

## **CAPÍTULO VII: LA FIGURA DE LA COMADRONA EN SU CONTORNO INMEDIATO:**

En los primeros capítulos se explicó cómo la orientación teórica del trabajo se basada en el pluralismo médico, es por ello que en el presente capítulo se expondrá cómo se entreteje esa relación de la comadrona,<sup>1</sup> con: su familia extensa, madres de familia y agentes de salud. Se presentarán datos sobre itinerarios de enfermedad y de muerte para poder observar la figura de la comadrona en dichos recorridos y precisar mejor su relación con las madres de familia.

### **1.- LA FAMILIA EXTENSA DE LA COMADRONA:**

En los cuadros No.22, 23 y 24, del capítulo anterior se presentan datos sobre cómo se aprende el oficio de comadrona, se observa claramente la tendencia matrilineal de la forma en como se hereda el cargo; de madre a hija, de abuela a nieta, de tía a sobrina etc.

Durante el trabajo de campo se hicieron un total de 25 genealogías para determinar cómo es el patrón matrilineal o la forma como se hereda el cargo de comadrona<sup>2</sup>. El cuadro No.32 que se elaboró basándose en las genealogías, presenta una información distinta de los cuadros de la página 165.

---

<sup>1</sup>A lo largo del texto se utilizarán indistintamente los términos: parteras, comadronas, que se referirán a éstas comadronas rabinaleras al menos que se haga una aclaración del término, como sucede en el capítulo segundo, esto se hace por asuntos de redacción.

<sup>2</sup>Por razones de espacio, las genealogías aparecen en el anexo No.4 en donde se pueden consultar.



Cuadro No.32  
Parentesco con mujeres comadronas

Parentesco	F	%	
Vía matrilineal	13	64	92
Vía patrilineal	07	28	
Vía matrilineal y patrilineal	03	12	
No tiene parientes comadronas	02	08	08
Total	25	100	

Vemos que solamente el 8%<sup>3</sup> de las comadronas no tienen familiares comadronas. El 92% de las parteras entrevistadas tienen por lo menos más de un familiar que es comadrona.

El patrón hereditario del cargo puede estar funcionando como un regulador respecto de la selección y práctica del oficio entre las mujeres que tienen competencia para ejercer el cargo de comadronas. Lo que intento explicar es que, ante la ausencia en el área achí de un origen sobrenatural en la revelación de signos respecto a las mujeres que deben ser comadronas, (sueños enigmáticos, enfermedades persistentes, señales en el parto, intervención de terapeutas tradicionales para validar el oficio de partera), el patrón matrilineal de heredar el cargo funcione como catalizador sobre la designación de las mujeres que deben dedicarse a ser parteras.

---

<sup>3</sup>Véanse las genealogías No.3 y No.24

Al estudiar las genealogías del anexo, se puede localizar un patrón de herencia del cargo que procede de una vía patrilineal, éste corresponde al 28% de los casos. Es importante hacer una aclaración respecto a esta forma de heredar el cargo, ya que dicho patrón, al ser analizado detenidamente debe interpretarse como un patrón matrilineal, porque en la familia indígena extensa, cuando la mujer se va a vivir al terreno del esposo, la figura de la suegra se traduce como la de una segunda mamá, principalmente en los casos en que la mujer se va a vivir muy lejos de su familia y tiene poco contacto con sus familiares maternos. También se dan diferencias entre las características: a) existen familias en que la comadrona no tienen hijas mujeres, las nueras se convierten entonces en sus hijas mujeres; puede ocurrir que la partera viva solamente con sus hijos varones y sus respectivas esposas; el orden en que se tiene los hijos y la edad de la comadrona; Se vuelven determinantes para que una nuera reciba el cargo en vez de la hija pequeña<sup>4</sup>, b) el patrón de herencia también es reversible porque un patrón patrilineal puede, a partir de una segunda o tercera generación convertirse en matrilineal y viceversa<sup>5</sup>.

Un 12%<sup>6</sup> de los casos de las genealogías demuestran como el patrón matrilineal es reforzado por el patrón patrilineal, ya que en las dos familias existen mujeres parteras.

---

<sup>4</sup>Véase la genealogía No.2, No.5, No.6, No.7, No.8, No.10, No.20 y No.22

<sup>5</sup>Véanse por ejemplo las genealogías No.8 y No.22

<sup>6</sup>Véanse las genealogías No.9, No.10 y No.20

En el 40% de los casos<sup>7</sup> se puede observar claramente la derivación del cargo de comadrona en tres generaciones distintas, lo que confirma de nuevo la vía matrilineal de heredar el cargo<sup>8</sup>.

Las genealogías también dan información respecto del número de mujeres que forman parte de la familia extensa de la comadrona, pero ante todo la familia extensa funciona como una red de relaciones marcada por una correspondencia de reciprocidad y subordinación; por esta razón un tema en el trabajo de campo fueron las relaciones que se dan entre comadronas y mujeres miembros de la familia extensa.

En cada una de las 25 genealogías se seleccionó y se entrevistó a una mujer que formaba parte de la familia extensa, sin embargo por razones de tiempo y distancia solamente se pudieron entrevistar 16 mujeres de las 25 genealogías. En primera instancia se intentó entrevistar a la nuera de la partera, para entender su relación de subordinación y reciprocidad para con su suegra comadrona.

Se puede observar en el cuadro de la página siguiente el tipo y número de mujeres entrevistadas.

---

<sup>7</sup>Véanse las genealogías Números: 4, 10, 14,15,17, 18, 20, 21, 24 y 25.

<sup>8</sup> El objetivo primordial de las genealogías fue ilustrar la forma en como se hereda el cargo de comadrona, por ésta razón, deliberadamente algunos datos no aparecen en la genealogías, como por ejemplo en las primeras generaciones no se indica las uniones, para un mejor explicación consúltese la primera página del anexo en donde aparecen las especificaciones de las genealogías.

Cuadro No.33

Total de mujeres entrevistadas en familia extensa de comadrona

Parentesco con partera	F	%
hija	02	12.5
hermana	03	18.8
hija y hermana	01	06.3
nuera	10	62.5
total	16	100

Como explico anteriormente es importante diferenciar el status de la mujer entrevistada, porque el rol de nuera/cuñada, y el de hija-hermana, a pesar de estar en la misma jerarquía porque ambas están subordinadas a la madre comadrona es diferente en la relación de reciprocidad, ya que el rol de subordinación de las hijas no es comparable con al de una mujer extraña del seno familiar. Esta situación se refleja primordialmente en dos casos: en el itinerario de la enfermedad y en la búsqueda de comadrona para atender los nacimientos.

En todos los casos de las nueras, hijas y hermanas entrevistadas, la partera residía en el mismo lugar de la entrevistada o cerca de ella. Para verificar el uso que estas mujeres hacen de la mujer comadrona de familia extensa, se hicieron preguntas sobre dos asuntos: las personas que atendieron los partos y la persona a quien se recurre cuando una persona en la familia se enferma.

En el cuadro siguiente se presentan los datos respecto de la persona que atiende los partos en la familia de las mujeres entrevistadas.

Cuadro No.34  
Atención del parto en familia extensa de la comadrona<sup>9</sup>.

Parentesco	Comadrona		Otros		Total
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Nuera entrevistada	7	87.5	1 <sub>10</sub>	12.5	8
Hermana entrevistada	3	100	- <sub>11</sub>	--	3
Hija entrevistada	2	66.7	1 <sub>12</sub>	33.2	3

<sup>9</sup>La lectura de la tabla debe realizarse en forma horizontal para todas las filas.

<sup>10</sup>Aunque la madre del esposo es comadrona, por indicación del mismo la mujer se atendió con otra comadrona.

<sup>11</sup>En éste caso hay dos comadronas en la familia: madre y hermana, pero es la madre, por asuntos de jerarquía quien se encarga de los partos. Por ésta razón éste caso se sumó a la fila de partos atendidos por madres. Por ésta razón también cambian los totales al cuadro anterior .

<sup>12</sup>La mujer se atendió con un médico, aunque la madre de la entrevistada es comadrona.

Mujer que atendió parto	12	85.7	2	14. 2	14 <sup>13</sup>
-------------------------	----	------	---	----------	------------------

La mayoría de las mujeres entrevistadas fue atendida por su pariente comadrona (suegra, hermana o madre). Sin embargo llama la atención los dos casos que fueron atendidos por otra persona, aunque sean porcentajes minoritarios, porque existe en cada una de esa familia una mujer comadrona que puede hacerlo. En la interpretación que se hace de las respuestas que dieron las entrevistadas se explica la situación. La decisión de buscar a un médico (en el caso de una), se deba probablemente a que la hija, con un nivel de educación más completo, decide acudir al médico siguiendo el patrón hegemónico de la bio-medicina. Y en el caso de la búsqueda de una comadrona ajena (en el otro caso) a criterio de la entrevistada tomó esa decisión por decisión del esposo, se explica más en una relación hostil con la suegra porque en la misma entrevista ella explica que acude con una comadrona (que no es su suegra) para tratarse de un problema de dolor de cabeza y "desmayamiento" que estaba padeciendo.

