

CAPÍTULO V: ENTORNO GUATEMALTECO Y ACHÍ RESPECTO A SALUD - ENFERMEDAD:

El presente capítulo abordará el dispositivo de salud guatemalteco, proporcionará información de los tres niveles de atención, las coberturas de salud, datos epidemiológicos de mortalidad infantil y materna, indicadores de salud, etc. En igual forma se expondrá la estructura de salud en el municipio de Rabinal. Todos estos datos proporcionarán una idea sobre la postura del sector salud, mientras que en la segunda parte del capítulo se presentarán datos sobre la representación de la enfermedad entre los mayas, y entre los achí de Rabinal. Esto servirá para entender mejor dos esferas de acción que operan en torno al proceso salud/enfermedad/atención.

1.- EL DISPOSITIVO SANITARIO EN GUATEMALA:

Para poder entender cómo es la atención de la salud en Guatemala es necesario explicar someramente cómo funciona el sector salud.

El sector salud se divide en público y privado. Se ha asignado al sector público la planificación y contextualización de las políticas de salud estatales, siendo la institución más importante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ya que es la autoridad rectora de todo el resto de instituciones que conforman el sector salud. Su porcentaje de atención corresponde al 88.5%¹. De allí su importancia en todo el país.

¹Sin embargo la calidad de los servicios es mala o precaria sobre todo en las áreas rurales por la falta de personal técnico capacitado y de equipamiento para la atención en salud y no funciona el sistema de referencia, datos proporcionado por MINUGUA, en 1,999.

Los servicios de salud estatales, encabezados por el MSPAS, básicamente están estructurados en dos campos: uno de dirección y el otro de aplicación o nivel operativo.

La dirección del MSPAS se ocupa de definir y dictar las políticas de salud y las pautas generales de funcionamiento, planificación, dirección y administración, es por ello que está conformado a nivel jerárquico por el Ministro de Salud y los vice-ministros, quienes forman el despacho ministerial.

En un segundo nivel se encuentran 7 unidades administrativas quienes son: el consejo técnico, la secretaría ejecutiva, planificación estratégica, sistema de información general, asesoría jurídica, auditoría interna y asesorías específicas.

Finalmente en un tercer nivel se encuentran las direcciones: de regulación, vigilancia y control de salud, la dirección general del SIAS, la de recursos humanos y la gerencia general administrativa-financiera. El organigrama puede observarse en la página siguiente.

Sin embargo, en la práctica y para la atención, los servicios públicos están organizados en cuatro niveles²: 1) el nivel central, 2) el regional formado por ocho regiones³, 3) el nivel de área formado por los 22 departamentos (a excepción de los departamentos de Guatemala y Petén conformados cada uno por tres áreas y el área del Ixcán, de reciente incorporación, para un total de 27 áreas) y 4) el nivel distrital o local que son las divisiones administrativas de las áreas de acuerdo a los centros de salud y puesto de salud existentes, como se explica en el cuadro siguiente:

Cuadro No.14
División del nivel operativo MSPAS

NIVEL CENTRAL	NIVEL REGIONAL	NIVEL DE ÁREA	NIVEL DE ATENCIÓN ⁴		
	NIVEL CENTRAL	METROPOLITANA	Guate. norte	3	15
Guate. sur			3	14	30
Amatitlán			1	07	14
SUR-OCCIDENTE:		Sololá	1	10	33
		San Marcos	2	20	81
		Totonicapán	1	09	22
		Retalhuleu	1	06	23
		Quetzaltenango	3	14	50
		Suchitepéquez	1	11	28
SUR-ORIENTE		Santa Rosa	1	13	55
		Jalapa	1	07	23
		Jutiapa	1	13	49
CENTRAL		Sacatepéquez	2	03	17
		Chimaltenango	1	12	57

² Dicha delimitación toma en cuenta la ubicación geográfica y el tipo de atención

³ Las regiones son: Metropolitana, Norte, Nororiente, Suroriente, Central, Suroccidente, Noroccidente y Petén.

⁴ Se divide en Hospital, Centros de Salud y Puestos de Salud, el cuadro continúa en la página siguiente.

		Escuintla	2	14	35
NORTE		Baja Verapaz	1	17	27
		Alta Verapaz	3	11	37
NIVEL REGIONAL		NIVEL DE ÁREA	NIVEL DE ATENCIÓN		
NOR-ORIENTE		El progreso	1	07	22
		Izabal	2	08	32
		Zacapa	1	10	26
		Chiquimula	1	11	25
NOR-OCCIDENTAL		Huehuetenango	2	18	72
		Quiché	4	16	96
		Ixcán	-	02	11
PETÉN		Petén norte	1	02	15
		Petén sur	1	04	09
		Petén sur	2	02	10

Los niveles administrativos no coinciden exactamente con los niveles de atención a la población, sin embargo los datos epidemiológicos anuales proporcionados para todo el país por el MSPAS se otorgan en base al tercer nivel, o sea el nivel de las áreas.

Debido a que los niveles administrativos no coinciden con la atención que se presta a la población, a continuación se explica cómo funciona la atención primaria estatal o pública:

El primer nivel de atención que corresponde a todos los puestos de salud existentes en el territorio nacional cuenta con: auxiliares de enfermería y en algunos puestos con un estudiante de último año de la carrera de medicina (Ejercicio Profesional Supervisado, EPS), éstos proporcionan la atención curativa básica. Fuera de las instalaciones físicas del puesto de salud, el personal de planta coordina su trabajo con el que realizan los guardianes de salud (promotores de salud rural) y las

comadronas. En este nivel se proporcionan las actividades relativas a prevención, promoción y atención.

El segundo nivel de atención, conformado por los centros de salud, cuenta con el siguiente personal; médico/s, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnico/s en salud rural. Algunos cuentan con el servicio de laboratorio, trabajo social e inspectores del medio ambiente. Proporcionan las actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con un mayor grado de complejidad que los puestos de salud.

El tercer nivel de atención está constituido por todos los hospitales a nivel de área y regional⁵. El servicio que se presta está dirigido a la medicina curativa, y su grado de complejidad varía de acuerdo a su ubicación; sin embargo los hospitales nacionales concentrados en la ciudad capital se caracterizan por su alta complejidad, pueden ser considerados con un cuarto nivel de referencia para los otros hospitales. El número total de hospitales es de 35, los especializados son los 2 nacionales.

Si se compara la forma en que funciona la atención primaria en Guatemala, con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶. Debido a las características de subdesarrollo que tiene Guatemala, esta comparación de la atención en salud no es equiparable entre países, compárese

⁵Según políticas de ésta, la atención para todos los países del mundo se divide en primaria, secundaria y terciaria. Organización administrativa explicada anteriormente.

