

CAPÍTULO IX: RE-PENSANDO EL OFICIO DE COMADRONA:

reflexiones finales.

En este último capítulo se presentarán algunas reflexiones y recomendaciones, que fueron producto de la investigación realizada en el trabajo de tesis, sin perder de vista que todo el estudio pretende ser un aporte para el desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. Debido a que en cada uno de los capítulos, existe un apartado en donde se presentan las conclusiones más importantes, no se presentan de nuevo las mismas para evitar redundar.

En **primer término** para la discusión teórica del tema fue necesario presentar un panorama del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala. A la fecha se tiene información restringida y se conoce poco el desarrollo de ésta, entre los científicos sociales y personas que trabajan en el sector salud, a grandes rasgos el desarrollo de dicha sub-disciplina se presenta a continuación.

En Guatemala en los últimos cincuenta años, se han desarrollado diversos enfoques y tendencias respecto del proceso salud/enfermedad/atención entre indígenas y no indígenas. Debido a la importancia de algunas investigaciones, la cita de los estudios realizados por: R. Adams, J. Hurtado, B. Douglas y S. Cosminsky se han vuelto obligatoria, por los aportes que cada uno de ellos proporciona. Posteriormente y en la década de los ochenta, comienzan a perfilarse tres tendencias que intentarán abordar la temática. Éstas son: La Etnomedicina o Medicina Tradicional planteada por Elba Marina Villatoro en el CEFOL de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). El RAP (Procedimientos de Asesoría Rápida)

planteada por Elena Hurtado y Susan Scrimshaw en el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá (INCAP). Y la Etnobotánica y fitoterapia planteada por Armando Cáceres y su equipo en la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC. Dichas tendencias toman de base algunos planteamientos brindados por OMS y OPS referentes a la inclusión de la medicina tradicional, sin embargo no todas se basan en planteamientos teórico-metodológica provenientes de las ciencias sociales ya que prácticamente dos de las tres tendencias se desarrollan en el seno de las ciencias técnicas y no sociales.

Sin embargo, en el desarrollo de los últimos cinco años en Guatemala se está perfilando una nueva tendencia que intenta entender el proceso salud/enfermedad/atención basándose en la existencia y articulación de tres sistemas diferentes¹. Esta nueva tendencia, que sería la cuarta, si tomanos en cuenta las otras tres formuladas en la década de los ochentas. Son dos las instituciones que intentan adherirse a esta nueva propuesta; la Instancia Nacional de Salud y en el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La revisión bibliográfica realizada para la discusión teórica en ésta investigación, evidencia que existe un rechazo generalizado de: racionalidades, saberes y prácticas distintos a los núcleos de la bio-medicina. El rechazo se refleja principalmente en las políticas y estrategias aplicadas por el sector salud en los países en desarrollo.

¹El nombre de cada uno de los sistemas o modelos cambia de terminología de acuerdo al autor, los autores más importantes que han realizado estudios sobre dicha propuesta son: Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y equipo, Sheila Cosminsky.

Respecto del tema "parteras", toda la política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos y así parcializan la actividad de la comadrona. Se han creado los instrumentos necesarios como; la educación en salud, los conocimientos, actitudes y prácticas CAP, etc. para consolidar una sub-disciplina que impone y explica lo que la comadrona debe hacer, para así relegar y subordinar toda la significación cultural del oficio de partera en las comunidades indígenas.

Varios estudios e investigaciones han evidenciado la incapacidad que tiene el sector salud estatal para la atención de la salud, ya que las medidas tomadas por éste son paliativas, y aunque, toman de base conocimientos y prácticas tradicionales, ello se hace como medida impositiva y continúa de fondo el carácter hegemónico e intolerante respecto de las otras prácticas, saberes e ideologías. Es necesario por ello que existan propuestas diferentes que intenten articular las prácticas, saberes, representaciones e ideologías distintas, como lo pretenden ser las orientaciones teórico-metodológica que se han elaborado en centros de investigación de las ciencias sociales², principalmente en México.

