorios: de pasaje, de iniciación, de curación, funerarios.
- 11) Sitios y materiales de culto: cuevas, grutas, montañas, bosques, manantiales, casas, habitaciones especiales.
- 12) Objetos: imágenes religiosas, animales, árboles y plantas sagradas.
- 13) Elementos auxiliares del culto: estimulantes como el licor, sahumerios, inciensos, aceites, baños, cruces de madera o de otros materiales.

- 14) Especialistas: guías espirituales (sacerdotes mayas), comadronas, adivinos, curanderos, hombres y mujeres de diversas especialidades, que como su nombre lo indica curan enfermedades. Los brujos (nombre español) son los que tiene la capacidad de inducir enfermedades.³⁶

³⁶ Aretz, I. Guía clasificatoria del folklore en América Latina, Caracas, Biblioteca INIDEF, 1975. p. 255.

8. ASPECTOS VINCULADOS AL CURANDERISMO

La historia de las curaciones y el curanderismo es tan antigua como la humanidad, desde que el hombre aún no había alcanzado una condición social y cultural de mayor complejidad, percibe extrañas sensaciones que le impedían realizar armónicamente sus actividades cotidianas. Igualmente al estar expuesto a heridas, lesiones causadas por guerras, enfrentamientos, terremotos, inundaciones, sequías y catástrofes naturales imprevisibles e incontrolables. El hombre de aquel entonces, se veía en la necesidad de acudir a lo que la naturaleza le ofrecía para alcanzar dominio, control o armonía con ella misma y no cabe duda que por ensayo y error fue seleccionando todo aquello cuya acción real o imaginaria lo aliviara de sus dolencias.

Se desarrollan entonces, actividades de carácter ritual y sobresale el individuo quien proclama el éxito sobre el control de todo aquello que amenaza a su grupo social. Este es el “*curandero*” quien dotado de características muy especiales, es reconocido, respetado o temido por su propio grupo social por la capacidad de resolver los diversos problemas que los aquejan.³⁷

Esta concepción, vinculada al mundo natural y sobrenatural cuyas raíces están referidas a épocas remotas, en la actualidad, tienen vigencia colectiva en muchos conglomerados sociales en diferentes países a nivel mundial, seguramente, con diferentes nombres y diferentes formas de expresión, lo que se fundamenta en formas particulares de concebir el mundo y lo que le rodea, es decir su cultura.

En el ámbito guatemalteco, principalmente en el área rural, son los terapeutas tradicionales en sus diferentes especialidades, quienes históricamente han ejercido un papel preponderante en el ejercicio de la terapéutica, esto aprendido por la tradición oral, por el ejemplo, por herencia familiar, por vocación manifestada en múltiples formas, fundamentalmente a través de sueños o a enfermedades sufridas por la propia persona destinada a esta profesión, o su familia.

Todo esto denominado como un *don* que la persona debe tener para ejercer el alivio o solución a los diferentes problemas que aquejan a su grupo social. Estas personas se caracterizan, por ser poseedores de una sabiduría ancestral fundamentada principalmente en elementos de la cultura maya, y sobre todo lo referido a su propia cosmovisión.

Muchos de los recursos terapéuticos utilizados, se han sincretizado con elementos socioculturales hispánicos, como consecuencia de los diferentes procesos de dominación política, económica y sociocultural ejercida sobre estos pueblos por más de quinientos años. Así también con recursos terapéuticos de la medicina oficial o académica que se han popularizado, entre ellos calmantes para dolores de diferentes partes del cuerpo, trastornos digestivos y otros, los que al mismo tiempo han sido incorporados en la clasificación de lo frío y lo caliente.³⁸

La vigencia y aceptación de los terapeutas en sus diferentes especialidades, obedece a múltiples razones, entre ellas, la poca o ninguna accesibilidad geográfica, económica y fundamentalmente lingüística y sociocultural del sistema oficial de salud.

³⁷ Castiglione, A. Encantamiento y magia, Fondo de Cultura Económica, México, 1972, p. 305.

³⁸ Villatoro, E. Medicina Tradicional en Guatemala, una alternativa antropológica en salud. En: a saber, ed. Litorama. Embajada de Francia, Guatemala. 1992, p. 18-25.

En cambio el terapeuta tradicional, es originario o vecino de la comunidad, y por ende comparte idioma, costumbres, cultura en general y en particular lo vinculado a salud-enfermedad. Tiene la particularidad de responder a las demandas de su grupo social. La remuneración de los servicios puede ser en efectivo inmediato, a plazos, o en especie. Esto, generalmente responde a la situación de pobreza o de extrema pobreza que a lo largo de la historia les ha tocado vivir a estos pueblos.

Se considera oportuno mencionar que en la Reunión de Expertos para la Promoción y Desarrollo de Medicina Tradicional, en la OMS, definen **al curandero tradicional**, como la: **“...persona reconocida por la propia comunidad en que vive, como competente para prestar atención de salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad, en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez.”**³⁹

8.1 TERAPEUTAS INDÍGENAS EN EL ÁMBITO GUATEMALTECO

Son agentes que juegan un papel preponderante en su entorno social, hombres y mujeres que se caracterizan por ser poseedores de una sabiduría ancestral obtenida a través de la tradición oral, el ejemplo, en forma hereditaria, por vocación manifestada en sueños, hechos atribuidos a fenómenos sobrenaturales, y también aquellos que por interés individual se han dedicado al arte de curar.

Éstos, se pueden ubicar entre los muy tradicionales, es decir, aquellos cuyos recursos terapéuticos y preventivos están basados únicamente en la tradición de su entorno histórico, social y cultural y aquellos que de alguna forma han incorporado a sus prácticas médicas elementos de la medicina occidental, como producto de la interculturalidad constante de que han sido sujetos. Generalmente, son personas de mediana edad o ancianos que han tomado con mucha seriedad su profesión, y que se han ganado la confianza, el respeto y la estimación de los pobladores. Son originarios y vecinos de la misma comunidad y como tales comparten costumbres, idioma, cultura en general y médica en particular. Atienden a la hora que se les solicitan sus servicios, los que pueden ser pagados en moneda o en especie de acuerdo a las posibilidades económicas del paciente. Los recursos terapéuticos utilizados o recetados son de bajo costo, de fácil obtención, y por supuesto culturalmente aceptados.⁴⁰

En la estructura médica tradicional destacan los guías espirituales o sacerdotes mayas, la comadrona, curanderas de niños, los curanderos con sus diferentes especialidades, entre ellos compone-huesos, sobadores, chayeros, etc., quiénes juegan un papel muy importante en la vida de los pueblos principalmente indígenas del país.

³⁹ *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Serie de informes técnicos*, 622. OMS, Ginebra, 1978, p. 7- 8.

⁴⁰ Villatoro, E., Acevedo, J. *Vida y obra de los curanderos de todos santos Cuchumatán, Huehuetenango. Op. cit. pp 1-12.* y Villatoro, E. *Los terapeutas tradicionales de totonicapán: su quehacer en el campo de la salud- enfermedad. En: tradiciones de Guatemala, N° 47 CEFOL-USAC, 1977 pp.59-94.*

8.2 PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS TERAPEUTAS INDÍGENAS

La mayoría de terapeutas indígenas, es a través de los sueños que inician su proceso de formación, estos sueños generalmente están relacionados con su especialidad vocacional. Así, los guías espirituales, con el uso del fuego, las comadronas con atención a parturientas, los compone huesos con arreglar torceduras, y así en cada una de las especialidades. Estos sueños se inician en edad temprana, a veces cuando son niños se dan las manifestaciones para tomar el camino de terapeutas. Al no iniciarse en el camino de terapeuta, los sueños se complementan con enfermedades severas, prolongadas y extensivas a la familia nuclear, (padre, madre, hermanos o esposa e hijos si ya conformó su nueva familia). Igualmente, aparecen problemas de tipo económico y sociales iniciándose con la familia, y se agudiza hasta que la persona toma la decisión por si misma de cumplir con el mandato divino de servir a su prójimo, generalmente, esto ya es de su conocimiento porque ante tanto problema ya consultó a un anciano guía espiritual.

