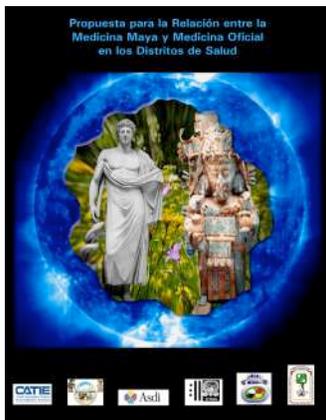


Propuesta Para La Relación Entre La Medicina Maya Y Medicina Oficial En Los Distritos De Salud



Dirección:

Dra. Aura Magdalena Pisquiy

Consejo de Coordinación:

Dra. Aura Magdalena Pisquiy
Dra. Gladis Pérez
Lic. Rafael Gallegos

Realización de la propuesta:

Lic. Rafael Gallegos Vásquez
Dr. Carlos Lix Socop

Apoyo Técnico:

Dra. Surama Lima
Dr. Juan José Escalante

Impreso en Guatemala año 2008

Asociación PIES de Occidente
www.piesdeoccidente.org

Asociación de Servicios Comunitarios en Salud –ASECSA-
6ª. Calle 4-70 zona 1, Quinta Los Aposentos 1, Chimaltenango, Guatemala, C. A.



INDICE

I)	Introducción	3
II)	Marco contextual	6
III)	Los ajkunanelab' de San Andrés Xecul: cobertura y especialidades.....	8
IV)	La importancia del contexto sociocultural en la recuperación de la salud.....	10
V)	La eficacia simbólica en la recuperación de la salud.....	13
VI)	Fundamentos filosóficos del sistema médico maya y occidental.....	18
	Medicina maya, medicina occidental paradigmas complementarios.....	20
VII)	La organización de los médicos mayas'.....	24
	Modelo de organización xikub'.....	24
VIII)	Caracterización de los Distritos de Salud y los niveles de atención en Salud Del Ministerio de Salud Pública y asistencia social de Guatemala.....	27
	Áreas de salud.....	28
	Distritos municipales de salud.....	29
	Niveles de Atención en Salud	30
	Extensión de cobertura primer nivel: alianza estratégica con ONG's y otras instituciones.....	32
	Implementación de los servicios básicos de salud.....	33
IX)	Propuesta para el relacionamiento entre el sistema médico maya y el Sistema medico oficial en los Distritos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	35
	Consideraciones previas.....	35
	Líneas de acción para establecer una relación entre la medicina Occidental oficial y la medicina Maya en los Distritos de Salud.....	36
	1. Conocimiento y reconocimiento mutuo.....	36
	2. Inclusión del perfil epidemiológico cultural maya en las Normas de Atención del Primer Nivel del Ministerio de Salud.....	37
	2.1 Mecanismos de referencia y respuesta.....	38
	3. Coordinación de acciones	39
	4. De las acciones ya implementadas por los servicios oficiales De salud.....	39
	5. Sobre la organización de los servicios de salud a nivel Comunitario	40
X)	Conclusiones y recomendaciones.....	42
XI)	Anexos.....	44
XII)	Bibliografía.....	50

I) INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de implementación de servicios de salud culturalmente pertinentes es una respuesta constructiva a las condiciones a que se ha visto sometida la cultura maya en general y, en nuestro caso, el sistema de salud propio de este Pueblo, condiciones que por ser conocidas y haber sido tratadas con amplitud en otros trabajos no se abordan aquí.

No obstante cabe mencionar que la institucionalidad de este Pueblo, es respaldada por distintos instrumentos legales nacionales e internacionales como el convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- (ratificado por Guatemala en 1996), en donde se indica que: “los gobiernos, deberán tomar medidas para que se pongan a disposición de los pueblos indígenas, los servicios de salud adecuados y los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, tomando en cuenta sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

Así mismo en los Acuerdos de Paz firmados entre el Gobierno / ejército y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, también hacen referencia al respecto. En cuanto a la promoción y respeto de los derechos fundamentales para los diversos pueblos que conviven en Guatemala, en diversos apartados se refieren a la salud como uno de los derechos de los pueblos indígenas; el más preciso en cuanto a la medicina indígena es el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, cuando en el apartado de salud, en el numeral 23, inciso (f), se refiere a la “medicina indígena y tradicional”, expresando: “Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas.”

Lo cual significa, que el Estado debe tener un programa nacional de investigación y promoción para reconocer la legitimidad de la medicina de los pueblos indígenas, de tal manera que refuercen la salud en su contexto cultural.

El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas se refiere a instrumentos legales que regulan la Medicina Maya, de igual forma, se hace referencia a derechos para los pueblos indígenas que se desarrollarán en el ámbito legal nacional e internacional, para fortalecer la promoción de las estructuras nacionales y locales que generen las condiciones político-legales, para impulsar condiciones apropiadas para el desarrollo de la Medicina Maya.

Para llevar a cabo la propuesta, además de la experiencia en el tema de las organizaciones ejecutoras (PIES y ASECSA) se llevaron a cabo tres trabajos que proporcionaron otros insumos necesarios para su elaboración, estos fueron:

- 1 Sistematización sobre: Atención de la salud culturalmente adecuada en el primer nivel de atención desde la visión de organizaciones mayas, promotores de salud, Ajkunanelab' Mayab' y otros actores políticos.
- 2 Sistematización de: Experiencias Nacionales e Internacionales de Organización y Prestación de Servicios Oficiales de Salud con Pertinencia Cultural.
- 3 Diagnóstico sobre la situación de Políticas y Programas del Ministerio de Salud en la Prestación de Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención. (Ver Anexo 1)

Inicialmente se planteó abordar desde el primer nivel de atención por reconocer que en este nivel debieran atenderse y resolver los problemas de salud de la población, considerándose los aportes y presencia de actores que generan salud desde el ámbito comunitario, sin transgredir su concepción cultural y potencializando la dinámica del sistema médico maya a través de la organización de los servicios desde la red de los *ajkunanelab' mayab'*. La estrategia planteada se vio enriquecida posteriormente debido a que se considera de mayor impacto e incidencia abordar la propuesta desde el nivel de Distritos de Salud, lo que implica puestos y centros de salud, así como mayor incidencia en los recursos humanos prestadores de salud y recursos financieros.

Como se podrá observar en el desarrollo del documento, previa a la propuesta propiamente dicha, se presentan varios capítulos cuya función es la de fundamentar el por qué de los aspectos señalados en la propuesta y no otros. Es así que de inicio se hace una breve descripción del contexto actual en el ámbito de los servicios de salud, en el cual se anota que si bien se están haciendo esfuerzos para resolver las carencias en esta área, aun no se da una respuesta satisfactoria a las carencias que aun persisten. En este sentido, el plantear una relación entre la medicina maya y los servicios oficiales de salud, tiene como propósito contribuir a cubrir tales carencias.

Como referencia para hacer notar el aporte de la medicina maya al mantenimiento de la salud de la población, en el capítulo III se describe las áreas de trabajo de la Red de Médicos Mayas en el Municipio de San Andrés Xecul, a manera de hacer una comparación entre el personal de los servicios oficiales en términos cuantitativos, lo cual de hacer un trabajo coordinado los servicios podrían mejorar no sólo cuantitativamente sino también en calidad.

El cuarto capítulo nos habla de la importancia del contexto sociocultural en la recuperación de la salud, del por qué es necesario que a los especialistas de la medicina maya y la medicina maya, se les fuerce a actuar en otros espacios en los que su práctica médica es, si no desvalorizada – que en no pocos casos es así –, sí ajena a la práctica médica que se realiza en los espacios en los que se les pretende incorporar, ya que toda práctica cultural, como se explica en el capítulo, tiene sentido y eficacia en el contexto de su cultura y no en otro.

El quinto capítulo es un refuerzo para el cuarto, y se aborda el tema de la importancia de lo simbólico, lo subjetivo en la recuperación o pérdida de la salud. Con esto se fundamenta que la aplicación de fármacos o intervenciones quirúrgicas, etc., son sólo un elemento más en el proceso de recuperación de la salud y que todo el contexto sociocultural que rodea a una persona (familia, vecinos, espiritualidad, etc.) juega también un papel importante al respecto.

Toda cultura es portadora de una filosofía o visión del universo, esta sustenta, da contenido y permite funcionar a todas las instituciones que tienen origen dicha cultura, las instituciones que se desarrollan alrededor del tema salud-enfermedad no escapan a esta situación, por lo tanto, para comprender el fenómeno de la salud- enfermedad en determinado contexto sociocultural, es necesario conocer esa visión del universo. En el capítulo VI se trata precisamente este tema ya que, haciendo notar las diferencias en las visiones de cada cultura, se podrá buscar la mejor manera de establecer una relación sin imposiciones ni descalificaciones.

La organización de todo sistema médico es importante, en el caso de la medicina maya, esta organización fue desestructurada, aunque sus fundamentos filosóficos se han mantenido a través del tiempo y cuyos guardianes y transmisores a través de la oralidad han sido los médicos ancianos. En el capítulo VII se describe la forma de organización que, basándose en la cultura propia, los médicos *k'iche'* de Quetzaltenango y Totonicapán, han desarrollado,

habiendo conformado para ello el Komon kech Ajkunanelab' Mayab' (Concejo de Médicos Mayas).

En el octavo capítulo se hace una caracterización de los Distritos de Salud y los niveles de atención en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, caracterización que funge como parámetro también para identificar hasta dónde se puede o no, establecer una relación entre los dos sistemas médicos.

Finalmente hace la propuesta en la que se parte de algunas consideraciones previas para abordar los puntos sustanciales de la misma, y que involucra tanto a médicos mayas como médicos del sistema oficial de salud y, en términos más generales a ambos sistemas.

En los anexos, se encontrará también, una caracterización del perfil epidemiológico manejado desde la cultura maya, que permitirá particularmente a los médicos con formación occidental, irse familiarizando con la concepción que sobre la salud y la enfermedad tiene el pueblo maya.

II) MARCO CONTEXTUAL

Si hacemos un breve descripción de las condiciones de salud en el país, nos podremos dar cuenta de que alcanzar una cobertura universal, es todavía un objetivo difícil, de hecho, alcanzar ya no una cobertura universal sino sólo las metas del milenio, ya se plantea complicado según el informe de avances presentado para Guatemala por el Sistema de las Naciones Unidas en Octubre del 2002. Específicamente en cuanto a la reducción de la mortalidad de la niñez y mejoramiento de la salud materna se señala lo siguiente:

Objetivo 4 Reducir la mortalidad de la niñez Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil pero mejorando

Meta 5 Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

¿Se alcanzará la meta?

Potencialmente.¹

Objetivo 5 Mejorar la salud materna Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

Débil

Meta 6 Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

¿Se alcanzará la meta?

Poco probable.²

Para los mismos rubros se muestran los siguientes datos:

Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años (defunciones por mil nacidos vivos)
Valor 59, año 1994-1999

Razón de mortalidad materna (defunciones por cien mil nacidos vivos) valor 169, año 2000.³

Para alcanzar una mayor y mejor cobertura habría que tomar en cuenta una serie de aspectos tanto cuantitativos como cualitativos. En razón de los cuantitativos podríamos mencionar como ejemplo, el número de personal asignado para la atención, en este caso en el Departamento de Quetzaltenango. De acuerdo con la Memoria de Vigilancia Epidemiológica del 2005, se contaba con el siguiente personal

690,057 habitantes

737 comunidades

233 comunidades con médico ambulatorio

19 médicos ambulatorios

1302 vigilantes de salud

311 comunidades con vigilante de salud

el 55% que equivale a 379,531 vive en el área rural

31 médicos cubanos

27 comunidades con médico cubano.

53,104 sin acceso a los servicios de salud.⁴

¹ Sistema de Naciones Unidas. Metas del Milenio: Informe de Avances de Guatemala. Octubre 2002. (p. 20)

² Ibid. Sistema de Naciones Unidas (p. 24)

³ Ibid. Sistema de Naciones Unidas (p. 5)

⁴ Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2005 (p. 235)

De 737 comunidades identificadas 504 no cuentan con médico ambulatorio, hay 19 médicos ambulatorios para las 233 restantes lo cual nos da un promedio de 12.27 comunidades por cada uno. 1302 vigilantes de salud para 311 comunidades lo que nos da 4 vigilantes de salud por cada uno. 31 médicos cubanos para 27 comunidades nos da 1.1 por comunidad.

Se toma en cuenta además 1014 comadronas adiestradas (CAT), que son pocas si tomamos en cuenta que hay más de dos en cada comunidad, pero debemos señalar que si bien los servicios oficiales de salud se apoyan en gran medida en el trabajo de ellas, no son parte de los servicios oficiales sino que forman parte del Sistema de Salud Maya.

Pero la cobertura también se dificulta debido a otros factores como pueden ser la falta de vías de comunicación o de medios de transporte que son aspectos más de infraestructura. Existen otras condicionantes que no necesariamente tienen que ver con los recursos económicos asignados, el personal existente o la infraestructura. De acuerdo con lo expresado por el Doctor Manrique, director del Área de Salud del Departamento de Quetzaltenango, existen plazas de médicos ambulatorios que no son ocupadas, por tal motivo y para solucionar el problema, se ha optado por que una enfermera haga el trabajo que debería ser el de un médico. La razón de esto es que en las escuelas formadoras, los médicos egresan con la idea de poner su clínica, trabajar en un hospital de prestigio o con el Estado en el área urbana, pero menos en las comunidades en donde las comodidades son evidentemente inexistentes.

Esto tiene que ver con una cierta conciencia de compromiso social inexistente debido a que no es inculcada en estas escuelas formadoras, algo que tiene que ver con la ética.

La calidad implica además la forma de tratar a las personas, en áreas predominantemente indígenas, esto implica hablar el idioma local, respetar los usos y costumbres, tomar en cuenta las características laborales para definir los horarios de atención, entre otras cosas.

Todos los aspectos mencionados, si no determinan, sin duda contribuyen a que se dificulte alcanzar las Metas del Milenio así como contar con una cobertura universal en salud. Sin embargo, como ya se ha demostrado por medio de investigaciones y trabajo concreto con médicos mayas, existe otro sistema de salud que ha estado operando paralelamente al sistema oficial occidental, que se sabe poco de él, que ha sido marginado y discriminado y, a pesar de ello, se ha mantenido en tanto la población siempre ha buscado a sus especialistas para que les resuelva problemas de salud que la medicina occidental no ha podido, ya sea porque no hay suficientes recursos, tanto humanos, materiales como económicos, porque no quiere mancharse los zapatos blancos de polvo o porque no sabe cómo abordar ciertas patologías propias de una cultura diferente como es la Maya.

III) LOS AJKUNANELAB' DE SAN ANDRÉS XECUL: COBERTURA Y ESPECIALIDADES.