Para éste trabajo el objeto de estudio fueron los saberes, prácticas y representaciones de las comadronas de Rabinal, o mejor dicho; su conducta pluralística, por ello el análisis de la información se ejecutó sobre la base de tres sistemas o modelos de atención: la auto-atención brindada por las madres y luego referida a la comadrona, la

²Entre estos se puede mencionar el CIESAS, el CIESS (ya desestructurado) conformados por los investigadores de la cita de texto anterior.

atención de los padecimientos por los terapeutas tradicionales y los recursos bio-médicos utilizados por las parteras. La utilización del método etnográfico fue necesaria para proporcionar un contexto sobre las personas, su comunidad y vida cotidiana otorgándole al lector una referencia sobre el país, el departamento de Baja Verapaz y el municipio de Rabinal.

Siendo Guatemala, un país pluri-étnico y multicultural, el debate sobre la identificación de los grupos étnicos y las comunidades etnolingüística aún está vigente, es por ello que en **segundo término** es necesario reflexionar sobre la variable etnicidad, ya que la investigación se llevó a cabo en un grupo étnico de ascendencia maya.

Llama la atención que en esa conformación multiétnico, los achí que habitan el territorio de Rabinal y Baja Verapaz tengan una historia particular que los aglutina y los diferencia de los demás grupos étnicos, con una vigencia de por lo menos más de 3,500 años. Así su organización social, los patrones de descendencia y localidad, las prácticas y representaciones que los identifican y a la vez los diferencian como grupo, son ejes determinantes que consolidan al grupo étnico achí. Uno de los aportes de esta investigación, para el debate sobre la identificación de los grupos étnicos en Guatemala, es proponer a los achí como un grupo étnico y no como una comunidad etnolingüística, ya que si éste se caracteriza por su ascendencia maya cultural y lingüística³, existen otros procesos que consolidan su falta de adscripción, principalmente su identificación como grupo diferenciado de los ki'ches.

³Su idioma no tiene diferencias lingüísticas del k'iche

La investigación tomó de base a todas las comadronas que trabajan en Rabinal, no se hizo una diferencia por etnicidad o por religión, sin embargo en el momento de analizar la información respecto de las genealogías, la forma de heredar el cargo, el tipo de padecimientos atendidos y las terapias aplicadas, se comprobó que no existían diferencias entre comadronas indígenas y no indígenas; los saberes, prácticas y representaciones respecto del proceso salud/enfermedad/atención es el mismo para las comadronas que conviven en el municipio de Rabinal.

En Guatemala se han realizado algunos estudios antropológicos sobre comadronas pertenecientes a diferentes grupos étnicos⁴, de acuerdo a los resultados de dichos estudios y a la investigación desarrollada en Rabinal se confirma que las comadronas de Rabinal se diferencian de otros grupos de comadronas indígenas porque éstas no hacen uso del temascal, tampoco se inician en el oficio por la deidad o nawal que corresponde a la fecha de su nacimiento y su reconocimiento ante la comunidad como comadrona no procede por la adjudicación de su cargo por un terapeuta tradicional, sino por una vinculación hereditaria del cargo de comadrona en su familia extensa. El rasgo cultural que las comadronas de Rabinal comparten con el de otros grupos étnicos de ascendencia maya es respecto a la interpretación y manifestación de los sueños como designios, porque en ellos se les revela un aviso o señal respecto del próximo parto que tendrán que atender o respecto de su oficio.⁵

⁴En la bibliografía pueden consultarse los de Elena Hurtado, Elba Villatoro, Pies de Occidente.

⁵En otros grupos étnicos como en los tz'utujiles el cargo de comadrona se manifiesta en la revelación de los sueños y se verifica de acuerdo al nawal y día del calendario maya en que nace la mujer.

Etnicidad y religión son variables que pueden interpretarse como complementarias, dependiendo del desarrollo histórico y social. Para el caso de Rabinal la mayoría de la población es católica, probablemente por ello durante el trabajo de campo no se localizaron comadronas evangélicas.

A partir de ese hecho se puede interpretar que los patrones de tradicionalidad respecto del poder, han logrado perdurar en parte y se han revitalizado y consolidado a raíz de una permanencia dentro de la religión católica, Rabinal es uno de los pocos pueblos que conservan la existencia de por lo menos 14 cofradías indígenas. Debido a esa permanencia de ciertos patrones y a que la mayoría de las parteras son católicas, éstas en parte han logrado mantener sus prácticas y representaciones en relación armónica con otras.