Es a partir de esta acción que el guía espiritual, recomienda y orienta al terapeuta y a los familiares para que lo apoyen en el trabajo. Desde este momento se convierte en curandero. Para iniciar su práctica debe buscar a un curandero de amplia experiencia y de la especialidad que de acuerdo a su don debe seguir con la finalidad de que lo capacite. **“Don”:** **aptitud personal para ejercer una actividad, un trabajo, así también una dádiva, un regalo de bienes naturales o sobrenaturales que vienen de entes superiores, de Dios.**⁴¹ Cuando una persona no acepta el don de curandero, debe pagar un tributo, si la persona está enferma hay que pagarlo cada dos meses, si no está enferma entonces se hará cada nueve meses, hasta que el guía espiritual lo considere suficiente.

⁴¹ Diccionario de la Lengua española. Real Academia. Décimo Novena Edición, 1970.p 493.

9. ESTUDIO DE CASO: CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA, MUNICIPIO DE QUETZALTENANGO

9.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON EL SISTEMA DE SALUD DEL ÁREA

Para el desarrollo del presente estudio, se considera que el municipio de Concepción Chiquirichapa, departamento de Quetzaltenango, tiene las condiciones necesarias.

Las alternativas para mejorar las condiciones de salud (enfoque integral) de los pueblos indígenas de Guatemala, quienes históricamente son los que han sufrido de mayor postergación política, económica y social, aunado a esto, las consecuencias de los 36 años de guerra, exige los esfuerzos conjuntos del gobierno, organizaciones no gubernamentales, organizaciones indígenas nacionales y organizaciones al nivel local.

En el logro de una vida humanamente aceptable, se hace pertinente el desarrollo de un programa de salud integral acorde a las necesidades económicas y socioculturales de los pueblos indígenas, esto sin duda contribuye al desarrollo grupal, social y por ende al desarrollo del país.

Para el logro de un enfoque integral de salud, además de la erradicación de enfermedades principalmente prevenibles, es pertinente combatir el hambre, la escasez de vivienda y las deficiencias o ausencia de medidas sanitarias.

Se esta consciente que el mayor peso del programa oficial de salud, está en el componente curativo.

En este sentido, es de gran significado en el logro de la salud de estos grupos de mayor vulnerabilidad, apoyar a que se concreten los objetivos propuestos por del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Plan Nacional de Salud 2000–2004. Los objetivos que a continuación se mencionan, se consideran los fundamentales para el desarrollo del presente trabajo:

Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, especialmente del grupo materno infantil, los pueblos indígenas y la población migrante.

Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a toda la población guatemalteca, con prioridad a las áreas con mayor ruralidad y postergación.

Reducir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en 1995.

Elevar las coberturas de inmunización contra la poliomielitis y el sarampión por arriba del 95%, mantener la certificación de la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión en los próximos cuatro años.

Descentralizar la conducción de los distintos niveles de atención, impulsando el mejoramiento y modernización de los servicios de salud, asegurando la existencia de programas y servicios al nivel

comunal, debidamente coordinados e integrados al nivel regional y nacional, en por lo menos 50 municipios de la república.

9.2 CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA (VER MAPA ANEXO 2)

Concepción Chiquirichapa es un municipio de Quetzaltenango, —región occidental del país—, se encuentra ubicado a 15 kilómetros de distancia (carretera asfaltada) de la cabecera departamental. Además del casco urbano, está integrado por 11 cantones o barrios y cuatro caseríos.

Tiene una población estimada de 19.000 habitantes de los cuales el 95% es indígena de ascendencia maya, del grupo etnolingüista Mam. La mayoría vive en condiciones de extrema pobreza, su economía se fundamenta en la agricultura de subsistencia (maíz, frijol principalmente papa).⁴²

9.2.1 Datos Epidemiológicos

Datos epidemiológicos del país⁴³ (Referencia para los de Concepción Chiquirichapa)

| | 1995 | 1998-1999 |
|-------------------------------------------------------|------|-----------|
| Mortalidad infantil | | |
| Menores de 5 años | 69 | 59 |
| Mortalidad Materna | 190 | ND |
| Desnutrición en la niñez | | |
| Menores de 5 años (crónica) ⁴⁴ | 49,7 | 46,4 |
| Menores de 5 años (aguda) ⁴⁵ | 5,9 | 2,5 |
| Menores de 5 años (global) ⁴⁶ | 26,6 | 24,2 |
| Vacunación | | |
| Menores de 5 años cuya madre tuvo vacuna antitetánica | 54,6 | 56,0 |
| Niños de 12 a 23 meses vacunados contra sarampión | 75,1 | 80,6 |
| Niños de 12 a 23 meses con todas las vacunas | 42,6 | 59,5 |

| Lugar del parto | MSPAS | IGSS | Privada | Casa | No. Nac. |
|---------------------|-------|------|---------|------|----------|
| Grupo étnico | | | | | |
| Indígena | 14,4 | 0,9 | 0,8 | 83,7 | 1.702 |
| Ladino | 32,4 | 12,3 | 10,3 | 44,2 | 2.843 |

Concepción Chiquirichapa. Datos otorgados por el Jefe de Distrito de la Región, con sede en San Martín Sacatepéquez.

⁴² Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995.

⁴³ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala. 1998 -1999 .

⁴⁴ Talla deficiente para la edad.

⁴⁵ Peso deficiente para la talla .

⁴⁶ Peso deficiente para la edad.

Mortalidad perinatal (por cada 1.000 nacimientos)

| Año | Mortalidad |
|------|------------|
| 1997 | 33,37 |
| 1998 | 51,18 |
| 1999 | 0,09 |

Tasa de fecundidad (por cada 1.000 mujeres en edad fértil)

| Año | Fecundidad |
|------|------------|
| 1996 | 181,17 |

Tasa de mortalidad general (por cada 1.000 habitantes)

| Año | Mortalidad |
|------|------------|
| 1998 | 5,67 |

Tasa de mortalidad (por cada 1.000 habitantes)

| Año | Mortalidad |
|------|------------|
| 1998 | 8,27 |

**Mortalidad infantil (niños menores de 1 año)
(por cada 1.000 nacidos vivos)**

| Año | Mortalidad |
|------|------------|
| 1997 | 111,80 |
| 1998 | 86,09 |
| 1999 | 21,68 |

Tasa de mortalidad materna

| Año | Fecundidad |
|------|------------|
| 1997 | |
| 1998 | 0 |
| 1999 | |

Tres primeras causas de mortalidad infantil

| |
|-----------------------------|
| 1. Neumonía |
| 2. Síndrome de aspiración |
| 3. Síndrome diarreico agudo |

* Datos otorgados por el Jefe de Distrito de la Región, con sede en San Martín Sacatepéquez.

Siete primeras causas de morbilidad infantil

| |
|------------------------------------------|
| 1. Parasitismo intestinal |
| 2. Faringitis |
| 3. Desnutrición proteico calórico |
| 4. Amebiasis |
| 5. Síndrome diarreico agudo |
| 6. Infección respiratoria superior viral |
| 7. Dermatitis en general |

9.2.2 Servicios y programas de salud

Sistema Oficial de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS)

Se cuenta con un puesto de salud, ubicado en el casco urbano, atendido de lunes a viernes por una enfermera auxiliar, además una prestadora de servicios básicos de salud del Sistema Integrado de Atención de Salud,⁴⁷ (SIAS) el cual da cobertura a una población de 15.000 habitantes.

En cuanto al sistema de referencia en el segundo nivel de atención, en San Martín Sacatepéquez está el Centro de Salud Tipo “B”, y en la cabecera departamental de Quetzaltenango el Hospital Nacional de Occidente, el mismo que sirve de referencia del tercer nivel de atención en salud.