Aporte sustancial a conservar la salud de la población han hecho los médicos mayas, sin embargo tal aporte es desconocido, conocer quiénes, cuántos y que enfermedades tratan desde su práctica médica nos puede aproximar a dimensionar la magnitud de su trabajo y el aporte que ellos hacen en cuanto a la conservación de la salud de la población.

Todos sabemos que están ahí y que atienden a la población que se los requiere, no obstante, su trabajo no es reconocido ni mucho menos valorado bajo el argumento de su supuesta no científicidad. Sin embargo, tienen siglos de existencia, por lo mismo son una realidad negada. Su existencia se debe a que la población los busca, desde hace siglos han sido atendidos por ellos aun sin el reconocimiento y aval de las instancias oficiales de salud.

Conocer cuál es su aporte tanto cuantitativa como cualitativamente, es una tarea necesaria que traería más beneficios al Estado que a ellos mismos debido a que, además del aporte que ya dan, este se podría ver potenciado en la medida que se establezca una relación sana y de respeto con ellos por parte del Ministerio de Salud.

Como no existen estudios más amplios al respecto de la cantidad de especialistas mayas existentes en el País, tomaremos como ejemplo el estudio realizado por la Asociación PIES de Occidente en el 2006 en el Municipio de San Andrés Xecul, ⁵ en este se presentan los siguientes datos:

Cuadro de especialidades y enfermedades que tratan

Especialista.	No. de especialistas en la comunidad.	Enfermedades.
Iyom (Comadrona)	31	Atiende el embarazo, curan de alteración menstrual, niños arrevesados hasta los 3 o cuatro meses.
Kunanel	18	Mal de ojo, susto, alboroto de lombrices, mal aire, caída de la mollera
Ajq'ij(guía espiritual)	15	No están bien con su familia o esposa, envidias, enojos, mal hechos, alcoholismo.
Chapalb'aq	4	Luxaciones, fracturas, problemas musculares.

Si tomamos en cuenta que la población total de San Andrés Xecul es de 24068 personas, esta población dividida entre los sesenta ajkunanelab', le corresponderían atender a cada uno en promedio cuatrocientas una personas, lo que representa el 1,66% de la población. Desagregando los datos por especialista los resultados serían los siguientes:

⁵ Gallegos y Moran. Redes de Médicos Mayas en San Andrés Xecul: áreas de trabajo, cobertura y problemática. s/e. Quetzaltenango, Guatemala, 2006. (p. 16-17)

Dado que la iyom atiende mujeres y el número de estas es de 12252, y de esta población se calcula que el 3% está embarazada, da un promedio de 367 mujeres, entonces estas 31 iyom, atienden en promedio a 12 mujeres y no todas las mujeres llegan con la comadrona lo que disminuiría el número de partos atendidos por ellas. Pero aquí sólo estamos hablando de atención de partos, existen otros problemas de salud que no se toman en cuenta.

Dieciocho ajkunanel atendería a 1337 personas cada uno, lo que representa el 5.5% de la población, 15 ajq'ij, 1604 personas y representa el 8,3% y 4 chapab'aq, uno por cada 6017 personas, representa el 19.9%

En comparación, hay un médico ambulatorio por 5.26 de la población rural del municipio de Quetzaltenango.

12,252 representa el 61% de 19975, lo que implica que La cantidad de médicos mayas rebasa con mucho a la cantidad de médicos ambulatorios.

Se señalan estos datos sin tomar en cuenta a los vigilantes de salud ya que finalmente, si bien pueden no ser médicos mayas, sí son parte de la misma comunidad. Por otro lado, también es cierto que algunos de ellos son médicos mayas, sólo que no se declaran como tales debido a las circunstancias ya mencionadas profusamente en otros estudios.

Dados los datos anteriores, si se estableciera una relación de respeto y autonomía entre ambos sistemas, así como la forma adecuada de dicha relación, las condiciones de salud de la población podrían mejorar sustancialmente, el reto está en definir tal relación, tarea que pretendemos abordar en este documento.

IV) LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

Es justo señalar que en torno al reconocimiento de la medicina indígena se han llevado a cabo algunas acciones, dentro de las más relevantes en Guatemala fue la creación del Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa en el Ministerio de Salud en el periodo de Alfonso Portillo. Posteriormente en el período de Oscar Berger, lo que fuera un programa pasó a ser un eje transversal, con sólo una persona que debería de hacerse cargo de ese eje, y sin presupuesto para accionar.

Sin embargo, ha habido otras acciones más locales como en los hospitales de Sololá en donde se ha tenido alguna experiencia el respecto, el de Chajul donde se implementó el uso del temascal, en el de Quetzaltenango, donde las comadronas podían estar con la madre en el parto, más recientemente en Totonicapán, con el MD. Juan José Escalante Director de Área se esta construyendo la infraestructura para prestar servicios con pertinencia cultural, en Quetzaltenango el Director de Área Diego Manrique, en tres municipios ha integrado a médicos mayas en los Puestos de Salud.

Si bien se ha requerido de un fuerte trabajo para dar a conocer el sistema médico maya y para sensibilizar al personal de los servicios oficiales de salud, todas estas acciones son esperanzadoras en cuanto a construir un modelo de salud en el que estén presentes, por lo pronto, dos sistemas médicos: el occidental y el maya.

Tomando en cuenta la historia de marginación y discriminación de la cual ha sido objeto la cultura maya, estas acciones son un enorme avance. Existe la voluntad por parte de un sector del gremio médico quienes son los que han trabajado al respecto y cabe pensar que lo seguirán haciendo. No obstante, quisiéramos hacer algunas consideraciones que van en función de que esta relación que se esta tratando de establecer entre ambos sistemas médicos sea lo más afortunada posible. En este sentido, sin que se tenga que echar marcha atrás en las acciones ya mencionadas, consideramos que para establecer dicha relación se debe de partir de conocer con más o menos bastante claridad que es la medicina maya y como funciona, ya que no es suficiente que se incluya a los médicos mayas en los centros y puestos de salud, ni que sólo se hable el idioma aunque, insistimos, son pasos mucho muy importantes. El recorrido del camino empieza con el primer paso que suele ser el más difícil y este ya se ha dado.

Es fundamental tomar en cuenta que una práctica, una institución, una norma, etc., tienen sentido únicamente en el contexto sociocultural donde tuvo su origen, fuera de este contexto, pierde sentido y razón de ser, ya que el todo de la cultura sustenta y le da explicación a la parte, así como la parte sustenta y explica al todo, fuera de esta no es comprensible, al respecto de la cultura Ramírez explica que cultura es:

“... aquello a través de lo cual las “partes” se interrelacionan y totalizan. “Todo es cultura” debe querer decir que *la totalidad es cultura* y que *la cultura es totalidad*; no que cualquier cosa y una por una es cultura de suyo”.⁶

Un elemento aislado, un objeto aislado, una institución aislada de su contexto, pierde sentido. Por ejemplo, si se pone a la comadrona en uno de los espacios de atención de los servicios

⁶ Mario Teodoro Ramírez. Muchas culturas: sobre el problema filosófico y práctico de la diversidad cultural. En: Lo propio y lo ajeno: interculturalidad y sociedad multicultural. Ursula Kleisng-Rempel. Compiladora. Astrid Knoop. Coordinadora. Ed. Plaza y Valdes. México, 1996. (p. 22)

oficiales de salud, ella no pasará de ser una mera partera, el personal oficial de salud no pasará de ser una mera partera que, en términos pragmáticos, es lo que le puede convenir a los servicios oficiales. Sin embargo, en términos de significación y de eficacia simbólica en el tratamiento puede no tener el mismo efecto, ya que alrededor del trabajo de la *lyom* hay toda una conceptualización y significación de su trabajo, además de ello, sus acciones se acompañan de otras personas tales como la misma familia y los vecinos. En el último de los casos, la comadrona no actúa sola, cuenta con el apoyo de quienes están a su alrededor.

En la comunidad es el personaje más importante, y no porque busque ser reconocida, sino porque su rol, función y forma en que lo obtiene, así lo determinan. En los servicios oficiales pierde toda esta significación, pierde eficacia simbólica, ya no es la “*lyom*”, es una partera de los servicios oficiales de salud. En los servicios oficiales de salud atiende cualquiera que haya estudiado en las escuelas formadoras oficiales, en el sistema médico maya no, aquí pueden atender sólo aquellos que tienen el Don.

“... la actividad productora no sólo consiste en crear objetos sino primordialmente, en crear – *instaurar*, dice Cornelius Castoriadis – la significación, el sentido y la función de esos objetos. Esto es lo que significa que la totalidad es cultura: que los distintos elementos y las diversas dimensiones de la praxis humana deben ser analizados como expresiones-manifestaciones de determinadas significaciones, como realizaciones de la capacidad humana de instituir sentidos, esto es, como modos o aspectos culturales (concepto ontológico-semiótico de cultura)”⁷.

“... “la cultura es totalidad”, es decir, que los diversos elementos que la constituyen se encuentran íntimamente interrelacionados, que las significaciones no pueden ser captadas independientemente de sus expresiones, y que los sentidos – y también los valores, las ideas, los propósitos – no subsisten más allá de la manera como son realizados, interpretados, aplicados en ciertas experiencias subjetivas e intersubjetivas socio-históricamente determinadas (concepto hermenéutico-pragmático de cultura)”⁸.

Descontextualizar las prácticas médicas de su cultura, si no se toman las precauciones necesarias es, en último caso, un proceso hacia la asimilación y la desaparición de un sistema que existe como tal. Pero si se toma en cuenta esto, se refuerza el carácter simbólico de la práctica médica a pesar de que, en este caso la comadrona, este atendiendo en un espacio ajeno al hogar en el cual puede participar toda la familia, estableciéndose con esto otro tipo de relaciones de las que se dan en los servicios oficiales de salud, es decir, se respeta el sistema como tal, lo que equivale a decir toda su cosmovisión. Es muy probable que la relación entre un sistema y otro se pueda dar de la mejor forma. Hay que tomar en cuenta que la descontextualización no sólo hace referencia a lo espacial, además debe tomarse en cuenta lo histórico, la cosmovisión, la filosofía, etc.

En el municipio de Cantel, Quetzaltenango, se está llevando a cabo una experiencia en relación a la implementación de servicios culturalmente adecuados en el primer nivel de atención. Al respecto el médico del Centro de Salud, manifiesta lo siguiente:

“El médico manifiesta que dentro de este contexto, considera que la experiencia es inapropiada, toda vez que la población cuenta con este servicio (de curanderos)”⁹ en sus

⁷ Ibid. Ramírez, Mario. (p. 23)

⁸ Ibid. Ramírez, Mario. (p. 24)

⁹ Término con el que también se denomina a los terapeutas mayas; este fue utilizado por el médico al momento de la entrevista.

propias comunidades, cerca de su casa, indicando que esta manera de verlo no significa que está en contra del programa y que él lo va a apoyar en la medida de las posibilidades”.¹⁰

La incorporación a la lógica del sistema oficial más que fortalecer la medicina maya puede ser causa de limitación o en el peor de los casos de asimilación. En el mismo caso de Cantel, algunas de las colusiones son las siguientes:

“Se pudo percibir (durante la entrevista) que la persona que funge como “terapeuta maya” en realidad es promotora en medicina natural y esto hace incluso que la experiencia pierda sus elementos culturales y que por lo tanto las acciones, actitudes, atención, limitantes etc. se conduzcan bajo las mismas premisas que el sistema médico oficial con la diferencia que la comunicación entre ella y los usuarios es en el idioma K’iche’ y que proporcionará el tratamiento con un té de valeriana en lugar de un diazepam, es decir que la experiencia se reduce a tener en el centro de salud una clínica de atención naturista que una experiencia de atención con pertinencia cultural.

“Tal como lo manifestó el propio médico, solamente se está trasladando e institucionalizando una práctica médica indígena, lo cual puede ser interpretado como un asimilacionismo más que una cooperación o complementariedad entre ambos sistemas; se reafirma nuevamente la relación de subordinación de un sistema sobre el otro.”¹¹

Dado lo anterior, debemos ser muy cuidadosos a la hora de llevar a cabo ciertas acciones, el ojo, no lo va a curar un médico occidental, así como una neumonía no la va a curar un médico maya.

¹⁰ INFORME: Experiencias Nacionales e Internacionales de Organización y Prestación de Servicios Oficiales de Salud con Pertinencia Cultural. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud -PIES de Occidente- y Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA-. MD. Consultores: Juan José Escalante, MD. Surama Lima. Quetzaltenango Guatemala. 2007 (p. 33-34)

¹¹ Ibid. Informe PIES / ASECSA (p. 34-35)

V) LA EFICACIA SIMBÓLICA EN LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La importancia de no descontextualizar las prácticas médicas mayas, tienen además otros fundamentos, existe en la medicina occidental el concepto de “placebo”, este concepto hacer referencia a que:

“... en un sentido estricto, el placebo es biológicamente inactivo, sin embargo, pese a su carácter de sustancia ineficaz, puede producir efectos tanto fisiológicos como psicológicos. Es más, el carácter de estos efectos puede ser benéfico (efecto placebo) o adversos (efecto nocivo).”¹²

Como se menciona el placebo es biológicamente inactivo, sin embargo, se ha comprobado que tiene efectos, como lo dice la definición, tanto fisiológicos como psicológicos. La pregunta es, si no tiene efectos biológicos, entonces ¿qué es lo que sucede que se recupera la salud o por lo menos hay una fuerte contribución a este efecto?

Lo que aquí sucede aunque la ciencia positiva tiene cierta aversión hacia este tipo de conceptos, es que existe una profunda “Fe” de parte del “enfermo” en la persona que lo atiende debido a la percepción que tiene de él, que en este caso es el médico, y los conocimientos que este tiene. Para una persona formada y educada en el contexto sociocultural occidental, el médico tiene una influencia determinante en la recuperación su salud, situación que va más allá del efecto de los fármacos o procedimientos que le puedan ser aplicados. A esto se le podría denominar “eficacia simbólica” en al recuperación de la salud.

Tomando en cuenta lo anterior cabe hacerse otra pregunta ¿el mismo procedimiento puede llevarse a cabo en culturas diferentes?