⁶Se acaba de explicar cómo funcionan los tres niveles de atención en Guatemala.

por ejemplo la que proporciona España; país del primer mundo. Véase el estudio que realiza José María Uribe Oyarbibe en el Centro de Salud de Nagusia, de la comunidad autónoma Vasca: Él explica que seleccionó ese centro de salud debido a:

"La representatividad, causa de su elección, se sigue de tres características que en él se conjugan: la coexistencia en un mismo edificio de dos modelos de medicina primaria (las dependencias del ambulatorio⁷ y las del centro de salud⁸), la condición de unidad docente del centro⁹ (no solo productor sino reproductor del nuevo esquema de práctica sanitaria) y el carácter pionero que permite registrar en su historia particular la puesta en funcionamiento de centros de salud dentro de un marco estatal, así como las variaciones que las transferencias de competencias en salud generan¹⁰." Uribe (1,996:45).

Sin embargo, en Guatemala un centro de salud, no reúne todas las condiciones que someramente explica Uribe en España¹¹, por ejemplo el centro de salud de Rabinal que está catalogado como centro de salud tipo A¹², presta servicios

⁷El Ambulatorio fue la figura que funcionó en España durante 50 años para institucionalizar la asistencia sanitaria extra-hospitalaria. Uribe (1,996:61-63)

⁸Según Uribe dice que los centros de salud deben entenderse como la alternativa que desde la reforma Sanitaria (giro a partir de la Ley General de Sanidad de 1,986), se propone para la asistencia primaria. Uribe (1,996:61)

⁹En el centro de salud están los residentes de tercer año, que son estudiantes de último año de la especialidad titulada Médicos Internos Residentes (MIR) quiénes son licenciados en medicina y que están desarrollando su especialización o residencia. Uribe (1,996:106)

¹⁰El centro de Salud tiene ocho consultas de medicina de familia y comunidad (8 médicos), y tres consultas de medicina pediátrica (3 médicos más), las cuales se ampliaron dos años más tarde con otras tres consultas de medicina familiar (otros 3 médicos más). Este diseño original incorpora una enfermera/o por consulta (en total 14 enfermeras y 14 médicos), un auxiliar de clínica, una trabajadora social, dos administrativos y un celador. Uribe (1,996:106).

¹¹Basta con decir la diferencia que hay entre el personal entre un país y otro.

¹²La diferencia que existe entre los centros de salud tipo A de los de tipo B, es la existencia de una unidad de encamamiento, que es

de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, por medio de su personal que está constituido por: dos médicos, dos enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural; también cuenta con los servicios de laboratorio y de inspectores del medio ambiente.

En Guatemala también funciona el seguro social por medio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); éste proporciona atención exclusivamente a sus afiliados, pero a diferencia de los países en desarrollo, la cobertura de la seguridad social en Guatemala cubre solamente el 16% de la población¹³. Las prestaciones que da la seguridad social en Guatemala abarcan dos áreas o programas: Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) que consiste en pensiones para cubrir dichas eventualidades y el de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), con programas de salud y pensiones por incapacidad temporal por dichas causas.

Las municipalidades, los fondos sociales, el Instituto de Fomento Municipal (por su responsabilidad en relación a la gestión del agua) y sanidad militar también forman parte del sector salud y efectúan acciones preventivas y curativas, pero de un impacto más reducido en comparación con el MSPAS y el IGSS.

un servicio que se presta generalmente para la atención del parto durante las 24 horas del día.

¹³En el municipio de Rabinal los afiliados de la seguridad social, que con minoritarios, tienen que recurrir a Salamá, población situada a unos 30 kilómetros de distancia.

El sector privado tiene una cobertura de aproximadamente el 14% de la población a través de diversas organizaciones como compañías de seguros, centros médicos, clínicas y establecimientos privados.

Después de exponer brevemente la forma como funciona el dispositivo de salud en Guatemala, a continuación se explica la última reforma que se ha implementado para mejorar la atención brindada por el MSPAS.

2.- LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD SIAS:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala tiene como mandato constitucional: la conducción, regulación y vigilancia de la salud. Cada cinco años propone al Estado de Guatemala sus metas con la inclusión de políticas y estrategias.

Sin embargo en el año de 1996 con la firma de la Paz y con la implementación de los acuerdos de paz, el MSPAS y el gobierno se comprometieron a:

- a) Aumentar en un 50% el gasto público en Salud ejecutado en 1,995 y presupuestar por lo menos 50% del gasto para la atención preventiva.
- b) Reducir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en 1,995.
- c) Mantener la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la erradicación del sarampión en el año 2,000.
- d) Descentralización y desconcentración de los Servicios de Salud, poniendo en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención; para asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional."MSPAS (1,999:5)

De las cuatro metas planteadas, se ha impulsado la reforma del sector salud; en donde la atención para el grupo materno-infantil sería la prioridad. Debido a ello el

MSPAS decide reorientar y ampliar los servicios de salud en el primer nivel de atención, para lograr una mejora en la salud de la población que no tiene acceso. Es así como surge EL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS), y se entiende como una reforma que se da en la atención primaria del territorio guatemalteco.

La reforma básicamente intenta:

“reorientar y ampliar los servicios de salud actuales y prestar atención básica en salud a la población que ahora no tiene acceso a servicios” MSPAS(1,997:4)

En otras palabras la reforma intenta cambiar la forma en que se proporciona el servicio básico de salud.¹⁴ La implementación del SIAS en Guatemala corresponde a un ordenamiento de los programas de salud rurales que brindan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), ya que a partir de la las décadas de los ochentas y noventas muchas ONG'S comienzan a trabajar con proyectos de salud rural¹⁵.

Es así como en muchas comunidades de Guatemala los esfuerzos de los proyectos de salud de las ONG's y de los servicios de salud estatales comienzan a traslaparse en un sector determinado de la población, quedando varios sectores de la población en el desamparo y olvido. Esta situación se da porque no existía una comunicación entre los proyectos de salud de las ONG's y los servicios de salud estatales¹⁶.

¹⁴Los datos que se proporcionan explican la re-estructuración de servicios básicos en el primer nivel de atención, ya que interesa demostrar al lector cómo opera éste en Rabinal, no se presenta información respecto de la re-organización en el tercer nivel de atención.

¹⁵Consúltese por ejemplo el estudio realizado por Isamel Díez en 23 programas de salud rural , que poseían proyectos de capacitación para promotores de salud rural.

