

### **CAPÍTULO III: LO TRADICIONAL CULTURAL Y EL PLURALISMO**

**MÉDICO:** dos referencias obligatorias. (Marco teórico y metodología).

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

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

Los estudios realizados en el área mesoamericana y fundamentalmente en Guatemala sobre el tema: curadores tradicionales se han basado en el modelo tradicional-culturalista, sin embargo este modelo presenta diversas deficiencias, éstas han sido expuestas por varios autores<sup>1</sup>.

Algunas de ellas son:

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

---

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

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

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

d) No hace una separación entre medicina y religión.

Éstos son algunos argumentos por los cuales a partir de la década de los setenta y ochenta<sup>2</sup> se han elaborado nuevos enfoques para abordar el estudio de los curadores tradicionales. Éste es el caso de la propuesta teórica-metodológica llamada: Pluralismo médico.

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

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

## **2.- EL PLURALISMO MÉDICO:**

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

---

<sup>2</sup>Principalmente en México.

habían realizado en el sur de México y en Guatemala<sup>3</sup>. La misma crítica propone una vía alterna para superar las deficiencias de los estudios, es así como surge la categoría: Pluralismo Médico, término acuñado por Sheila Cosminsky y otros autores como: Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y equipo, éstos últimos proponen y definen la existencia alterna de tres modelos.

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

---

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

En primer término Eduardo Menéndez, define y ubica los factores determinantes del proceso que estudia, por ello explica que toda sociedad construye determinados padecimientos, enfermedades, formas de atención y resolución a sus problemas de salud. Continúa explicando que en esa construcción intervienen diversas orientaciones e intereses de distintos sectores sociales, como por ejemplo los saberes y las prácticas populares, las políticas estatales, las opiniones y racionalidades del Sistema Médico Estatal que son distintas a la de los dueños de farmacias, las organizaciones no gubernamentales, el grupo de profesionales médicos y grupo de terapeutas tradicionales. Razón por la que se manifiesta la existencia de una amalgama de técnicas, terapeutas e instituciones, por ello la técnica y el conocimiento han originado la especialización de terapeutas específicos<sup>4</sup>.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Es así como la bio-medicina por medio de los procesos de control, institucionalización y medicalización se han convertido en un saber hegemónico, en el que priva la práctica curativa y la práctica médica<sup>5</sup>. Ese saber y esa práctica médica provocan el rechazo a otras formas de atención curativas, subordina a los "otros saberes", descalifica a los terapeutas tradicionales y a los procesos de eficacia simbólica, etc. Ese proceso constante que en forma amenazadora descalifica a las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales implica una articulación entre las relaciones de hegemonía y subalternidad, o sea que lleva una relación de contradicción en la que cada una de ellas se expande directa e indirectamente.

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

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

---

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

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

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

---

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

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

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

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

Cosminsky hace una revisión de los estudios más recientes<sup>7</sup> elaborados en Latinoamérica sobre pluralismo médico y explica que la diversidad de recursos utilizados y el creciente pluralismo de opciones; genera una heterogeneidad no solo en la conducta, sino también en las creencias médicas. Razón por la que propone que las investigaciones que tomaron como base teórica-metodológica la simplificación de la dicotomía entre tradicional y moderno se convierten en modelos no válidos y simplistas de la realidad. Continúa explicando que la falla del modelo clásico funcionalista para la antropología de la medicina y de los nuevos estudios realizados en la década de los setenta toma de base un modelo de correlación aplicado de diversas formas.

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

---

<sup>7</sup>Es importante recordar que el artículo está escrito en el año 1,983.

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

Carlos Zolla no brinda un aporte tan sustancial y fundamentado como el de Menéndez y Cosminsky. Sin embargo, se comentará su aporte respecto de la utilización de sus tres modelos o sistemas de atención<sup>8</sup>, debido a la importancia que tienen éstos para entender esa conducta pluralística que se da entre los modelos de atención.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.- EL REFERENTE TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.- ALGUNOS REQUERIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN:**

Es necesario en esta parte definir algunas ideas, categorías y términos claves utilizados a lo largo del escrito, su explicación en este momento es oportuna para el mejor entendimiento del trabajo.