Centro Comunitario de Atención Materno Infantil, PIES (Promoción, Investigación, y Educación de Salud) de Occidente

Está localizado en la parte central del casco urbano del municipio, funciona como parte de los objetivos y acciones de la organización no gubernamental, Asociación **Promoción–Investigación – Educación de Salud, PIES de Occidente**. El Centro fue inaugurado el 8 de septiembre de 1998 con los objetivos siguientes:

- a) Que la población pueda contar con un servicio materno infantil geográficamente accesible;
- b) que las comadronas del área puedan contar con un espacio en la atención de salud materno infantil, en condiciones higiénicas, socioeconómicas y culturalmente adecuadas,
- c) que las prácticas obstétricas-pediátricas tradicionales utilizadas por las comadronas puedan articularse a la práctica médica del sistema oficial de salud.

Lo anterior obedece a la dificultad en el acceso y a la no aceptación a los servicios oficiales de salud, principalmente por el pueblo indígena, que en esta región constituye la mayoría.

Prestación de servicios (fotos, ver anexo 3)

El PIES ofrece cobertura 24 horas diarias, los siete días de la semana, aún en días feriados, oficiales o festivos propios de la localidad. La cobertura principalmente es en el control prenatal,

⁴⁷ El SIAS, es modelo de atención para extender cobertura de servicio, el MSPAS, contrata ONGs, para que administren o presten dicho servicio.

atención de partos, puerperio y recién nacido, bajo la responsabilidad de siete comadronas, cada una de ellas realiza turnos de 24 horas diarias. Además se cuenta con una enfermera auxiliar, un médico-cirujano y un odontólogo, (ver anexo 4, servicios prestados por PIES en Concepción Chiquirichapa, Quetzaltenango).

Las comadronas son todas indígenas originarias de la localidad, las que han sido capacitadas por el equipo profesional médico de PIES de Occidente.

Por parte de la población se ha logrado la aceptación de este Centro como maternidad, precisamente por la presencia tanto de las comadronas como por el acompañamiento de la suegra y madre, cuando lo solicitan en el momento del parto. El esposo y otros miembros de la familia, igualmente acompañan a la parturienta, pero aguardan el tiempo necesario en la sala de espera. Así mismo, y de acuerdo a lo indicado por la comadrona, después del parto se les da a tomar té de plantas, “para que el cuerpo no se enfríe” debido a la hemorragia, o para “bajar la leche”, galactagogo.

Después de dar a luz, la madre y el niño permanecen en el Centro alrededor de seis a ocho horas.

La relación de este Centro con el Puesto, el Centro de Salud Estatal y el Hospital Nacional de Occidente es de constante comunicación a través del registro de referencias y contra referencias. Además, el puesto de salud, provee al Centro Comunitario de Atención Materno Infantil de algunos insumos como por ejemplo, vacunas.

9.3 ORGANIZACIÓN ASOCIACIÓN PROMOCIÓN, INVESTIGACIÓN, EDUCACIÓN DE SALUD PIES DE OCCIDENTE

Esta es una entidad privada de desarrollo social, cultural, económico y educativo, no lucrativa, apolítica y no religiosa. Inició su trabajo en 1991 y fue reconocida legalmente en 1994. El propósito es contribuir a la solución de la seria problemática de salud que afrontan los pueblos del altiplano occidental del país. Actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales, entre ellos médicos, antropólogo, trabajadores sociales, psicólogo, odontólogo, enfermeras, agentes locales de salud, con experiencia, capacidad y compromiso para enfrentar los retos asumidos. Este equipo recibe el apoyo de asesores con amplia experiencia en salud y desarrollo comunitario.

Los propósitos y objetivos de PIES, han sido revalorados en función de los Acuerdos de Paz, suscritos a finales de 1996 y del proceso de reforma del sector salud iniciado en Guatemala en 1995.

9.3.1 Capacitación

Proceso enseñanza-aprendizaje con las comadronas de la región

Este proceso parte del conocimiento y experiencia de las comadronas, respetando y valorando sus costumbres y tradiciones. Igualmente, se busca promover las prácticas tradicionales benéficas y desestimular aquellas que provocan riesgo a la madre y al niño.

El programa de capacitación contempla la formación de “comadronas de base” y “comadronas capacitadoras/facilitadoras”.

Las comadronas en general, son aquellas mujeres que tienen la capacidad de resolver uno o más problemas relacionados con el embarazo, el parto y el recién nacido. Son aceptadas en su comunidad porque se le encuentra a cualquier hora y habla el idioma de la localidad. En esta categoría están **las comadronas de base** y el proceso de capacitación es de un año.

Las comadronas **capacitadoras–facilitadoras**, además de ser reconocidas y aceptadas como tales, deben cumplir con los siguientes requisitos: **a)** ser bilingüe; **b)** saber leer y escribir; **c)** tener entre 30 y 60 años; **d)** tener liderazgo positivo reconocido por la comunidad; **e)** tener compromiso y responsabilidad social; **f)** tener vocación de servicio; **g)** tener disposición de capacitarse.

El curso de formación es de dos años con la finalidad de que luego de capacitarse se constituyan en multiplicadoras de su experiencia a otras comadronas de la región y que den seguimiento a los procesos de capacitación. Igualmente se promociona y fortalece la coordinación efectiva con sistema oficial de salud a través de un sistema de referencia y respuesta activa.

El proceso de formación de las comadronas incluye una “rotación de observación” por los servicios de labor y partos y de control prenatal del Hospital Regional de Occidente, con la finalidad de entrar en contacto con el ambiente hospitalario.

Las comadronas además, reciben asesoría tres días a la semana por parte de un médico pediatra y un obstetra, ambos residentes del Hospital Regional de Occidente. Esto responde a un convenio de cooperación para la rotación de médicos residentes a este centro asistencial.⁴⁸

9.3.2 Prácticas médicas tradicionales –indígenas– de la comunidad

La población del municipio de Concepción Chiquirichapa, para resolver o aliviar sus dolencias o enfermedades cuenta con varios niveles de atención. Primero está la automedicación a base de conocimientos, prácticas y recursos tradicionales (fitoterapéuticos, zooterapéuticos hidroterapéuticos). Si esto no funciona acuden a los curanderos, cuya estructura esta muy bien definida de acuerdo a su especialidad.

En este caso, primero están los guías espirituales que son los consejeros quienes también actúan como curanderos y a los que antes de la firma de los Acuerdos de Paz se les llamaba y auto determinaban sacerdotes mayas. Su especialidad es tratar problemas principalmente de orden espiritual–mental, sociales, legales, económicos o afectivos. Los terapeutas generales tratan de resolver problemas físicos, pero nunca descuidan la parte espiritual-mental. Los compone huesos tratan zafaduras, dislocaciones, fracturas y son quienes en parte cumplen el papel de traumatólogo.

Entre el grupo femenino se encuentran las comadronas, responsables de dar atención a la mujer, generalmente a partir de que contrae matrimonio o bien al momento de su primer embarazo, para diagnosticar, pronosticar y atender el parto y postparto. Algunas de ellas igualmente son terapeutas o curanderas de niños, principalmente recién nacidos y de corta edad, son especialistas en atender la epidemiología cultural infantil: “mal de ojo”, “susto”, “mollera caída”, “enfermedades diarreicas por efecto calor–frío”, etc.

⁴⁸ La comadrona tradicional: ¿Obstáculos o solución al problema materno infantil en regiones de pobreza extrema, exclusión y marginación? Capacitación, formación y acompañamiento de comadronas. PIES, Marzo, 2000. Quetzaltenango.

9.4 VISITA A LAS INSTALACIONES DE PIES Y ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD DE TRABAJO

Previo a la visita de la sede de PIES-O, se hicieron los contactos vía telefónica con la directora Dra. Aura Pisquiy.

La visita se realizó el 13 de Noviembre de 2000, en la sede de PIES de Occidente. La plática en torno al tema se desarrolló con la Dra. Pisquiy y el Dr. Vidal Herrera, coordinador de proyectos. En primer lugar se les dio a conocer aspectos vinculados al tema propuesto por OPS/OMS, en la promoción de medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud en Guatemala. Ambos manifestaron que las acciones en torno a este campo son consideradas de suma prioridad para el país, debido a las condiciones económicas y socioculturales de la sociedad guatemalteca, principalmente para las regiones de alta densidad de población indígena. La ONG viene promoviendo estas medidas de articulación de ambos sistemas médicos, a través del trabajo de organización, formación y acompañamiento de las comadronas de la región⁴⁹ (guía de entrevista, anexo 1).