¹⁶a continuación presento un ejemplo del traslape de beneficiarios respecto a un programa de alimentos en Rabinal, Baja Verapaz: Una familia de Rabinal que vive en la aldea Chiac recibía alimentos para

Es así que la implementación del SIAS pretendía concentrar todos los esfuerzos existentes de ONG's, de puestos de salud y centros de salud estatales en cada uno de los municipios, aldeas o caseríos para evitar así un cruce o un doble esfuerzo. Sin embargo, en muchas regiones no se ha logrado esto, porque muchas de las ONG's que operan en las aldeas y municipios no se han querido incorporar a la re-estructuración.

Tomando en cuenta esa re-estructuración elaborada recientemente en el MSPAS en Guatemala, se proporciona a continuación datos importantes respecto de epidemiología.

3.- LA SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA:

sus hijos desnutridos por parte del programa de CARE que operaba a través del Centro de Salud de Rabinal y por parte del programa de alimentos de CRS (Catholic Relief Services) que operaba en Caritas Diocesana de Baja Verapaz, mientras que otra familia de la aldea de Pachalum en Rabinal no podría estar recibiendo ningún tipo de alimentos para sus hijos desnutridos.

La esperanza de vida es de 64.4¹⁷ años; sin embargo la diferencia entre sexos es notoria; porque para las mujeres se eleva a 5 años más en comparación con los hombres, pero la morbilidad es más alta en las mujeres, lo que incide en su calidad de vida y particularmente en los rangos de la edad reproductiva.¹⁸

La tasa de natalidad es de 33.75¹⁹ por mil. (21.8 más alta que en la de los países desarrollados²⁰), pero existen diferencias entre la población indígena y ladina:

"En este medio siglo, se ha visto una transición significativa; de una población en la cual los dos sectores étnicos crecían al mismo ritmo, a una población en la que el crecimiento natural del sector maya excede al no indígena por alrededor de 5 a 6 por 1,000. La fecundidad en los departamentos indígenas también excede a la de los no indígenas en alrededor de 1.5 por 1,000. Las tasas de natalidad y fecundidad, sin embargo, demuestran una correlación mucho más alta con la ruralidad que con la etnicidad indígena." PNUD (1,999:67)

¹⁷En latino américa Guatemala ocupa el penúltimo lugar, según datos del informe de desarrollo humano del 2,000 del PNUD.

¹⁸Datos proporcionados por el PNUD en 1,999.

¹⁹Este dato y al igual que todos los demás fueron otorgados por el MSPAS de Guatemala y corresponden al año 2,000.

²⁰La tasa de natalidad para Europa es de 11.9

La tasa de mortalidad general para el año 2,000 fue de 4.84 por mil habitantes, las defunciones en el grupo de menores de 1 año fue el 19.1% de todas las muertes. Las principales causas de defunción en el 2,000 fueron: Neumonías 19.95%, Enfermedad diarreica aguda 7.46%, Insuficiencia cardíaca congestiva 4.63%, infarto agudo al miocardio 4.06% y cánceres 3.06%.²¹. Aunque las causas de muerte varían de acuerdo a la condición socioeconómica, género y etnia, son las enfermedades respiratorias y la diarrea las causas más importantes en ambos sexos.

Los principales reportes de las enfermedades atendidas fueron: Las Infecciones Respiratorias Agudas 21.75%, Enfermedad diarreica aguda 8.36%, Parasitismo intestinal 8-12% , Anemias 5.06%, Neumonías 3.98%, Enfermedad péptica 3.65%, Enfermedades de la piel 3,55%, Infecciones del tracto urinario 2.73%. En los últimos diez años la estructura de las principales causas de morbilidad en Guatemala no han cambiado significativamente, los datos nos llevan a la conclusión de que la gente todavía se enferma de las mismas enfermedades que hace 10 años y que en su mayoría son prevenibles.²²

El complejo desnutrición-infección, que se explica en un ciclo recurrente de enfermedades en las vías respiratorias y diarreicas debido al estado de desnutrición de las personas, es el problema que prevalece como la causa principal de enfermedad y muerte en el país.

²¹Se tiene un porcentaje de 4.46% de causas mal definidas.

²²Para más detalle en la información se puede consultad la página WEB del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala que es www.mspas.gob.gt

Todos los datos anteriores son generales, sin embargo los datos respecto de la salud materno-infantil se presentan a continuación.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1,999-1,998 (ESMI 98-99), éstos indican que la desnutrición continúa siendo un problema en Guatemala aunque la tendencia de la desnutrición es hacia la baja y se ha reducido en los últimos años, sin embargo como los demuestran los datos del PNUD:

“...Hubo excepciones importantes, que incluyeron los aumentos de desnutrición crónica entre niños de 6 años y de aquéllos de entre 4 y 5 años, además de aumentos leves de desnutrición aguda, e incrementos de la desnutrición global de niños y niñas entre 6 meses y un año.” PNUD(1,999:70).

La tasa de mortalidad infantil en Guatemala es de 27.40 por mil nacidos vivos, y las principales causas de mortalidad infantil son por: neumonía 36.46%, enfermedad diarreica aguda 11.09%, afecciones en el período perinatal (Septicemia) 8.19%, pre-maturez 5.62% y otras causas mal definidas 3.52% La tasa de mortalidad Neonatal para el 2,000 es de 9.94 por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad en la niñez es de 30.54 por 1,000 nacidos vivos, esto representa el 27.45% del total de defunciones para todas las edades.

En los últimos cinco años se ha venido observando una reducción de las tasas de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Sin embargo las regiones que experimentaron reducciones de la mortalidad infantil fueron aquellas que tenían las tasas más altas en 1,995, es decir, las regiones Central, Suroriental y Noroccidental²³.

²³Según datos del PNUD para 1,999.

En el 2,000, hubo un total 4,672 muertes de mujeres en edad fértil, lo que se traduce en una tasa de mortalidad materna de 10.6 por 10,000 nacidos vivos. La más alta fue registrada en la región del Ixcán y la más baja se presentó en la región de Amatitlán. Sin embargo es importante comprender que la atención durante el período pre-parto, parto y post-parto recae en porcentajes similares entre médicos y comadronas.²⁴

Finalmente se presenta un perfil epidemiológico de Guatemala:

“Se caracteriza por una alta mortalidad infantil y una elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. De cada 1,000 niños que nace, 57 mueren antes de cumplir un año de edad y, de ellos, 29 antes de los 28 días de vida. Sin embargo, estas estadísticas varían dependiendo de la zona geográfica ya que mientras en zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de 10 niños al año por cada 1,000 nacidos vivos, en algunas zonas rurales pobres de la República mueren más de 120 niños por cada 1,000 nacidos vivos. La mortalidad infantil en la población indígena es superior de la que se presenta en la población no indígena. Esta mortalidad continúa originándose en patologías derivadas de las precarias condiciones de vida de la población. Dos de cada 5 niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en la región noroccidental del país. Seis de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional. La mortalidad materna es de 19 por

²⁴Más adelante, en el apartado sobre los indicadores de Salud en Rabinal, se hace un análisis de dicha situación.

