

INTRODUCCIÓN:

En el área rural guatemalteca la mayoría de la población carece de servicios médicos¹. Las necesidades básicas de salud no son cubiertas en su totalidad, razón por la cual los recursos con que cuenta la comunidad son utilizados al máximo. Debido a las barreras de distancia, tiempo y recursos económicos las políticas y estrategias de Salud del Sector Salud han recurrido a la llamada medicina tradicional para llegar a la población que no es capaz de cubrir de manera directa. Tres ejemplos de ello son: La utilización de personal voluntario en y de la misma comunidad (promotores de salud rural, guardianes de salud), el reconocimiento del trabajo de las comadronas tradicionales y el uso de las plantas medicinales para determinados padecimientos. Por ello los guardianes de salud² y las comadronas³ se han convertido en ejes fundamentales de la atención primaria en salud en Guatemala.

¹Solamente el 32.18% de la población tiene acceso a los servicios de salud, ONU (1,999:72). Según el PNUD es el 59%-64% (!,999:Torres). Sin embargo según el MSPAS el 75% de la población sí tiene acceso a los servicios de salud.

²Conocidos internacionalmente como Promotores de Salud Rural.

³Conocidas internacionalmente como Parteras tradicionales.

En todo el territorio nacional el 50 %⁴ de los partos son atendidos por comadronas, el 36.9%⁵ por médicos, el 7.3%⁶ por otras personas y el 3.7%⁷ por enfermeras. El acceso a los servicios de salud es restringido en el área rural, debido a ellos los datos respecto de la atención de los partos varían; el 75.1%⁸ de los partos son atendidos en casa de la parturienta (atendidos probablemente por comadronas); entre la población indígena los partos atendidos en casa son del 83.7%⁹ (presumiblemente atendidos por comadrona) y el porcentaje de atención de partos en casa a madres sin educación es de 78.2%¹⁰ (eventualmente por comadrona). Las datos constatan el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida en su casa de habitación, seguramente por comadrona. Con ello se demuestra la existencia de una red de cobertura superior en manos de parteras tradicionales en comparación con la que proporciona los servicios de salud.

Debido a la importancia del trabajo de las comadronas en Guatemala, la presente investigación ha tomado como sujeto de estudio a las comadronas, pero entendidas éstas en primera instancia como terapeutas tradicionales que se han visto en la necesidad de capacitarse a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales para poder seguir ejerciendo su oficio en las comunidades.

⁴INE. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1,998-99.
Pag. 102

⁵Ibídem

⁶Ibídem

⁷Ibídem

⁸Ibíd pag.101

⁹Ibídem

¹⁰Ibídem

Pero en ese proceso de "capacitación" en el cual las parteras revalidan el ejercicio de su profesión, inician con la apropiación de conocimientos científicos de racionalidad "bio-médica", novedosos y diferentes a las prácticas y saberes por ellas aplicados tradicionalmente.

Es así que la comadrona maneja e intenta articular dos tipos de racionalidades: La bio-médica que se basa en una racionalidad científica dada en parámetros químicos-biológicos y una racionalidad achí-maya. Esta se fundamenta en entender los procesos relacionados con la salud en una relación dual, armónica y complementaria, en la que cada uno de los dos elementos (fuerzas, deidades, etc.) necesita del otro para lograr el equilibrio y una vida en armonía. Por ejemplo la relación de frío-calor. cfr. Sucuquí (2,000:53-46).

Esa ideología o racionalidad de ascendencia maya es diferente y en algunas veces antagónica respecto de los factores económicos, políticos, culturales y técnicos de la racionalidad bio-médica. Esa diferencia entre una y otra se evidencia en la concepción que tiene el sector salud y los grupos sociales respecto del trabajo de la comadrona.

Tan es así, que la diferencia entre esas dos racionalidades (achí-maya, bio-médica), se manifiesta en cuanto a los servicios de salud proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala; restringen y limitan las actividades de las comadronas básicamente en tres¹¹:

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

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

¹¹Consúltense el nuevo Sistema de Atención Integral de Salud (SIAS), principalmente la sección que se refiere a las responsabilidades de las comadronas.

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

Sin embargo las actividades y/o responsabilidades de las comadronas en sus comunidades no se restringen a tratar el período pre-parto, parto y post-parto.¹² El oficio de comadrona en las comunidades rurales cumple diversas funciones,¹³ ya que esta ocupación es una singularidad más, y forma parte del conjunto de los terapeutas tradicionales, que en las comunidades tienen una jerarquía no sólo por el dominio de saberes, sino también porque ellos proporcionan diferentes servicios a la comunidad, etc.

La investigación toma de base esa diferencia entre racionalidades y visualiza como problemática la forma en que se articulan los saberes y prácticas entre: recursos bio-médicos y recursos de la sabiduría popular. La problemática se presenta en esa articulación y debe interpretarse con parámetros ajenos a la racionalidad bio-médica, por ser ésta hegemónica y etnocéntrica.

Por ello una premisa que se intenta demostrar a lo largo de la investigación es que: a mayor incidencia de enfermedades no bio-médicas (mal de ojo, pujido, etc.) el tratamiento implica una mayor articulación de los saberes, prácticas e ideologías de los conjuntos sociales.