Sin duda alguna, desde el momento en que se utilicen los mismos códigos, símbolos y cosmovisión, es posible que una serie de procedimientos no “intrusivos” puedan tener los mismos efectos de lo que en la medicina occidental se conoce como placebo, y que aquí se denomina “eficacia simbólica”

Desde la medicina maya, los rituales y ceremonias asociadas a la curación, la presencia de familiares, amigos y vecinos y sus relaciones específicas, etc., son parte del tratamiento. Situación que bien conocen los médicos formados en la medicina occidental:

“Lo primero es conocer la medicina maya, tenemos la tendencia a descalificar lo que no conocemos. A priori se empieza a descalificar. Podría ser rescatable si lo vemos desde la ayuda emocional porque los terapeutas tradicionales conocen la idiosincrasia de los pueblos y les puede dar una ayuda emocional adecuada”.¹³

“... los elementos de curación mental, hablo de psiquiatría si lo viéramos desde el modelo médico occidental, esto también esta demostrado que existe, y tal vez la ganancia más grande que tenemos del modelo maya o indígena, es que tiende mucho a la prevención”¹⁴

Lo que mencionan los entrevistados no es una cuestión ajena en la historia de la atención médica en cualquier parte del mundo, en trabajos realizados en otras latitudes como por ejemplo España, el Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento, de la Sociedad Andaluza de Neurología (SAN), llevó a cabo una sesión científica en Granada dedicada a actualizar el tratamiento de Parkinson. En esta sesión se explicaron algunos aspectos del efecto placebo:

¹² /escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/estExper05.htm. Placebo y el efecto del placebo.

¹³ Entrevista al MD. Manrique. Director de Área de Salud de Quetzaltenango, Guatemala. Octubre, 2007

¹⁴ Ponencia MD. Juan José Escalante. Director de Área de Salud de Totonicapán, Guatemala. Septiembre, 29, 2007

“Durante la sesión, el doctor Raúl de la Fuente, Jefe de Sección del hospital Arquitecto Marcicle de Ferrol, en La Coruña, expuso sus trabajos acerca de la base dopaminérgica **del efecto placebo y sugirió que la confianza de los enfermos en los facultativos que los tratan tiene también influencia en la mejoría, y en este sentido, instó a los neurólogos andaluces a potenciar sus relaciones profesionales con este tipo de enfermos.**”¹⁵

“Como señala Andrew Leuchter, profesor de psiquiatría en la UCLA, no sabemos porqué los individuos mejoran. **Pero sin duda uno de los factores es el tiempo que se otorga a los pacientes y el contacto que se establece con ellos.**”¹⁶

Los resultados son nuestros y se hacen con la intención de poner el énfasis precisamente en este aspecto en particular: la confianza del enfermo en el facultativo influye en la recuperación del enfermo.

Como se puede apreciar en la anterior cita, la relación con el paciente también tiene influencia en la recuperación de la persona enferma, en este sentido, no se puede esperar que si se establece una relación inadecuada entre ambos, el proceso de recuperación sea el más adecuado. El problema radica en que desde la medicina occidental oficial, se considera que el fármaco administrado es el que hace todo el trabajo en cuanto a la recuperación de la salud, y se desestima lo beneficioso que puede ser que el médico vea a la persona a los ojos cuando habla con ella, que de una explicación de la manera más clara y en un tono afable, entre otros aspectos como no hacer un análisis trágico y desesperanzador del problema de salud por el cual acuden a él.

“... es posible suponer que además del tratamiento, contribuye a la mejoría o sanación del enfermo la atención y el trato recibido, siendo estos factores parte de la eficacia terapéutica de la atención”¹⁷.

En otras palabras, es hacer que el proceso de recuperación tenga un carácter holístico, como ya se ha mencionado en varias ocasiones, pero que en esta dimensión es particularmente importante remarcarlo, ya que el fármaco, en todo caso, es un elemento más que ayuda a la recuperación de la salud.

Esto evidentemente tiene que ver con las relaciones interpersonales; entre una persona que se dedica a procurar la salud y otra que tiene un problema de salud. Se debe considerar que antes que “enfermos”, estos son personas que tiene problemas de salud, con sentimientos, expectativas, temores, esperanzas, que mal manejadas pueden retrasar el proceso de curación.

El médico por otro lado, debe considerar que la persona que acude a él, esta “confiando” en su integralidad y sus conocimientos, su opinión y la forma de darla es determinante. Para ejemplificar esto, imaginemos cuáles serían los efectos que puede tener una opinión trágica del medico con la persona con problemas de salud, aunque tal problema pueda no ser en absoluto grave. De la misma manera, imaginemos cual puede ser la reacción de una persona al recibir una opinión en un sentido opuesto, aun cuando su problema pueda ser grave.

¹⁵ www.portalesmedicos.com/noticias/tratamiento_parkinson_san_070213.htm

¹⁶ Ibid. Silva, Hernán

¹⁷ Jaime Ibacache Burgos, Alejandra Leighton Naranjo, Miriam Torres Millan. Sistema de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, Quinchao 2006. Departamento de Salud provincial de Chiloé, Corporación Municipal de Quincha. Abril 2007. (p 31)

Lejos de lo que se nos ha enseñado en las escuelas formadoras, tanto los médicos como las personas con problemas de salud, tienen sentimientos, una historia y, además, una cultura que, como en este caso, no es la misma de la cultura occidental, por lo mismo no van a reaccionar de la misma manera ante circunstancias similares. En este caso, la salud enfermedad.

Se debe de tomar en cuenta la integralidad de la persona y no solamente ver un hígado con un problema cualquiera o, en el peor de los casos, un cliente que, entre más se enferme, más beneficios económicos puede traer.

En este contexto, se puede afirmar que particularmente perjudiciales son las actitudes discriminatorias que aún se pueden apreciar a la hora de atender a la población indígena, sobre todo cuando se hace referencia a si fueron tratados previamente por un médico maya, cuando se habla de que una situación o procedimiento es frío o caliente y, de lo más común, cuando se le habla en castellano a una persona que habla otro idioma, entre muchos otros aspectos.

Es por demás evidente que una buena relación con la persona enferma, fortalece la confianza en quien la está atendiendo y por lo tanto, emocionalmente estará más propenso a la curación. De esto se entiende la gran aceptación que han tenido los médicos mayas a través de la historia y de lo efectivos que pueden ser, ya que la relación que se establece entre médico y las personas que ha roto el equilibrio se basa en el manejo de códigos y símbolos comunes, que implican una particular forma de entender el proceso de salud enfermedad, el ser humano y su relación con el entorno natural, social y espiritual.

“Leuchter concluye que la administración de una píldora inerte (en el contexto de un protocolo de investigación), más que ausencia de tratamiento, es un tratamiento activo y que la respuesta al placebo es funcionalmente diferente de la respuesta a un fármaco activo.”¹⁸

El hecho de que no se le administren medicamentos a la persona con problemas de salud, no implica que no esté en tratamiento, por el contrario, el puro hecho de que se establezca la relación médico paciente, se pueda decir que es, en todo caso, parte del tratamiento. La persona tiene ya una imagen del médico, la bata blanca no solamente es un pedazo de tela, esta identifica a alguien que “sabe” porque ha ido a la universidad y me puede “curar”, precisamente porque tiene el conocimiento para ello. Lo mismo que alrededor de la comadrona o cualquier otro médico maya, alrededor del médico occidental hay toda una connotación simbólica que le está diciendo algo a la persona con la que se está relacionando. Ese algo es; “esta es la persona que puede resolver mi problema”. Por eso es importante el tiempo y la forma en que se da la atención.

En el contexto cultural maya, esta dimensión simbólica no sólo se le atribuye al médico, también a Dios, por eso es importante mantener el contacto con Él, por eso es necesaria una ceremonia que propicie la curación. El estado de ánimo se ve fortalecido en tanto existe una auténtica creencia en la intervención divina y que esta intervención es, en último caso, definitiva e independiente de cualquier acción humana.

La familia y los vecinos también cumplen una función, en el caso propiamente de la mujer, es común que una familiar principalmente o vecina, se hagan cargo de las actividades de la madre, en el caso de los vecinos puede haber un apoyo, además de moral, en especie o en trabajo.

¹⁸ Ibid. Silva, Hernán.

La posibilidad de dialogar con familiares y vecinos, algo que en la experiencia Chilena se ha llamado “logoterapia”, es una situación común en la medicina maya, el escuchar a la persona, también es un acto necesario.

“Llama la atención que en Quenac sea muy valorado el espacio para la conversación (logoterapia), lo cual es interesante como forma de terapia para una isla cuya principal morbilidad son las Enfermedades Crónicas, detrás de las cuales existen variados trastornos emocionales que la gente expresa y reconoce como causa desencadenante de estas enfermedades”¹⁹.

Todo este entramado de relaciones no se llevan a cabo dentro de un Hospital, por lo que no es extraño entonces, que no pocas veces la familia o el mismo afectado, se nieguen a ir a los servicios oficiales de salud.

“En resumen, en la práctica clínica, cuando los pacientes están expectantes y condicionados a recibir un tratamiento efectivo, el efecto placebo, la historia natural de la enfermedad y la efectividad del tratamiento empleado, actúan en forma conjunta en la mejoría clínica del paciente, siendo difícil determinar en que medida contribuye cada uno de los puntos mencionados.”²⁰

Lo anterior, traducido a otro contexto cultural, las expectativas y condicionamientos de un tratamiento efectivo, están en función del entorno sociocultural de origen, en torno a cómo se percibe el proceso de salud enfermedad y la “naturaleza del ser humano”, por lo que, enfrentarse a condiciones distintas, puede ser contraproducente.

Pero el efecto placebo también tiene su efecto contrario, el efecto nocebo. Este se presenta cuando el enfermo percibe a su alrededor una carga simbólica y emocional negativa. El maltrato, colores asociados a la muerte, pautas culturales ajenas a las propias. De ahí que pueda entrar en un estado de depresión que más que ayudar a la recuperación de la salud, frena este proceso.

El efecto contrario es el "efecto-nocebo", que ocurre cuando un paciente niega los efectos esperados de un fármaco.²¹

Al presentarse este efecto nocivo, así como se niegan los efectos esperados de un fármaco, también se puede llegar a negar la eficacia de un médico en particular o bien, del sistema médico en general, es por ello que mucha de la gente que acude a un médico occidental y no obtiene los resultados esperados, acude a prácticas médicas alternativas. Es común, cuando los tratamientos médicos no tienen los efectos esperados en tiempo y eficacia, escuchar expresiones como: “los doctores no saben nada”, “yo me siento igual”, “voy a cambiar de doctor”, “aquí la medicina que dan no sirve”, “aquí sólo se viene a morir”, etc.

Una particularidad generalizada en la población maya, es que consideran necesarios los dos sistemas médicos, por lo que no se rechaza la medicina occidental, lo que se rechaza, es el trato, el cual se deriva de la percepción que se tiene de una cultura ajena la propia.

¹⁹ Ibid. Ibacache, et. al. (p. 32)

²⁰ /escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/estExper05.htm. Placebo y el efecto del placebo

²¹ es.wikipedia.org/wiki/Efecto_placebo.

Por supuesto, el manejo de lo que se podría llamar eficacia simbólica desde la antropología médica, si bien muy importante, es complementario a la aplicación de fármacos e intervenciones quirúrgicas, o cualquier otro procedimiento que se aplique desde la medicina occidental, y bien podría ser en sentido inverso.

Lo anterior no quiere decir que la medicina maya se base solamente en la eficacia simbólica, aquí de lo que se trata es de hacer énfasis en dos cosas:

- a) Si se descontextualiza una práctica, en este caso médica, la práctica deja de tener eficacia y razón de ser.
- b) La subjetividad, lo metafísico tiene gran relevancia en la pérdida o recuperación de la salud.

Por lo demás, en la práctica médica maya, aparte de los procedimientos simbólicos, existen también los procedimientos “intrusivos” como la manipulación en el caso de los hueseros y comadronas al “acomodar” al niño que viene en mala posición o la ingesta de plantas medicinales, el uso del temascal, etc.

VI FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL SISTEMA MÉDICO MAYA Y OCCIDENTAL

Históricamente había sido una práctica común que la cultura hegemónica asimilara a las otras con las cuales establecía contacto, manteniendo algunos objetos u aspectos de carácter folclórico o en cierta medida funcionales y que no contravenían la lógica de la cultura hegemónica. En el caso del sistema médico maya con respecto al occidental se da esta situación, la práctica médica maya siempre fue negada y descalificada, situación de la cual ya hemos hablado en otros documentos, a pesar de ello, algunos aspectos tales como el uso de plantas medicinales o la incorporación de las comadronas al sistema de atención en salud oficial, han sido utilizadas desde la época de la llegada del europeo a Abya Yala que hoy se conoce como América.

En cuanto a sus especialistas, no es sino hasta entrado el siglo XX que, a partir de la priorización de las acciones en salud por parte del Ministerio en relación a la atención de madres y niños que empieza a tomar cierta importancia la comadrona, de tal suerte que ahora se le toma en cuenta, aunque marginalmente, como parte del personal que presta los servicios de salud en las comunidades, la diferencia es que ahora ya son comadronas adiestradas (CAT), según el Ministerio de Salud y capacitadas en el marco de la atención médica occidental según algunas Organizaciones no Gubernamentales.

La incorporación de estos elementos de la medicina maya podría ser considerada por algunos como un intercambio entre ambos sistemas médicos. Sin embargo, más que intercambio, se puede decir que ha sido una situación más obligada por la necesidad de los servicios oficiales de mejorar sus coberturas y sus indicadores que un acto de reciprocidad, de intercambio mutuo. Lo que se ha hecho es trasladar a la comadrona los procedimientos y técnicas de la medicina occidental, sin apenas preguntarle la forma en que ella percibe todos aquellos eventos que se dan alrededor del parto.

Al respecto de esta situación, si se toma en cuenta una relación en base al respeto entre ambos sistemas médicos, estrictamente se podría decir que el aporte de la comadrona, más que un aporte de los servicios oficiales de salud al mantenimiento de la misma en la población, es más bien un aporte del sistema médico maya.

La consecuencia de esta “incorporación” es que ahora no es raro encontrar comadronas que prestan sus servicios bajo la lógica de la medicina oficial, occidental y comercializada, debido a la fuerte influencia que ha tenido el adiestramiento o las capacitaciones, a partir de esto ya se ofrecen hasta paquetes de servicios en los que se llevan a cabo prácticas tanto de la medicina occidental como de la maya, aunque de la medicina maya sólo son ciertas prácticas aisladas de su contexto simbólico y cosmogónico.

Cabe mencionar entonces, que para establecer una relación entre la medicina maya y los servicios oficiales de salud de corte occidental, no se trata de adecuar la primera a la lógica de la segunda, sino que ambas operen de acuerdo a sus propias lógicas ya que se mueven en diferentes espacios cognitivos y de representación simbólica, por lo tanto, su forma de interpretar la salud enfermedad y la naturaleza del hombre es diferente.

En el caso de la medicina maya, los problemas de salud se deben a un rompimiento en el equilibrio ya sea de los aspectos frío y calor, o bien en su entrono social, natural, personal y espiritual. Dado este problema, lo que procede es restablecer el equilibrio entre los aspectos mencionados. Esto tiene que ver con normas, principios, valores, ética, etc. Además de los problemas de carácter mecánico e infeccioso.