10,000 nacidos vivos. Las mujeres indígenas presentan una mortalidad materna 50% superior a las defunciones maternas en mujeres no indígenas. La mayoría de causas de morbi-mortalidad del país son susceptibles de prevención y control mediante acciones de atención básica con una relación positiva de costo-efecto. Estas intervenciones pueden ser realizadas conjuntamente por personal comunitario e institucional." MSPAS (1,997;3).

Teniendo un referente nacional sobre la situación de salud, corresponde explicar la situación de salud en la comunidad de estudio.

4.- LOS INDICADORES DE SALUD EN RABINAL: UNA COMPARACIÓN CON LOS DATOS GENERALES DEL TERRITORIO NACIONAL.

Las condiciones de desarrollo y sub-desarrollo de los países y de sus respectivas comunidades se reflejan en los indicadores de población. Según dichos indicadores los países sub-desarrollados se caracterizan por tener una población eminente joven entre los 0 y 15 años de edad. Esta característica es determinante para todos los demás indicadores de población, que a continuación se presentarán. Se expondrán los indicadores de salud de Rabinal; cuando sea necesario se realizará una referencia al contexto nacional para poder dar una idea del contexto.

La esperanza de vida al nacer en Guatemala es de 67.2²⁵ años y para el departamento de Baja Verapaz es de 68.3²⁶ años.

²⁵Estos datos corresponden a proyecciones realizadas por el INE y SEGEPLAN.

²⁶Ibidem.

No existen datos para el municipio de Rabinal, se puede decir que el departamento tiene un año más de esperanza de vida que el promedio general en el territorio.

La mortalidad específica de Rabinal, no presenta diferencias en 9 de las 10 principales causas de defunción.

Como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro No.15

Principales causas de defunciones para Guatemala y Rabinal

Defunciones en Guate.	% ²⁷	Defunciones en Rabinal	% ²⁸	%
Inf. respiratorias	69.3	Inf. respiratorias	34	95
Parasitismo intes.	40.7	Parasitismo intestinal	95	04
Enfer. diarreica	27.5	Enfermedad diarreica	08	45
Neumonía y bronc.	20.7	Neumonía	45	25
Enfer. de la piel	11.2	Enfermedades de la piel	55	01
Anemias	10.7	Anemias	06	35
Desnutrición	09	Desnutrición	35	-
Enfer. péptica	08.7	Enfermedad péptica	04	02
Inf. del trato ut.	08.2	Infección del trato uter.	45	25
Conjuntivitis	01.9	Enfer. musculo-esquele.	65	-
		Mialgia	-	03
		Amigdalitis	-	01

²⁷Tasas por 100,000 habitantes, ONU (1,999:68)

²⁸Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal, para la actual columna son del año 1,999 y para la siguiente, del año 2,000

La atención que se brinda al grupo materno-infantil es uno de los factores más importantes a evaluar en la situación de salud de un país, ya que algunos indicadores demuestran las condiciones de vida de la población y primordialmente la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante uno de los grupos más vulnerables. Veamos esta situación para Rabinal²⁹:

Cuadro No.16

Atención de los partos en Guatemala y Rabinal

²⁹El registro de nacimiento de un niño en Rabinal debe hacerse en la Municipalidad y en el Centro de Salud, pero la información recolectada en el Centro de Salud, no coincide con la información recolectada en los registros municipales de Rabinal. Las discrepancias más importantes son:

a) El total de comadronas adiestradas con carnet del Centro de Salud, según informe presentado en la Jefatura del área es de 90 comadronas y el dato recolectado por mí directamente de los carnet de comadronas en el Centro de Salud corresponde a un total de 108 comadronas, (mas dos hombres que ejercen el cargo).

b) Otra inconsistencia es sobre el número de mujeres empíricas que atendieron los partos durante el año 1,999, ya que para los meses de febrero, marzo y abril se detectaron un total de 24 mujeres que no poseen un carnet que las avale como comadronas autorizadas, éstas mujeres atendieron un total de 42 partos, o sea que más de la mitad de esas mujeres han atendido por lo menos más de dos partos.

Atención del parto para Guatemala	% ³⁰	Atención del parto en Rabinal	% ³¹
Comadrona	50	Comadrona	77
Médico	36.9	Medico	22
Otros	07.3	Empírica	04
		Ninguna	07
Enfermera	03.7	Enfermera	--
			--

La información contenida en el cuadro no.16, explica la importancia que tiene el trabajo de la comadrona en esta población. Los datos respecto a la mortalidad infantil aparecen en el cuadro de la página siguiente.

³⁰Datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 1998-1999, pag.102

³¹Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal para el año de 1,999

Cuadro No. 17
Mortalidad infantil y en la niñez para Guatemala y Rabinal

Mortalidad para Guate.	% ³²	Mortalidad para Rabinal	F	% ³³	F	% ³⁴
Neonatal	26	Neonatal	10	74.4	11	81.8
Post-neonatal	23	Post-neonatal	24	17.9	20	14.8
Infantil	49	Infantil	34	25.3	31	23.06
Post-infantil	16	Post-infantil	2	14.9	8	1

De acuerdo con los datos del MSPAS, la tasa de mortalidad infantil más alta se registró en Retalhuleu con 66.32³⁵, mientras que la tasa de mortalidad infantil más baja es de 17.14³⁶ en el área sur del departamento de Guatemala. Según esta información la tasa de Rabinal que es del 23.06 estaría ubicada en el medio entre la tasa más baja y más alta que hay en el territorio guatemalteco. Por ello Rabinal es un lugar estratégico para un estudio sobre la mortalidad infantil en Guatemala, ya que su tasa de mortalidad se encuentra ubicada en la media.

Lamentablemente existen algunos datos que el MSPAS no proporciona anualmente en sus documentos; éste es el caso

³²Datos obtenidos de la ENSMI, 1,998-1999 pag. 88

³³Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para el año de 1,999.

³⁴Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal en el año 1,999.

³⁵Datos proporcionados por el MSPAS, para el año de 1998.