A continuación se presenta información respecto de la persona consultada de la familia cuando surge alguna enfermedad. Esta pregunta se realizó con la intención de verificar el lugar que ocupa la comadrona en el itinerario de enfermedad en la misma familia extensa.

Cuadro No.35

Consulta a comadrona en el itinerario de la enfermedad:

Pare .	Si consulta comadrona	%	No consulta comadrona	%

<sup>13</sup>A dos mujeres no se les preguntó.

Nuera	5	31.3	5	31.3
Comentarios:		Comentarios:		
-consultó a maestra sobre un aborto, lo demás con su suegra. -para emergencias el c. de s., lo demás con su suegra.		-dijeron no tener suegra comadrona. -el esposo les dice que consulte una comadrona ajena.		
Hija	1	06.3	1	06.3
Comentarios:		Comentarios:		
-madre y hermana, las dos son consultadas.		-dijo no acostumbrar el uso de comadrona.		
Her	4	25	-	--
Comentarios:		-----		
-En dos casos la madre no es comadrona y se consulta a hermana. -Prefiere consultar a madre comadrona -La mamá comadrona está muerta.				
total	10	62.5	6	37.5

En el grupo de nueras entrevistadas, donde la suegra es comadrona; existe una clara tendencia en la cual ésta, atiende padecimientos en la familia. Se observa que la mitad, (de las entrevistadas), no consultan a la suegra comadrona. Esta tendencia, al igual que en el cuadro No. 34 estaría confirmando una relación tirante entre nueras y suegras, una relación de falta de reciprocidad entre éstas, explicada probablemente en el desprecio del saber de éstas y en el carácter hegemónico del discurso bio-médico sobre el papel de las parteras.

En el grupo de las hijas hubo dos tendencias; una que valida el uso de las comadronas familiares y la otra que fue declarar totalmente el desuso de dicha práctica. En

este caso es en donde mejor se puede apreciar el repliegue del uso de la comadrona tradicional por el del médico.

Sin embargo, en el grupo de las hermanas, el uso de la comadrona tanto para atender partos como para la atención de los diversos padecimientos, la figura de ésta es indispensable. Esta situación en igual forma consolida el patrón de heredar el cargo y atender la enfermedad en manos de la mujer comadrona de la familia.

Al realizar una interpretación de los datos del cuadro No 34 y .35, se puede decir que en la tercera y cuarta generación de la familia extensa de la comadrona, comienza a observarse una tendencia sobre el desuso de la comadrona pariente; se busca la atención médica para los males y nacimientos de los niños. La influencia de la práctica bio-médica está comenzando a cambiar un patrón, que afecta profundamente una profesión que se ha mantenido por más de 3,000 años y que además es un reservorio de conocimientos, prácticas y representaciones de la racionalidad achí que las mujeres de Rabinal mantienen de generación en generación.

Es importante reflexionar sobre la auto-atención y/o medicina doméstica que la mujer proporciona en la familia, sea ésta una familia nuclear o una familia extensa con disponibilidad de una mujer comadrona. Por ello la orientación teórico-metodológica utilizada en la investigación, tomó como una unidad de análisis a la auto-atención. Es así como durante el trabajo de campo se recolectaron datos respecto a la atención proporcionada en la última enfermedad tratada en la familia extensa de la comadrona.

De acuerdo a las entrevistas, el 50% de las enfermedades tratadas correspondieron a padecimientos en personas mayores y la otra mitad fueron padecimientos atendidos en los hijos (niños y jóvenes). Es importante hacer esa aclaración porque la auto-atención y la carrera del enfermo, es diferente de acuerdo a la edad de la persona y el rol que ocupa en la familia. El Cuadro No.36 nos brinda información sobre ello:

Cuadro No.36  
Consulta realizada agrupada por rango de edad en familia extensa de comadrona

		Mayor	Menor
Consulta a familiar	NO	5	4
	SI	3	4
Tipo de familiar consultado	Esposo	1	1
	Comadrona pariente	2	1
	Suegra	-	1
	Sobrino	-	1

Vemos que cuando es una persona adulta la enferma, en la mayoría de los casos no se consulta a un familiar, y si se hace, es al esposo y a la comadrona pariente; mientras que cuando es un hijo el enfermo se puede observar que son varios los familiares consultados respecto al padecimiento.

Es importante mencionar que la no consulta a familiares es la opción que se presentó en casi la mitad de todas las enfermedades atendidas. Ello se interpreta en razón que la madre decide sobre la auto-atención o búsqueda de algún recurso inmediato de salud, como se puede corroborar también en el cuadro No. 37. El siguiente cuadro nos proporciona información sobre el recurso utilizado para atender el padecimiento.



Cuadro No.37

Atención de la última enfermedad en familia extensa de comadrona

Tipo de consulta	f	%
Auto atención por mujer de la familia y no hubo consulta posterior	4	25
Agentes de salud comunitarios (vecina, amiga, partera, etc.)	5	31.3
Recursos del sector salud (médico, enfermera, farmacia)	7	43.8
Total	16	100

En la atención de las enfermedades reportadas en la familia extensa de la comadrona se observa tres grandes tendencias: la auto-atención brindada por una mujer de la familia, la búsqueda de diversos recursos de salud para la atención de la enfermedad y la tercera, que en determinados casos se relaciona directamente con lo económico, (autorización de un miembro con recursos económicos en la familia) es la utilización del sector salud.

Vemos que en la mitad de los casos, el 56.3% (31.3 agentes de salud comunitarios, 25 auto-atención por mujer de la familia) la atención recae directamente en los recursos del hogar y de los diversos agentes de salud no estatales que hay en la comunidad.

Llama la atención que en la cuarta parte de los hogares presentes en la familia extensa de la comadrona, una mujer que no es la comadrona se ocupe de la auto-atención y que muy pocos recurran a la comadrona de la familia para la atención de los padecimientos. Pero como se demostrará más adelante, esto se debe a que es muy difícil determinar una línea divisoria entre la mujer que proporciona la auto-atención y la mujer comadrona de la familia.

Otro importante aspecto que las genealogías ilustran en las grabaciones realizadas en cada uno de los hogares de las comadronas es la transmisión de los saberes, prácticas y representaciones que las mujeres tienen sobre plantas medicinales, remedios caseros y utilización de determinadas medicinas "químicas"<sup>14</sup>.

El proceso de enseñanza se da en la convivencia dentro de la familia: *"Mi mamá, primero mi papá curaba muchos enfermos, entonces mi papá le enseñó a mi mamá y mi mamá nos enseñó a nosotros. Pero como mi papá dejó a mi mamá, nosotros hubiéramos aprendido más, pero nos dejó chiquitos, nosotros eramos 11, yo me quedé de 6 años".* (Entrevista No.4). Esa enseñanza y ese aprendizaje no responden a parámetros estrictamente "didácticos", se aprende simplemente de la observación directa que los hijos tienen:

*"Es como una costumbre, una costumbre que le dan las abuelas a uno, es una enseñanza que le dan a uno. Todo eso de los montes es mi abuelita y todavía está viva, tiene 100 años y está viva."* (Entrevista No.45)

La enseñanza o el aprendizaje que se da en la familia extensa comienza por identificar las plantas: *"Siempre mi mamá, me dijo que la salviacija es para el estómago con otros montes."* (Entrevista No.38. Éstas pueden sembrarse cerca de la casa o recolectarse en caso que las plantas sean silvestres.

---

<sup>14</sup>Las comadronas al utilizar esa palabra se refieren a las medicinas químicas, a todas las clases de medicinas que no se pueden fabricar y que tienen que comprarse en la farmacia.