En **tercer término** es necesario establecer los hallazgos más importantes de la investigación y reflexionar sobre los problemas detectados del oficio de comadrona en Rabinal.

A lo largo de la investigación se establecieron las relaciones que ésta como terapeuta tradicional tiene con los diferentes conjuntos sociales.

En una primera esfera de acción, se tomó de base a la familia extensa de la comadrona, en este espacio el rol de una mujer adulta como proveedora de auto-atención no está demarcado en relación con la utilización y competencia de la mujer comadrona como recurso inmediato. No está claro hasta donde llega la auto-atención de la mujer como comadrona o como madre de familia. Sin embargo, la utilización de la mujer comadrona en su familia extensa se da; en los casos de partos y en la atención de padecimientos en niños pequeños, pero éste es un patrón

que ésta comenzando a desaparecer, por la inferencia hegemónica de la bio-medicina principalmente en los integrantes de la familia de la cuarta generación y con mayor educación formal, de allí la importancia de revalidar y refuncionalizar el papel de la comadrona dentro de las familias extensas. Sin embargo esa revitalización del rol de la comadrona debe entenderse en términos de la conducta pluralística en donde estas mujeres puedan optar por ofrecer otro tipo de servicios con racionalidades mayas y bio-médicas.

En un segundo momento, un nudo de acción que compete a la comadrona y que se profundizó en la investigación fue su aparición en el itinerario de enfermedad reportado por las madres de Rabinal, en éste sobresalieron tres agentes: Los promotores de salud rural (guardianes de salud), el farmacéutico y los medicamentos de venta libre, las madres mencionaron otros agentes⁶, pero fueron éstos los más mencionados. Llama la atención que la comadrona no aparezca como uno de los agentes con mayor demanda, esto se explica en que las madres de familia no tienen claro la figura de la comadrona como agente de salud comunitario en términos de igualdad con una enfermera, auxiliar de enfermería o demás personal de salud, sino que ven la figura de la comadrona como un recurso comunitario a quien se busca como terapeuta tradicional y se ocupa de los padecimientos de racionalidad achí-maya. Padecimientos que en la lógica de las madres de familia se clasifican e interpretan en forma diferente a las enfermedades tratadas por los médicos, enfermeras, etc.

⁶Como comadronas, vecinas, amigas, etc.,

En otro orden de ideas, la premisa fundamental que movió esta investigación, decía: los padecimientos tratados por comadronas implican una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales con los saberes y prácticas de la bio-medicina. Sin embargo la premisa no es válida para todos los padecimientos estudiados, porque algunos de éstos requieren de procesos de eficacia simbólica más que procesos de eficacia farmacológica para su alivio. Y en ese sentido también debe entenderse que la racionalidad achí; al igual que para algunos conglomerados sociales la enfermedad o el padecimiento debe satisfacer diversos tipos de eficacias; simbólicas, farmacológicas, afectuosas, etc. Pero como la eficacia simbólica ha sido desplazada o re-funcionalizada en el tratamiento bio-médicos, esta actitud de la bio-medicina ha marginado este tipo de eficacia en los tratamientos fuera de sus esferas, eficacia válida sola en su racionalidad.

La premisa de la investigación se verificó en el padecimiento llamado: mal de ojo; En su terapia intervienen diversos elementos, sin embargo llama la atención que conocimientos populares⁷ y conocimientos bio-médicos⁸ se manifiesten conjuntamente, observándose perfectamente la conducta pluralística y la coexistencia de tratamientos para la eficacia simbólica y eficacia farmacológica. Es necesario esclarecer también que en esa racionalidad achí se manifiestan no solamente enfermedades o padecimientos,

⁷El uso de los siete montes (plantas medicinales) y el uso del huevo.

⁸El uso de medicamentos de venta libre para la elaboración de un remedio casero.

sino también procesos que deben interpretarse como algo más que una enfermedad o padecimiento, porque las lógicas que están detrás de ésta racionalidad se basan primordialmente en la relación armónica y complementaria de dos.

Finalmente uno de los hallazgos más importantes es evidenciar la racionalidad achí de las comadronas respecto de los saberes, prácticas y representaciones entorno al proceso salud/enfermedad/atención, en **cuarto término** se explicará esa racionalidad que debe entenderse en términos pluralísticos y no como esencialistas, milenarios y únicos.