En tal sentido se refirieron a:

- 1) Los efectos de situación de pobreza socioeconómica que sufre esta población y su incidencia en las condiciones de salud. A esto se debe tomar en consideración las barreras de comunicación lingüística y culturales, pero principalmente los diferentes procesos de discriminación que por tantos años han sido sujetos. Se estima que es allí el punto de partida, donde tanto el sistema de educación como los de salud, no han estado acordes a las necesidades reales de dicha población.
- 2) Que es una medida a todas luces muy necesaria, sobre todo porque si esto es promovido por la OPS/OMS, las diferentes instancias del sistema oficial de salud lo pueden aceptar mejor, y se trabajaría con el respaldo oficial.
- 3) Que existe personal de salud del sistema oficial y de ONGs, sensible a la problemática de la salud de los indígenas y que a nivel personal han intentado llevar a cabo algunas acciones, sobre todo en el campo materno infantil con mayor énfasis en el control del embarazo, parto, puerperio y recién nacido junto con las comadronas a través del trabajo de intercambio de experiencias del sistema tradicional y el oficial de salud.
- 4) Que es importante tomar en cuenta que tanto los terapeutas tradicionales como el pueblo indígena en general, en un momento de enfermedad combinan los medicamentos. Es decir, toman lo que culturalmente están acostumbrados y además lo que les aconsejan en la farmacia, en el puesto o centro de salud o bien si se ven en la necesidad visitan a un medico particular.
- 5) La capacitación del personal del sistema oficial de salud para dar a conocer la importancia de lo que la cultura en general tiene para un pueblo y de los elementos socioculturales en particular en el componente médico tradicional. Esto sería el punto de partida para sensibilizar al personal y contribuir a lograr una buena relación médico-paciente.

⁴⁹ La comadrona tradicional, op. cit. p. 8.

Después de terminada la entrevista, se aprovechó la oportunidad para asistir al Encuentro de Comadronas de la Región de Occidente, organizado por PIES, el que tuvo lugar en el Hotel Modelo de 9:00 a.m. a 15:00 p.m.

En este encuentro, se logró platicar y entrevistar informalmente a varias comadronas tanto de Concepción Chiquirichapa, como de otras comunidades de la región. Se comprobó que las comadronas en su atención materno infantil, mantienen vigente muchas de las prácticas y recursos terapéuticos de la medicina popular tradicional, ejemplo: la **fitoterapia**, (plantas: hierbabuena, altamiza y otras; **zooterapia** (pollos tiernos, cucarachas, ardillas) e **hidroterapia** (baños de vapor “el temazcal o chuj”) para enfermedades de diferente etiología, pero fundamentalmente de etiología cultural, entre ellas: “mal de ojo”, “estar chipe”, “mollera caída y también para el tratamiento de enfermedades infantiles y para las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio).

En cuanto a la posición del parto, las comadronas manifestaron que es una decisión de la parturienta, aseveraron que la mayoría, prefiere en posición de cuclillas o de rodillas. Como se menciona anteriormente se tuvo la oportunidad de platicar ampliamente y comprobar la conservación de su cultura médica, articulada con las prácticas y recursos de la medicina occidental, como resultado de las capacitaciones.

Al día siguiente tuvo lugar una entrevista con el jefe del distrito de salud de la región con sede en San Martín Sacatepéquez, por su experiencia, y dadas las condiciones socioculturales, económicas y etnolingüistas del país, consideró que era urgente y pertinente que el Ministerio de Salud y Asistencia Social, encamine políticas para oficializar la articulación de la atención primaria de salud y la medicina popular tradicional. Enfatizó que la población en general, siempre lo ha hecho, el obstáculo radica en los prestadores de salud del sistema oficial que no quieren reconocer como válidas las prácticas y los recursos médicos indígenas. Hasta ahora lo poco que es aceptado es en relación a las plantas medicinales.

Por la tarde se visitó, el Centro de Atención Materno Infantil de Concepción Chiquirichapa, se conocieron las instalaciones, mobiliario y equipo utilizado. Igualmente se tuvo la oportunidad de platicar con la comadrona de turno y con la enfermera auxiliar, (ver fotos del anexo 3).

9.5 CONCLUSIONES

Los pueblos indígenas del país a todas luces han demostrado su capacidad de resistencia para soportar los embates políticos, económicos, sociales y culturales que por más de quinientos años les ha tocado sufrir. Constituyen una población mayoritaria que se apoyan en complejos modos de vida, costumbres, estructuras y organizaciones familiares y sociales, de concepciones de la vida, de la salud, de la enfermedad, de la muerte, del espíritu, de códigos de valores morales, religiosos y estéticos que rigen la vida colectiva de los mismos. Aquí se encuentra un sistema médico muy bien estructurado como es su etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y medidas preventivas, con sus recursos terapéuticos, humanos (guías espirituales, terapeutas generales, comadronas, etc.) naturales (plantas, animales y minerales) y los sobrenaturales que son aquellos inmersos en la cultura espiritual mental (deidades, candelas, inciensos, licor etc.), para el alivio o solución de problemas físicos, mentales, sociales y espirituales. Los elementos mencionados, en gran mayoría están sustentados en la cultura maya pero también se encuentran aquellos que se han sincretizado con aspectos médicos traídos por los españoles en los momentos de su llegada a América, y con los de la medicina

occidental que se han popularizado. De este sistema médico, lo que se ha estudiado con mayor profundidad es lo referido a plantas conocidas como medicinales, para su validación científica, producción y comercialización.

Estos pueblos, en la actualidad, se encuentran en procesos de fortalecimiento de su cultura social, etnolingüística y médica tradicional, debido a los recientes acontecimientos tales como: los movimientos reivindicativos de los derechos humanos, de los pueblos indígenas y tribales del mundo, al Premio Nobel de la Paz, concedido a una mujer indígena y a la Iniciativa de Salud para Pueblos Indígenas de América, OPS/OMS. Es importante considerar que estos pueblos tienen amplios conocimientos que constituyen grandes aportes en los procesos de su propio desarrollo donde la salud juega un papel fundamental.

9.6 RECOMENDACIONES

Dadas las características poblacionales del país, entre ellas, población mayoritariamente indígena, que en su seno guarda elementos que la identifican como tal, donde el sistema médico tradicional se encuentra vigente, ocupando un papel muy importante con sus diferentes recursos humanos, materiales y espirituales, y que económica y culturalmente es aceptado, demanda de las autoridades rectoras de salud de la OPS/OMS, de oficiales de salud, organizaciones no gubernamentales y pueblos indígenas, el apoyo para operativizar acciones en razón de investigar, analizar, difundir y promover procesos para el mejoramiento de la salud de estos pueblos. Así también, encontrar los mecanismos para la articulación de la medicina y terapias indígenas en la estrategia de la atención primaria de salud.

9.6.1 Propuesta de Articulación de la medicina y terapias indígena con la atención primaria de salud en Concepción Chiquirichapa, Quetzaltenango.

9.6.2 Objetivos

- Ampliar las coberturas de los programas de salud en un período de cuatro años.
- Reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil y materna en un período de cuatro años.

9.6.3 Fase de -investigación-acción-investigación

- Identificar a las **organizaciones de base** que desarrollen programas-proyectos que directa e indirectamente tienen relación en el mejoramiento de la calidad de vida, buscar su apoyo para la implementación y seguimiento de la articulación de la medicina y prácticas tradicionales en la atención de salud.
- Identificar **ONGs** que desarrollen programas o proyectos con quienes directa e indirectamente se puedan articular esfuerzos en el logro de la implementación y seguimiento de este proceso.
- Identificar organizaciones gubernamentales que desarrollen programas o proyectos que incidan en el desarrollo de esta modalidad en la entrega de servicios.