El aprendizaje se basa en la identificación de la planta y el uso que debe hacerse de ella; *"Mis padres, mis madres todo eso y hay una medicina de antes, que yo voy hacer parche con ruda, ajo, hay que moler bien, pero bastante, no poquito, hay que echar, aceite francés, hay que echar y después hay que poner aquí, todo me han enseñado, todo eso lo miro, antes mis padres, mis madres, antes no tiene nada de farmacia, no sé, tiene dolor de cabeza, se pone unas hojas así, hojas de Santa María, aquí lo pone mi mamá, aquí y aquí y lo demás con pañuelo, se le quita el dolor de cabeza, vaya y qué más remedio."* (Entrevista No.43). Se identifican las plantas, pero a la vez se asocian con otras y se aprende la técnica que se utiliza para hacer el remedio casero; *"Solo el vapor se utiliza como la hierba buena, apazote, ruda, hoja de naranja, hoja de lima, orozuz, apazín para el reumatismo tomado el tratamiento completo, el eucalipto, hoja de naranja, hoja de limón, un pedacito de ocote, hoja de llantén, y un rama de escobilla, una cucharada del agua de la raíz de naranja cocido con miel blanca se le endulza al apagado de los montes."* (Entrevista No.53). Las técnicas que se utilizan son varias; el té, un cocido, el vapor, el rescoldo, etc. *"Porque yo antes, eso me lo hacía mi mamá cuando yo estoy chiquita, yo siento todavía, (me acuerdo) porque como 8 o 10 años tenía yo, entonces yo lo vi que mi padre y mi madre que echan el rescoldo pero va partido."* (Entrevista No.43)

Pero la representación achí-maya sobre frío-caliente también juega un papel determinante en la condición y categoría que tiene cada: a) planta medicinal, *"Porque el ojo es como una calentura que les da a los niños, la mejorana es para bajar la temperatura, y el enele noj también es fresca, pero no les rebaja la temperatura tan fácilmente, sino que tal vez baja, pero dándole así más*

*seguidito en cambio le damos con eso, con una dos, tres veces que le damos al niño ya luego el niño llega a su normalidad.” (Entrevista No.17), b) Remedio casero; “...también el monte que pasamos al niño tenemos que acostar en una mesa para poder pasar los 7 montes pero primero le sacamos la flema que tiene y para poder sacarla se le da bebetina, alka seltzer, mejoralito y aspirineta un poco de cada cosa porque el niño es temperatura lo que tiene por eso toma esas clases de remedios que son frescos.” (Entrevista No.19) o c) Medicamento: “La pomada Ignacia porque esa es fresca, pero el balsámico como es caliente para nosotros no se puede, porque puede dar reumatismo. Dicen que hace mal porque es caliente, yo ya no uso más ese, solamente esa pomada Ignacia uso, pero solo para examinar la piel, solamente.” (Entrevista No.40)*

El aprendizaje no sólo abarca el área de las plantas medicinales y de la elaboración de los remedios caseros, sino también se debe identificar la enfermedad para saber el tipo de remedio casero que se debe elaborar, porque algunas enfermedades se curan con medicinas compradas en las farmacias; *“Es que de todo eso no hay, hay que ir a traerlo, yo aprendí, otros nos dicen, por qué usted no ha comprado curarina, por qué no ha comprado usted esencia milagrosa, o sea la tintura de ruibarbo, porque esa solo se puede comprar allá, ¿para qué sirve eso? Para que le llame el hambre a uno, y dicen que para los que tienen tristeza.” (Entrevista No.41).* Algunos de los testimonios explican que antes de que hubiera médicos en Rabinal, se utilizaban las farmacias, es por ello que éste es otro conocimiento que se traslada de generación en generación: *“Mis padres, porque en aquel tiempo no hay sanidad, no hay nada, solamente las farmacias y lo compran, sí, los ancianos,*

*nuestra mamá, nuestros padres, ellos enseñan eso para los niños.” (Entrevista No.44).*

Como se ha podido leer de los testimonios, no solamente se transmite un conocimiento de generación en generación sobre la identificación de plantas medicinales, la elaboración de los remedios caseros, también se aprende el comportamiento de una conducta pluralística; *“Eso fueron más nuestros abuelitos, porque fíjese que antes no había doctores, no había nada, pero ya, cuando ya hubieron doctores, tal vez ellos ya fueron alcanzando un poquito y ya ellos nos dieron esos medicamentos.” (Entrevista No.45)*

La información recopilada en las genealogías, se ha complementado con los datos proporcionados respecto al itinerario de enfermedad en la familia extensa de la comadrona y con los testimonios mismos de la comadrona sobre su aprendizaje respecto de los saberes, prácticas y representaciones referentes a su conducta pluralística en el uso de plantas medicinales, remedios caseros y medicamentos. Pero interesa esclarecer también cómo es la relación de la comadrona con las madres de familia que no están dentro de su familia extensa, el apartado siguiente intentará esclarecer esa relación.

## **2.- LOS ITINERARIOS DE ENFERMEDAD -MUERTE Y LAS COMADRONAS :**

La madre o mujer designada por la unidad doméstica para atender a los padecimientos realizará las actividades siguientes: a) el primer diagnóstico, b) administra los primeros tratamientos haciendo uso de medicamentos (fármacos) o remedios caseros a base plantas medicinales, c) decide sobre un tratamiento mágico-religioso o el inicio de la carrera del enfermo.

Después que la madre toma una decisión y opta por comenzar con la carrera de la enfermedad o con un itinerario de la enfermedad, la intervención de los terapeutas tradicionales es requerida ya que éstos solucionan dos tipos de problemas: A) de infraestructura y B) problemas de eficacia.

Respecto a los problemas de infraestructura, los terapeutas tradicionales solucionan: la barrera de tipo económico que se da en las familias con pocos recursos que viven en el área rural: *"...fijese que yo lo hago todo, yo hoy no sacudí, yo curo a toda la gente y salgo, pero la gente no me pagan mucho, todo lo hago, hay veces que me dan 10, que 5 quetzalitos (moneda guatemalteca) y un doctor fíjese, 20 quetzales cobra y no da remedio, no da nada, solo apunta y vaya a comprar usted con su dinero a la farmacia"* (Entrevista No.34). Y la barrera de distancia; debido a la lejanía en que se ubican los servicios estatales de salud del lugar en donde viven.

Los problemas de eficacia que solucionan los terapeutas tradicionales son los ritos, ceremonias y significados especiales<sup>15</sup>, que para su curación requieren algunos padecimientos.

La relación que se establece entre madres de familia y terapeutas tradicionales, especialmente el enlace entre madres y parteras se visualiza mejor en la carrera de la enfermedad, pero los itinerarios que relacionan a éstas mujeres son múltiples.

---

<sup>15</sup>Algunos de esos padecimientos son: mal de ojo, pujido, movida-caída de la matriz, etc. explicados en el capítulo próximo.

En el transcurso de la investigación se localizaron un total de 26 hogares, en los cuales había ocurrido una muerte de un niño menor de cinco años durante el año 1,999.

Esta actividad se realizó para poder obtener dos tipos de itinerarios diferentes; primeramente se preguntó por la última persona enferma en la familia y las actividades realizadas para restablecer su salud, posteriormente se interrogó por el itinerario recorrido hasta la muerte del niño. La intención de analizar los dos itinerarios fue para esclarecer la intervención de la comadrona en esa carrera de la enfermedad o muerte.

Según los testimonios de las comadronas, existen algunos factores que direccionan el rumbo del itinerario en la enfermedad:

A.- La gravedad de la enfermedad es un factor determinante en la carrera de la enfermedad, porque no todos los padecimientos son iguales, algunos necesitan un alivio rápido y, en otros, los síntomas son recurrentes. *"...es como una fiebre, entonces ya solo los examino y conozco que es fiebre entonces ya los mando con el doctor, porque allí si uno ya no tiene que ver, ya es fiebre, pero para males que podemos remediarlos nosotros, yo trabajo. Pero así también he curado de fiebre porque ya van deshidratados, ¡Qué saber Dios! Si llegan hasta el pueblo para curarse, hay unos que no, entonces yo acostumbro darles unos baños de pies, le echo un grano de sal al agua, luego los seco con una toalla y un lienzo en la cabeza, los seco con una toalla, les hago baño de pies y de manos y con una toalla los dejo bien envueltos y les doy un pedazo de acetaminofen y la curafiebre, va, si no sienten alivio con eso, el suero, entonces que se los llevan a un Centro de Salud con*

*un doctor, también está el derecho de mandarlos para allá.”*  
(Entrevista No.45)

Las comadronas también reconocen que sus conocimientos son limitados y en algunos casos aunque éstas ya han comenzado a tratar, admiten que no tienen los conocimientos necesarios para tratar los padecimientos; *“Si no se cura con el tratamiento que uno le da, pues llevarlo al centro de salud porque eso nos han dicho.”* (Entrevista No.33).

En esos casos las comadronas recomiendan que se busque la farmacia, *“porque yo una vez yo lo llevé en la farmacia, había un niño que ya casi tenía el año y estaba vomitando y vomitando, ¡ha! yo me fui para allá y le dije al señor disculpe qué remedio le voy a dar a mi hijo, él esta bien malo, está vomitando y vomitando, compre un su frasco me dijo, compré el aceite francés, el aceite ruda, esto le va a dar usted, cabal le doy al muchachito, le dí al rato, llegué a la casa y le dí otro vez, sólo con eso se curó, el muchacho ahora está trabajando en Guatemala.”* (Entrevista No.43), el doctor en el centro de salud; *“Como hay también de infección, para la infección eso no mucho entendí yo, entonces lo llevaba yo con las personas entendidas, que saben. Les preguntaba yo, que estaba pasando con esa niña, que así se encuentra y yo ya le hice la medicina del empacho y lo mismo está, entonces ya me decían, que era lo que tenía, y allí si yo no podía porque eso era diferente.”* (Entrevista No.31) o en su clínica privada.