La racionalidad achí es vigente en tanto que se utiliza para la atención de varios padecimientos como lo son: la caída de la mollera, el mal de ojo, el pujido, la caída-movida de la matriz, el alboroto de lombrices, el empacho, los aires, el susto, etc. enfermedades que no existen en la racionalidad bio-médica y que generalmente se intenta buscar, bajo ésta óptica, un sinónimo de la enfermedad en términos "médicos", un ejemplo de ello es la caída-movida de la matriz que para las mujeres y comadronas de Rabinal no es entendido como un profilaxis uterino como para los médicos que la intentan diagnosticar y tratar.

Pero ésta racionalidad achí, al igual que la bio-medicina no está conformada exclusivamente por enfermedades, sino también por terapias y tratamientos propios y articulados con eficacias simbólicas y farmacológicas. Algunas de sus terapias provienen de la época prehispánica y otras son origen occidental, pero éstas se han refuncionalizado en el transcurso del tiempo y en la actualidad las terapias utilizadas por las comadronas son: la sobada, los baños de plantas medicinales, el sahumero, colgar de pies a las

personas y el vómito⁹. Algunas de éstas terapias son utilizadas por la bio-medicina, pero contextualizadas con intereses científicos.

Los especialistas en fisioterapia manejan la misma técnica que las comadronas sobadoras, pero existe una profunda diferencia entre la relación que se da entre terapeuta-cliente y comadrona-mujer. El uso de la técnica llamada en términos bio-médicos "masajes" aplicada tanto por fisioterapeuta como por comadronas, demuestra que las terapias utilizadas por las comadronas son eficientes, sin embargo no ha sido estudiado o re-validadas por la bio-medicina. Razón por la cual es necesario consolidar la racionalidad achí para evitar la tan temida bio-piratería¹⁰

⁹Es importante advertir que existen más terapias utilizadas por otros tipos de terapeutas tradicionales, pero como el estudio fue sobre comadronas solo se mencionan las utilizadas por éstas.

¹⁰Esta categoría surge a raíz de considerar el manejo de los recursos biológicos como mercancías, es así que existe un registro de patentes y se adquieren derechos sobre determinados productos biotecnológicos desarrollados por empresas agrícolas y farmacéuticas. Es por ello que existe la propiedad sobre una especie silvestre y se defiende la propiedad sobre uno de sus atributos, ésto se realiza por medio de patentes, derechos de propiedad y derechos de cultivadores en el caso de plantas. A raíz de esta mercantización de los recursos biológicos comienza a existir un tipo de piratería que consiste en que personas extranjeras con conocimientos biológicos, utilizan los saberes comunitarios respecto de plantas medicinales y patentan el uso de un atributo de esta para luego cobrar sus respectivos derechos.

que cada día roba más saberes y conocimientos en el área mesoamericana.

Pero fundamentalmente la racionalidad achí se basa en el acervo cultural que se tiene respecto de la variedad existente de plantas medicinales originarias de Guatemala, su conocimiento abarca procesos de identificación y clasificación, sino también procesos de elaboración de remedios caseros¹¹ que forman parte de ese extenso acervo cultural.

Sin embargo, la explotación biológica de la flora guatemalteca ha comenzado a ser objeto de estudio por la bioquímica desde hace varios años, pero lamentablemente dichos estudios toman de base exclusivamente a la planta y la descontextualizan de toda su significancia cultural, es así que los estudios realizados a nivel farmacológico no se basan en el remedio casero, ni en las técnicas y terapias utilizadas por los terapeutas tradicionales favoreciendo así la bio-piratería de los conocimientos achís.

En **quinto término** un tema no discutido en Guatemala y que se retoma en éste último capítulo es el nombre que debe utilizarse para referirse al tema de la Antropología de la Medicina. Debido a que el campo de estudio es relativamente nuevo y se conoce muy poco entre los académicos y científicos guatemaltecos; las personas al escuchar el término: Antropología de la Medicina inmediatamente lo relacionan con los trabajos de antropología forense y exhumación realizados en los lugares donde hubo masacres y cementerios clandestinos.

¹¹Como por ejemplo el parche, el rescoldo, el cocido, el apagado, etc.