Para comprender de forma más clara lo dicho, a continuación se describen las características de uno y otro sistema de salud.

a) MEDICINA MAYA, MEDICINA OCCIDENTAL DOS PARADIGMAS COMPLEMENTARIOS

Para entender un hecho social hay que hacerlo desde una perspectiva histórica, esta permite conocer y entender su proceso, obviar la historia en el análisis, a lo más que nos llevaría es a tener una buena descripción del fenómeno y quizás a conocer la forma en que está funcionando, pero no explicaría el proceso, ni el hecho en sí en sus actuales condiciones. De igual forma, es necesario también identificar el contexto en el cual se desarrolla.

El campo de la salud –como cualquier otro hecho social-, como se explica en el capítulo de “La Importancia del Contexto Sociocultural en la Recuperación de la Salud”, debemos de ubicarla dentro de un contexto cultural determinado, esto quiere decir que la salud hay que entenderla a partir de la interrelación que tiene con otros elementos que también forman parte de ese mismo sistema sociocultural, ya que estos identifican al sistema en tanto que es el conjunto el que le da su singularidad y no un sólo elemento de este. En consecuencia, para lograr comprender un hecho social cualquiera, es necesario ubicarlo como parte de algo más complejo y no aisladamente, debido a que este no se explica en sí mismo sino en interrelación con los otros elementos de los cuales forma parte.

La misma explicación valdría para entender y explicar la cultura occidental.

Tomando en cuenta lo anterior, se entiende a una cultura cualquiera como un sistema en el que se interrelacionan y afectan los elementos que intervienen en esa estructura sistémica. Esto implica que si hubiera un cambio en un elemento del sistema cultural, el sistema se vería afectado en su originalidad tanto como profundos sean los cambios.

Entrando en materia diremos que a la medicina maya la hemos calificado de holística en tanto toma en cuenta otros aspectos además de los biológicos, como son el medioambiente natural, el social, el espiritual y el personal.

Pero además de lo anterior, la medicina maya tiene un fuerte componente explicativo metafísico, situación que explica en alguna medida, el rechazo por parte de la medicina occidental sustentada por una visión del mundo positivista, tal carácter positivista implica que el único conocimiento verdadero proviene de la ciencia y la lógica matemática, abocándose solamente a aquellos aspectos que pueden ser observables ya que la realidad es independiente de la conciencia a lo que se le denomina realismo. Por otro lado, la realidad es material y todo cuanto existe tiene esta condición, así el conocimiento sólo podrá ser posible a través de la experiencia sensible a lo cual se le denomina empirismo.

En este sentido, debemos señalar que la medicina occidental y la medicina maya, no comparten los mismos marcos explicativos, esto lo único que quiere decir es que la ciencia occidental positivista no está de acuerdo con el marco explicativo de la medicina maya, situación que no determina en absoluto la eficacia o no de una u otra práctica médica.

La ciencia positivista es en absoluto conocimiento empírico verificable y este ha sido el modelo desarrollado por la cultura occidental moderna. El problema en sí no es que se postule la existencia de una realidad material ni una forma específica de conocer esta realidad, el problema es que se pretenda que esa sea la única forma de conocimiento posible o que sea la única forma de “existencia” de la realidad. Entonces resulta que todo lo que salga de estas premisas no será ciencia, sino sólo pensamiento mágico o metafísico, cuando no charlatanería.

Esto ha pasado cuando se habla de la medicina maya, una de las primeras cosas que saltan en la discusión o cuando se pretende a dar a conocer esta medicina es su carácter supuestamente no científico, ya que no se enmarca en este paradigma.

A esto hay que darle una explicación. Si bien la ciencia positiva se deslinda de las explicaciones teológicas y metafísicas de la realidad, esto no quiere decir que la realidad sólo sea como lo define esta corriente del conocimiento

¿Podemos decir que la medicina maya siguió los pasos del método científico? En lo particular, ambas parten de la observación, de la empiria, pero precisamente esto es lo que se le desconoce a la medicina maya ya que se le califica de metafísica.

Sin embargo, a diferencia de la medicina maya, la medicina occidental hegemónica no toma en cuenta la totalidad, sino que se centra en el individuo solamente biológico, no repara en que a este individuo lo rodea un ambiente social, cultural, espiritual, natural.

Pero el marco explicativo no es ajeno a diversos intereses o justificaciones que pueden ser políticos, o económicos y, por supuesto, tampoco es ajeno al método utilizado en su intervención.

La corriente positivista es una negación de la corriente metafísica o idealista del conocimiento. De acuerdo con Johan Hessen, el escepticismo es una corriente epistemológica que niega la posibilidad del conocimiento, es decir el sujeto no puede aprehender al objeto (ideal o material).

Sin embargo, entre la posibilidad del conocimiento absoluto que no toma en cuenta la relación sujeto/objeto en el proceso del conocimiento (Dogmatismo), y la negación de tal posibilidad (Escepticismo) hay algunas variantes, dentro de la que encontramos al Positivismo.

“Positivismo es el nombre que suele darse al escepticismo metafísico. Quien adopta esta posición, iniciada por Augusto Comte (1798-1857), debe sujetarse únicamente a lo que percibe positivamente, a los hechos inmediatos de la experiencia y abstenerse de toda especulación metafísica”²²

La corriente positivista del conocimiento, como se puede apreciar, es empírica, considera que:

*“...la única causa del conocimiento humano es la experiencia [...] todos nuestros conocimientos, aun los más generales y abstractos, derivan de la experiencia”.*²³

Debido a lo anterior, se puede considerar al positivismo además de escéptico metafísico, como dogmático empírico.

Así, la corriente positivista del conocimiento define su método, que se conoce como método científico, siendo sus pasos:

- a. *Estudio de las teorías y conocimientos relacionados con el tema por investigar.*
- b. *Observación.*

²² Johan, Hessen. Teoría del Conocimiento. Ed. Editores Mexicanos Unidos. México, 1993. (p. 42)

²³ Ibid. Hessen. (p. 61)

- c. *Definición del problema.*
- d. *Elaboración de hipótesis.*
- e. *Diseño de la prueba,*
- f. *Aplicación del diseño de la prueba.*
- g. *Conclusiones*

Estos son los fundamentos de la ciencia positiva y su método es a partir de esto que se trata de explicar la realidad y dentro de esta realidad esta aquello que conocemos como salud y enfermedad. Bajo esta concepción se considera que una enfermedad es una situación en la que el ser biológico material, es afectado por un agente patógeno, igualmente biológico y material, en consecuencia, en la curación, lo que se tiene que hacer es atacar ese agente patógeno biológicamente a partir de algo material que en este caso son medicinas, procedimientos quirúrgicos, o de alguna otra naturaleza también material.

Esto implica concebir al ser humano de una forma material, biológica y mecánica, lo cual define el método para resolver los problemas de salud enfermedad.

Con tal procedimiento se pretende restablecer la condición de salud del ente biológico, procedimiento adecuado si aceptamos que el ser humano es sólo un ente biológico y material aislado de todo contexto y que por lo tanto, todos los problemas de salud se pueden resolver desde los laboratorios y con máquinas que detectan y resuelven los problemas.

Para los mayas (como para otros pueblos no occidentales) el concepto de salud enfermedad es otra cosa. En este entran en juego diferentes aspectos: lo espiritual en principio, que enmarca al ser humano dentro de determinadas relaciones con su medio ambiente social y natural, y lo universal que toca tanto lo material como lo ideal. Al igual que otras medicinas conocidas con determinación holística.

Las concepciones sobre el proceso de salud/enfermedad tienen diferentes explicaciones, circunstancia que condiciona diferentes tratamientos, diferentes métodos.

La medicina que hasta ahora hemos llamado tradicional también tiene límites. Esto lejos de ser un problema, puede derivar en una situación de complementariedad entre ambas prácticas médicas.

“... el esquema de oposición, que ha prevalecido en algunos países dentro y fuera de la Región, ha conducido a una posición de competición estéril y de inútil demarcación de territorios, la que debe superarse por un esquema de complementación, interdependencia y revalorización entre la medicina tradicional y la medicina moderna.

En efecto, la separación entre la medicina tradicional y la institucional o formal, es un fenómeno artificial. La población de los países de la región, recurre indistintamente a ambas y a producido a lo largo del tiempo un modelo dinámico, en el que si bien no siempre armonizan los dos tipos de prácticas médicas, expresan la posibilidad de su complementación”²⁴.

En el documento del Potencial de la Comadrona en Salud Reproductiva²⁵, se evidencia como el tratamiento vía la medicina occidental es aceptado y buscado por parte de la población

²⁴ Informe del grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe, presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C. Diciembre 1983 (p. 5)

²⁵ Gallegos, Rafael. El potencial de la Comadrona en Salud Reproductiva. Inédito. Guatemala, 2003 (p. 22)

maya. En todo caso, lo que se rechaza del sistema oficial de salud, no es la medicina occidental sino el trato que se le da en los servicios oficiales, a quienes tienen necesidad de hacer uso de ella.

Como se mencionó, el estatus científico de las medicinas llamadas alternativas, no se ha definido, se asume a priori que no tiene tal, situación que es prejuiciosa de inicio. La afirmación de su ineficacia debería de ser una conclusión de estudios mucho más profundos de los que se han llevado a cabo hasta ahora, lo que implicaría costos en investigación tan altos como los que se han aplicado a la en la medicina occidental.

Lo importante es aceptar que existen formas distintas de ver los procesos de salud enfermedad, situación que implica procesos de intervención diferentes sin contradicción o negación fundada. En tanto sistemas diferentes con lógicas diferentes, la relación tiene que definirse en términos equitativos. En este sentido, si bien el objetivo es común, las diferencias cognitivas y por tanto operativas nos llevan a concluir que no debe haber traslape que desvirtúe o entorpezca una u otra práctica médica, por lo que deben trabajar independientemente con sus propias formas de organización.

Es necesario reconocer la importancia de ambas medicinas, ninguna sobra, al contrario, ambas hacen falta. Es hacia la complementariedad que debemos caminar.

VII) LA ORGANIZACIÓN DE LOS MÉDICOS MAYAS: EL MODELO XIK'UB'

Otro aspecto importante para establecer una relación entre los dos sistemas es el aspecto organizativo, aspecto que en el sistema occidental de salud ya está definido con todas sus bondades y con todas sus limitaciones. Por el contrario, en el sistema maya de salud, este modelo debemos recordar que empezó a ser desvirtuado y desestructurado inmediatamente con la invasión, conquista y colonización, por lo que debe ser retomado a partir de su misma estructura simbólica, a partir de su propia cosmovisión.

El modelo de relaciones (que como ya se ha demostrado en otros trabajos) señalados en la cosmovisión de una cultura, es un modelo que se replica en todos los espacios y ordenes de la vida de la población. No es extraño entonces, que este mismo modelo de relaciones lo encontremos en todas las instituciones de la cultura en cuestión; ya sea la institución educativa, de justicia, de salud, y la familiar. En cada una de estas podemos encontrar una forma de organización basada en esta cosmovisión, organización que define los roles y funciones de cada elemento que forma parte de la cultura.

En la cosmovisión maya no sólo los seres humanos son sujetos de establecer relaciones, también lo son la naturaleza animal y vegetal y el ámbito de las deidades, pero también las "cosas" tienen un rol y una función. De tal suerte, que un modelo organizativo cualquiera se puede definir en función de actos y espacios tan cotidianos como los tiempos de alimentación y el lugar donde esta se lleva a cabo. Es el caso del "Modelo Organizativo Xik'ub'.

Este es el caso de la organización de Ajkunanelab' Mayab' de Occidente, por lo que a continuación se describe dicho modelo organizativo.

a) MODELO DE ORGANIZACIÓN XIKUB'

La piedra de moler y los tetuntes

La piedra de moler tiene tres patas, un delante (más próxima a la persona que muele). Tiene funciones especiales, representa, según los Ajkunanelab' Mayab', la unión del hombre-mujer, el hijo, la flor o semilla, mientras que las otras dos simbolizan los pechos de la mujer, también a los padres o abuelos, que van delante del hijo guiando su camino. El brazo de moler, Uq'ab' k'a son los brazos que ejecutan el trabajo que se pretende.

El xik'ub' (tenemastes o tetuntes) está conformado por las tres piedras que sostienen las ollas o el comal sobre el fuego en la cocina de las familias rurales mayas. Estas tres piedras del Xik'ub' son de distintos tamaños, una grande, una mediana y una pequeña, en la cosmovisión maya se hace referencia a estas tres piedras en el plano espiritual, se corresponden a lo que en el Pop Wuj son: el Nim Kakulja', Rax Kakulja' y el Chip Kakulja'. Estas tres piedras o el Xik'ub' también reflejan el movimiento de la relación del hombre-mujer Ajaw: pedir, recibir y agradecer, cielo, tierra e inframundo, etc.

El Xik'ub' es además un fuerte elemento simbólico-energético en las familias, pues alrededor de él dialogan esposo-esposa, hijos-padres, abuelos-nietos, es un lugar donde se da consejo, se comenta el día, se descansa y se recuperan fuerzas, también es el lugar donde se realizan curaciones y secretos como los de la placenta.

El modelo organizativo Xik'ub', las tres piedras se representan en tres comisiones que sostienen con igual responsabilidad los fines de la organización, lo que implica el trabajo

colectivo, no individual, ni competitivo, sino de cooperación, de solidaridad, en donde también se el comal y la masa molida.

Traducido en términos organizativos cada piedra del Xik'ub' asume una función, la primera de representatividad, en este caso de los ajkunanelab', la segunda de planificación (diseña y estructura contenidos) y la tercera asume la parte administrativa. Sin embargo, de acuerdo a la cosmovisión ninguna comisión se deja a cargo de una sola persona, aquí se reconoce un valor maya que es el orden del todo y de la complementariedad de cada una de las partes en ese todo. Debe de estar claro que alguien da el primer paso en cada piedra, pero detrás le siguen los demás en orden y disciplina. Es un planteamiento de "autoridad" que se recibe y legitima desde las actitudes de servicio y responsabilidad. El que más autoridad tiene, más responsabilidad de servir a los demás.

El grupo en consenso, que es otro de los principios, decide quiénes serán su nab'e ab'aj (su primera piedra), que debe hacer su ukab' ab'aj, (segunda piedra) y que otras funciones debe asumir la urox ab'aj (tercera piedra). No es una decisión personal, unilateral, sino del conjunto que conforma la organización.