B.- La implicación monetaria y su repercusión en la unidad doméstica, es uno de los factores que dirige esa carrera de la enfermedad, *“... y fíjese ir con el doctor cuánto le va a cobrar el doctor, entonces nosotros primero lo curamos de ojo, ahora si no muy se cura, eso si lo vamos a llevar donde el doctor o al centro de salud, pero si es que no se*

*cura, hay que pasar el pato, pasar los montes tres veces se cura el niño si es ojo, si mira al niño muy chelón, muy chelón, ya ya se quita con los montes" (Entrevista No.3), pero también la racionalidad que se tiene sobre la clasificación de las enfermedades populares es otro factor que direcciona el itinerario de la enfermedad, porque no se busca alivio en el sector bio-médico de un padecimiento que compete a las terapias aplicadas por los terapeutas tradicionales (por ejemplo el mal de ojo, como la comadrona explica en el testimonio anterior).*

C.- La falta de aceptación de las prácticas bio-médicas es otro factor determinante para que una madre tome una decisión para recurrir con una comadrona o al centro de salud; *"Una mi paciente que es enfermera del centro de salud en Rabinal, me dijo; que ella quería que yo le atendiera su parto, porque, dice ella; allá en el centro de salud a las mujeres que se componen las operan (episiotomía), y ella no quiere que la operen."* (Entrevista No.7).

D.- El rechazo que tienen las mujeres para la atención de los partos y/o diversos padecimientos por personas de sexo masculino; *"-...en ese caso de la matriz que sale, porque hay varias mujeres que no quieren ir con un hombre, o sea con el doctor, que hay mujeres todavía que ahora en el parto no quieren ir al centro de salud, hay mujeres así que se componen en sus casas, no les gusta ir todavía."* (Grupo Focal No.2)

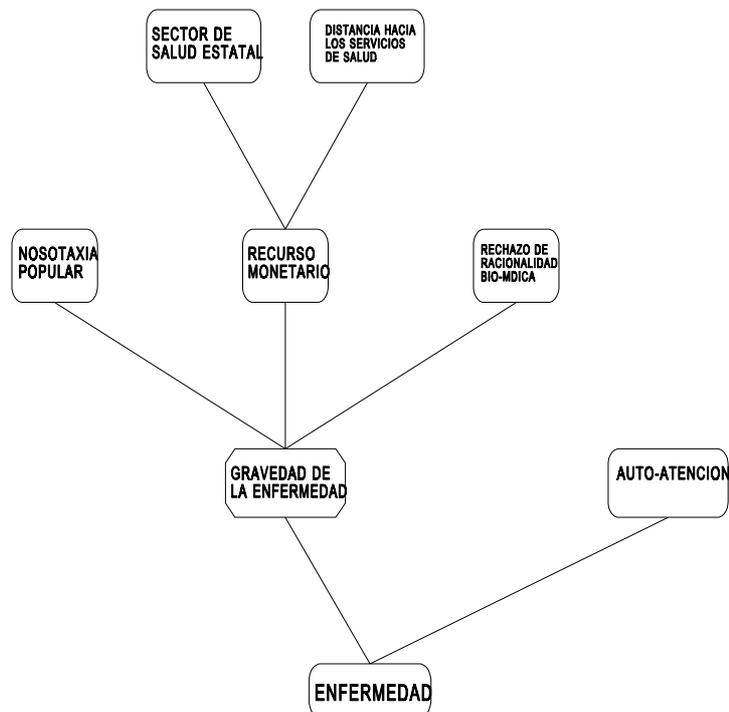
E.- El rechazo para trasladarse al centro de salud para que sus partos ocurran en ese lugar, fuera de sus hogares y lejos de sus familiares. También existe un rechazo a determinadas prácticas bio-médicas. (Extracción de sangre,

ejecución de exámenes de laboratorio, vacunación etc.), son diversos factores que dirigen el itinerario de la enfermedad como las comadronas explicaron."-Hay unas también que ya no quieren vacuna y ya tienen 7 u 8 meses, no quieren ninguna vacuna, no quieren ningún control, como se les mandan, pues a veces ya solo una vacunan se logran poner" (Grupo Focal No.1).

Con la información proporcionada por las mujeres se elaboró un esquema que ejemplifica y señala los nudos centrales o factores determinantes al momento de tomar una decisión en ese complicado itinerario de la enfermedad.

Esquema No.2

Ejes centrales del itinerario de la enfermedad en Rabinal, Baja Verapaz.



Las entrevistas realizadas con las comadronas evidencian su intervención en el itinerario de la enfermedad, sin embargo hasta ahora no se ha utilizado la información proporcionada por las madres respecto del uso de la partera en ese itinerario de la enfermedad. En el cuadro siguiente se presenta información respecto de la atención otorgada a la última persona que se enfermó en las familias con niños muertos durante 1,999 en Rabinal.

Cuadro No. 38

Atención de la última persona enferma en familias con niños muertos en 1,999

Tipo de consulta	F	%
Auto-atención por mujer de la familia y no hubo consulta posterior	8	30.8
Agentes de salud comunitarios (partera, vecina, etc.)	8	30.8
Utilización indistinta de agentes comunitarios y s.s.	2	7.6
Recursos del sector salud (médico, enfermera, farmacia)	8	30.8
Total	26	100

De acuerdo con la información del cuadro se puede decir que los padecimientos en los hogares de Rabinal, se solucionan en torno a tres tendencias diferentes: a) la auto-atención 30.8%, la búsqueda de agentes comunitarios de salud 30.8% o el uso del sector salud 30.8%. Si comparamos ésta información con la proporcionada en el cuadro No. 38, se puede observar que las tendencias son las mismas y que no importa la presencia de una comadrona en la familia.

La auto-atención que brinda la madre en su familia es una práctica que se conoce entre la sabiduría popular como "la costumbre"; es por ello que la mujer que es comadrona,

antes de serlo tiene conocimientos respecto a la atención de determinados padecimientos. Esa sabiduría se aprende poco a poco; el testimonio que se presenta a continuación explica perfectamente la auto-atención que las madres proporcionan: *"Pero yo no curo niños chiquitos, yo soy comadrona, ya desde que tiempos, ya tengo 30 años de ser comadrona, pero como su mamá cura a su nene, ya no me viene avisar si está enfermo el niño, ya no me viene a llamar, me viene a llamar pero cuando le empieza el dolor para que la vaya a ver yo, nosotras somos comadronas, no sabemos curar nenes, porque eso es aparte. ¿Pero algunas comadronas me han dicho en Rabinal que también curan niños? Pero solo oímos, nosotras no estamos curando, nosotros no, yo no curo nenes, no, solo he oído, lo que yo le estoy contando es que solo lo he oído, yo no curo. El trabajo de nosotros; somos comadronas, vamos a examinar a la paciente y cuando se enferma, nos vienen a llamar a nosotros y vamos a encontrar al nene, solamente eso. ...De allí que ella (la madre) cure a su nene, ya no vienen a llamarnos a nosotros, y ni viene avisar que está enfermo, ya no, ya no, solo lo que le digo yo a usted, **porque yo sé que hay remedio**, pero yo soy curandera no, no, eso es aparte, a las comadronas no vienen a llamarnos a nosotras. Solo cuando empieza el dolor y ya se va a componer, nos vienen a llamar a nosotras. Aparte es que uno sabe curar, aparte uno sabe remedio, esos son aparte y las mamás aparte también, ya saben curar, como se vio crecer el nene, cómo se creció el otro, dos, tres, ya sabe ese remedio, ya lo hace, ya lo hace, esa es la costumbre de nosotros también."* (Entrevista No.40)

La comadrona es un recurso poco utilizado por las madres de familia entrevistadas, ya que solamente dos madres de las 26 que se entrevistaron dijeron que habían consultado a la partera. Pero dicha situación se explica mejor cuando se

comprueba que esas dos mujeres consultaron a la comadrona porque en su familia la última enfermedad fue el nacimiento de un niño<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup>Es importante señalar que el estado de embarazo se percibe como una enfermedad por los cambios que sufre una mujer embarazada, (náuseas, vómitos, aumento del tamaño de los senos, y de la panza, etc)

Una explicación posible de que la figura de la comadrona no aparezca en el itinerario de la última enfermedad atendida en los hogares de Rabinal, se deba en primer lugar a la auto-atención (25% hogares con comadronas, 30.8% hogares sin comadronas) donde las mujeres encargadas de proporcionar esa auto-atención no perciban algunos padecimientos como dolor de estómago, mocos, etc. como padecimientos o personas enfermas, sino como un factor cotidiano entre los diversos quehaceres domésticos y atención a los niños pequeños en el hogar, solamente con la aparición de otros síntomas y dependiendo de la gravedad del padecimiento o enfermedad, se alterará los patrones de normalidad<sup>17</sup>. Sin embargo también es importante resaltar que es muy difícil hacer una separación entre el rol de madre, abuela y comadrona, ésta puede ser otra razón por la cual no aparezca la figura de la comadrona como tal, porque se le da más importancia a su rol de abuela o madre.