- Describir cómo se da la relación del personal cuando demandan su atención en las instituciones del sistema oficial de salud, (puesto de salud, centro de salud, hospital nacional): personal administrativo–paciente; enfermera–paciente; médico–paciente.
- Describir la relación médico-paciente, enfermera–paciente y personal administrativo–paciente desde el sistema oficial de salud (médicos/as enfermeros/as y otros).
- Identificar a los líderes, integrantes y/o directivos de las diferentes organizaciones (alcaldes, síndicos, promotores de salud, corredores de la salud) y dar a conocer los objetivos y los elementos que justifican la implementación de este nuevo modelo de salud.
- Identificar a los terapeutas tradicionales en sus diferentes especialidades, y dar a conocer la importancia de su trabajo en la comunidad y la necesidad de la búsqueda de elementos de articulación en la implementación de este nuevo modelo de salud.

9.6.4 Identificar las concepciones en torno a salud–enfermedad

- Determinar conocimientos, prácticas, recursos (humanos, fitoterapéuticos, zooterapéuticos, hidroterapéuticos y minerales) aplicados en el proceso salud-enfermedad de mayor prevalencia en la región.
- Estudiar aspectos vinculados a la etnoanatomía y etnofisiología del ser humano y de animales principalmente aquellos que son utilizados como recursos preventivos y terapéuticos, lo cual será una contribución muy importante para la comprensión y/ o explicación de su uso en las diferentes enfermedades tanto infantiles como de adultos.

9.6.5 Formación y acompañamiento

- Identificar al personal del sistema oficial de salud de la región (médicos, enfermeras, técnicos en salud), sensibles en la aplicación de este proceso, a fin de constituirlos en entes multiplicadores del mismo.
- Estudiar e identificar con enfoque multidisciplinario e intercultural, los recursos y las prácticas médicas tradicionales que para la población sean benéficas, nocivas, inocuas y aquellas cuyo efecto para el organismo humano aún son desconocidas. Esto, para reforzar el uso de las prácticas benéficas; desestimular las nocivas e investigar las desconocidas.
- Dictar cursos de sensibilización y capacitación al personal del sistema oficial de salud, en torno a la importancia de la articulación de la medicina y terapias indígenas en la medicina oficial.
- Dictar cursos de sensibilización y capacitación a los terapeutas tradicionales o curanderos en sus diferentes especialidades, en torno a la importancia de su trabajo y su articulación al sistema oficial de salud.
- Introducir la perspectiva de género, así como también el abordaje de los derechos humanos de la mujer indígena y campesina en los programas materno infantil, de formación de comadronas y de educación en salud para la mujer.

- Exponer la metodología de trabajo en la fase de formación y acompañamiento por el personal responsable del proceso, dado su amplia experiencia en la formación de personal adulto.

9.6.6 Algunos aspectos socioculturales en el proceso salud-enfermedad a considerar por parte del personal de salud del sistema oficial en la atención primaria de salud

Categorías y variables operacionales propuestas

i) En la alimentación y nutrición

Crudo-cocido- sólidos: carnes, hierbas, verduras, frutas, granos

Líquidos: atoles, refrescos, agua

Para la restauración del equilibrio se necesita la combinación de frío-fresco-caliente en las formas de preparación y combinación de los alimentos.

ii) Recursos humanos

Generalmente están prestos a participar activamente y/o como consejeros: la suegra, madre, comadrona y vecinos.

Determinar tipo de relación médico-paciente; enfermera-paciente; comadrona-paciente; terapeuta tradicional-paciente.

iii) Prevención y control de enfermedades

Autocuidado, madre, padre, cónyuge, suegra.

iv) Vacunación

Frío-caliente, principalmente en los grupos fundamentalistas es importante considerar los factores religiosos de orden cristiano.

v) Epidemiología cultural

Concepto de salud-enfermedad..

Relación médico-paciente. Relación terapeuta tradicional-paciente.

Prácticas y recursos médicos (humanos, plantas, animales, etc.).

Etnoanatomía y etnofisiología: humana.

Etnoanatomía y etnofisiología: de animales utilizados como recursos terapéuticos.

Etnoanatomía y etnofisiología: de animales comestibles.

Enfermedades: diarreicas, respiratorias, de la piel.

Por sus categorías: frío-fresco-caliente; por factores naturales y sobrenaturales.

vi) Recuperación y revalorización del conocimiento indígena, por ejemplo:

Ciclo de Vida: Embarazo

| PERÍODO | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN | RECURSOS HUMANOS | PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES | VACUNACIÓN | EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer trimestre. | Lo que se tiene al alcance, principalmente satisfacer los "antojos". | Suegra, madre y / o comadrona. | Control prenatal, especialmente a la primigesta. No cargar cosas pesadas Baños de vapor tradicional (temazcal, tu o chuj). | Poco o ningún conocimiento acerca de la importancia de la aplicación de la antitetánica. | Hemorragias, abortos. No pasar sobre lazos o cuerdas, cuidarse de malos espíritus. |
| Segundo trimestre. | IDEM | IDEM | IDEM | IDEM | IDEM |
| Cuarto al octavo mes. | IDEM | Comadrona. | Masajes suaves, determinar sexo fetal, no cargar cosas pesadas. Baños de vapor | IDEM | No pasar sobre lazos o cuerdas, cuidarse de malos |

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | tradicional. | | espíritus. |
| Noveno mes. | Restringe dieta para facilitar el parto; evitar niños gordos, para no requerir atención del sistema oficial u occidental. | Comadrona. | No cargar cosas pesadas. Baños de vapor tradicional. | | No pasar sobre lazos o cuerdas, cuidarse de malos espíritus. Evitar relaciones sexuales. |

Ciclo de Vida: Parto-Postparto

| PERÍODO | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN | RECURSOS HUMANOS | PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES | VACUNACIÓN | EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Labor de parto. | Atoles muy calientes. Licor bebidas de plantas medicinales. | Comadrona, suegra, madre, vecinas, esposo. | | | Caminar. |
| Parto. | | Comadrona, suegra, madre y esposo. | Evitar vientos o aires fríos. | | Lugar: dormitorio, cocina o temazcal Masaje suave: abdominal y caderas, para relajamiento muscular. Caminar dentro de la habitación. |
| Postparto principalmente e los primeros 10 días. | Comidas y bebidas todas dentro de la categoría "caliente" Chocolate, atoles, caldos de gallina. | Comadrona, madre, suegra, vecinas. | Mantener el cuerpo en estado de calor. | | Reposo absoluto mínimo 4 o 5 días Baños de vapor Protegerse la espalda y cabeza de aires fríos. Evitar contacto con elementos fríos: agua, "Nixtamal (maíz cocido), metales: machete, azadón, agujas de coser. Evitar impresiones fuertes, "susto", enojos, esto, para no enfriar la leche materna y evitar diarreas al recién nacido. |

Ciclo de Vida: Recien Nacido-Niño

| PERÍODO | ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN | RECURSOS HUMANOS | PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES | VACUNACION | EPIDEMIOLOGÍA CULTURAL |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niño o niña. | Lactancia materna y/o agua azucarada. | Comadrona, madre, suegra. | Cubrirlo, evitar contactos fríos. Baños de vapor tibios. | Barreras por accesibilidad: geográfica, y disponibilidad de tiempo (preferencia fin de semana). | Uso de prendas de vestir color rojo, cruces, para evitar el "mal de ojo". |
| Primeros 6 meses | Lactancia materna, algunos sólidos (tortilla) | Comadrona o terapeutas infantiles. | Evitar contactos con el frío. | IDEM, Creencias generales: que las vacunas esterilizan. Religiosas: el niño se enferma si Dios quiere. | Uso de prendas de vestir color rojo, cruces. Enf. más frecuentes: mal de ojo, mollera caída, susto, lombrices, empacho, diarrea por salida de dientes, estar chipe. |
| 7 a 12 meses. | Lactancia materna, sólidos (lo que tiene a su alcance), inicio destete. | Comadrona o terapeutas infantiles. | Evitar contactos con el frío. | IDEM | IDEM |