El Uch'utel es una pequeña piedra que a modo de cuña debajo de alguna de estas tres piedras, permite que se adapte el comal o la olla y que no se esta moviendo, desperdiciando o corriendo riesgosa innecesarios. Por tanto, minimiza las debilidades y las amenazas. Tiene una función de estabilización y apoyo.

El fuego y la leña

El fuego y la leña representan las ideas, las sugerencias, los aportes de las bases de la organización, simbolizando en el corazón de la tierra (Uk'ux Ulew), se necesitan varios leños y un aporte continuo y duradero de ideas para la sostenibilidad organizativa y el logro de sus objetivos. Se considerará el papel de los líderes y lideresas como aquéllos llamados a prender el fuego, a dar la voz de alarma cuando se va apagando, al tiempo que se visualiza todo el esfuerzo como algo dinámico, vivo, que necesita su sustento, su logística y que debe cuidarse entre todos.

El comal, la tortilla y el rimero:

El comal viene a representar la asamblea, la mesa de trabajo, los espacios para la toma de decisiones que en general son en consenso, después el pixab' o la toma del concejo. Los pueblos indígenas privilegian este valor de recibir y dar consejo, de escuchar a las partes, de tomar la palabra en beneficio del grupo.

La masa que es paciente y flexible, es el fruto de un proceso largo de consulta, de trabajo y participación, todos han sido parte y han colaborado para que se junte y tome forma. Ahora es en el comal, a través de la sabiduría de la tres piedras que conducen el calor de la hoguera, donde se generan los resultados –las tortillas- (leg o wa' en k'iche') las metas ansiadas que se repartirán a todos los miembros de la familia.

Estos productos colectivos, que también son de tres tamaños diferentes como las metas a corto, mediano y largo plazo, se ponen en un lugar del comal que no esté demasiado caliente y se va formando el rimero o columna de tortillas; así no se queman, es decir, no se abusa no se corrompen los logros del grupo organizado, ni se pierden ni dispersan.

Otro elemento que también ha sido relacionado con los anteriores es la cal que permite “curar”, darle madurez al comal y prepararlo para cumplir con su función, visto desde el nivel humano no corromperse. No entrar en las siete vergüenzas; la ambición, la envidia, la ingratitud, la ignorancia, el orgullo, la mentira y el crimen.

El petate o pop.

Permite entrelazar lo que cada quien puede aportar para el bien común, de una manera horizontal, desde lo próximo y cotidiano. Si observamos la unidad mínima del petate es un listón que va en una dirección (con una misión) pero inmediatamente aparece sujetado por otros dos en direcciones y sentidos opuestos. Es decir, que esta sujeto, conducido, no tiene demasiado margen de maniobra como para abusar de su cargo. Enseguida aparecen otros listones a todo el derredor que ayudan a este a soportar el trabajo en todas las direcciones; aprendemos pues del pop la riqueza que hay en el debate, en la transparencia, en el acompañamiento y el consejo.

Aprendemos a no excedernos, a pedir permiso y consenso cada vez que pretendemos algo nuevo, pues se sabe que todo tiene que ver con todo y que cada movimiento de una parte afecta a todos los demás. Tal como lo podemos observar también en las trenzas del cabello de la mujer; bien elaboradas y reforzadas con cintas de color como símbolos de los astros y el trabajo organizativo en el cosmos, reflejada en las familias.

Todos son elementos que se desarrollan alrededor del Xik’ub’, no sobran, no faltan, funcionan como un sistema, de manera organizada, en el que cada una de los elementos ponen su parte, por lo que no puede fallar uno, caso contrario el resultado puede no ser el deseado. Es en esta forma simbólica que funciona la organización a partir del model Xik’ub’, y que ya esta funcionando en el área Mam y K’iche’ de Quetzaltenango.

VIII) CARACTERIZACIÓN DE LOS DISTRITOS DE SALUD Y LOS NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA

El funcionamiento de las Áreas y Distritos de Salud según el reglamento interno del Ministerio de Salud de Guatemala, está bajo la responsabilidad actual de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)

La Dirección General del Sistema integral de Atención en Salud es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud, responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud, **articula funcionalmente los distintos establecimientos que conforman la red de los servicios públicos y privados ubicados en la jurisdicción de las Áreas y Distritos de Salud**, supervisando, monitoreando y evaluando los programas de atención a las personas y al ambiente que desarrollan los diferentes establecimientos.

También es responsable de conducir el proceso de programación local de los programas y servicios, y de vigilar y supervisar la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas dictadas por las dependencias reguladoras del Ministerio de Salud para la prestación y gerencia de servicios de salud. Le corresponde además evaluar la ejecución de los programas y su impacto en la salud de la población, siendo el vínculo de interrelación entre el Nivel Central y el Nivel Ejecutor del Ministerio de Salud.

Así mismo, debe establecer los mecanismos de coordinación y de comunicación entre las demás dependencias del Nivel Central y el Nivel Ejecutor con el objeto de optimizar el trabajo de estas últimas.

También tiene a su cargo, desarrollar acciones de promoción y educación para la salud, de capacitación permanente al personal de salud, para la correcta aplicación de los programas y normas relacionadas con los servicios y de la vigilancia epidemiológica para prevenir la aparición y controlar la difusión de enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes y reemergentes. Además apoya y participa en el desarrollo de los procesos de investigación científica y formación y capacitación de los recursos humanos en salud.

En esta dirección nacional, se encuentra el **Departamento de Promoción y Educación en Salud**, el cual está vinculado con acciones dirigidas al nivel comunitaria, por lo menos de manera escrita porque en la práctica resulta ser uno de los departamentos claves pero que no logra impactar en los Distritos de Salud con acciones de impacto a mejorar la salud de las comunidades. Para este departamento se establecen las funciones siguientes:

- a) Diseñar metodologías de educación para la salud en el ámbito de la comunidad tendientes al mejoramiento de las condiciones de la salud, estilos de salud y la utilización adecuada de los servicios de salud;
- b) **Promover la participación social y comunitaria en el desarrollo de los servicios de salud tanto en el ámbito de la planificación y programación como en la gerencia, monitoreo y evaluación;**
- c) Diseñar la metodología de capacitación del personal de salud para su adecuada integración y ejecución de las acciones de salud;
- d) Diseñar objetivos, contenidos, materiales y enfoques metodológicos de programas y mensajes educativos en salud, sobre problemas identificados como prioritarios para los diferentes grupos poblaciones;

- e) Promover la investigación y evaluación del impacto de los programas de promoción y educación en salud a nivel comunitario; en los usuarios de los servicios y en personal de salud;
- f) **Promover y coordinar las actividades de educación para la salud desarrolladas por el personal de los servicios en el nivel local con otras instituciones tales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación y otras instituciones públicas y privadas;**
- g) Otras funciones que le sean asignadas por el Despacho Ministerial.

Como se observa en lo anterior, la promoción y educación en salud es visto como algo que se le encarga a las instituciones del Estado principalmente aunque lo deja abierto a otras instituciones públicas y privadas, a esto, se habría indicado que promoverá la participación social y comunitaria en la planificación, programación, gerencia, monitoreo y evaluación de los servicios de salud. Aunque en la práctica no se cumple, se le debe observar para argumentar y justificar las demandas de mejorar los servicios de salud a nivel comunitario donde actúan promotores de salud, comadronas y el resto de médicos mayas aun no reconocidos por el Ministerio de Salud y actores comunitarios esenciales para la gestión de la salud en ese ámbito de acción.

El nivel ejecutor del SIAS, se divide en Áreas y Distritos de Salud, lo cual indica de antemano que está implementado desde el ámbito departamental hacia el municipal y comunitario

ÁREAS DE SALUD

Constituyen el nivel gerencial que dirige, coordina y articula la red de servicios de salud en el territorio bajo su jurisdicción dentro del contexto del Sistema de Atención Integral en Salud. Interpreta y aplica las políticas y el plan nacional de salud y desarrolla los procesos de planificación, programación, monitoreo y evaluación de las Áreas y Distritos Municipales de Salud así como de los establecimientos que conforman la red de servicios.

Para fines organizativos y de implementación del Sistema Integral de Atención en Salud, las Áreas de Salud comprenden el conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferente capacidad de resolución.

Un Acuerdo Ministerial determinara el número, denominación circunscripción territorial de cada una de las Áreas de Salud a ser organizadas en el territorio nacional.

La unidad técnico-administrativa de las Áreas de Salud es la dirección de Área de Salud, dependencia que planifica, programa, conduce, dirige, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud a este nivel. Está subordinada jerárquicamente a la dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y es **responsable de la gerencia de los Distritos Municipales de Salud que integran el Área de Salud respectiva**. Los Hospitales que integran la red de servicios debido a la complejidad y características especiales de su gerencia tendrán un régimen administrativo desconcentrado mantenido para fines de prestación de servicios de salud una vinculación y coordinación funcional estrecha con la Dirección de Área de Salud.

Sin menoscabo de la supeditación jerárquica establecida, la Dirección de Área de Salud, para el eficaz cumplimiento de sus funciones, podrá comunicarse directamente con cualesquiera de las dependencias del Nivel Central, cuando se trate de asunto de la competencia de estas últimas,

siempre y cuando se informe debidamente de lo actuado a la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud.

Se ha establecido claramente entonces que los distritos municipales de salud están dirigidos por el área de salud, aunque en la práctica con una clara jerarquización de los programas y acciones indicadas desde el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El actual reglamento interno del ministerio de salud fue aprobado en febrero de 1999, basado en el nuevo código de salud que entra en vigencia en noviembre 1997, conocido como el decreto legislativo 90-97. En la práctica contiene acciones reglamentadas por el acuerdo de 1984, esto porque no se ha podido implementar la extensión de cobertura en toda la población para lo cual se crea el código y el reglamento.

DISTRITOS MUNICIPALES DE SALUD

Constituyen el nivel gerencial que coordina y articula la red de servicios de salud bajo su jurisdicción en el contexto del Sistema de Atención Integral en Salud. Intenta y ejecuta las directrices, orientaciones estratégicas y programáticas del Área de Salud, mediante el desarrollo de un proceso de programación local de los servicios, que brindan cada uno de los establecimientos que conforman dicha red de servicios de salud.

Los Distritos Municipales de Salud comprenden el conjunto de establecimientos del primero y segundo nivel de atención en salud ubicados en la circunscripción territorial que le es propia. Casi siempre se refiere a un solo municipio aunque en algunas ocasiones se extiende a dos municipios, pero según el reglamento interno el Ministerio de Salud existen tantos Distritos Municipales de Salud como municipios en la República, salvo casos especiales en que atendiendo a necesidades de los servicios de salud se podrán considerar y establecer otras descripciones territoriales, bajo la responsabilidad del Despacho Ministerial.

Cada Distrito Municipal de salud está dirigido por un Coordinador de Distrito Municipal de Salud y constituye la dependencia técnico administrativa que planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud en el nivel municipal y depende jerárquicamente de la Dirección de Área de Salud.

La coordinación de Distrito Municipal de salud en su respectiva jurisdicción, es responsable de planificar, programar, coordinar, capacitar, supervisar y evaluar las actividades de provisión de los servicios básicos y ampliados que prestan los establecimientos institucionales y comunitarios de salud ubicados bajo su competencia y velando por la administración eficiente de sus recursos. Tiene a su cargo las siguientes funciones:

- a) Dirigir, conducir y organizar la prestación de servicios básicos y ampliados a cargo de los distintos establecimientos institucionales, comunitarios y no gubernamentales de salud que funcionan en el territorio asignado;
- b) Convocar y dirigir el Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud cuya organización y funciones se rige por una normativa específica;
- c) Fiscalizar la administración eficiente de los recursos asignados a los establecimientos sanitarios que estén bajo su área de influencia;
- d) Vigilar el cumplimiento de las normas sanitarias establecidas en el Código de Salud, sus reglamentos, demás leyes que promuevan la salud, normas o disposiciones aplicables, imponiendo, en su caso, las sanciones correspondientes;

- e) Promocionar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios en salud, dentro de su área de influencia municipal;
- f) Realizar la supervisión, el monitoreo y evaluación de los programas de salud a su cargo, y de su personal técnico-administrativo.
- g) Otras funciones que le sean asignadas por la Dirección de Área de Salud.

El Coordinador de Distrito Municipal de Salud debe llenar los siguientes requisitos.

- a) Ser profesional en Ciencias de Salud;
- b) Contar con experiencia comprobada de por lo menos tres años en programas de salud.

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Los Niveles de Atención en Salud son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.

Los Niveles de Atención en Salud se clasifican de la siguiente forma:

- a) **Nivel de Atención I:** constituye el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y **acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud**, entendidos éstos, como las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente, que se requieren de tecnologías y recursos apropiados para su resolución.

Están dirigidos a toda la población con especial énfasis a los grupos más postergados. Los establecimientos típicos que prestan servicios básicos de salud en este Nivel de atención son el **Centro Comunitario de Salud y el Puesto de Salud**.

Los servicios se prestarán en los establecimientos arriba indicados, en otros establecimientos públicos, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que están en el área de influencia. Podrán ser prestados también por grupos organizados de la comunidad u organismos no gubernamentales, para lo cual se requiera de la suscripción de convenios específicos con el Ministerio de Salud, en los cuales se exprese la naturaleza, ámbito y responsabilidades de cada una de ellas;

- b) **Nivel de Atención II:** desarrolla con relación a la población y el ambiente, un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos para solucionar los problemas de las personas referidas por el Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos típicos de este Nivel.

Comprende la prestación de servicios de medicina general, laboratorio, rayos X y emergencia, las cuatro especialidades médicas básicas (cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general y medicina interna); la subespecialidad de traumatología y ortopedia y salud mental, así con el desarrollo de acciones de promoción, prevención y rehabilitación según normas.

Los establecimientos típicos de este Nivel son los Centros de Salud, Centros de Atención Materno-Infantil, Hospitales Generales y aquellos otros que se creen para ese efecto.

- c) **Nivel de Atención III:** desarrolla, con relación a la población y el ambiente, servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas según son referidas por los establecimientos de los Niveles de Atención I y II **según normas de referencia y contrarreferencia**, o que acudan a los establecimientos de este Nivel en forma espontánea o por razones de urgencia.

Los establecimientos típicos que brindan atención en este nivel son los Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados de Referencia Nacional.

Se observa que en el primer nivel de atención, está dirigido básicamente a las comunidades en donde de manera oficial funcionan los puestos de salud y ahora con el programa de extensión de cobertura, funcionan los centros comunitarios de salud ó centros de convergencia.

Para el nivel comunitario se acepta que se pueden prestar servicios de salud en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias. Esto hay que tomarlo en cuenta y considerarlo para lo que se pretende en relación a la coordinación, articulación o complementación con el recurso propio de las comunidades, en este caso, los médicos de la Medicina Maya que habitan en las áreas de influencia que conocen la organización y estructura de la Medicina Maya que practican.