Finalmente es importante no sólo analizar las respuestas dadas por las madres de familia, sino también las dadas por las mismas comadronas respecto a su demanda para la atención de ese itinerario de la enfermedad. Tomando como base la información proporcionada por ambas, se pudo establecer el itinerario de la enfermedad que se presenta en el esquema No.2, y en esa carrera de la enfermedad muchos caminos terminan en la atención de los terapeutas tradicionales y de las comadronas en particular.

---

<sup>17</sup>Veáse en el esquema No.2 como muchos padecimientos terminan en la auto-atención proporcionada por la madre o alguna mujer de la familia.

Durante el trabajo de campo también se recolectó información respecto del itinerario que llevó a la muerte a niños en hogares de Rabinal durante el año 1,999. En el siguiente cuadro se presenta una estadística sobre el tipo de mortalidad infantil en Rabinal para el año 1,999.

Cuadro No.39  
Niños muertos en Rabinal durante 1,999

Tipo de mortalidad	muertos reportados	%
Durante el parto	21	36.8
Mortalidad neonatal	10	17.5
Mortalidad Post-neonatal	24	42.1
Mortalidad Post-infantil	2	3.5
TOTAL	57	99.9

Se puede observar que los índices más altos se ubican en la atención del parto y durante los 12 meses siguientes del mismo, ésta situación hace factible la presencia de la comadrona. Se intentó entonces, determinar hasta qué punto se podía verificar la presencia de ésta en el itinerario. Sin embargo, el 36.8% que corresponde a los niños muertos durante el parto quedó eliminado porque la presencia de una comadrona u otro agente de salud es obvio y porque el parto no puede entenderse como un itinerario de enfermedad o carrera del enfermo.

Para hacer el análisis se tomaron los casos de niños enfermos y luego muertos después del primer mes de vida.

La información recolectada se puede observar en el cuadro siguiente.

Cuadro No.40

Itinerario seguido hasta la muerte del niño

Causa de muerte	1er. recurso	2do. Recurso	3 ro.	Comentarios
Neumonía	Mamá y hermanos	Médico particular	Med. IGSS	Madre asegura que no sabe la causa real
Broco-neumonía	Ninguno			No Hay
Bronco-neumonía	Doctora			Madre ha perdido la memoria, no recuerda
Neumonía	Curandera	Promotora de salud		Comunidad lejana, falta de medicinas
Neumonía	Madre y hermanas	Médico del Centro de Salud		Médico recetó medicina para diarrea
Síndrome de Donw	Médico	Padre de Familia		madre reporta líquido en cabeza, diagnóstico confuso
Epilepsia , (no está bien definida)	Vecina, dio remedios caseros	Dispensario (monjas)		Síntomas no corresponden a diagnóstico. La madre reporta diarrea
Infección intestinal	Suegra	Curandera	Hosp . Salam á	Factor económico fue fundamental
Paro respiratorio	Suegra da remedio casero	Promotora de Salud	Med. Part .	No Hay
Neumonía	Madre	Promotora de Salud		No Hay
Infección intestinal	farmacéutico	Promotora de Salud		La madre dice que niño murió de ojo

Broco- neumonía	Enfermera del Centro de salud	Tuvo miedo de llevarla al hospital		Hijo muere durante capacitación de PSR.
--------------------	--	--	--	--

Con la información del cuadro se pueden hacer las siguientes observaciones:

En siete de los doce casos, o sea, casi en la mitad de los casos, las madres consultaron por lo menos una o varias veces al personal bio-médico (enfermera o médicos), sin embargo el niño murió. Sobre este hecho se puede interpretar que, para disminuir la tasa de mortalidad infantil, no hace falta una infraestructura de salud y una cobertura de usuarios eficiente, sino que existen otros factores determinantes como: el miedo que las persona tiene del uso de los servicios estatales de salud, el proporcionar un medicamento con una frecuencia y dosis incorrecta por la falta de recursos económicos o por la falta de educación formal, la falta de equipo e instrumentos en dispensarios y clínicas para la atención de emergencias, etc.

Respecto de los demás agentes de salud que intervinieron en ese itinerario de muerte, es importante resaltar que el guardián de salud o promotor de salud rural, aparece por lo menos en la tercera parte de los casos. Sin embargo la comadrona no aparece en ninguno de los casos, pero sí aparece la figura de la curandera representando a los terapeutas tradicionales. A este respecto es importante recordar al lector que la comadrona muchas veces cumple con diversas especialidades como terapeuta tradicional puede ser: comadrona, hierbera, curandera, etc.

Es importante analizar y comparar las percepciones que se tienen sobre la muerte del niño por parte de la madre y en el diagnóstico oficial, ya que son diferentes puntos de vista.

Cuadro No.41

Diferentes concepciones sobre la causa de muerte post-neonatal (después del 1er. mes)

Percepción de la madre	Diagnóstico Oficial por autoridad	Oficial
Amigdalitis, asfixia, cólicos	Amigdalitis no hay una causa clara	Neumonía (3m.)
<b>No sabe, piensa que es un aviso de Dios, que ella se iba a morir</b>	Ella no se explica ya que el niño estaba sano	Bronconeumonía (3 meses)
<b>La madre durante el embarazo estuvo enojada, el niño mamó eso y por eso él nació enfermo</b>	<u>Ella no la dio, fue el empleado del Centro de S.</u>	Bronconeumonía (3 meses)
<b>El niño fue ojeado, empezó con diarrea y después vómitos, diarrea y mal aire</b>	<u>Fue el esposo quién dio el parte y no ella</u>	Neumonía (6 meses)
Mucha tos que lo ahogó	Neumonía y Bronconeumonía	Neumonía (1año)
Síndrome de Donw, líquido en la cabeza	Síndrome de Donw	S. de Donw (2 años)
Epilepsia, ataque y mucha diarrea, murió en el dispensario	Epilepsia	Epilepsia (2 años)
<b>Mucho fuego en la boca</b>	Infección intestinal	Inf. intestinal (8 m.)
Mucho llanto y vómitos	<u>Fue el esposo, ella no sabe</u>	Paro respiratorio (9 m)
Asientos, tos, temperatura y vómitos	Neumonía	Neumonía (9 m.)
<b>Fuego en el estómago y mucha arrojadera, todo lo que comía, lo vomitaba. Le dio fiebre y comenzó a ponerse morado de sus</b>	<u>Fiebre, el esposo fue a la municipalidad</u>	Infección intestinal (8 m.)

<b>uñas y pulmones</b>		
Lloraba todo el tiempo, tos que lo ahogaba, temperatura y le costaba respirar.	Bronconeumonía que la trajo desde que él nació.	Bronconeumonía (1 mes)

En los testimonios existen dos tendencias sobre la interpretación de la causa de la muerte entre las madres: En la mitad de los casos existe una concordancia entre diagnóstico oficial del centro de salud, diagnóstico oficial del registrador municipal y percepción de la madre sobre la enfermedad y posterior muerte del niño.

En el otro 50% de los casos existe una ausencia de concordancia entre diagnóstico oficial del centro de salud, diagnóstico oficial del registrador civil y percepción de la madre sobre la enfermedad y posterior causa de la muerte. Los testimonios de las madres responden a una determinada práctica y representación sobre los padecimientos que es compartida por los terapeutas tradicionales, no así por el personal de salud. En los recorridos y/o itinerarios se puede observar que las madres, a pesar de entender el padecimiento perteneciente a la Nosotaxia popular recurrieron a todos los posibles agentes de salud que tuvieron a la mano; finalmente aunque las madres recurrieron al médico, al hospital y farmacéutico, entienden y explican la muerte del niño en los parámetros de su Nosotaxia popular. Ello ejemplifica la conducta pluralística de las madres, pero lo importante aquí es la percepción final en los conocimientos, saberes y representaciones de la racionalidad achí y no los parámetros bio-médicos es por ello que hace falta realizar estudios en el ámbito cualitativo sobre ese itinerario que lleva a la muerte, que tome en cuenta los dos puntos de vista; el oficial y el de la madre.

Fueron doce los casos que se analizaron sobre el itinerario de muerte; en la entrevista también se recolectó información sobre el último itinerario de enfermedad que se presentó en la familia y el itinerario de enfermedad que se dice se hace en la casa<sup>18</sup>. Si se comparan los itinerarios del anexo No. 4, ve que no existen muchas diferencias respecto de los itinerarios reales (última enfermedad en la familia) y el itinerario de enfermedad que se dice se sigue. En dichos itinerarios se observan dos grandes tendencias: La primera; procura encontrar alivio con los recursos que se tienen en casa y la segunda; se procura buscar el medicamento en la farmacia, en la tienda y hasta en el centro de salud. Sin embargo, la segunda tendencia se caracteriza porque busca algún agente de salud (farmacia, guardián de salud, vecina, médico, centro de salud, etc.)