³⁶Ibíd.

del número de muertes de niños ocurridas durante el parto, llamados mortinatos. Este dato es muy importante porque se relaciona directamente con las comadronas y demás personal que atiende partos, los datos se presentan unicamente para Rabinal:

Cuadro No.18

Muertes ocurridas durante el embarazo y los primeros 5 años de vida

Momento de la muerte	F	%
Durante el embarazo, óbito fetal	4	70.01
En el parto, mortinato ³⁷	17	29.81
Neonatal	10	17.54
Pos-neonatal	24	42.10
De 1 a 4 años	2	03.5
Total	57	100

Finalmente las causas de la mortalidad infantil en Rabinal, al igual que en todo el territorio de Guatemala continúan siendo por infecciones; se sabe que con un buen desempeño de la educación en salud y de muchos otros aspectos, los porcentajes podrían bajar. Lamentablemente todas las actividades que realiza el sistema de salud estatal en Rabinal, no están enfocadas hacia la educación en salud, sino más bien sus actividades son de índole curativo.

En el cuadro que aparece en página siguiente se presentan las cinco primeras causas de mortalidad infantil en Rabinal, los datos fueron proporcionados por el centro de salud de Rabinal.

³⁷Existe el reporte de dos muertes que corresponden a sufrimiento fetal y anomalías congénitas, aunque no fueron clasificadas como mortinatos, deben incluirse allí.

Cuadro No. 19

Cinco primeras causas de mortalidad infantil por causa específica

Rabinal 1,999	T	% ³⁸	Rabinal 2,000	T	% ³⁹
Neumonía	18	58	Neumonía	11	32.35
			Broconeumonía	7	20.59
					52.94
Inf. intestinal	4	13	Inf. Intestinal	5	14.07
Otras	4	13	Otras	7	20.59
Asfixia	2	6	Asfixia	2	05.88
Epilepsia	2	6	No hay datos	-	--
No hay datos	-	-	Prematuro	2	05.88
Bajo peso al nacer	1	4	No hay datos	-	--
Total	31	100	Total	34	99.99

Se puede observar que las causas de mortalidad infantil en Rabinal no se diferencian al patrón general de todo el país, sin embargo en el capítulo séptimo se hace una interpretación sobre la mortalidad infantil en Rabinal.

³⁸Datos proporcionados por el Centro de Salud de Rabinal.

³⁹Datos obtenidos en el trabajo realizado en las actas de defunciones de los registros municipales, para el año de 1,999.

Los datos presentados hasta el momento proporcionan un contexto general de la forma en que se proporciona la atención en Salud en Rabinal y Guatemala.

Los recursos de salud en el área rural de Guatemala son muy dispares entre zonas geográficas y administrativas, ello se manifiesta en la infraestructura existente respecto de carreteras y caminos vecinales, que en parte se explica por la importancia productiva y económica de la región. Debido a que la comunidad estudiada está en una región que no tiene relevancia productiva, su infraestructura en salud se ha visto beneficiada por otros factores⁴⁰, que se intentarán explicar a continuación.

4.1.- Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones de salud que trabajan en Rabinal:

A partir de la década de los años ochentas, las instituciones que funcionaban en Rabinal con proyectos de salud⁴¹ eran: CARE por medio del Centro y Puestos de Salud estatales; Catolic Relief Services (CRS) por medio de CARITAS Diocesiana de la iglesia católica en Rabinal, SHARE por medio de la ONG, llamada: Proyecto Flor del Naranja. También operaban las siguientes instituciones: El Dispensario Elizabeth Zeton: atendido por hermanas religiosas, la sede para la región de las Verapaces de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA, El

⁴⁰Como la ola de violencia que afectó la región en la década de los ochentas, para más detalles consultar el capítulo cuarto.

⁴¹Muchas de las ONG's que se mencionarán, operan por medio de instancias ya existentes en las comunidades (centros de salud, Iglesia, otras ONG's), trabajan con programas de: distribución de alimentos para niños y madres embarazadas desnutridas, capacitación y formación de promotores de salud rural, atención primaria de salud, etc.

Centro de Integración Familiar CIF, El proyecto Chixim de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴².

⁴²la Asociación Pro-Bienestar de la Familia APROFAM, se incorporó en el año 1,999-2000.

Debido a la importancia que tuvo la implementación del SIAS en Rabinal, es necesario señalar que todas estas ONG's o instituciones no lucrativas que operaban en Rabinal, actualmente no están incorporadas en la re-estructuración del SIAS por razones diversas: Algunas de éstas instituciones porque cancelaron el programa de salud⁴³, o porque decidieron abandonar el perímetro de Rabinal dejando solamente su infraestructura y dedicarse a otros municipios de Baja Verapaz⁴⁴. Muchas no se interesaron porque, como dice el Dr. Gonzalo, del Centro de Salud de Rabinal, las instituciones no se convencen de la transparencia de la implementación; "...muchas instituciones tenían desconfianza en cuanto entraron al proyecto, porque incluso acá se les ofreció ser prestadora o administradora a todas las ong's locales. Sin embargo ninguna quiso entrar en el proceso, porque tenían desconfianza en cuanto que podría haber alguna situación allí, que en un principio se ofreciera y después que ya no se fuera a dar. Ante esto las instituciones, incluso las locales dijeron que no querían entrar, pero sí se les convocó a todas. ...No sé si no creen en el proceso o sencillamente no quieren participar." (Entrevista No.46)

Actualmente las instituciones u ONG's que operan con programas de salud en Rabinal son: El proyecto Flor del Naranja y ASECSA. Mientras que las instituciones que ya no prestan su servicio en el municipio; pero funcionan en los otros municipios de Baja Verapaz que son: El programa de CARE, el proyecto Chixim de OPS, el CIF y CRS.

⁴³En este caso el Centro de Integración Familiar CIF.

⁴⁴Este es el caso de CRS, que son sus oficinas administrativas las que funcionan exclusivamente en el pueblo de Rabinal

Algunas de estas instituciones participaron de alguna forma en la implementación del SIAS, que se realizó en Rabinal hace solamente tres años. Debido a su reciente implementación será necesario explicar brevemente el caso.

4.2.- La implementación del SIAS en Rabinal, Baja Verapaz.:

Se realizó a partir del año 1,999 y se ejecutó de la forma siguiente: El municipio de Rabinal se dividió en tres jurisdicciones para proporcionar una extensión de la cobertura en las áreas más inaccesibles (el mapa puede consultarse en la página siguiente), la división de estas tres jurisdicciones ya existía anteriormente a la implementación del SIAS, cuando el Centro de Salud realizaba las campañas de vacunación o en el caso de las canalizaciones.

Mapa No.4

División del municipio de Rabinal de acuerdo a las instituciones prestadoras de servicios en la estructuración del SIAS.

Instituciones prestadoras de servicios:

Área No.1: Dispensario Elizabeth Zetón.