Lo que no parece tan lineal o gratuito es la relación que se establece con el Ministerio de Salud a través de los convenios, lo cual como lo ha demostrado las acciones de extensión de cobertura, los mismos significan imposición de líneas de acción y control del paquete básico de salud que se ofrece, lo cual al final de cuentas, se concentra en aspectos administrativos más que en la calidad de las acciones que se realizan. De tal cuenta, lo interesante sería elaborar acuerdos de cooperación más que convenios para aceptar hacer lo que el Ministerio de Salud establezca de manera unilateral.

Según Extensión de Cobertura:

Los servicios del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fueron proporcionados hasta 1996 por 860 Puestos de Salud, ubicados en áreas periurbanas y rurales de los municipios y atendidos por auxiliares de enfermería. La cobertura de cada Puesto de Salud se calcula en 2,000 habitantes que viven a su alrededor.

Además, se brindaba atención de primero y segundo nivel en 318 centros de salud con una cobertura estimada de 10,000 habitantes cada uno. Estos centros de salud cuentan con médicos, enfermeras profesionales y auxiliares y técnicos. La población que quedaba fuera del área de influencia de los servicios de salud, en el primer nivel de atención, constituía el 46% de los habitantes del país en 1995. Esta población se ubica en zonas geográficas con difícil acceso, en áreas muy dispersas, con altos índices de pobreza y con la mayor concentración de población indígena.

El modelo de atención utilizado hasta 1996, para el primer nivel de atención, tenía énfasis en la atención médica curativa y se orientaba a enfermos que consultaban en los establecimientos. La excepción era las jornadas de vacunación extramuros como actividad preventiva.

En general, no existían alianzas con otros prestadores de servicios de salud y la participación comunitaria era limitada a la convocatoria a las jornadas de vacunación. El Ministerio de Salud

no ejercía su papel rector, y tanto las instituciones nacionales que trabajaban en el campo de la salud, como la cooperación externa, eran concertadas directamente con las unidades técnicas o las Áreas de Salud en forma aislada y puntual.

Además, el financiamiento estaba orientado en una fuerte proporción al funcionamiento de los establecimientos de salud con énfasis curativo y en mínima parte a actividades preventivas para la población.

La Reforma del Sector

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implementó el Sistema Integral de Atención de Salud –SIAS-, que tiene como base las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud, las metas del Plan de Desarrollo de gobierno y Construcción de la Paz y los Acuerdos de Paz. El modelo de atención intenta dar respuesta a las necesidades planteadas, con un enfoque de eficiencia, eficacia y equidad.

El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996 - 2000 que incluyen: reordenamiento, descentralización y modernización del sector salud; aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud; mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos y calidad de la atención en hospitales, centros y puestos de salud; promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos de las instituciones que conforman el sector; promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural; participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud; y fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud.

El programa de Gobierno 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y las políticas de salud, proporcionan el marco legal de referencia que da respaldo al Sistema Integral de Atención en Salud. La aprobación del nuevo Código de Salud sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios, establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la relación intersectorial e interinstitucional.

Una de las políticas de salud establece como prioridad dentro del nuevo modelo de atención, la Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención.

EXTENSION DE COBERTURA PRIMER NIVEL: ALIANZA ESTRATEGICA CON ONGs Y OTRAS INSTITUCIONES

En junio 1999, la extensión de cobertura llegó a cubrir 3,534,521 habitantes en 25 de las 27 Áreas de Salud del país. Esta información se basa en el total de la población incluida en los convenios entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud – PSS/ASS-, así como la población cubierta por la Cooperación Cubana y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

Esta población es equivalente al 76.8% de la población que no tenía acceso a servicios de salud en 1996. Esto significa que la población que quedaría por cubrir sería de 1,065,479 habitantes. Si esta población sin acceso, se corrige por el crecimiento demográfico en el

período 1996-2000, correspondiente a 600,000 habitantes para el total de población no cubierta en 1996, el total de la población que necesitaría de servicios de salud al año 2000, sería de 1,665,479, o sea, un total de 1.7 millones ya corregidos por el crecimiento demográfico.

La extensión de cobertura alcanzada es producto de las alianzas con 78 organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras instituciones mediante la suscripción de 123 convenios. Además de las ONGs participan cooperativas, municipalidades, el IGSS, iglesias y otras instituciones de servicio. Estas organizaciones brindan servicios de salud directamente como prestadoras de servicios de salud, o bien, apoyan a los Distritos de Salud como Administradoras de Servicios de Salud.

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD

Los servicios básicos de salud son provistos en cada jurisdicción de 10,000 personas por personal institucional: un médico ambulatorio y un facilitador institucional; y por personal comunitario: 84 vigilantes de salud, las comadronas tradicionales existentes, ocho facilitadores comunitarios y los colaboradores de vectores; juntos conforman el

Servicios Básicos de Salud.

Existe un plan básico para el primero y segundo nivel de atención del MSPAS que incluyen los siguientes servicios:

	Atención a la mujer embarazada	Control prenatal, toxoide tetánico, entrega de micronutrientes, atención del parto, puerperio e inteconcepcional.
	Atención infantil y preescolar	Vacunación control de la IRA, control de diarrea / cólera, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años.
	Atención a las demandas de emergencia y morbilidad	Diarrea / Cólera, IRA, Dengue / malaria, tuberculosis, rabia, ETS / SIDA
	Atención al medio	Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua.
	Atención a la mujer en edad fértil	Detección precoz del cáncer y planificación familiar.
	Atención infantil y preescolar	Evaluación y atención nutricional de menores e 5 años.
	Atención de emergencia y morbilidad	

El modelo de prestación de servicios en el primer nivel, considera un espacio físico en la comunidad, denominado “Centro Comunitario”, para realizar acciones de atención médica, capacitación y análisis de situación de salud con la asamblea comunitaria.

Estos centros comunitarios constituyen un aporte de contrapartida de la comunidad y es responsabilidad de las organizaciones comunitarias asegurar su mantenimiento. Actualmente, se cuenta con 1,868 centros comunitarios.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha gestionado con el Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ) y la Unión Europea (UE), el financiamiento para la construcción formal de centros comunitarios.

IX) PROPUESTA PARA EL REALCIONAMIENTO ENTRE EL SISTEMA MEDICO MAYA Y EL SISTEMA MEDICO OFICIAL EN LOS DISTRITOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

a) CONSIDERACIONES PREVIAS

Como es evidente, para elaborar una propuesta de relacionamiento entre ambos sistemas médicos, es necesario primero conocer cuál es la lógica de cada uno de ellos, esto implica, no sólo la forma en que operan en lo técnico y científico, sino, fundamentalmente, en el ámbito filosófico, aspecto que pretendemos esclarecer en los anteriores capítulos ya que, como se puede apreciar, el fundamento filosófico de ambos sistemas es diferente.

En lo que concuerdan ambos sistemas es que hay que atender las demandas del proceso salud-enfermedad de la población a la que se deben, sin embargo, hay que tomar en cuenta la diferencia de percepciones. Desde la filosofía de ambas, como ya se explicó, se define al hombre de manera distinta, lo mismo sucede con la percepción del proceso de salud enfermedad. Esto lejos de ser diferencias superficiales, marcan en forma por demás evidente, el por qué deben ser tratados estos problemas y la manera en que deben ser tratados, aspectos sobre los cuales ya hablamos.

La pregunta es ¿existe la posibilidad de establecer alguna relación entre ambos sistemas médicos?, la respuesta a priori podría ser que sí. Sin embargo, dadas estas diferencias de fondo, la pregunta consecuente es ¿cuál es la forma más adecuada de establecer dicha relación?

De inicio y sin mayor análisis, tomando en cuenta las características históricas de la relación entre ambas culturas, el vínculo debe ser en términos de igualdad, respeto y de conocimiento mutuo, sin imposiciones, basándose en las formas organizativas de cada uno.

Esto supone un problema, ya que si cada sistema médico va a trabajar en su propia lógica lo que implica formas de organización distintas, ¿cómo sería posible un trabajo común? Vistas detenidamente las cosas, el problema es sólo superficial, ya que si se dejan a un lado las descalificaciones prejuiciosas y mal intencionadas, ambos sistemas, son complementarios en términos de la atención de la salud de las personas. Si una práctica médica hace énfasis en el aspecto biológico, la otra lo hace en lo metafísico-espiritual sin dejar de lado lo biológico. El reto en todo caso para los profesionales que ejercen la medicina occidental, es tener la voluntad de reconocer que el aspecto espiritual influye en el proceso salud-enfermedad de las personas, ya que para la población maya y sus especialistas en medicina, esto es reconocido.

Atendiendo a sus fundamentos filosóficos diferentes, ambas prácticas médicas atienden perfiles epidemiológicos distintos, utilizando procedimientos y recursos terapéuticos también distintos. En el caso de la medicina occidental, sí se concibe al ser humano fundamentalmente como un ser biológico, los problemas de salud atendidos y su solución, tendrán que ver con esa dimensión del ser humano. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están en función de las alteraciones físicas del ser humano que pueden ser medidas, cuantificadas y visibles a los sentidos. Es por lo anterior que enfermedades como el ojo o el susto no son reconocidas, dado que escapan de la dimensión biológica que atiende el sistema occidental.

Por otro lado, la medicina maya, al considerar los aspectos biológico, social, natural y espiritual en el proceso salud-enfermedad de las personas, el perfil epidemiológico, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que aplica, escapan de la dimensión física y cuantificable propios de

la medicina occidental. Por esta razón, cuando el tratamiento aplicado recomienda la reconciliación con el vecino, el respeto a la madre naturaleza, entre otras orientaciones, en busca de la armonía espiritual, es porque tienen relación con el proceso salud-enfermedad. La pérdida de la salud tiene que ver en gran medida con el desequilibrio de la energía y la pérdida de la armonía de los seres humanos, aspectos subjetivos, que influyen en lo biológico. El abordaje terapéutico dentro de la medicina maya tiene un fuerte componente ritual, pero también usa elementos que tienden a abordar manifestaciones biológicas de la enfermedad, tal es el caso del uso de las plantas medicinales.

Esto quiere decir, que si bien hay una incompatibilidad en el marco filosófico de los dos sistemas médicos en discusión, esta no debería existir en la práctica, ya que ambas buscan re-establecer la salud de las personas. En el ámbito comunitario no hay contradicción, la población acude tanto a los recursos de la medicina occidental como a los de la medicina maya o cualquier otra que supongan les pueda resolver un problema de salud, sobre todo en la población maya que valora ambos sistemas médicos. Esto se aprecia también en la población no maya que ha visto limitado el acceso a los centros de salud.

¿Es importante la dimensión biológica? Evidentemente sí, en tanto el ser humano es un ente biológico. ¿Son importantes las dimensiones social, personal y espiritual? Afirmamos que sí en función de todo lo comentado. Luego entonces, una conclusión lógica es que son complementarias aun sin habérselo propuesto ya que ambas han funcionado paralelamente.

De lo que se trata ahora es de que en ese paralelismo, se encuentren puentes de contacto para potenciar el trabajo que se realiza en ambos sistemas en la atención de la salud de las personas.

Partiendo de las consideraciones anteriores, en los siguientes párrafos se plantean los puntos de encuentros entre ambos sistemas médicos para la atención de las personas en los servicios oficiales de salud a nivel de los distritos municipales.

b) LÍNEAS DE ACCIÓN PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL OFICIAL Y LA MEDICINA MAYA EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Para avanzar en el establecimiento de una relación entre el sistema médico oficial y el sistema médico maya, sobre la base del respeto e igualdad de condiciones se proponen las siguientes líneas de acción:

1. CONOCIMIENTO Y RECONOCIMIENTO MUTUO

a. Por parte del sistema médico oficial.

Considerando que el personal que labora en los distritos de salud del Ministerio de Salud (médicos/as, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales) tiene una formación académica de corte occidental, en donde otros modelos médicos, como el maya, no son considerados en los programas de estudio, lo que provoca que al ejercer la profesión discriminen y rechacen las prácticas médicas mayas y sus especialistas, se hace fundamental introducir a los profesionales de salud sobre en el conocimiento del sistema de salud maya.

En función de abordar el tema de la medicina maya para que sea conocido por el personal técnico y administrativo de los distritos de salud, se propone desarrollar con ellos un curso de

introducción a este sistema médico, con el propósito de que se familiaricen con su lógica, estructura y funcionalidad. El conocer y reconocer la validez de otros modelos médicos, contribuirá a superar las prácticas discriminatorias del personal oficial de salud hacia quienes practican y hacen uso de la medicina maya, esto permitirá una mejor comunicación y relación médico-paciente y por ende una mayor utilización de los servicios oficiales de salud por las familias mayas.

Los temas importantes a abordar son:

- Interculturalidad en la salud
- Marco legal y jurídico que sustenta la practica de la medicina maya en Guatemala.
- Marco filosófico de la medicina maya
- Epidemiología cultural
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la medicina maya
- Rol social de sus especialistas y proceso de selección y formación.

b. Por parte del sistema medico maya.

Debido a las condiciones históricas de rechazo y marginación a la que se han visto sometidos los especialistas de la medicina maya, es que no se ha podido establecer ninguna relación entre ellos y el sistema oficial de salud, a excepción de la comadrona, que por su trabajo en la atención del parto, ha mantenido una relación con los distritos de salud pero en condiciones de subordinación. La imposibilidad de tal relación tiene como consecuencia, entre otras cosas, que los médicos mayas desconozcan el funcionamiento del sistema oficial de salud (estructura, normas, formas de organización etc.), situación que estaría limitando una relación en condiciones de igualdad entre ambos sistemas médicos.

Ante esta situación y para superar el desconocimiento de la forma en que opera el sistema oficial de salud, se plantea introducir a los médicos mayas en el conocimiento de la estructura y funcionalidad de los servicios oficiales de salud, con la finalidad que conozcan en forma general sus normas, organización de los servicios, recursos, horarios y procedimientos, para que en el momento que tengan que referir a un servicios oficial de salud, orienten adecuadamente a la persona que necesita el servicio ó bien para establecer alguna forma de coordinación para la realización de actividades puntuales, como intercambio de experiencias, capacitaciones, etc.

Ambas acciones permitirán minimizar el rechazo que por desconocimiento mutuo actualmente existe entre el personal de ambos sistema médicos y de la población maya que hace uso de los servicios oficiales de salud.

2. INCLUSIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CULTURAL MAYA EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD.