La palabra padecimiento se utiliza mayoritariamente en vez de la palabra enfermedad y ello obedece a que su utilización por los grupos indígenas que tienen el idioma castellano como una segunda lengua de aprendizaje, usan más la palabra padecimiento que enfermedad. Debe entenderse

para fines de la presente investigación el padecimiento como: un hecho cotidiano que se manifiesta como una amenaza real y/o imaginaria, que se materializa en un daño físico y/o moral de la salud y que a la vez implica un sufrimiento individual o colectivo. Para Eduardo Menéndez la característica primordial de los padecimientos son:

“...que constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa” (1,996:33)

Existe toda una discusión sobre la utilización de las categorías “medicina tradicional”<sup>9</sup>, “medicina indígena”<sup>10</sup>, y “etno-medicina”<sup>11</sup>. Toda ésta discusión responde en última instancia al punto teórico-metodológica con el cual se defina y aborde el problema. Sin embargo, es importante aclarar desde un principio que la utilización de la expresión: **conocimientos, saberes, prácticas e ideologías** en el texto se refieren a los conocimientos, saberes, prácticas e ideologías que provienen de una racionalidad de ascendencia maya achí y que se han transmitido de generación en generación por medio de la tradición oral, pero que a la vez representan y forman parte de procesos económicos, políticos y de subordinación. Se utiliza esa expresión para no utilizar otras como: sabiduría popular,

---

<sup>9</sup>Eduardo Menéndez sugiere referirse al cúmulo de prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales, para no utilizar la categoría: Medicina tradicional, ya que el uso de ésta terminología implica una tendencia que en última instancia excluye a determinados sujetos y a sus prácticas, que forman parte de determinadas condiciones económicas, políticas e ideológicas. cfr. Méndez(1,987:39-62)

<sup>10</sup>El grupo de investigadores mexicanos encabezado por Carlos Zolla explica que muchos trabajos de índole etnográficos no hacen una diferencia entre las prácticas caseras y las de los curanderos, todas éstas se entiende como “medicina tradicional”, “medicina indígena” y “etnomedicina”. Cf. Campos(1,992:77-78).

<sup>11</sup>Ibíd

expresiones médicas populares, expresiones tradicionales, etc.

Otra categoría muy utilizada a lo largo del texto es la palabra representación, se emplea dicha expresión cuando se habla de prácticas y representaciones de los achí. La definición que se presenta a continuación fue elaborada por Denise Jodelet; quien entiende representación como:

“La manera de designar y definir los diferentes aspectos de nuestra realidad de todos los días, el modo de interpretarlos y disponer de ellos, tomando una posición con respecto de ellos y defenderla, llegado el caso”.<sup>12</sup>

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

Ya en un principio se explicó las diferentes racionalidades que operan respecto al fenómeno salud/enfermedad/atención, de nuevo se explica lo que se entiende por racionalidad bio-médica: es la procedencia científica que se da en parámetros químicos-biológicos de los procesos mórbidos.

Mientras que la racionalidad achí-maya: es la que proviene de una ascendencia del medievo occidental y maya,

---

<sup>12</sup>Debido a que la definición fue tomada de un texto mimeografiado que no tiene el asiento bibliográfico correcto, solo se sabe que el texto fue traducido por Elsa Alsina de Lasalle y es una lectura obligatoria del Seminario de Antropología Médica que se llama: Las representaciones sociales: un campo de expansión.

se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo la relación de frío-calor. Cfr. Sucuquí(2,000:53-46).

En los capítulos tercero y séptimo se utilizan varias categorías, por ello es importante establecer una definición de éstas para evitar posibles confusiones. Se utiliza la palabra Sector Salud para englobar a todas las personas que manejan los parámetros de la bio-medicina, que utilizan medicamentos de patente para la atención de las enfermedades, como los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, dueños de farmacia, y demás profesionales del Sector Estatal de salud.

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

Sin embargo también se utiliza la categoría agente de salud comunitario para enmarcar a todas las personas de una comunidad que intervienen en ese proceso de salud/enfermedad/atención, pero que no forman parte del Sector Salud definido anteriormente. Las personas que entran en esta categoría serían: comadronas, promotores de salud rural o guardianes de salud, curanderos, vecinas y/o

comadres, personas que dan atención en el hogar a personas enfermas.

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

A.- El departamento de Baja Verapaz se diferencia de todos los departamentos de Guatemala; porque el porcentaje de mujeres que se capacitan como promotoras rurales de salud es de un 80%,<sup>13</sup> siendo un porcentaje mayoritario en comparación con el de los hombres.

B.- Existe un porcentaje considerable entre las mujeres que se capacitan como promotoras de salud rural y que son comadronas en Baja Verapaz el 10%<sup>14</sup>

C.- ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud) tiene su sede en el municipio de Rabinal, ellos facilitaron la realización del trabajo de campo.