Esto se debe a que los medios de comunicación han dado mucha cobertura a este tipo de noticias. Por ésta razón y también porque el objeto de estudio no es la medicina¹², pensamos que no debe utilizarse ese término.

Una posibilidad es el uso del término antropología de la enfermedad o antropología de la salud, pero la experiencia en el trabajo de campo nos hace reflexionar sobre el matiz de cada una de las categorías utilizadas. Para la población guatemalteca, el término que puede explicar mejor el campo de estudio es el de: **Antropología del padecimiento,**

¹²Medicina entendida en los parámetros de las ciencias biológicas y científicas.

porque entre los grupos mayenses la utilización de la palabra "padecimiento" encierra diversas significaciones que explican mejor el equilibrio armónico que según la cosmovisión maya debe guardarse entre la naturaleza y los seres humanos. Sin embargo, también pensamos que al llamar así, esta disciplina toma de base el planteamiento de una conducta pluralística, que intenta articular una práctica religiosa¹³, la fe del enfermo y parientes, la esfera biomédica, las eficacias simbólicas y farmacológicas, o en pocas palabras, se encargará de articular racionalidades diversas.

Después de reflexionar sobre los hallazgos más importantes de la investigación, se presenta a continuación algunas recomendaciones que intentan re-pensar el oficio de la comadrona basándose en su racionalidad achí, y se utiliza la palabra re-pensar el oficio de comadrona porque las recomendaciones van dirigidas al sector salud estatal y hegemónico, ya que éste tiene establecido un determinado rol y papel para la comadrona, sin embargo este primer grupo de recomendaciones pueden considerarse también como hallazgos de la investigación y pueden repercutir o dar luces en toda el área latinoamericana.

A lo largo de los capítulos, se ha demostrado, las múltiples ocupaciones que las comadronas tienen en Rabinal, es por ello que el sector salud en Guatemala desperdicia algunos recursos que tiene a la mano. Se presentan tres temas o sugerencias sobre el aprovechamiento que se puede hacer del trabajo de las comadronas en las comunidades: A) Los contenidos de las capacitaciones para comadronas, B) la

¹³Que puede ser: la cosmogonía maya, la religión espiritista, la religiones carismáticas y otras más que se practican en Guatemala.

forma de heredar el cargo y C) El recurso de la familia extensa en la atención de padecimientos.

A.- Las capacitaciones para comadronas: Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a comadronas ejecutados por el sector salud y por varias ong's en Guatemala aún tienen grandes deficiencias, pero principalmente porque éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, sabiendo que la comadrona en Guatemala es una mujer de la tercera edad, analfabeta y en algunos casos monolingües, las capacitaciones dirigidas a las comadronas deben responder a una metodología basada en la educación no formal. Los contenidos de casi todas las capacitaciones dirigidas a comadronas responden a los conocimientos y prácticas bio-médicas y generalmente es un trabajador del sector salud encargado de impartir los cursos. Muchos de los contenidos y de las prácticas van en contra de la identidad étnica de las comadronas, como por ejemplo; la postura del parto. Tampoco se incluyen contenidos sobre padecimientos propios de la cultura: El mal de ojo, el empacho, el alboroto de lombrices, la movida-caída de la matriz, etc. Se sugiere entonces una reforma total de la forma y del contenido de las capacitaciones que se imparten a las comadronas.

Según los datos recolectados en las entrevistas realizadas con el personal del centro de salud, en Rabinal hace ya más de 15 años que no se realiza una capacitación para la incorporación de comadronas tradicionales con carnet avalado por el MSPAS para ejercer el cargo de "parteras adiestradas", lo que se ha hecho año con año es una re-capacitación y re-actualización a comadronas ya adiestradas o con carnet vigente. Sin embargo, en las boletas de

nacimientos de la municipalidad existen muchos partos asistidos por mujeres que no tienen carnet y que se designan como empíricas asistiendo partos, algunas de éstas mujeres atienden de 4 a 5 partos durante el mes. Este dato nos indica que existe una fuerte demanda en la población para la "capacitación" de nuevas parteras adiestradas, sin embargo la política del centro de salud se basa en re-adiestrar o re-capacitar a las comadronas con carnet vigente y excluyen a muchas otras mujeres.