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdos de Paz. 3ª. Ed. Universidad Rafael Landívar. I.E.E.S. Guatemala. 1998.
2. Aretz Isabel. Guía Clasificatoria del Folklore en América Latina. Caracas. Biblioteca INIDEF. 1975.
3. Castiglione Arturo. 1972:305. Encantamiento y Magia. Fondo de Cultura Económica. México, 1972.
4. Demo P. Investigación Participante. Mito o Realidad. Ed. Kapelusz, S.A.B. Aires. 1985.
5. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española 19ª. Edición, 1970. P. 493.
6. Estrada M.A. El Popol Vuh. Ed. José Pineda Ibarra. Guatemala. 1980.
7. Gillin John. El Espanto Mágico. En: Cultura Indígena en Guatemala. Guatemala. SISG. 1959.
8. Girón M. Manuel Antonio. Itzamna y la Medicina Maya. En: Guatemala Indígena Instituto Indigenista Nacional, Vol. XIV, Nº. 3 – 4. 1979
9. Hurtado J.J. Algunas Ideas para un Modelo Estructural de las Creencias en Relación con la Enfermedad en el Altiplano de Guatemala. En: Guatemala Indígena. IIN. No. 8. 1973.
10. Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OPS/OMS, Alma Ata, RSS, 6–12 septiembre, 1978: 3.
11. Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., OPS/OMS, julio, 1985.
12. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y
13. Servicios de Salud. OPS/OMS, Washington, D.C., 1997.
14. Landa Diego de Relación de las Cosas de Yucatán. Ed. Porrúa, S..A. México, 1973.
15. López Agustín. La Medicina Náhuatl. En: Etnobotánica y Antropología Médica. I., México. IMEPLAM. 1976.
16. Martínez Durán C. Las Ciencias Médicas en Guatemala: origen y evolución. Ed. Universitaria. Guatemala, 1964.
17. Messmacher/Genové/ Nolasco, et. al Dinámica Maya. Los Refugiados Guatemaltecos, Fondo de Cultura Económica, México, 1986: 12).
18. Morley S. G. La civilización Maya. Fondo de Cultura Económica, México, 1980. P 211.
19. Neuenswander H. y Shirley Sounder. El Síndrome caliente-frío, húmedo-seco, entre los Quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos. En: Guatemala Indígena, Vol. XV: 1-2. 1980.

20. PIES de Occidente. El rol de la comadrona en su contexto sociocultural. Quetzaltenango, Marzo, 2000.
21. PIES de Occidente. La comadrona tradicional ¿obstáculos o solución al problema materno infantil? en regiones de pobreza extrema, exclusión y marginación, Quetzaltenango, 2000.
22. Plan Decenal de Salud para las Américas. OPS 1971-1980, no. 118–173.
23. Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. Serie de Informes Técnicos, 622. OMS, Ginebra. 1978.
24. Programa de Salud Materno Infantil. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, enero, 1992.
25. Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. En: Iniciativa de salud de los pueblos Indígenas, División de Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS/OMS, Washington. D.C., 1997.
26. Villatoro Elba. La Medicina Tradicional y los Problemas de Salud en Guatemala. En: La Tradición Popular, No. 42-43, 1983.
27. Villatoro Elba. Cuatro Enfermedades de Mayor Incidencia en Guatemala. En: Tradiciones de Guatemala No. 19-20. CEFOL, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. (USAC), 1983.
28. Villatoro Elba. El baño de vapor tradicional un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco. La Tradición Popular N°. 59 CEFOL, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1986.
29. Villatoro Elba y J. Acevedo. Vida y Obra de los Curanderos de Todos Santos Cuchumatán. La Tradición Popular. No. 74. CEFOL. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1989.
30. Villatoro Elba. Medicina Tradicional en Guatemala. Una alternativa antropológica en salud . En: A SABER, Embajada de Francia, 1991.
31. Villatoro Elba. Los terapeutas tradicionales de Totonicapán: su quehacer en el campo de la salud - enfermedad. En: Tradiciones de Guatemala, No. 47. CEFOL. Universidad de san Carlos de Guatemala. 1997.

ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA

Fecha: 13 de Noviembre del 2000

Hora: 10:00 horas

Lugar: Sede de la ONG – PIES de O.

Dirección: 1ª. Calle 15 – 60 Zona 1 Quetzaltenango

Teléfono: 761 – 4740 - 765 - 5121

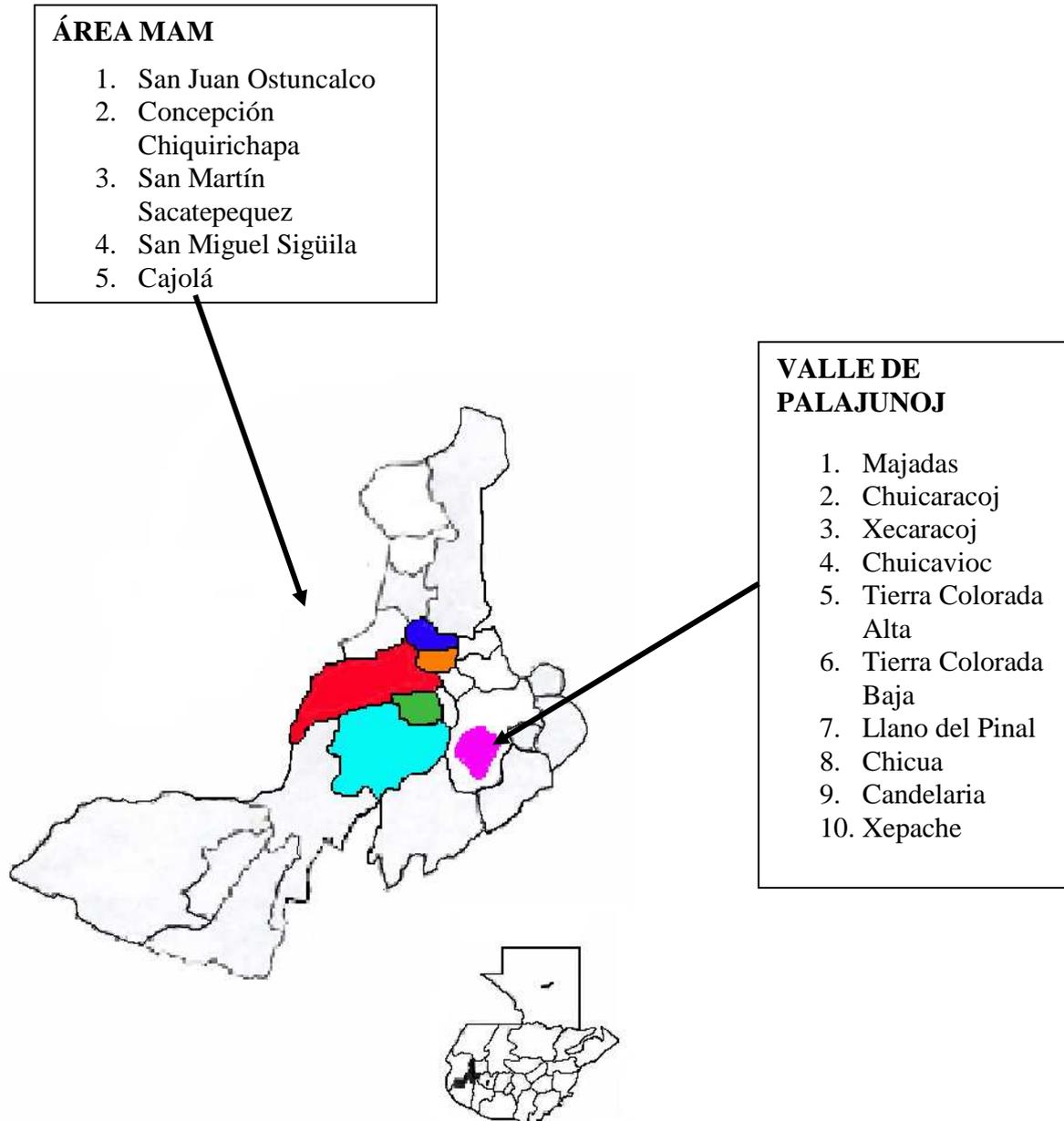
Personas Entrevistadas:

Dra. Aury Pisquiy, Directora del PIES- O y el

Dr. Vidal Herrera, Coordinador de Proyectos

- 1) Por medio de su experiencia de trabajo, ven la salud de los pueblos indígenas de la región.
- 2) ¿Cuál es su opinión en torno a que, por parte de OPS/OMS se promueva la articulación de la medicina y terapias indígenas a la APS?
- 3) ¿Cómo sería la actitud del personal del sistema oficial de salud al momento de querer llevar a cabo este tipo de programa estrategia?
- 4) ¿Cómo tomarían los pueblos indígenas de la región o específicamente del área de acción de PIES esta propuesta de articulación?
- 5) ¿Se deben tomar acciones especiales para desarrollar o promover este nuevo modelo?