Si se hace una comparación de ésta información con los testimonios del cuadro No. 41 (itinerario seguido hasta la muerte del niño), ve que ese primer nivel de atención prácticamente queda eliminado del testimonio de las madres, debido a que son varios los agentes de salud recorridos durante el itinerario. La información proporcionada en el anexo No.4 sobre lo que se dice o se hace en la casa, es muy precisa y clara en demostrar que lo primero que se da es una auto-atención.

En los tres itinerarios analizados, cuando las madres recurren a otros agentes de salud, la única figura es la del promotor de salud o guardián de salud, que es

---

<sup>18</sup>En el anexo No.4, se pueden consultar los tres itinerarios de los 12 casos.

consultado en los tres itinerarios (el de muerte, el último reporte de enfermedad y el que dicen que hacen). Aparecen otros agentes, como el médico en el itinerario de muerte; sin embargo la consulta de éste tiende a ocupar la última posición de los agentes consultados y/o utilizados conducta que se espera, debido a los problemas ya mencionados (distancia, recursos económicos, racionalidad distinta, etc.). Otra de las figuras importantes es el farmacéutico; éste es un recurso utilizado cuando se busca una efectividad rápida, sin embargo el factor económico es determinante.

Finalmente el curandero es otro agente utilizado probablemente porque éste otorga además de alivio con plantas medicinales, una eficacia simbólica del padecimiento, eficacia que no se logra con los guardianes de salud o con los médicos.

La relación entre madres de familias y comadronas según los datos recolectados en la investigación es clara respecto a la atención del período pre, parto y post; dicha relación en el itinerario de la enfermedad y en el itinerario que lleva a la muerte a un niño, es difusa, como se comprueba en los cuadros presentados, como se verá en el capítulo siguiente, existen diversos padecimientos que no son de competencia bio-médica y que suelen ser atendidos por comadronas<sup>19</sup>, en donde se manifiesta esa relación entre madres y comadronas, como se explica en el desarrollo de éste apartado. Algunos padecimientos rompen el equilibrio de la cotidianidad cuando el camino a seguir implica la consulta de agentes del sector salud, pero si el camino

---

<sup>19</sup>Los padecimientos llamados: mal de ojo, pujido, caída de la mollera, etc.

implica la consulta por agentes de salud comunitarios, las madres de familia no perciben este itinerario como algo fuera de su cotidianidad.

### **3.- LA RELACIÓN ENTRE AGENTES DE SALUD Y COMADRONAS:**

En este apartado se pretende establecer la relación que tiene la partera con los demás agentes de salud comunitarios; entiéndase por éstos: promotores de salud rural o guardianes de salud, tenderos que venden medicina, dueños de farmacias y personal del centro de salud de Rabinal.

La relación de las parteras con los médicos del centro de salud en Rabinal es estrecha y se caracteriza por la situación de subordinación que la bio-medicina adjudica a este agente. Los médicos las mencionan, sólo cuando hablan de su proceso de capacitación. Sin embargo en Rabinal debido a que ASECSA recientemente ha incorporado la capacitación a comadronas, ésta relación entre médico y partera es aún más estrecha, en palabras del médico;

*"Nosotros como centro de salud somos un esquema a nivel nacional, sabemos que el centro de salud en donde no hay SIAS, es el encargado de capacitar tanto comadronas, como promotores, pero nosotros lo único que hacemos es darle seguimiento. ASECSA los capacita y nosotros les damos el seguimiento, ese es un convenio que tenemos con ellos, tenemos un nuevo proyecto que vamos a empezarlo este año que es puramente para promotores. pero coordinado con nosotros o sea que nosotros lo único que requerimos es del aval de la institución, pero los que deciden quienes entran y quienes no entran, no somos nosotros, absorbemos a todo el personal de SIAS, prácticamente los que son empíricos y no han recibido ninguna capacitación, han sido capacitados*

*anteriormente por ASECSA, y esa es la metodología que hemos llevado.” (Entrevista No.46)*

Con la reciente reestructuración del SIAS en Rabinal, el trato del médico con la comadrona, en teoría se vuelve más personalizado porque existe una capacitación continua, cada mes, en el momento que el médico ambulatorio visita la comunidad. En la práctica esto es ficticio como se comprueba en los siguientes testimonios: *“Lo que más cambio (fue) la presencia de un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, porque anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadrona a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí,... sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades y el facilitador capacita una vez al mes”.* (Entrevista No.46). El médico se contradice porque al final dice que una vez capacita el médico ambulatorio y en la otra el facilitador, pero en el siguiente testimonio vemos que esas visitas mensuales no son frecuentes: *“- Estaba llegando cada mes, pero ahora por unos pequeños problemas en la comunidad ya no está llegando. Ahora ya no hay control no sé como van hacer las del pueblo, las embarazadas de allá, ya no hay consulta allá en la comunidad.*

*-Allá también mes con mes llega doctor, pero hasta ahora empezó, pero más antes no, solo al centro de salud van. Ahorita, ahorita sí, porque están llegando con todas.*

*-Cada mes llega a dar consulta a las señoras embarazadas y así nos han dicho, que a las señoras embarazadas y a niños de vacunación, y niños al control a cada mes y las embarazadas al control también, pero hay algunas*

*embarazadas que cuando les decimos, hay algunas que no les gusta ir allí, entonces van al centro de salud, pero en el centro de salud, le van a dar su cita, allá les toca en la comunidad.” (Grupo Focal No.1). En los testimonios del grupo focal, tienden a señalar que es obligación de la comadrona, mandar a las mujeres al control con el médico ambulatorio, pero ninguna de ellas hace referencia a la capacitación que le da el médico.*

La relación de las comadronas con las enfermeras del centro de salud a pesar de ser estrecha es en parte hegemónica porque que el status de enfermera está sobre el de comadrona. En Rabinal ésta relación es cordial, la actitud de las enfermeras hacia las comadronas es muy diferente en comparación con los médicos, en palabras de las enfermeras: *“Cuando no existía SIAS, la relación entre comadronas y profesionales de enfermería era bastante estrecha, entonces todas ellas tenían su tarjeta, ellas se sentían, por ejemplo cuando a uno lo miraban era la primera a la que teníamos que saludar porque era como nuestra compañera de trabajo, se podría decir y ya sabían que en el año nosotros le dábamos dos actualizaciones en el trabajo que ellas hacían y cuando entró SIAS y cuando ellas se enteraron de que ya nosotras ya no las íbamos a capacitar ellas se sintieron como que se habían desprendido de la mamá; yo sentía de que había un rechazo, la gente no querían ir a las pláticas con los médicos porque ellas pertenecían al centro de salud decían, ellas se sentían parte de acá. Y nosotros sin mala intención, no es que ahora le va a dar su capacitación el médico, que así cambio, ya es orden del ministerio y no muy aceptaban porque la mayoría de señoras ya son grandes, ya ancianas, entonces nosotros nos dimos cuenta de eso. Porque ellas cada mes, los días jueves que bajaban al mercado pasaban a*

*dejarnos cuántos niños tenían entonces les apuntábamos en su tarjeta cuántos días tenían y les preguntábamos allí si habían tenido algún problema o sea que nosotras ya sabíamos que jueves era día de comadronas. Cuando no era capacitación, porque cuando era ellas mismas venían a preguntar cuándo les tocaba, o sea que si les ha costado aceptar el cambio a ellas.” (Entrevista No.49)*

En Rabinal la relación de las comadronas con el personal del centro de salud es rigurosa, sin embargo la relación de éstas con las enfermeras se muestra más igualitaria, mientras que con los médicos es definitivamente hegemónica.

Los dueños de farmacias son agentes de salud y en Rabinal se caracterizan por: a) ser comerciantes con una situación económica acomodada que los sitúa como un grupo privilegiado sobre otros, b) tienen un diploma de educación media<sup>20</sup> y ninguno de ellos tienen estudios relacionados con farmacología o medicina, pero aún así todos ellos aconsejan en determinado momento a un cliente que se presenta con una enfermedad. Algunas de las farmacias tienen un lugar para dar consulta o poner inyecciones. Las comadronas hacen uso de ese servicio que dan los farmacéuticos del pueblo: *“una vez pasé con dolor de cintura y me fui a la farmacia, y allí me pongo una inyección con eso se me quitó, vale 8 quetzales, otra vez el dedo de mi canilla se me hinchó, me fui a la farmacia a ponerme una inyección no de 8, sino de a 9 quetzales. Solamente.” (Entrevista No.40)*

El farmacéutico opera como médico, él diagnostica y da el tratamiento (aplica la inyección). Esta breve información da una idea de quiénes son y qué hacen los dueños de

---

<sup>20</sup>Solamente uno de ellos estudió los primeros años de medicina.

farmacias en Rabinal. Se hicieron algunas entrevistas a los dueños de farmacias, para conocer su aptitud respecto del trabajo que hacen las comadronas, también se les preguntó a las comadronas sobre sus visitas a las farmacias. Ésto se hizo para determinar la relación que hay entre dueños de farmacias y comadronas.