Después de explicitar la problemática y el propósito de la tesis, se proporcionan datos sobre el estudio desarrollado y un pequeño bosquejo sobre el contenido de la misma.

¹²Consúltese la bibliografía escrita por Elba Villatoro, Elena Hurtado y el Instituto Indigenista Nacional.

¹³Para más detalle consúltese el capítulo número cinco de la tesis.

La investigación recolectó datos cualitativos basados en técnicas antropológicas y se desarrolló en el municipio de Rabinal, que pertenece al departamento de Baja Verapaz en el país de Guatemala.

El capítulo primero es un aporte fundamental y pionero respecto del desarrollo de la antropología de la medicina en Guatemala.

A la fecha son pocas las publicaciones que sobre el tema existen en Guatemala y muchos estudios realizados por extranjeros no están a la mano en el país, sin embargo el capítulo proporciona las herramientas necesarias para conocer el desarrollo que han tenido las publicaciones e investigaciones realizadas en Guatemala. Es un documento de consulta primordial para aquella persona interesada en el tema.

Los siguientes dos capítulos presentan información respecto de la discusión teórica, escrita y documentada del área mesoamericana, sobre los terapeutas tradicionales en general, pero principalmente de las parteras. También se hace un repaso respecto de las corrientes teórico-metodológicas que han tratado el tema de la antropología de la medicina en el área de estudio y se hace una referencia al marco teórico-conceptual en que se ha basado la investigación, se explica brevemente la metodología utilizada en el trabajo de campo y se esclarecen algunas categorías utilizadas en el desarrollo de todo el texto.

Debido a que la lectura de la disertación doctoral se realizará en la Universidad Rovira i Virgili en Tarragona, España, es fundamental proporcionar al lector que desconoce el país de Guatemala información general sobre el mismo, la primera parte del capítulo cuarto proporciona dicha información, también se presenta una descripción etnográfica sobre el municipio de Rabinal, en el departamento de Baja Verapaz, para contextualizar a los actores de la investigación. Se intenta profundizar la relación entre cultura, vida material y procesos de identidad; y se explica brevemente cómo esa amalgama de elementos se relacionan entre sí.

La intensión de los capítulos quinto y sexto es proporcionar elementos de contextualización para entender el escenario del dispositivo sanitario guatemalteco y el de las comadronas en particular. El capítulo quinto proporciona datos respecto de las estrategias nacionales en la atención primaria de salud y se presentan datos que orientan y explican cuál es la situación de la salud en Guatemala y Rabinal, para enriquecer al lector respecto de los indicadores básicos de salud.

En el capítulo sexto se presenta un perfil de la comadrona de Rabinal. En él se proporciona información respecto de todas las actividades que realiza: padecimientos que atiende, tipo de población a la que atiende, formas de aprendizaje del oficio, etc. Se hace énfasis en el papel heterogéneo que las parteras tienen, ya que la mayoría de éstas, además de ser comadronas también son conocidas porque son: hierberas, compone-huesos, sobadoras, etc. También se proporciona información respecto del uso y técnicas en la elaboración de remedios caseros en base a las plantas medicinales.

En los últimos capítulos se presenta la información recopilada durante el trabajo de campo. El tipo de variables que se manejaron en la elaboración de las entrevistas, de los grupos focales y del cuestionario, fueron variables de índole cuantitativo y cualitativo; sin embargo los datos que proporcionaron mayor información y que se utilizaron para hacer las recomendaciones fueron los de tipo cualitativo.

El capítulo séptimo intenta identificar la conducta pluralística de la partera y enfatiza sobre la red de relaciones que se entreteje entre la familia extensa de la comadrona, las madres de familia, y los demás agentes de salud comunitarios. Propone cómo se visualiza la figura de la comadrona en esa red de relaciones. Y profundiza respecto de la figura de la comadrona en el itinerario de la enfermedad.

Las representaciones y prácticas propias de las comadronas de Rabinal se analizan en el capítulo octavo, se estudian con

detenimiento los padecimientos llamados: caída de la mollera, mal de ojo, pujido, caída-movida de la matriz. Igualmente proporciona ideas sobre las lógicas terapéuticas, y sobre los procesos de eficacia simbólica y farmacológica, en la manifestación de dichos padecimientos. En el mismo capítulo se identifican las ideologías que se manifiestan en saberes, respecto de las terapias utilizadas entre las comadronas.

Finalmente en el capítulo noveno se presenta una reflexión final respecto de los hallazgos de la investigación. También se tiene una sección donde se proporcionan una serie de recomendaciones destinadas a todas las instituciones que trabajan en el sector salud en Guatemala y en Rabinal en particular.

Es oportuno manifestar nuestro agradecimiento a las instituciones que en una u otra forma nos apoyaron, ya que sin ellas la investigación en que se basa esta tesis no hubiera sido posible.

A las instituciones que nos brindaron una beca para poder realizar nuestros estudios de Maestría y Doctorado en Antropología de la Medicina:

-Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Ford y la Fundación William y Flora Hewlett.

-Agencia Española de Cooperación Internacional

Al Programa Maya Competence Building de la Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de Tromsø, Noruega, por el financiamiento proporcionado para realizar el trabajo de campo.