ANEXO 2: MAPA DE QUETZALTENANGO



ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS

Partera prestando atención a una paciente indígena*



Local de la Asociación PIES de Occidente y de la Asociación de comadronas del Área Man*



Área de Sacatepequez*



*Fuente: Asociación PIES de Occidente.

ANEXO 4: CUADROS DE ATENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PIES DE OCCIDENTE

Presentación fetal de partos atendidos en el centro comunitario, durante los meses de enero a julio de 1999

| Presentación | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | Total | % |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|--------|
| Cefálica | 15 | 11 | 12 | 1 | 3 | 42 | 95.45 |
| Podálica | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4.55 |
| Transversa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Gemelar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Total | 17 | 11 | 12 | 1 | 3 | 44 | 100.00 |

Complicaciones durante trabajo de parto y parto atendidos en el centro comunitario, durante los meses de enero a julio de 1999

| Complicaciones | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | Total | % |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|--------|
| Ruptura prematura de membranas | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 57.14 |
| Trabajo de parto prolongado | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 42.86 |
| Total | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 100.00 |

Sexo de los recién nacidos atendidos en el centro comunitario, durante los meses de enero a julio de 1999

| Sexo | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | Total | % |
|-----------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|--------|
| Femenino | 10 | 5 | 7 | 0 | 2 | 24 | 54.55 |
| Masculino | 7 | 6 | 5 | 1 | 1 | 20 | 45.45 |
| Total | 17 | 11 | 12 | 1 | 3 | 44 | 100.00 |

Pacientes atendidos durante el puerperio en el centro comunitario

| Atención | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | Total | % |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|-----|
| Puerperio inmediato | 17 | 11 | 12 | 1 | 3 | 44 | 100 |

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|------|
| Puerperio mediato | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Puerperio tardío | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |

Complicaciones presentadas durante la atención pos-parto en el centro comunitario

| Complicaciones | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | Total | % |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|---|
| Sepsis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hemorragia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Morbilidad diagnóstica en la atención a la mujer en el centro comunitario

| Complicaciones | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|---------------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
| Infecciones respiratorias | 6 | 0 | 14 | 0 | 0 | 20 | 20 |
| Amenorrea | 2 | 0 | | 2 | | 4 | 4 |
| Retraso menstrual | 2 | 0 | | | | 2 | 2 |
| Dismenorrea | 1 | 2 | | | 1 | 4 | 4 |
| Dolor abdominal de etiología | 1 | 0 | 8 | | | 9 | 9 |
| Parasitismo intestinal | | 1 | 6 | | | 7 | 7 |
| Infecciones del tracto urinario | 7 | 1 | | 3 | 2 | 13 | 13 |
| Enfermedad péptica | 4 | 0 | 7 | 1 | | 12 | 12 |
| Diarrea | | 7 | 3 | 1 | | 11 | 11 |
| Sinusitis | | 0 | 1 | | | 1 | 1 |
| Prolapso uterino | | 0 | 1 | | 1 | 2 | 2 |
| Hemorroides | | 1 | | | | 1 | 1 |
| Menstruación irregular | | 1 | | | | 1 | 1 |
| Leucorrea | | 1 | | | | 1 | 1 |
| Miomatosis | | | 2 | | | 2 | 2 |
| Dermatitis | | | 2 | | | 2 | 2 |
| Hemorragia vaginal | | | | 3 | | 3 | 3 |
| Artritis reumatoidea | | | | 1 | | 1 | 1 |
| Cistocele | | | | | 1 | 1 | 1 |
| Traumatismo | | | | | 1 | 1 | 1 |
| Alergia | | 0 | 2 | | | 2 | 2 |
| Total | 23 | 14 | 45 | 12 | 6 | 100 | 100 |

Referencias del centro comunitario a centros de segundo y tercer nivel de atención

| Lugar de referencia | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|---------------------|---------------------|---------------|---------------|---------|-----------|-------|---|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|---------------|
| Hospital Regional de Occidente | 4 | 12 | 11 | 5 | 3 | 35 | 87.50 |
| Centro de Salud San Juan Ostuncalco | 4 | 2 | 1 | 2 | 6 | 15 | 37.50 |
| Total | 8 | 4 | 12 | 7 | 9 | 40 | 100.00 |

Referencias recibidas en el centro comunitario

| Entidad que refiere | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|---------------------|---------------------|---------------|---------------|----------|-----------|-----------|---------------|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
| Comadronas | 13 | 14 | 16 | 3 | 6 | 52 | 88.14 |
| Servicios de salud | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 | 11.86 |
| Total | 15 | 15 | 17 | 5 | 7 | 59 | 100.00 |

Distribución por edad de consulta pediátrica atendida en el centro comunitario

| Edad | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|--------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
| Menores de 28 días | 17 | 11 | 18 | 1 | 3 | 50 | 21.00 |
| De 28 días a 1 año | 1 | 7 | 22 | 4 | 1 | 35 | 14.40 |
| De 1 a 4 años | 3 | 5 | 62 | 5 | 10 | 85 | 34.98 |
| De 5 a 9 años | 7 | 4 | 16 | 13 | 13 | 53 | 21.81 |
| De 10 a 14 años | 2 | 0 | 10 | 4 | 4 | 20 | 8.23 |
| Total | 30 | 27 | 128 | 27 | 31 | 243 | 100.00 |

Número de pacientes por servicios atendidos en el centro comunitario

| Servicios | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|-------------------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
| Control de crecimiento y desarrollo | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | 3.00 |
| Atención del recién nacido | 17 | 11 | 12 | 1 | 3 | 44 | 18.11 |
| Morbilidad | 13 | 16 | 108 | 26 | 28 | 191 | 78.60 |
| Vacunación | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 |
| Total | 30 | 27 | 128 | 27 | 31 | 243 | 100.00 |

Condición al nacer de los recién atendidos en el centro comunitario, durante los meses de enero a junio de 1999

| Condición | Número de pacientes | Total | % |
|-----------|---------------------|-------|---|
|-----------|---------------------|-------|---|

| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|----|-----|
| Buena | 17 | 11 | 12 | 1 | 3 | 44 | 100 |
| Mala | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Mobilidad diagnóstica en la atención a la mujer en el centro comunitario