B.- La forma de heredar el cargo es una tradición conocida por los profesionales de la salud que laboran en el centro de salud de Rabinal, como se demuestra en los siguientes testimonios; "...han habido muchas comadronas que ya han dejado a su labor y generalmente lo que hacen es que la hija de la comadrona, esto es ya puramente cultural, es que la hija de la comadrona es quien sigue." (Entrevista No. 46), "tenemos todavía algunas comunidades en las que no hay comadronas todavía, o donde la comadrona ya es muy anciana, entonces ellas heredan el cargo y van enseñando, entrenando a otra." (Entrevista No.49)

Sin embargo, algunas de las estrategias en la implementación del SIAS, están dirigidas hacia la introducción de cambios radicales, que no toman en cuenta la tradición y los procesos de adscripción e identidad de los habitantes del lugar, como se explica en los últimos capítulos. De ponerse en ejecución dicha estrategia, sería una lamentable falta de visión del sector salud estatal, ya que sus políticas se alejarían del cumplimiento de los acuerdos de paz, que persiguen la tolerancia hacia los sectores más discriminados y marginados de la sociedad guatemalteca.

C.- El recurso de la familia extensa: Cualquier padecimiento o enfermedad que se presenta en la familia es atendido primeramente por algún miembro, más aún en las comunidades que están aisladas e incomunicadas.

En la unidad doméstica familiar, es el lugar en donde se realiza un primer diagnóstico de la enfermedad, por esa razón en el hogar se comienza a tratar la enfermedad y no en el consultorio público o del médico. No se han realizado muchos estudios respecto de la efectividad de las terapias domésticas aplicadas a los padecimientos; no se sabe sobre la efectividad de un remedio casero conformado por cinco plantas medicinales distintas y sobre su proceso de elaboración. Sin embargo, según los datos recolectados en el trabajo de campo la tercera parte de las enfermedades fueron resueltas por medio de la auto-atención que se da en los hogares. Es por ello que el sector salud debe reconocer que la atención primaria no se ofrece en los puestos y centros de salud, sino en los hogares.

Se sabe que en una familia extensa pueden convivir hasta 4 generaciones distintas y el número total de miembros puede variar desde un total de 20 a 80 personas y si en ésta familia extensa hay una mujer comadrona seguramente ésta será la encargada de atender los padecimientos y enfermedades de todos los miembros de la familia. Las familias extensas también crean una red de solidaridad y ayuda mutua que se vuelve interminable, varios estudios lo han demostrado¹⁴. Es por ello que se puede concluir diciendo que las comadronas por medio de la familia extensa tienen muy bien armada una cobertura total de toda la

¹⁴Consúltense los estudios de Larisa Lombitz y en la bibliografía el artículo de Graciela Freyermuth Enciso.

población, que es mucho más eficiente que cualquier otra propuesta.

Debido a la importancia de las últimas reformas realizadas al sector salud estatal en Guatemala. Una investigación respecto del tema salud se ve obligada a indicar los referentes más importantes sobre la implementación del SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud). A continuación se presentan algunas observaciones respecto de la implementación del SIAS en Rabinal:

A.- La cobertura de salud en los usuarios: Uno de los "éxitos" del SIAS, según palabras del médico del centro de salud es la visita mensual del doctor ambulante a la comunidad:

"...cuando se planteo el proyecto SIAS, lo que pretende es dar extensión de cobertura a las áreas más postergadas. ¿Cuáles fueron los cambios que conllevó a la implementación del SIAS? Lo que más cambio fue la presencia de un médico a nivel comunitario, la presencia de lo que es la capacitación tanto vivencial como también local, porque anteriormente las capacitaciones se hacían aquí en el distrito, actualmente se capacita al promotor y a la comadróna a nivel de su comunidad y es una capacitación vivencial, o sea con la paciente o en su defecto el paciente allí, y sobre todo que anteriormente solo se contaba con dos médicos a nivel local, que cubrían el centro de salud nada más y algunas jornadas que se proyectaban para las comunidades, sin embargo ahora tenemos la oportunidad de que una vez al mes, el médico visita las comunidades, como también las actividades de vacunación, yo pensaría que uno de los cambios que pretende este programa es poder brindar atención de servicios básicos a la comunidad que más lo necesita y de hecho lo hacemos porque

llegamos al 100 % de nuestras comunidades no dejamos ninguna sin el servicio. Anteriormente se centralizaba el servicio acá , sin embargo ahora ya nos proyectamos a todas.” (Entrevista No.46).