Un claro ejemplo de que la práctica médica maya no es tomada en cuenta en la institucionalidad de los servicios oficiales de salud son las actuales normas del primer nivel de atención, ya que en ellas no esta incluido el perfil epidemiológico que se define desde el sistema médico maya. No obstante esta omisión, el Ministerio de Salud indica que están basadas en el perfil epidemiológico del país. En este sentido, para poder institucionalizar la relación entre ambos sistemas médicos es necesario que se revisen y adecuen las actuales normas de atención a las personas, con el fin de incluir en ellas el perfil epidemiológico cultural sobre el que trabajan los médicos mayas.

Este paso de revisión y adecuación de las normas de atención del Ministerio de Salud en función de una adecuación al contexto cultural de cada región en el que se aplican, debe ser parte de la implementación de la propuesta, actividad en la que los protagonistas principales deben ser los médicos del sector oficial, pero basándose en la consulta y discusión que se lleve a cabo en los espacios de interacción con los médicos mayas que funcionará en cada Distrito de Salud. Los instrumentos para el efecto deberán ser elaborados en este marco de relación.

Esta acción es fundamental, ya que las normas son las reglas que guían las acciones para el diagnóstico y tratamiento que debe aplicar el personal en los servicios oficiales de salud, pero que hasta ahora sólo ha tomado en cuenta el perfil epidemiológico de la medicina occidental.

Con lo anterior se estaría hablando propiamente del “perfil epidemiológico de la región”. Es a partir de esta inclusión e institucionalización que verdaderamente se podrán alcanzar los objetivos planteados en las actuales normas

2.1 MECANISMOS DE REFERENCIA Y RESPUESTA

En función de lo anterior, como no se trata ahora de que el médico occidental atienda las enfermedades del médico maya ni viceversa, lo que se debe incluir en las normas de atención del primer nivel son las líneas generales de identificación del perfil epidemiológico desde la cultura maya, a fin de que el personal de los servicios oficiales de salud pueda hacer la referencia hacia los especialistas del sistema médico maya. Esto no implica para los médicos oficiales la aplicación de tratamientos, sino exclusivamente la identificación del problema de salud para su referencia.

Es necesario entonces elaborar un instrumento en el que se registre la referencia hacia los especialistas de la medicina maya. Este instrumento opera en un nivel básico, en la medida de identificar el número de referencias hechas y de quien proceden.

Lo anterior implica en consecuencia la implementación de mecanismos e instrumentos de coordinación entre los servicios oficiales de salud (Puestos y Centros de Salud, Centro de Convergencia, y ONGs prestadoras de servicios básicos de salud dentro del SIAS) y los médicos mayas a fin de poder establecer un sistema de referencia y respuesta entre ambos sistemas médicos.

Por su parte el médico maya al conocer la estructura y funcionamiento de los servicios oficiales de salud, tal y como se anotó en el primer punto, tendrá mayores elementos de juicio para llevar a cabo una posible referencia. A servicio de salud refieran el médico maya, dependerá de las condiciones a las que se enfrenten en la comunidad, lo cuál implica la hora, la infraestructura montada, el personal que se pueda encontrar en el espacio geográfico y en el espacio temporal.

En horarios de atención y si existe puesto o centro de salud, lo conducente es que se refiera a estas instancias de servicios.

La referencia por parte del especialista maya será de carácter oral y sujeta a la decisión familiar.

No es conducente en este trabajo indicar que puede hacer el médico maya en caso de que no se cuente con ninguno de los servicios mencionados, esto lo ha resuelto la comunidad o no de acuerdo a los recursos con los que cuenta, que va desde hacer uso del transporte privado,

pasando por la ayuda de las autoridades locales, hasta resignarse a padecer la enfermedad hasta encontrar la forma de cómo solucionar la situación.

El mecanismo de referencia de los servicios oficiales de salud será en forma oral hacia el especialista de la medicina maya pero registrada en el servicio oficial anotando la causa. Este registro permitirá llevar a cabo la caracterización de la epidemiología regional, lo cual se puede constituir en insumos para investigaciones e intervenciones en salud. Así mismo, la forma de evaluar y monitorear la referencia y respuesta se da en función del número de casos registrados adecuadamente

3. COORDINACIÓN DE ACCIONES

Se deberán llevar a cabo reuniones en principio entre la Dirección de Área, médicos locales de los servicios oficiales y los médicos mayas. El motivo de las reuniones puede ser para discutir y analizar los casos atendidos, los procedimientos seguidos y resultados obtenidos, y demás aspectos que consideren pertinentes. Además de ello, para definir estrategias de acción en cuanto a la atención, rehabilitación pero sobre todo prevención, bajo la lógica de evitar que la población llegue a los centros de atención en la medida de que se previene la enfermedad. Esto quiere decir que se le ponga más atención a la prevención que, valga el señalamiento, es uno de los aspectos en los que hace énfasis la medicina maya.

El establecimiento de una relación entre ambos sistemas médicos si bien puede requerir de un espacio físico, no necesariamente tiene que ser así para que se lleve a cabo. Estaríamos hablando de un Puesto de Salud sin paredes, sin propiedad de un solo sistema, sino un punto de encuentro para cosas y casos institucionalizados, en donde interactúen la medicina occidental y la medicina maya, por ejemplo, en donde se defina sobre los casos que se deriven ya sea a los servicios occidentales de salud, ya sea a los servicios mayas. Este espacio sería de:

- a) Información
- b) Coordinación
- c) Lugar de reuniones
- d) Educación en salud colectiva
- e) Otras.

4. DE LAS ACCIONES YA IMPLEMENTADAS POR LOS SERVICIOS OFICIALES DE SALUD

En cuanto a los servicios oficiales de salud propiamente en el espacio local, las acciones seguidas por algunos Puestos y Centros de Salud, deben ser reforzadas, en este caso se hace referencia a algunas acciones ya implementadas:

- a) Hablar en el idioma local o, en su defecto, contar con traductores a fin de que exista una buena comunicación entre la persona que requiere el servicio y el médico, lo que, a su vez, generaría una mayor confianza entre ambos, situación que redundaría en una mayor eficacia de la intervención.
- b) Conocimiento físico y social del área geográfica por parte del personal que labora en los servicios oficiales de salud de los Distritos de Salud.

- c) Contar con un instrumento de registro de información del problema de salud que tome en cuenta la interpretación de la misma por parte de quien requiere los servicios;
- d) Contar con cierta infraestructura que puede incluir espacios en donde la familia puede estar con la persona que tiene problemas de salud (casa materna) o bien, que la mujer pueda elegir la forma en la que desea tener su parto.
- e) Tomar en cuenta la percepción de la naturaleza de la enfermedad por parte de la persona con problemas de salud como, por ejemplo, la calidad de frío o caliente de algunas enfermedades en relación al tratamiento.
- f) Dar a conocer el vademécum de plantas medicinales reconocido y elaborado por el ministerio.
- g) Dar a conocer las investigaciones y sistematización del uso de elementos de la medicina tradicional.

5. SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL COMUNITARIO

- a) Debe existir una coordinación estrecha entre los promotores de salud, los médicos mayas y el personal asignado al puesto de salud, con la coordinación del Distrito de Salud para que en base al análisis de situación de salud o específicamente del perfil epidemiológico se establezcan las acciones inmediatas a ejecutar.
- b) El rector de la salud en la comunidad debe ser el ente político formado para moverse en las dos lógicas de los modelos de atención de la salud, el grupo comunitario que es capaz de moverse de esta manera y de realizar de manera natural el proceso de referencia y respuesta según los límites de la ruta de búsqueda de soluciones a la situación de salud por parte de las personas. Esto se refiere a los promotores y promotoras de salud.
- c) La orientación del tratamiento integral de las personas debe ser dado por los médicos y médicas mayas y quienes deben indicar cuáles de los elementos de la integralidad de la salud debe considerarse para realizarse en las personas. Ya sea ceremonias mayas de curación, de prevención o de apoyo, o cuales de los recursos terapéuticos propios o naturales debe aplicarse, o si finalmente debe ser restablecido desde la medicina occidental.
- d) Los promotores de salud deben ser los encargados de la promoción de la salud a nivel familiar y comunitario así como de representar a la comunidad en los espacios de representación legal como Comisión municipal ó departamental de salud.
- e) Se deben establecer los horarios de los servicios según las necesidades de la población:
 - Las mujeres en las mañanas mientras los hombres estén el campo de agricultura u otros oficios
 - Los hombres en las tardes luego de su horario de trabajo o jornal.

- La niñez escolar por la tarde previo a la atención de los hombres.
- La niñez preescolar en las mañanas junto a sus madres o por la tarde con sus padres.
- Un programa transversal de atención a las emergencias.

Bajo estas condiciones mínimas es que se puede iniciar una relación entre los sistemas de salud referidos. Evidentemente esto supone un proceso y, en consecuencia, también supone que esta relación puede, y de hecho así debe ser, mejorada y ampliada en la medida de que las condiciones, en particular de la medicina maya, también vayan mejorando en los aspectos anotados.

X) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- a) No se trata de agotar la forma de organizar todos los recursos para prestar o desarrollar servicios de salud a nivel de la comunidad, pero sí de establecer criterios generales que puedan llevarse a cabo en el momento de contar con acuerdos mínimos de tener la decisión política de trabajar en conjunto.
- b) Para hacer más práctica y operativa la relación entre la Medicina Maya y la Medicina Oficial, la misma se debe iniciar en el ámbito de la propia práctica de los Médicos Mayas, es decir, en las comunidades donde coinciden con el Distrito de Salud definido actualmente por el Ministerio de Salud.
- c) Si bien podemos hablar sin ninguna limitación de complementariedad entre ambas prácticas médicas, no sucede lo mismo en términos de su relación. En la situación en las que se encuentra la medicina maya, no puede pasar de aspectos puntuales que vayan mucho más allá de lo señalado en los puntos anteriores por las siguientes razones:
- La existencia clara, definida del sistema médico maya no implica que su organización tenga la solidez necesaria para llevar la relación entre ambas medicinas más allá de lo indicado. Es pertinente dejar anotado que debido a circunstancias históricas ya conocidas, toda la institucionalidad del Pueblo Maya fue desestructurada. En este sentido, para establecer una relación más amplia, es indispensable apoyar en el fortalecimiento de la organización de los médicos mayas y su sistema de salud en general.
 - En el capítulo de organización ya se presenta un modelo posible de organización desde la propia lógica de la cultura maya que bien puede ser redefinido por ellos mismos en la medida de que se vayan agrupando. El sistema occidental oficial ya cuenta con una forma de organización definida, la cual, por supuesto, no se pretende cambiar pero de la misma forma no se pretende cambiar la lógica de la medicina maya.
- d) Sin el cumplimiento de esta condición previa a una relación más profunda, el “acercamiento” entre ambas medicina puede significar para la medicina maya una asimilación gratuita en la medida de que se relaciona en condiciones no equitativas con un sistema que, si bien podemos no considerarlo como el ideal en términos de servicio, sí esta bien consolidado en todos sus aspectos.
- e) El hecho de que los médicos occidentales conozcan la lógica y demás aspectos de la medicina maya, también podemos considerarlo como un factor que tiende a su fortalecimiento en la medida de que va a ser mejor comprendido y, por lo mismo, menos rechazado.
- f) Vistas así las cosas, por un lado, hablamos de complementariedad en función de sistemas y por otro, de una relación puntual en tanto la medicina maya puede apoyar a la occidental en su lógica sin dejar de lado la propia, y viceversa. De hecho, la medicina occidental se podría ver más beneficiada si aprende a ser más holística en su atención

- g) Sin duda, una relación de este tipo mejora la capacidad de resolución en el ámbito comunitario ya que se vincularían varios elementos:
- § Se tendrá una visión más holística del proceso de salud enfermedad mejorando con esto la efectividad de las intervenciones en la curación, prevención y rehabilitación.
 - § Se contará con mayores recursos humanos para la atención de la población.
 - § Los costos no se incrementan de manera sustancial.
 - § Un mejor control de los perfiles epidemiológicos.
- h) Finalmente, en lo operativo tendrían que llevarse a cabo algunas acciones mínimas como las siguientes:
- § Fundamentalmente el fortalecimiento de la medicina maya en los aspectos organizativos, de sistematización, rescate e investigación de esta práctica médica.
 - § La elaboración de un instrumento de referencia y respuesta pertinente a las características de la relación propuesta.
 - § Elaboración de un instrumento de información del estado de la persona referida en ambas vías.
 - § Capacitación y sensibilización de los médicos occidentales sobre la medicina maya para que la relación entre ambos especialistas sea lo más adecuada.
 - § Capacitar a los médicos mayas en el perfil epidemiológico tratado por los servicios oficiales de salud para mejorar su capacidad operativa.
 - § Definir una base de datos que contemple ambas epidemiologías.
 - § Elaborar una base de datos que identifique a los médicos mayas: especialidades, cuántos son, dónde se encuentran, etc.

XI) ANEXO 1

La sistematización en relación a la “Atención de la salud culturalmente adecuada en el primer nivel de atención desde la visión de organizaciones mayas, promotores de salud, ajkunanelab’ mayab’ y otros actores políticos”, presenta la visión de las organizaciones mayas, promotores de salud, médicos mayas de seis comunidades lingüísticas K’iche’, Mam, Kaqchikel, Achi’, Poqomchi’ y Q’eqchi’. Además de la visión de actores claves como políticos mayas y autoridades de salud.

Dentro de los actores relevantes considerados en las consultas sobresalen los promotores de salud quienes han sido social y culturalmente aceptados como prestadores de servicios relacionados con la prevención, tratamiento y curación.

Su incorporación en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social únicamente ha implicado centrarse en su formación y capacitación desde la lógica del sistema oficial, más que en una estrategia de interrelación de carácter integral que implique una verdadera valoración de los recursos humanos que comprenden la dinámica comunitaria y las necesidades de un Ministerio de Salud.

En cuanto a las organizaciones mayas es importante considerar que en los últimos diez años las reivindicaciones han pasado del planteamiento culturalista e identidad a una presencia reivindicativa como pueblo maya en lo político organizativo, por lo que es necesario conocer de estos dos actores sociales, cuál es una visión en cuanto a la construcción de una propuesta de salud culturalmente adecuada, dando preeminencia a su experiencia desde su contexto cultural.

En cuanto a los ajkunanelab’ mayab’, como actores y portadores del conocimiento del sistema médico maya, quienes desarrollan, revitalizan y promocionan la medicina maya, son quienes pueden orientar los niveles de interrelación, coordinación, como los elementos de adecuación cultural que debe considerar la propuesta.

Contar con el aporte de personas involucradas en la salud como; académicos, investigadores, líderes, guías espirituales y políticos mayas, fue de vital importancia por conocer estos la estructura del Estado guatemalteco, debido a su experiencia en diferentes ámbitos y niveles de incidencia, lo que le da un matiz de coherencia y viabilidad a la propuesta hacia el Ministerio de Salud.