Área No. 2 y No.3: ANATESAR (Asociación Nacional de Técnicos de Salud Rural)

En el proceso de innovación del SIAS la sectorización se volvió permanente. La división del municipio se realizó

para dotar a caseríos y aldeas de un doctor ambulante que visitaría por lo menos una vez al mes cada una de las comunidades. En igual forma, en cada una de las comunidades se organizó la población para que cada 20 familias estuvieran a cargo de un guardián de salud⁴⁵, también se creó el cargo de facilitador comunitario que tiene a su cargo un total de 20 guardianes de salud. En la comunidad también las comadronas se integran en este nuevo equipo.

De esta forma ahora, cuando el médico hace su visita mensual, en ese momento deben reunirse todos los guardianes de salud, facilitadores comunitarios y comadronas para recibir una capacitación vivencial dada por el doctor, y en igual forma toda la población de la comunidad puede asistir a la consulta brindada por el médico.

La implementación de dicha regionalización, requiere que en cada una de las áreas de los tres sectores, exista una institución que administre el recurso financiero, ésta será la encargada de proporcionar el salario al médico, un salario de medio tiempo al facilitador comunitario y el incentivo a las comadronas que asisten a la capacitación dictada por el doctor. A estas instituciones encargadas de administrar el recurso financiero se les llama prestadoras o administradoras. Esa es la forma en que el MSPAS, propone una descentralización, ya que el trabajo no se recarga en los puestos y centros de salud.

En el año de 1,999 el proyecto Flor del Naranja toma dos de las tres jurisdicciones para convertirse en administradora o prestadora de servicios. Sin embargo a mediados del año

⁴⁵ Antes de la implementación del SIAS, esta figura se le llama promotor de salud rural.

2,000 dicha institución abandona su cargo y es Guate-salud quien toma la responsabilidad para finalizar el año 2,000.

A partir del año 2,001 es la Asociación Nacional de Técnicos de Salud Rural (ANATESAR), quien se ocupa de ser prestadora o administradora en Rabinal. La tercera jurisdicción que desde su inicio a estado a cargo es el Dispensario Elizabelth Zetón.

Es importante hacer ver al lector que la implementación del SIAS, en la atención primaria de salud, no cambió la administración por áreas ya existentes, ni tampoco la atención primaria conformada por los centros y puestos de salud.

Finalmente las instituciones que forman parte del sector salud en Rabinal, son:

- Un centro de salud tipo A (con encamamiento).
- 5 puestos de Salud, de los cuales están en funcionamiento 3 en las poblaciones de: Pichec, Xococ, y Chuategua. Los otros 2 han sido construídos por Plan Internacional, pero no funcionan debido a la falta de personal institucional. Éstos están ubicados en: San Luis y Plan de Sánchez.
- Un dispensario: Elizabeth Zentón.
- 6 clínicas médicas particulares. En el pueblo hay un total de 7 médicos graduados; 2 en el centro de Salud, 3 en el SIAS (Médicos ambulatorios), y 2 en el proyecto Flor del Naranjo.
- 2 laboratorios clínicos privados.
- 13 farmacias en el pueblo.
- 1 ONG's con programa de salud: Proyecto Flor del Naranjo-SHARE,
- 2 Instituciones relacionadas con salud: Asociación de Servicios Comunitarios ASECSA, Asociación Nacional de Promotores de Salud Rural ANATESAR.

Sin embargo existen otros recursos que las personas de Rabinal utilizan para solucionar sus problemas de enfermedad y padecimientos; éstos son: farmacias, curanderos, comadronas, sacerdotes mayas.

A continuación se presenta la visión que tiene el sector salud sobre el trabajo de la comadrona, para enmarcar el papel hegemónico y de control que tienen los servicios de salud estatales, ésto servirá para contextualizar el trabajo de la comadrona.

4.3.- El punto de vista del Sector Salud sobre el trabajo de la comadrona en Rabinal:

Según los datos de la última encuesta de salud materno-infantil el 50%⁴⁶ de los partos fueron atendidos por comadronas, el 36.9%⁴⁷ por médicos, el 7.3% por diversas personas y el 3.7% por enfermeras.

Esta información también tiene distribuirse en la siguiente forma: El porcentaje de los partos atendidos en el **área rural** y en casa de la parturienta corresponden al 75.1% (atendidos probablemente por comadronas). Entre **población indígena** los partos atendidos en casa , aumenta a un porcentaje del 85.7% (atendidos probablemente por una comadrona) y finalmente el porcentaje de atención de partos en casa a **madres sin educación** es de 78.2% (probablemente por una comadrona). Las estadísticas demuestran el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida por las comadronas.

De acuerdo con éstos porcentajes vemos la importancia que aún tiene el trabajo de la comadrona en el área rural guatemalteca.

Las comadronas⁴⁸ son las trabajadoras comunitarias que integra el Sector Salud, pero el trabajo de éstas para el MSPAS se reduce y limita a tres⁴⁹ actividades:

⁴⁶INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,998-99.

⁴⁷A partir de esta nota todos los datos fueron tomados la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 198-99, a menos que se indique otra fuente.

⁴⁸En la re-estructuración del SIAS, los dos tipos de trabajadores comunitarios que se incluyeron en el primer nivel de atención fueron: Las comadronas y los guardianes de salud. Los guardianes de salud es una nueva forma de llamar a los antiguos Promotores de Salud Rural en esa nueva reestructuración.

A.- Control y resolución del período pre-parto, parto y puerperio.

B.- Medio para recolectar y obtener datos sobre nacimientos en la comunidad.

C.- Inversión de tiempo en formación, debido a que deben capacitarse continuamente.

⁴⁹Para un mayor detalle de sus actividades se puede consultar la la sección que se refiere a las responsabilidades de las comadronas en el nuevo Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS).

Si se evalúa la eficiencia y efectividad de las comadronas y de los guardianes de salud, en términos de inversión de recursos, resulta que para el Sector Salud, las comadronas son más efectivas y eficientes en comparación con los guardianes de salud porque la deserción en el grupo de comadronas no existe, mientras que en el grupo de los guardianes de salud los porcentajes de deserción son muy altos.⁵⁰

Los servicios de salud al reducir a tres las actividades y/o responsabilidades de las comadronas está desperdiciando los recursos que tiene la comadrona en la comunidad, ya que el oficio de comadrona en las comunidades cumple diversas funciones:

-Son mujeres que se les identifica fácilmente como prestadoras de servicios para la atención de padecimientos y enfermedades.

-Su sabiduría sobre plantas medicinales y remedios caseros contribuyen a salvaguardar la memoria histórica de la comunidad

-Confirman y mantienen un patrón hereditario, al heredar el cargo en vía matrilineal.