Sin embargo, la problemática de salud guatemalteca no se resuelve por la disposición de un médico en la comunidad una vez al mes, si la intensión de la presencia médica en el área rural de Guatemala es para resolver esas emergencias y/o canalizaciones que no puede atender una comadrona o un promotor de salud, la disposición de ese médico sin ese dispositivo “tecnológico” en el área rural es igualmente inútil. Si la visita del médico se da una vez al mes, la inaccesibilidad de los servicios de salud durante los 29 días en que el doctor no visita a la comunidad, no está resuelta.

B.- Capacitación proporcionada a guardianes de salud y comadronas: Cuando el médico realiza su visita a la comunidad debe proporcionar: a) consulta, b) capacitar vivencialmente a la comadrona y al guardián de salud, c) poner al día los datos de nacimientos, d) atender asuntos administrativos. Una de las innovaciones según el testimonio del médico es la capacitación vivencial que las comadronas y promotores tienen con sus pacientes, sin embargo es muy difícil que ésta se dé, porque en el caso de las madres embarazadas éstas no acuden o acuden poco a la consulta del médico ambulatorio, y además el interés que tienen los médicos con las comadronas se relaciona con su función “administradora” de llevar las estadísticas de partos atendidos en el mes por la comadrona.

C.- Instituciones que proporcionan consulta médica: En el caso de Rabinal el proyecto Flor del Naranja, el

Dispensario Elizabeth Zetón y las clínicas médicas particulares, atienden a una población que se beneficia en una "reducción en el tiempo de espera" y en "un mejor trato", sin embargo es importante mencionar que NO toda la población tiene acceso a dichas instituciones debido a la lejanía, a los recursos económicos que tienen y a la designación de ser beneficiario en un determinado proyecto. Sin embargo en la implementación del SIAS, en el caso de las comunidades más lejanas los pacientes deben ser remitidos por un facilitador comunitario al Centro de Salud o al Dispensario Elizabeth Zetón, volviéndose en este caso burocrático la atención en salud, para las enfermedades que no ameritan "la emergencia".

D.- Respecto de las instituciones u ONG's que tienen proyectos de salud en Rabinal: Se explicó anteriormente que el Proyecto Flor del Naranja y ASECSA son las únicas ong's que funcionan con programas de salud en Rabinal.

En el caso de ASECSA, ésta ha logrado una buena comunicación con la implementación del SIAS, porque aunque dicha institución no ha participado como prestadora o administradora, participa en el proceso de capacitación de promotores de salud rural (guardianes de salud) y en la capacitación de comadronas adiestradas, se ha llegado al acuerdo que en todo el área de Baja Verapaz es ésta la institución que se dedica a capacitar, para evitar así que exista un doble esfuerzo en dicha actividad.

En el caso del Proyecto Flor del Naranja, es importante mencionar que éste proyecto proporciona alimentos a niños desnutridos por medio de SHARE, sin embargo es muy cuestionable la cobertura que tiene hacia toda la población del municipio de Rabinal, porque éste proyecto trabaja en

determinadas comunidades, no en todas. Sin embargo, es importante mencionar que dicha institución fue prestadora o administradora del SIAS en el año 1,999.

Actualmente es ANATESAR, la prestadora de servicios en dos jurisdicciones de Rabinal¹⁵, pero esta asociación también se ha convertido en la prestadora de servicios en otras jurisdicciones del SIAS, por ejemplo tiene en el área de Chiquimula, Sacatepéquez, Sololá y Quetzaltenango. Lo que esta provocando es de nuevo la centralización de los servicios. Se sugiere que si el proyecto Flor del Naranjo, que es una institución local y que ya estaba trabajando en dichas jurisdicciones, vuelva a retomar el servicio en beneficio de la población.

E.- Respecto de los patrones de tradicionalidad afectados:

Antes de la implementación del SIAS existían dos prácticas de las comadronas muy relacionadas con los patrones de tradicionalidad en el pueblo de Rabinal.