Debido a esa presencia de "genero" en trabajadores de salud comunitaria se decidió trabajar el área de Baja Verapaz y se seleccionó el municipio de Rabinal por las razones que se explicaron anteriormente y por su importancia en el desarrollo regional del departamento.

Finalmente a continuación se expone la estructura metodológica en la cual se basó la investigación.

---

<sup>13</sup>Porcentaje tomado del trabajo de campo realizado para la evaluación de CRS en la región de Baja Verapaz. (Ver bibliografía).

<sup>14</sup>Porcentaje proporcionado por ASECSA, Baja Verapaz.

## 5.- LA PROPUESTA METODOLÓGICA DEL TRABAJO:

La investigación se desarrollo con las comadronas (parteras empíricas adiestradas), capacitadas por el Sector Salud en Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala,<sup>15</sup> pero previo a su capacitación por el sector salud éstas mujeres ya tenía experiencia en la atención de partos.

Debido a la utilización indistinta de los términos comadrona y partera, es necesario explicitar que en Guatemala no se utiliza el término partera como en todo Latinoamérica, sino se utiliza el de comadrona. Una de las definiciones más acertadas, es la que proporciona Hiram Bravo.

Comadronas: Mujeres de edad madura, con inclinación religiosa, casada o viuda en gran proporción y con escasa escolaridad, con gran experiencia en la atención al parto que provoca confianza en las parturientas de sus comunidades. Puede tener conocimientos científicos y técnicos sobre el embarazo, parto o puerperio adquiridos por medio de cursos de capacitación. Bravo (1990:28)

Sin embargo es necesario hacer una aclaración respecto de las comadronas que fueron entrevistadas y observadas durante la investigación. Todas ellas eran mujeres que poseían un carnet avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, esto implica que todas eran comadronas adiestradas. Sin embargo, muchas de ellas, tenía más de 15 años de haber recibido su capacitación, por lo que muchos de los conocimientos adquiridos estén en el olvido. O sea que algunas de las

---

<sup>15</sup>A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

comadronas entrevistadas en la investigación teóricamente han sido capacitadas, pero prácticamente ese adiestramiento no se reflejaba en su cotidianidad.

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

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

Concluidas esas dos actividades y en una segunda fase de trabajo de campo se procedió a entrevistar a los otros sujetos que interactúan con las comadronas; madres de familia y a las mujeres de la familia extensa de las comadronas. Las madres de familia que se seleccionaron para ser entrevistadas; fueron quienes durante el año de 1,999 habían tenido una muerte de un niño menor de cinco años. La intención de entrevistar a estos dos tipos diferentes de madres de familia (madres con parentesco de parteras y madres con un niño muerto durante 1,999) fue para determinar la demanda de los servicios de comadronas.

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

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

Para la recolección de la información se realizaron un total de nueve guías. Para la realización de los grupos focales con comadronas se elaboraron dos. Las otras siete guías de entrevistas se realizaron de la siguiente forma: una a madres con parientes comadronas, otra a madres que perdieron un niño menor de cinco años durante 1,999, una dirigida al médico, otra a la enfermera, otra a dueños de farmacias, dos entrevistas diferentes que se hicieron con comadronas. También se diseñó un cuestionario que se pasó a los dueños de abarroterías o farmacias que vendían medicamentos. A continuación se presenta un cuadro en donde se resume la metodología utilizada en la investigación, en donde se hace referencia a la distinción de los tres modelos de atención y a la unidad de análisis utilizada, como también la técnica utilizada para recabar la información:

Cuadro No.11  
Metodología de la investigación

--	--	--

MODELO	Unidad de análisis	Técnica
Carrera del enfermo (Auto-atención o medicina doméstica)	Madres de familia con niño muerto 1,999. Madre de familia que pertenece a la familia extensa de una comadrona Farmacéuticos Dueños de tiendas	Entrevista  Entrevista Entrevista Cuestionario
Curadores tradicionales (Mod. Médico Alternativo Subordinado)	Comadronas Comadronas	Entrevista Entrevista
Servicios de Salud (Modelo Médico Hegemónico)	Médicos Enfermeras	Entrevista Entrevista

En el anexo número uno se presenta el listado del total de entrevistas y grupos focales que se realizaron durante el trabajo de campo.

El trabajo de campo se realizó durante temporadas cortas de 2 a 3 meses; durante el primer (1,999) y segundo año (2,000)<sup>16</sup> y en el último año (2,001) se hicieron temporadas más cortas de 2 semanas a 1 mes en dos oportunidades.

---

<sup>16</sup>En tres oportunidades distintas.