- Cohesionan la red social de la familia extensa.

-Atienden diversos padecimientos y enfermedades.

En el capítulo siguiente se expondrá cada una de las actividades y funciones que la comadrona desempeña en las comunidades.

El trabajo de que realizan las comadronas y demás terapeutas tradicionales en la comunidad no es válido para

⁵⁰Para más información consultar el estudio realizado por Ismael Díez en varios programas de salud rural que cuentan con un programa de capacitación para promotores de salud, consúltese en igual forma algunas tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala que han tratado la problemática de la deserción de los promotores de salud rural o guardianes de salud.

los servicios de salud estatales. Por ello, es necesario exponer la racionalidad que implica la búsqueda de la solución a los padecimientos entre terapeutas tradicionales y demás recursos y/o agentes de salud en Rabinal. A continuación se exponen lineamientos generales que explican la racionalidad maya-achí.⁵¹

5.- LA DUALIDAD MAYA Y LA ENFERMEDAD ENTRE LOS ACHÍ:

⁵¹Se ha explicado en parte ésta dualidad en el capítulo cuarto, pero en este apartado se intenta profundizar sobre su particularidad entre los achí.

Es fundamental que el lector entienda la "Racionalidad maya-achí"⁵², y la importancia de la "dualidad maya", porque ambas se manifiestan cotidianamente en el equilibrio que se debe guardar entre lo frío-caliente. Esta representación se vuelve cotidiana y se presenta desde el momento en que los achí se despiertan y se levantan en la mañana.

Veamos un ejemplo de lo que sucede: Las mujeres que se encargan de preparar el desayuno; toman sus precauciones respecto de las actividades previas antes de tortear⁵³, dicha actividad se concibe como caliente; es por ello que las actividades previas al torteo son preferentemente de índole caliente. Se espera también que la primera comida del día sea caliente: café y tortillas, ya que el consumir alguna fruta como la naranja puede ser motivo de

⁵²La definición de ésta categoría: es la que proviene de una ascendencia del medioevo occidental y maya, se basa fundamentalmente en una dualidad que intenta explicar la existencia basada en una relación armónica y complementaria de dos. En la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía, consultar el capítulo III.

⁵³Entre los indígenas guatemaltecos uno de los alimentos fundamentales de su dieta es el maíz el cual se prepara de diferentes formas, pero principalmente en tortillas. El proceso de producción de las tortillas es el siguiente: el maíz se pone a cocer en un fogón de leña, posteriormente de su cocimiento se lleva el grano cocido a un molino para ser triturado y así obtener una masa, las mujeres llevan a casa esa masa que preparan y moldean con sus manos para colocarlas en un comal (sartén de barro) con fuego.

enfermedad, porque la naranja es un alimento que se considera frío.

Entre los achí cuando se presenta alguna enfermedad se entiende que esa situación responde a un desequilibrio entre las fuerzas del bien y del mal, entre lo frío-caliente, entre las dos fuerzas que forman esa dualidad maya. Se espera que lo primero que haga es acudir con un "ajkotz'í'j" o un ajmesa⁵⁴, ya que este cargo religioso-tradicional, simboliza el ser "mediador" entre Dios, los Santos, los antepasados, los difuntos y la santa tierra. Según la tradición ese es, el comportamiento que se espera siga una persona. Pero lo que sucede en la actualidad es que, las personas al sentirse enfermas acuden primero con médicos, a farmacias o se automedican y dejan como último recurso a los terapeutas tradicionales, esta práctica es señalada como: "no acordarse de Dios" y ello implica que las fuerzas del mal se aprovechen para dañar más a la persona, según las posturas más tradicionales.

Otra manifestación de la "Dualidad Maya" en la cultura achí es la contradicción que puede guardar el ajmesa-ajtiz, porque el cargo de guía espiritual o de terapeuta tradicional puede indistintamente usarse para hacer el bien o el mal. A continuación una explicación:

"Cuando un curandero es intermediario y pide por la curación de la enfermedad; debe interpretarse que éste logrará una mejoría porque él será el intermediario de la fuerza del bien simbolizado en Dios, los santos, los difuntos y la santa tierra, mientras que cuando un curandero hace un mal, quien responde es el mal espíritu, entonces en ese momento no responde al cargo de ajmesa, sino pasa a ser un "ajtiz". El tratamiento basado en la religión, es de dos vías: las plantas medicinales y la ceremonia de la devoción. La gente concibe que no puede haber tratamiento y curación de

⁵⁴Nombre en achí que corresponde a un curador tradicional.

la enfermedad sin ceremonias y medicamentos. El ser dual de la cultura Achi en las ceremonias de curaciones se representa en las siguientes dualidades: abuelas y abuelos, ancianas y ancianos, metal amarillo y metal blanco, flores amarillas y flores blancas, montañas femeninas y montañas masculinas, enfermedades buenas y enfermedades malas, el bien y el mal, el buen espíritu y el mal espíritu. Todo ello se escucha en las ceremonias tanto de la "devoción" como en la "mesa". Sucuquí (2,000:71-72)

Sin embargo una de las características más importantes de la cultura achí en torno a las representaciones médico-religiosas es la manifestación de "El mal hecho" esto se considera como una enfermedad y aunque no se exprese en una "dualidad", contiene elementos importantes de la cultura achi, ya que dicha enfermedad solo puede ser curada por un terapeuta tradicional. Isabel Sucuquí explica mejor acerca de la enfermedad:

"Las enfermedades en Rabinal son conocidas por el nombre de "mal hecho" que en Achi es el "anom". El "mal hecho", se conoce con los siguientes nombres: Anom che, rayim, tz'onom, chakum chrij. El significado de estas palabras en Achi es: hecho, deseado, pedido, trabajado sobre la persona. Asimismo, se le denomina "mal pedido". Es la enfermedad sobrenatural más temida por la gente. Es visto, como una enfermedad muy grave y muy difícil de curar, ya que a veces no se cura ni con medicamentos, sino solo con el poder de Dios y con el poder de los antepasados. Hay casos que son curados fuera de Rabinal, sobre todo en Cubulco." Sucuquí (2,000:133-134)

Las causas de esta enfermedad pueden ser: las peleas entre familiares y vecinos, los chismes, infidelidad, robos, deudas, etc., pero la principal es: la envidia. El "mal hecho" puede transmitirse de varias formas, pero las más importantes son: tirar algo en el camino, poner algo en la comida o bebida, por las oraciones y ceremonias maléficas realizadas a una persona determinada. La enfermedad se diagnostica por: el tono amarillo que sufre la piel del enfermo, el frío en el corazón y la pérdida de la cabeza

(enloquecer). La única forma de curar el mal hecho es con las oraciones de los ajmesa o con las devociones (rituales que ellos realizan), se utilizan candelas y se hacen novenas, pero principalmente se hace un tipo de ceremonia llamado: ukrusil kotz'í'j.