Los dueños de farmacia conocen a algunas de las comadronas, pero su trato con ellas no se da en términos directos: el que tiene de agente de salud con otro agente de salud: ese tipo de relación es totalmente inoperante entre alguien que generalmente tiene suficientes recursos económicos y con conocimientos respecto a los medicamentos, por lo cual es subordinada: la que tiene el farmacéutico como concedor de la propiedad de los fármacos con un cliente ignorante de ese conocimiento, porque las comadronas acuden más a las farmacias en busca de solucionar sus propios padecimientos; éstas no utilizan la farmacia como un lugar sugerente, en donde pueden consultar, sobre el padecimiento de un paciente.

Se les preguntó a dueños de farmacias sobre las actividades a las que se dedican las comadronas y ellos dijeron que éstas se dedican a realizar todas las actividades relacionadas con el pre-parto, parto y post-parto. Solamente una dueña de farmacia informó que ella tiene a la venta unas pastillas que las comadronas utilizan para diversos tipos de padecimientos que no se relacionan con dicho período, fue la única que dijo que las parteras atienden varios padecimientos.

La relación de subordinación entre dueños de farmacia y comadronas, también es percibida así por las comadronas.

Ya que cuando ellas requieren de medicamentos de patente para la atención de un padecimiento, la compra de los

medicamentos es por cuenta de la usuaria o enfermo; *"...porque son mis pacientes las que compran la medicina, compran pomada fresca, solo un poquito para examinar nada más, para sobar. Un poquito solo para examinar cómo está la enferma, para ver si está bien o no está bien."* (Entrevista No.40). En algunos casos son las parteras quienes recurren a la farmacia a comprar el medicamento; *"Yo lo llevo, voy a buscar yo, porque las madres no saben nada, cómo vienen..."* (Entrevista No.39) *"He comprado solo acciones, mejoralito para los niños, o mejoral y el alka seltzer para el desespero que tengan, el fuego que tengan, a ver que me consultan ellos, y el aceite de oliva, eso es lo que yo he comprado nada más, supositorios, también, no solo de comprar, sino que ellos tienen que consultar qué sienten y todo para así mismo pedirlo uno."* (Entrevista No.45)

La "tienda"<sup>21</sup> es otro agente de salud utilizado por la población de Rabinal ya que es un lugar en el cual se pueden conseguir medicamentos. Durante el trabajo de campo se aplicó un cuestionario destinado a los dueños de tiendas o abarroterías en Rabinal con el objetivo de develar los conocimientos de la población respecto de los medicamentos de venta libre.

---

<sup>21</sup>También llamadas abarroterías, se caracterizan en Rabinal porque tienen muchos artículos a la venta que van desde los de primera necesidad hasta adornos y demás bienes suntuarios.

En dicho cuestionario se les preguntó a los tenderos sobre los diez medicamentos más vendidos y se estableció que entre la población de Rabinal se maneja un total aproximado de 50 medicamentos de venta libre. Esos 50 medicamentos son de marcas comerciales y la mayoría se utilizan para bajar la fiebre, para controlar la diarrea, para el dolor de estómago y para otras dolencias menores. En el cuadro No.43 se presentan los medicamentos más vendidos en Rabinal; la información se presenta agrupada de acuerdo a la percepción que tiene la población de sus cualidades.

Antes de presentar los datos es necesario explicar que la dualidad maya frío-caliente también es aplicable a los medicamentos de uso popular y que no requieren de receta médica para comprarlos; *"Alka seltzer sí, bebetina sí, y este mejoralito ese también, hay que echar un poquito de agua en el fuego un pedacito de cada cosa, pero hay que ver la enfermedad del chiquito, hay que ver, que enfermedad tiene, hay que darle, o sea que si tiene mucho calor, mucho calor, el estómago está caliente entonces hay que dar un sal andrews o sea un sal de uvas, sí, ese porque es fresco."* (Entrevista no.12).

La clasificación que las personas hacen de los medicamentos no se restringe a los parámetros frío-caliente, sino también responden a ciertas cualidades que hacen que el medicamento tenga una mayor efectividad, por ejemplo: la efervescencia y su presentación (pastilla, ampolla bebida o ampolla inyectable).

Cuadro No.42<sup>22</sup>

Medicamentos más vendidos en tiendas de Rabinal, y percepción sobre sus cualidades.

Medicamento	%	Percepción de sus cualidades		
		producen efervescencia	pastillas que bajan la fiebre	pastillas para calmar la diarrea
Alka Seltzer	100	X		
Sal Andrews	78	X		
Tabcín	66	X		
Aspirina	62		X	
Sal de uvas	48	X		
Santamicina	43			X
Neomelubrina	34		X	
Mejoral	34		X	
Yodoclorina	33			X
Bebetina	32		X	

Los medicamentos más vendidos son los que producen efervescencia, ya que ésta es la cualidad que se busca en el medicamento para las enfermedades que se perciben como "calientes". Los medicamentos que producen efervescencia son considerados "frescos" y son idóneos para contrarrestar ese tipo de enfermedades. La percepción "fresca" que se tiene de los medicamentos provoca que su uso se generalice para cualquier tipo de padecimiento, no importando la composición química del mismo. Por ejemplo la Sal Andrews o Sal de Uvas elaboradas a partir de elementos que sirven para problemas gastro-intestinales,

---

<sup>22</sup>Los datos que se presenta en la primera columna corresponden al porcentaje de mayor demanda.

son utilizados por la población para bajar la fiebre, ya que la calidad efervescente "fresca" del medicamento contrarrestar "lo caliente" que provoca el estado febril.

Esta percepción de los medicamentos es un elemento muy importante en el tratamiento de las enfermedades dentro del hogar.

Para establecer la relación que tienen las parteras con los tenderos, en la aplicación del cuestionario se les preguntó si conocían a las comadronas. El 76%<sup>23</sup> dijeron que sí las conocían, también se les preguntó por el tipo de medicamentos que las parteras compraban en sus establecimientos, el 75% de los tenderos dijeron que no compraban medicamentos. El cuadro que aparece a continuación; presenta información sobre la cuarta parte de las comadronas que sí compran medicamentos en las tiendas.

Cuadro No.43

Medicamentos comprados por comadronas en abarroterías

Medicamentos	F
Para desinfectar: alcohol <sup>24</sup> , jabón, algodón y gasas	17
Agua florida	7
Balsámicos: Vick VapoRub, G. M. S.	6
Diversas pastillas: aspirina, Tabcín, acetaminofén, espamosibalgina.	5
Plantas medicinales	3

Si se relaciona el tipo de medicamentos que la comadrona compra con la utilización de éstos para la atención de

---

<sup>23</sup>Dato obtenido del cuestionario aplicado durante el trabajo de campo. El 24% dijo no conocer a las comadronas.

<sup>24</sup>Para éste corresponde el 15%.

enfermedades, se concluye que los materiales para desinfectar se relacionarían con la atención de partos, pero el agua florida, las pastillas y los balsámicos nos dan evidencias de que las comadronas atienden otras enfermedades.

La relación que las comadronas tienen con los tenderos es estrecha, pero se puede generalizar el uso de medicamentos de venta libre en el pueblo asociada a la dualidad maya frío-caliente de las enfermedades.

Finalmente, las parteras tienen una relación bastante estrecha con los guardianes de salud, pero parte de ello se explica en el alto grado de deserción que tienen éstos.

Es necesario aclarar en este momento que en un principio la investigación se ocuparía de realizar una comparación entre los conocimientos populares y bio-médicos de las comadronas y de los promotores de salud rural PRS (guardianes de salud), pero finalmente esa comparación no pudo realizarse por el alto grado de deserción que se encontró entre las personas que se capacitaron como PSR en Rabinal. ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud), es la institución encargada de capacitar actualmente a comadronas y promotores de salud rural (guardianes de salud) en toda el área de Baja Verapaz<sup>25</sup>. En Rabinal hay más mujeres que

---

<sup>25</sup>Es importante explicar brevemente algunas generalidades del trabajo realizado por ASECSA. Esta se divide en 3 regiones: la del occidente con sede en Chimaltenango, la del centro con sede en Rabinal, Baja Verapaz y la del Norte con sede en Cobán, Alta Verapaz. La sede de Rabinal funciona desde el año 1,986 y a partir de ese año hasta el año 1,999 ha capacitado un total de 67 promotores de salud rural, de los cuales 31 son de aldeas y caseríos en Rabinal y de esos 31, 26 son mujeres y solamente 5 son de sexo masculino. Esta característica no es normal, ya que en las sedes del Occidente y del Norte de ASECSA el sexo masculino es el mayoritario.