| Morbilidad | Número de pacientes | | | | | Total | % |
|-----------------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| | 1er. Semestre | 2do. Semestre | 3er. Semestre | Octubre | Noviembre | | |
| Diarrea | 2 | 11 | 19 | 8 | 9 | 49 | 25.65 |
| Infecciones respiratorias agudas | 3 | 3 | 31 | 1 | | 38 | 19.90 |
| Sepsis | 0 | 1 | 1 | | 1 | 3 | 1.57 |
| Púrpura trombocitopénica | 0 | 1 | | | | 1 | 0.52 |
| Infecciones urinarias | 4 | 0 | 7 | 3 | 4 | 18 | 9.42 |
| Desnutrición proteico calórica | 0 | 0 | 2 | | 1 | 3 | 1.57 |
| Amebiasis intestinal | 1 | 0 | | | | 1 | 0.52 |
| Fiebre de etiología | 1 | 0 | | | 1 | 2 | 1.05 |
| Traumatismo de rodilla | 1 | 0 | | 2 | | 3 | 1.57 |
| Deshidratación hidroelectrolítica | | | | | 1 | 1 | 0.52 |
| Enfermedad péptica | | | 1 | | | 1 | 0.52 |
| Amigdalitis | | | | 1 | 1 | 2 | 1.05 |
| Conjuntivitis | | | 2 | 1 | | 3 | 1.57 |
| Neumonía | | | 8 | 3 | 2 | 13 | 6.81 |
| Agresión sexual | | | 1 | | | 1 | 0.52 |
| Cardiopatía | | | 2 | | | 2 | 1.05 |
| Infección intestinal | | | | 2 | 4 | 6 | 3.14 |
| Parasitismo intestinal | 1 | 0 | 13 | | | 14 | 7.33 |
| Otitis media | | | 5 | 2 | 1 | 8 | 4.19 |
| Estreñimiento | | | 2 | | | 2 | 1.05 |
| Dolor abdominal | | | 2 | | | 2 | 1.05 |
| Síndrome convulsivo | | | | | 1 | 1 | 0.52 |
| Leucorrea | | | 2 | | | 2 | 1.05 |
| Dermatitis | | | 4 | 1 | 1 | 6 | 3.14 |
| Hiperactividad bronquial | | | | | 1 | 1 | 0.52 |
| Alergia | | | | 1 | | 1 | 0.52 |
| Moniliasis genital | | | 4 | 1 | | 5 | 2.62 |
| Escabiosis | | | 2 | | | 2 | 1.05 |
| Total | 13 | 16 | 108 | 26 | 28 | 191 | 100.00 |

ANEXO 5: TÉRMINOS DE REFERENCIA

- 1) Preparar un estudio de caso: Análisis de la situación actual de la articulación de la medicina indígena con el sistema de salud institucional del área (del gobierno, ONGs, otros servicios) en una comunidad indígena específica. Ver anexo 5 con posibles esquemas para el documento.
- 2) Revisar los documentos estudios de casos de las diferentes comunidades de la Región, identificando los aspectos relevantes particulares y comunes en relación a tres de los siguientes puntos:
 - La cosmovisión indígena en materia de salud.
 - Agentes de medicina indígena y su rol en la comunidad y su utilización.
 - Servicios de salud disponibles en la comunidad y su utilización.
 - Políticas nacionales sobre medicina tradicional y sus agentes.
 - Articulación entre los dos sistemas, lecciones aprendidas.
 - Otros aspectos importantes en la promoción de la medicina indígena en la atención primaria de la salud.
- 3) Discutir su análisis durante el Taller sobre Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud.

ESQUEMA PARA LOS ESTUDIOS DE CASO EN PUEBLOS INDÍGENAS SELECCIONADOS

1. Introducción

- Antecedentes históricos
- Selección de las comunidades
- Descripción de la comunidad

2. Marco Conceptual

3. Condiciones de Vida y Salud

- Aspectos sociales, culturales, y económicos: Perspectiva histórica
- Principales problemas de salud

4. Sistemas y servicios de salud en la comunidad

- Sistema de referencia: Nivel primario, secundario, terciario
- Recursos humanos
- Población indígena y acceso a los servicios de salud institucionales
- Factores socioculturales relacionados con la demanda de los servicios de salud por parte de la población indígena
- Información, educación, y comunicación para la salud
- Elementos para la evaluación de la provisión de servicios de salud en áreas indígenas: calidad, acceso, participación social, equidad

5. Diferencias en la interpretación de la salud y de la enfermedad en las culturas indígenas y en la medicina institucional

- Sistemas de salud indígenas
- Concepto de salud y enfermedad
- Orígenes de la enfermedad de acuerdo a la medicina indígena
- Curación, prevención, promoción, rehabilitación: Perspectiva indígena
- Procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina indígena para las enfermedades más comunes
- Procesos de curación
- Terapeutas tradicionales: Roles y tipos
- Tipos de terapias tradicionales usadas en la medicina indígena
- Espíritus principales y secundarios
- Influencia Afro-Caribeña en la medicina indígena
- Posición del Ministerio de Salud con respecto a la medicina indígena
- Marco legal para la medicina indígena en el país

7. Resoluciones internacionales que involucran a la medicina indígena, intercambios a nivel internacional

8. Implicaciones para un nuevo modelo de salud en las comunidades indígenas

- Justificación y fundamentos
- Principios
- Objetivos
- Desarrollo de estrategias
- Modelos de sistema de referencia
- Primer Nivel
- Segundo Nivel
- Tercer Nivel
- Sistema de financiamiento
- Implementación del modelo
- Población indígena y proveedores de salud: Una interacción hacia el bienestar de la población
- Sensibilización: una aproximación entre las dos prácticas médicas
- Promoción de la participación comunitaria
- Introducción de las perspectivas culturales y de género
- Capacitación

- Características de los participantes
- Dinámica en el desarrollo de los programas o actividades de capacitación
- Contenido temático
- Fase de fortalecimiento
- Indicadores de proceso e impacto
- Seguimiento y evaluación

9. Consideraciones finales

10. Anexos

11. Referencias bibliográficas

ESQUEMA PARA LOS ESTUDIOS DE CASO POR AREAS PROGRAMÁTICAS

Ejemplo: La salud de la mujer Ngobe en Panamá

Prólogo

Presentación

Introducción

1. Objetivo del documento
2. Marco conceptual

Primera Parte: contexto social y económico

3. La economía Ngobe y la participación de la mujer
 - 3.1 El uso de la tierra I
 - 3.2 Estructura y división del trabajo
 - 3.3 Algunas características del trabajo de la mujer Ngobe
4. La mujer Ngobe y la dinámica de la población
 - 4.1 Estructura de la población por edad, sexo y crecimiento
 - 4.2 Fertilidad
 - 4.3 Mortalidad
 - 4.4 Migraciones
5. La situación educativa de las mujeres Ngobes
 - 5.1 Analfabetismo
 - 5.2 Nivel de instrucción
6. Participación sociopolítica y religiosa de la mujer Ngobe
 - 6.1 Estructura social y ubicación de la mujer
 - 6.2 El movimiento de Mama Chi
 - 6.3 Una nueva organización política y la lucha por la comarca

Segunda Parte: Mujer, Salud y Recursos Comunitarios de Salud

7. El concepto de salud y enfermedad
8. El sistema tradicional de salud
 - 8.1 Los agentes curativos
 - 8.2 Requisitos para ejercer la función de Sukia
 - 8.3 Sesión curativa
 - 8.4 El papel de la mujer Ngobe en el sistema de salud tradicional
9. Salud y medio ambiente
10. El sistema oficial de salud
 - 10.1 Recursos
11. Las relaciones entre el sistema de salud oficial y el sistema de salud tradicional

12. El ciclo vital
 - 12.1 La primera etapa
 - 12.2 Segunda etapa: Menarquia
 - 12.3 Tercera etapa: La formación de la pareja
 - 12.3.1 Poligamia
 - 12.3.2 Edad en la formación de la pareja
 - 12.3.3 Estado conyugal
 - 12.3.4 Separación – Divorcio – Abandono
 - 12.3.5 Actividad sexual
 - 12.4 La cuarta etapa: La mujer de edad avanzada
 - 12.5 La muerte

Tercera Parte: El proceso reproductivo

13. La atención del proceso reproductivo
14. El embarazo
 - 14.1 El control prenatal
 - 14.2 El parto y el puerperio: Atención profesional
15. Algunas características de los problemas de salud reproductiva
 - 15.1 Bajo Peso, anemia, desnutrición
 - 15.2 Aborto
16. Planificación familiar
17. Embarazo y edad de la madre

Cuarta Parte: Morbilidad y mortalidad de la mujer Ngobe

18. Menores de un año
19. Grupo de 1-4 años
20. Grupo de 5-14 años
21. Grupo de 15-24 años
22. Grupo de 25-44 años
23. Grupo de 45-55 años
24. Grupo de mayores de 55 años

Quinta Parte: Conclusiones

Anexos

Referencias Bibliográficas