Otras de las prácticas medicinales que particularizan al pueblo de Rabinal es que no usan el temascal. Según los resultados de la investigación realizada por Albina Gaspar⁵⁵, se tiene evidencia de que hace ya más de 50 años que no se reporta el uso de dicha práctica, y las comadronas más ancianas tampoco reportaron en ningún momento; hacer uso del temascal. Dicha característica puede tomarse como un rasgo propio de los achí de Rabinal.

Sin embargo es necesario mencionar dos factores respecto del no uso del temascal: Uno es el clima de Rabinal; el pueblo está localizado en un valle a 974 metros sobre el nivel del mar, por ello su temperatura anual es de 25 grados centígrados, o sea que no es un territorio frío, solamente algunas aldeas que se sitúan en las montañas son territorios templados; ésta puede ser una de las características por la cual no se utilice el temascal.

El otro factor se refiere a la concepción frío-caliente; el proceso del parto es concebido como un estado frío, por ello en los otros grupos étnicos del territorio guatemalteco el recurso del temascal es la terapia que se aplica para contrarestar ese desequilibrio. Para los achí el desequilibrio que se presenta es igual, pero se restablece bebiendo diversos remedios caseros realizados

⁵⁵Para más detalle consultar la bibliografía.

por las comadronas. Anteriormente se decía que las comadronas utilizaban una brasa para el calentamiento del vientre en el post-parto:

"En algunos casos se buscaba un recipiente y allí se le echaba la brasa, se envolvía en un trapo y se colocaba sobre el vientre; la misma paciente detenía el recipiente durante unos 15 a 30 minutos según lo que podía aguantar. En otros casos se utilizaba la teja de barro, la cual era también calentada y envuelta en la hoja llamada: "aceté" y puesta después sobre el estómago de la mujer. Otras mujeres llamaban a esta práctica "tamalito de brasa", porque la brasa era envuelta en la hoja llamada de "higuería" tomando la forma de un tamal... Una de las personas entrevistadas se expresa así: "... se le pone una cosa caliente para que le caliente la matriz, para que la matriz se le quedara en su lugar". Gaspar (2,000:47)

Los datos recolectados en la tesis de Albina Gaspar; explican que esa costumbre fue prohibida por el Centro de Salud y por ello las comadronas ya no la practican⁵⁶.

⁵⁶Según los datos recolectados en el trabajo de campo, se duda de la erradicación total de dicha práctica porque en las entrevistas realizadas se evidenció la utilización de parches con apazote y ajo para los lombrices (técnica que se asemeja a la del tamalito, se coloca un emplasto en el vientre), sin embargo también se evidenció en las entrevistas y grupos focales que algunas de las comadronas todavía utilizan un cuchillo al rojo vivo para cortar el cordón umbilical (pervive el proceso de colocar y calentar instrumentos en el fuego), por ello y debido a que las comadronas tienen a la mano un fogón y conocen la técnica de emplastos en el vientre, pongo en duda la abolición del uso de la brasa en el post-parto.

También existen prácticas propias de los achí que están en proceso de desaparecer como: la utilización del sapo o del pollo zambo (negro) para bajar la fiebre, la utilización del el "bajo" o "chuibajo" que es un tratamiento que consiste en la realización de un vapor medicinal (plantas medicinales puestas en braza y agua de cal hirviendo) que se colocaba debajo de la cama para provocar el sudor en la persona enferma. La utilización de grasa de zorrillo, tacuazín y coyote es otra práctica que está desapareciendo ya que dichos animales eran objeto de su caza para el consumo familiar, y se aprovechaba la grasa que despedía el animal en su cocimiento, para guardarla y utilizarla como unguento o pomada en casos de bronquitis, bronconeumonía y neumonía. También se utiliza o se utilizaba la orina en diferentes tratamientos; para acelerar la expulsión de la placenta en el momento del alumbramiento, para molestias del estómago, para el sarampión y para el dolor de muela.⁵⁷

Brevemente se han presentado algunas representaciones de las enfermedades y padecimientos propios de la racionalidad achí-maya. Sin embargo, es oportuno terminar el presente capítulo con una reflexión sobre el mismo.

6.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN GUATEMALA Y RABINAL:

La intención del presente capítulo fue exponer la situación epidemiológica para Guatemala y Rabinal. Sin embargo también se proporcionó información respecto de la dualidad maya y de la enfermedad para poder contextualizar la forma

⁵⁷Según información proporcionada por Albina Gaspar en su tesis de licenciatura, consultar la bibliografía.

en cómo se presenta el proceso salud/enfermedad/atención en Rabinal.

Guatemala es uno de los países de Latinoamérica que conjuntamente con Haití, Bolivia y Nicaragua tienen los porcentajes más bajos respecto de: esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad en lactantes, tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, tasa de mortalidad materna, etc. Éstos porcentajes están directamente relacionados con la infraestructura en salud y la cobertura del sistema de salud, que en Guatemala aún son deficientes primordialmente para la población que vive en el área rural.

El Estado y los demás sectores que conforman el país no se han preocupado por realizar un cambio verdadero para solventar dicha situación. Sus estrategias y políticas en salud han cambiado poco, y los cambios nunca toman en cuenta el comportamiento real de la mayoría de la población; ya que ésta además de acudir con los terapeutas bio-médicos buscan solucionar sus padecimientos y enfermedades con curanderos, comadronas, amigas, vecinas, farmacéuticos, etc.

Las políticas y estrategias de salud en Guatemala no se adecúan a una población que en su mayoría es de ascendencia maya. En el capítulo se expuso el proceso de implementación del SIAS en Rabinal; en ese proceso, lamentablemente, algunos patrones de tradicionalidad respecto al trabajo de las comadronas están cambiando en detrimento de las comadronas, porque las políticas de salud en Guatemala no entienden que existen otras formas de eficacia "no farmacéutica" que curan. Las políticas de salud siempre imponen la hegemonía de la bio-medicina y

nunca han sido tolerantes con otros tratamientos y
terapeutas.

Finalmente debe quedar claro que entre los achí de Rabinal,
la dualidad maya se presenta en el equilibrio que se debe
guardar entre las fuerzas del bien y del mal, para no dejar
penetrar a ninguna de éstas, porque al quebrantarse el
equilibrio y perderse la armonía viene la enfermedad;
pero la enfermedad también viene al romperse el equilibrio
frío-caliente.