El plan de estudios consta de un total de 4 años, en que los alumnos

hombres capacitadas por ASECSA, y cinco<sup>26</sup> de esas mujeres además de ser PSR también son comadronas. A estas mujeres que tienen el rol de comadronas y P.S.R se le dio un seguimiento en el transcurso de la investigación para ver si existían diferencias entre éstas y las mujeres que solamente son comadronas.

Las diferencias entre éstas se evidencian en las respuestas proporcionadas por mujeres con una doble formación, ya que ellas insisten más en sus usuarias sobre las recomendaciones y/o mensajes del sector salud destinado para las madres de familias;

*"...pero como yo soy guardián de salud, entonces yo cuando les doy una charla a las madres, entonces yo les digo que desde un principio de dos a tres meses tienen de estar embarazadas deben ir al centro de salud para tener su control, para tener sus vacunas, entonces eso les digo yo que vayan desde tres meses, así es lo que se ha hecho."*  
(Entrevista No.17) *"Pero ya eso lo hace uno como un guardián o un promotor que les da orientación a las madres embarazadas, pero ahora como comadrona, yo por mi parte no muy porque a mí me ha tocado, hay veces que ya tienen 7 u 8 meses y me van a ir a decir que les haga el favor de ver, entonces en ese caso no se da una plática de que el*

---

acuden una semana de 5 días cada dos meses, para un total de 5 veces al año. Los alumnos reciben dinero por acudir los 5 días de la semana, que representa el jornal diario no devengado por asistir a la capacitación, de igual forma reciben alimentación y hospedaje cuando se requiere. El contenido de la capacitación es muy diverso y completo, tiene un área sobre plantas medicinales y terapeutas tradicionales. Al finalizar el curso, ASECSA le otorga al estudiante un diploma. Al finalizar la capacitación, no existe un sistema de monitoreo del estudiante egresado en cual se pueda evaluar su desempeño y el grado de deserción.

<sup>26</sup>En realidad solo cuatro mujeres trabajan de comadronas y promotoras de salud. La quinta mujer explicó que solamente trabaja de promotora de salud, porque no le gusta atender partos, es importante mencionar también que su mamá es comadrona. Esta mujer tiene entonces todos los conocimientos heredados por su madre.

*control debe ser a los 3 o 4 meses. Porque como ya tienen 5 meses entonces uno lo que hace es que le pregunta si ya tiene su control porque a veces que ya tiene el control cuando llega con una comadrona " (Grupo Focal No.1)*

Otra diferencia es que dichas mujeres tienen mayor conocimientos para la atención de determinados patologías, por ejemplo ellas pueden preparar un suero casero o pueden poner inyecciones.

Una buena propuesta para solucionar el problema de deserción de los promotores de salud rural, pensamos que puede ser el utilizar a las comadronas como prestadoras también de primeros auxilios. Se ha demostrado a lo largo de los capítulos que la comadrona atiende un sin fin de padecimientos y esta característica es asimilada por todos los usuarios de comadronas en las aldeas de Rabinal. Otra característica importante es que la comadrona cobra por su trabajo; varios estudios han demostrado que la deserción del promotor de salud se debe a que su trabajo es voluntario, mientras que la partera cobra por su trabajo.

#### **4.- LA COMADRONA UN PERSONAJE QUE ENTRETEJE RELACIONES:**

Los tres apartados que forman parte de este capítulo, señalan las relaciones que la comadrona como terapeuta tradicional asume con la comunidad. Se eligieron tres conjuntos para poder observar la interacción de la partera con su entorno: su familia extensa, los itinerarios de enfermedad-muerte que recorren las madres de familia y los demás agentes de salud. Se seleccionaron éstos tres conjuntos de referencia por ser los más inmediatos, pero también porque la conducta pluralística se mueve dentro de esos niveles.

Respecto del primer conjunto; en la familia extensa de la comadrona, el patrón de tradicionalidad que se pasa de generación en generación de; terapias, plantas medicinales y remedios caseros de madre a hija, de abuela a nieta, de

suegra a nuera, etc. está comenzando a diferenciarse en la cuarta generación, en donde se puede observar un cambio y una pre valencia de la conducta hegemónica bio-médica que afecta ese patrón de tradicionalidad; ello se observa en dos hechos:

A) En la cuarta generación en donde las mujeres tienen intención de continuar con la tradición familiar de ser "curadoras", se está efectuando un cambio, ya que esas mujeres con una mejor preparación y educación comienzan a estudiar enfermería, carrera que subordina y descalifica la práctica de los terapeutas tradicionales. Aunque los porcentajes son minoritarios respecto de dicho cambio, la tendencia que se concrete, a la larga, se reflejará en el mayor número de auxiliares de enfermería o de enfermeras en detrimento del cargo tradicional de comadrona.

B) Algunos integrantes de la cuarta generación buscan los servicios de salud estatales para atender los partos, a pesar de la existencia de una comadrona en la familia. Esta actitud se puede explicar en parte, porque ellos han tenido acceso a la educación formal y una educación completa a nivel primario. Probablemente por ello se comportan en los parámetros hegemónicos y para la atención de los padecimientos o enfermedades busquen los servicios estatales de salud o a los médicos.

Los porcentajes o tendencias de éstos hechos son minoritarios, pero comienzan a imponerse como posibles patrones, de continuar la subordinación de la comadrona y dejar esa tendencia, se corre el peligro de que ese patrón de tradicionalidad desaparezca y con él todo su conocimiento.

Existen dos opiniones muy diferentes respecto del itinerario de enfermedad reportado por las madres de familia de Rabinal y por las mismas comadronas. Según la información recolectada en el itinerario de enfermedad y de muerte, las madres resuelven sus problemas en el autocuidado y/o recurriendo en mayor grado a los promotores de salud rural o guardianes de salud. La figura de la comadrona como posible agente de salud fue mencionado minoritariamente por las madres de familia en Rabinal. Sin embargo, la opinión de las comadronas respecto a su aparición en el itinerario de enfermedad no es la misma, ya que la mayoría explicó que atienden a niños que padecen del mal de ojo, empacho, alboroto de lombrices, etc. Esa contradicción aparente entre las opiniones de las madres de familia y de comadronas se entiende porque las madres de familia perciben algunos padecimientos como competencia exclusiva de la bio-medicina y otros padecimientos como competencia exclusiva de terapeutas tradicionales. Las madres de familia cuando consultan a una mujer con experiencia fuera del círculo familiar sobre un determinado mal, perciben ese hecho como un consejo y no como una consulta semejante a la que proporciona el centro de salud o el guardián de salud (promotor de salud rural), ésta casi siempre va acompañada de medicamentos. Esa situación también puede explicarse en parámetros de la Nosotaxia popular<sup>27</sup>, ya que se busca una eficacia del padecimiento según la clasificación que se tenga de éste.

---

<sup>27</sup>Este término es utilizado por el grupo de especialistas conformado por: Virginia Mellado, Carlos Zolla, H. Castañeda A. Tascón, etc. en el CIESS. (Éstos fueron expuestos en los primeros capítulos). Y aunque no dan una definición exacta del término, para fines del presente documento entiendo por nosotaxia popular: La

---

clasificación, descripción y diferenciación de las enfermedades que son competencia exclusiva de los terapeutas tradicionales.

Los agentes del sector salud (personal que labora en el centro de salud, dueños de farmacias) establecen una relación de hegemonía-subordinación con la partera, mientras que la relación que la comadrona comparte con otros agentes de salud comunitarios es igualitaria.

Sin embargo llama la atención el fenómeno que está ocurriendo entre las comadronas de Rabinal, ya que algunas se han formado como guardianes de salud o promotoras de salud rural. Esta minoría de mujeres interesadas por aprender más, debe interpretarse como un esfuerzo personal y propio.

Debido a que han sido las propias mujeres quienes han tomado esa determinación, es interesante y novedosa es experiencia, porque si se compara esa experiencia con otras que se ha implementado en otros lugares, como por ejemplo en el Estado de Yucatán, México<sup>28</sup>, en donde los cursos de capacitación de las parteras tienen un alto contenido de programas de planificación familiar<sup>29</sup>, saltan a la vista las grandes deficiencias de éste comparado con el caso de Rabinal, ya que en Guatemala las mujeres han tenido la propia iniciativa de aprender más sobre el tema de salud y la solución viable que han encontrado han sido los cursos de capacitación impartidos para promotores de salud rural de ASECSA, en Rabinal.

---

<sup>28</sup>Según el artículo de Miguel Güémez del año 1,997

<sup>29</sup>Propuesta que responde a intereses y políticas ajenas a las parteras.