El primero era que la comadrona se encargaba de llevar al Centro de Salud la documentación respecto del número de partos atendidos, lo hacían el día jueves, que es el día de mercado en Rabinal, generalmente ese día muchas personas de las comunidades visitan el pueblo.

El segundo es que en las comunidades de Rabinal cuando una comadrona ya está muy anciana es ella quien se ocupa de dejar su reemplazo, ya sea una hija o nuera ocupe su cargo, o alguna mujer seleccionada por ella.

¹⁵La otra es el dispensario Elizabeth Zeton.

De acuerdo a las entrevistas que se realizaron con el personal del Centro de Salud en Rabinal, la nueva política de adiestrar o capacitar comadronas jóvenes, va en contra de esta tradicionalidad; ya que se piensa capacitar a mujeres jóvenes para comadronas, para comenzar a estructurar a un personal de planta: *"...porque estamos capacitando más a personal joven, porque no es que no nos interese la experiencia ya de la persona mayor, sino que quisiéramos ir formando una plataforma para los años entrantes, han habido muchas comadronas que ya han dejado a su labor y generalmente lo que hacen es que la hija de la comadrona, esto es ya puramente cultural, es que la hija de la comadrona es quien sigue, entonces nosotros hemos absorbido este personal joven para aprovechar el recurso y siempre se le ha tomado en cuenta en el programa de SIAS."* (Entrevista No.46).

El éxito de los sistemas de atención estatales, se basa en la aceptación y en el respecto de las particularidades, es por ello que si en la comunidad ya estaban instauradas algunas estrategias como éstas: *"...la relación entre comadronas y profesionales de enfermería era bastante estrecha, entonces todas ellas tenían su tarjeta, ellas se sentían, por ejemplo cuando a uno lo miraban era la primera a la que teníamos que saludar porque era como nuestra compañera de trabajo, se podría decir.*

...cuando entró SIAS y cuando ellas se enteraron de que ya nosotras ya no las ibamos a capacitar ellas se sintieron como que se habían desprendido de la mamá, yo sentía que había un rechazo, la gente no querían ir a las pláticas con los médicos porque ellas pertenecían al centro de salud decían, ellas se sentían parte de acá.

...los días jueves que bajaban al mercado pasaban a dejarnos cuántos niños tenían entonces les apuntábamos en

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

Habría entonces que revisar, otras alternativas viables, como por ejemplo volver a implementar que las comadronas fueran a dejar sus datos al centro de salud los días jueves, para así evitarle trabajo "administrativo" al médico ambulatorio.¹⁶

F.- Discriminación y exclusión de comadronas en la implementación del SIAS:

En la reestructuración del SIAS, también se da una discriminación para algunas comadronas, ya que una nueva disposición de dicha política es el pago mensual que reciben las comadronas, pero no todas las comadronas reciben ese pago; "Incluso hay algunas comadronas que no están dentro del proyecto pero es por cuestiones financieras por ejemplo, existe un incentivo de 50 quetzales para cada comadrona y al inicio se proyecto una cierta cantidad de comadronas para cada jurisdicción y entonces cuando se presentó ese proyecto con esa cantidad, esa cantidad fue la que salio, o sea que cada año nosotros vamos aumentando el número de comadronas para cada jurisdicción. En la jurisdicción del dispensario aumentamos para 5 comadronas en este año, entonces así

¹⁶En el capítulo noveno también se enfatiza en impulsar la tradicionalidad de "heredar el cargo de comadrona" a un pariente.

hemos ido absorbiendo a las que se han quedado fuera del proceso de SIAS.” (Entrevista No.46)

La ejecución de las actividades curativas y preventivas en Rabinal, está condicionada por los recursos y trayectoria de las instituciones que trabajan con programas de salud.

Por ello la población más beneficiada es la población cubierta por la institución que tiene una mejor visión y capacidad para reunir fondos. El éxito o fracaso depende de la capacidad de administración y ejecución que internamente tiene cada una de las instituciones con programas de salud que operan en Rabinal, sin embargo es necesario entonces que éstas instituciones se involucren con los servicios estatales de salud para finalmente conseguir el bienestar de todo el municipio de Rabinal.

Finalmente se recomienda la aplicación de una conducta pluralística para la atención en salud, que tome de base la tolerancia hacia los otros conocimientos, saberes, prácticas y representaciones que no pertenecen a la esfera bio-médica.