Las conclusiones fueron las siguientes:

- 1 Desde el sistema oficial de salud, mediante sus autoridades de salud, nadie hace mención de la referencia y contrarreferencia en la prestación de servicios de salud desde los dos sistemas médicos, ha excepción de los demás actores, como los ajkunanelab’, promotores de salud, organizaciones mayas con el objeto de corresponder a las necesidades de la población y reconocimiento de limitantes de los proveedores de salud.
- 2 Se considera fundamental que las escuelas formadoras como universidades, escuelas de enfermería se incorpore a los pensum de estudio el sistema médico maya, y la modalidad de post grados y maestrías en sistemas de salud de pueblos indígenas.

- 3 Existe la anuencia e interés de las organizaciones mayas, Ajkunanelab´ Mayab´ y promotores de salud de impulsar la iniciativa de elaboración de propuesta de salud culturalmente adecuada hacia el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, porque innovará la prestación de servicios de salud para los pueblos indígenas, sobre todo si se consideran los rubros económicos y de recursos humanos.
- 4 Para corresponder a las necesidades de salud en las comunidades se hace mención de la importancia que se coordine entre ambos sistemas para que se complementen acciones a nivel técnico, pero no se puede plantear una incorporación del Sistema Médico Maya al Ministerio de Salud, porque habría que conocerlo para no descalificarlo, conocer las patologías, enfermedades culturales, el nivel de manejo de la ayuda psicológica, conocimiento de la idiosincrasia y realidad cultural.
- 5 Se considera necesario la descentralización del sistema de salud, de los recursos financieros a nivel de las Direcciones de Áreas de Salud, para corresponder a las necesidades de las regiones, y generar la capacidad de gestión pública mediante la participación de los proveedores de salud a nivel de las comunidades, autoridades locales, municipales.
- 6 Es fundamental revisar los lineamientos en cuanto a políticas de desarrollo para pueblos indígenas planteados por organismos internacionales como la –OEA, Sistema de Naciones Unidas- las cuales son avaladas por los gobiernos de turno, en su mayoría buscan avanzar en la estrategia económica neoliberal, y con el fin de visualizar, concretar la consistencia teórica, técnica, económica, política y viabilidad de la propuesta de salud culturalmente adecuada, debido a que se plantea desde el “colectivo de instituciones del Estado” que lo dirigen funcionarios indígenas, “la pertinencia cultural” sin considerar las necesidades e intereses del pueblo maya, pero si los beneficios transnacionales.(explotaciones mineras, TLC, etc.).
- 7 Debe plantearse la necesidad de revisar y reestructurar el Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención con el objeto de brindar una atención acorde a los sistemas médicos existentes en los Distritos de Salud y propiciarse un sistema de información del Ministerio de Salud que incorpore el registro de enfermedades culturales del pueblo maya.
- 8 El rol y aporte de las organizaciones mayas debe ser a nivel de ingerencia en los espacios de toma de decisión a nivel local, regional y nacional, por lo que corresponde a ellos una labor más política, estratégica, de cabildeo y negociación de la propuesta en las ventanillas indígenas existentes, universidades, Congreso de la República y Ministerios del Estado para viabilizar la propuesta.
- 9 El concepto de Distritos de Salud, debe fundamentarse de acuerdo a los marcos legales y políticos del Ministerio de Salud, para comprender las implicaciones jurisdiccionales y administrativas.

En cuanto a la sistematización sobre “**Experiencias Nacionales e Internacionales de Organización y Prestación de Servicios Oficiales de Salud con Pertinencia Cultural**”, se llevó a cabo el análisis de las siguientes experiencias:

- 1 Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. Provincia de Quispicanchi, Departamento de Cuzco, Perú.
- 2 El sistema de salud tradicional Garífuna y su vinculación con el sistema de salud institucional: el caso de los garífunas de Santa Fé, Honduras.
- 3 Proyecto de implementación en sistema de atención primaria en salud, en el primer nivel de atención con carácter piloto, en tres distritos de San Juan Ostuncalco, del Departamento de Quetzaltenango
- 4 Experiencias de salud intercultural en los municipios de Nahualá Frío y Santa Lucía Utatlán, del Departamento de Sololá.
- 6 Bases para la articulación de la medicina maya y la medicina occidental en los municipios de Cantel, San Juan Ostuncalco, Cabricán, Cajolá y Concepción Chiquirichapa, del Departamento de Quetzaltenango.
- 7 Complementación de sistema médico oficial y Mapuche mediante la derivación de casos del equipo de salud del consultorio de Chol Chol a Machi del sector. Chile
- 8 Experiencias de salud intercultural en cuatro comunas de la provincia de Arauco: Cañete, Contulmo, los Álamos y Tirúa . Chile
- 9 Autogestión de un centro de salud intercultural: centro comunitario de salud integral Boroa Filulawen. Chile

Las conclusiones a las que se llegaron:

1. No hay una denominación común para referirse a la inclusión de la medicina indígena en los servicios públicos.
2. No hay un punto común de enfoque, por lo que se ve desde diferente perspectiva teórica – práctica, confundiéndolo con la buena atención que debe ser para todos y ser parte de un servicio de salud, así como la facilitación del acceso pero solamente para el sistema oficial de salud.
3. La poca claridad sobre el tema, los diferentes enfoques y las líneas de abordaje, son elementos que han influido en la aceptación de las propuestas y/o desarrollo de las experiencias, pues han creado confusión, rechazo e indiferencia por parte del personal médico; sentimiento de competencia (técnica, financiera, de personal, de recursos, de espacios, etc.), lucha interna entre los dos sistemas y más divisionismo por visualizarlo como “otro programa” de las autoridades de salud.
4. Las líneas de abordaje de la inclusión de la medicina indígena en los servicios públicos han sido más desde el punto de vista técnico que cultural, lo que contribuye al debilitamiento de la medicinas indígenas en el sentido de que ya no hay renovación de terapeutas, poca disponibilidad de recursos terapéuticos. (se usan solo los recursos, y los conocimientos de

los terapeutas)

5. Como proceso necesita de más estudios y análisis para entender y fortalecer los planteamientos que se puedan hacer sobre el tema y evitar situaciones de asimilacionismo, integracionismo, de un sistema sobre el otro, con la consecuente disminución e incluso desaparición.
6. Aun cuando es mínimo y diverso, hay experiencias de complementariedad entre los terapeutas de las medicinas indígenas y el médico.
7. Se puede establecer que en forma natural el usuario y el terapeuta indígena ya establecen una relación de cooperación entre los sistemas médicos, toda vez que ambos actores tienen clara la pertinencia y los límites de cada uno para intervenir en el tratamiento y entendimiento del padecimiento, permitiendo esto la búsqueda (en el caso del usuario) o la referencia (en el caso del terapeuta) espontánea hacia uno u otro sistema.
8. En las experiencias no se consideran los valores y principios propios de cada cultura, los cuáles determinan las formas particulares y personales en las que se abordan las dinámicas de los procesos, las actividades, etc. (por ejemplo: el tiempo, el escuchar, la historia clínica llevada como una conversación más que asuntos y preguntas puntuales, etc.)
 9. La existencia de una política de Estado por sí sola no garantiza el desarrollo y el éxito de un programa; inciden enormemente la actitud y buena voluntad del personal de los servicios de salud oficial.
10. La religión evangélica en sus diferentes matices se ha constituido en un obstáculo para el desarrollo de las acciones en cada experiencia, así como para la aceptación, crecimiento y fortalecimiento del sistema médico indígena.
11. En las experiencias donde hay subsidios y/o apoyos financieros externos, al concluir estos, no hay (o no habrá) continuidad de algunas actividades. No se encontró en ninguna experiencia el planteamiento o implementación de una actividad o forma de garantizar la sostenibilidad.
12. La estructura y dinámica del sistema oficial (cambios periódicos del personal médico institucional, los horarios y calendarios de atención, las metas del sistema oficial en cuanto a la cobertura tanto de programas como de atención, el sistema epidemiológico establecido, etc.), ha sido una limitante institucional y cultural para el buen desarrollo de las experiencias, aun con la buena voluntad y actitud del personal médico.
13. En las experiencias se visualiza la falta de interés / voluntad de parte de los médicos (principalmente) para apoyar las experiencias, lo cual se materializa en la poca o nula asistencia a los eventos, talleres u otros de sensibilización, información y/o acercamiento organizados por los entes indígenas e incluso por el mismo Ministerio de Salud de cada país, lo que podría ser interpretado como manifestaciones de discriminación y racismo hacia las culturas indígenas.
14. Los programas de salud con pertinencia cultural que han asumido los servicios de salud son adicionales a los programas propios y específicos del sistema oficial, lo que sobrecarga la acostumbrada dinámica del personal médico / paramédico.

15. No ha habido (o por lo menos no se encontró) una definición de los parámetros de evaluación al momento de plantear los programas.
16. Comienza a darse el reconocimiento de la existencia de la medicina indígena que propicia la realización de investigaciones, estudios y acciones de acercamiento para ir comprendiendo lo que significa la medicina indígena desde lo cultural, lo técnico y su aportación al proceso de prevención y curación.
17. En las comunidades involucradas, se abre ya la discusión sobre la existencia de un sistema propio, su valoración e incidencia en la cobertura de atención frente a las capacidades y limitantes del sistema oficial.
18. Se comienza a propiciar cambios de actitud en profesionales indígenas y no indígenas en relación a la medicina indígena, así como a abrir espacios para aquellos que muestren tener la buena voluntad y la conciencia de constituirse en intermediarios entre los dos sistemas médicos.
19. En términos generales, las experiencias se han desarrollado de manera incipiente, aisladas, con demasiados obstáculos (rechazo, confusión, racismo) y pocos recursos.
20. Chile es el país en donde se ubicaron más experiencias, tanto en el primer como en el tercer nivel de atención.

En el “Diagnóstico sobre la situación de Políticas y Programas del Ministerio de Salud en la Prestación de Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención”, se aborda los siguientes aspectos:

Trata sobre el Marco Legal de la Salud en Guatemala, subrayando aquellos enunciados que favorecen el desarrollo de la medicina maya, de esta manera se analizan el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo ratificado por Guatemala, la Constitución Política de la República, el Código de Salud, el Código Municipal, Ley Marco de los Acuerdos de Paz, los Acuerdos de Paz, Anteproyecto Ley del Sistema de Salud Popular Tradicional, Anteproyecto Ley Marco de Salud y finalmente el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

También se revisan las actuales políticas de salud del gobierno en turno enfatizando en la política “b” en donde se menciona la entrega de servicios de salud con enfoque intercultural.

Se analiza el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (PNMPTyA – MSPAS), su visión y misión así como sus objetivos estratégicos que van del 2002 al 2007.

Se describe el actual desarrollo del PMPTyA – MSPAS, haciendo mención de aportes desde la sociedad civil y las acciones actuales de la única persona a cargo del programa.

Las conclusiones de este documento fueron:

1. Si la Constitución Política de la República de Guatemala, se complementa con el Convenio 169 de la OIT, la práctica de la Medicina Indígena Maya en Guatemala es totalmente legal, y no es necesaria ninguna reforma a la Constitución.

2. En los planes del gobierno no se toman en cuenta la salud de los pueblos indígenas, a pesar de haberse comprometido con el cumplimiento de los Acuerdos de Paz en donde ya se establece la agenda para el desarrollo de los pueblos indígenas incluyendo el desarrollo de la medicina indígena.
3. Aun existiendo el Convenio 169, los Acuerdos de Paz, la Ley Marco de los Acuerdos de Paz, la Constitución Política, el Código de Salud, el Código Municipal y los Consejos de Desarrollo, que dan el marco para el reconocimiento, respeto y promoción de la medicina indígena; el Estado no cumple con tal marco legal al no tener políticas de salud con pertinencia cultural.
4. La medicina indígena maya es un sistema paralelo al sistema oficial de salud, invisible en las políticas públicas de salud y no reconocido por el sistema oficial de salud.
5. Gran parte del desarrollo logrado dentro del Ministerio de Salud para la implementación de acciones a favor de la salud de los pueblos indígenas ha sido por el aporte de organizaciones no gubernamentales, a quienes en el último gobierno no se les ha dado la importancia adecuada para seguir impulsando el plan estratégico ya consensuado previamente para el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
6. El actual gobierno no le ha dado seguimiento a las acciones emprendidas en la anterior administración del Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud, por lo que dichas acciones quedan como información para tal programa sin ser compartido para analizar el reimpulso del plan estratégico ya trazado evitando la duplicación de esfuerzos en gestionar otro plan.
7. Dado que se tiene un Ministerio de Salud centralizador, jerárquico y autoritario en sus políticas de salud, en las áreas y distritos de salud no existen políticas a favor del desarrollo de la medicina indígena toda vez que no reciben el mandato a nivel central.

XII) BIBLIOGRAFÍA

- Gallegos y Moran. Redes de Médicos Mayas en San Andrés Xecul: áreas de trabajo, cobertura y problemática. s/e. Quetzaltenango, Guatemala, 2006.
- Gallegos, Rafael. El potencial de la Comadrona en Salud Reproductiva. Inédito. Guatemala, 2003
- Informe: Experiencias Nacionales e Internacionales de Organización y Prestación de Servicios Oficiales de Salud con Pertinencia Cultural. Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud -PIES de Occidente- y Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA–. MD. Consultores: Juan José Escalante, MD. Surama Lima. Quetzaltenango Guatemala. 2007
- Informe del grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe, presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C. Diciembre 1983
- Jaime Ibacache Burgos, Alejandra Leighton Naranjo, Miriam Torres Millan. Sistema de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, Quinchao 2006. Departamento de Salud provincial de Chiloe, Corporación Municipal de Quincha. Abril 2007.
- Johan, Hessen. Teoría del Conocimiento. Ed. Editores Mexicanos Unidos. México, 1993.
- Mario Teodoro Ramírez. Muchas culturas: sobre el problema filosófico y práctico de la diversidad cultura. En: Lo propio y lo ajeno: interculturalidad y sociedad multicultural. Ursula Kleisng-Rempel. Compiladora. Astrid Knoop. Coordinadora. Ed. Plaza y Valdes. México, 1996.
- Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2005
- Sistema de Naciones Unidas. Metas del Milenio: Informe de Avances de Guatemala. Octubre 2002.
- Entrevista al MD. Manrique. Director de Área de Salud de Quetzaltenango, Guatemala. Octubre, 2007.
- Ponencia MD. Juan José Escalante. Director de Área de Salud de Totonicapán, Guatemala. Septiembre, 29, 2007
- /escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/estExper05.htm. Placebo y el efecto del placebo
- es.wikipedia.org/wiki/Efecto_placebo.
- /escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/estExper05.htm. Placebo y el efecto del placebo.