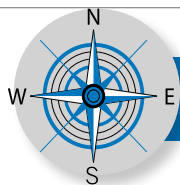


María Teresa Mosquera ◀ Interculturalidad de la salud en Guatemala



Contrapunto

Interculturalidad de la salud en Guatemala¹

María Teresa Mosquera

Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas / USAC

Resumen

La interculturalidad de la salud es un tema que se ha implementado muy lentamente en Guatemala. Las organizaciones no gubernamentales han sido instituciones pioneras en la implementación de programas interculturales de la salud; en algunas comunidades su impacto ha sido tan grande, que han logrado disminuir la mortalidad materna. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha preocupado de implementar algunas políticas con pertinencia cultural, entre ellas: el parto vertical, el uso de los idiomas mayas, construcción de temazcales o tuj, etc. Uno de los aportes más importantes fue el Modelo Incluyente de Salud, programa de atención primaria en salud que se ocupa de cuatro ejes: género, medio ambiente, interculturalidad y derecho a la salud. Sin embargo, esta propuesta de atención a la salud primaria no pudo prolongarse en el tiempo, debido a diversos problemas. En una sociedad como la guatemalteca la falta de formación en el tema de la cosmovisión provoca el atropello, la falta de comprensión y de entendimiento del otro, razón por la que la interculturalidad de la salud es un factor indispensable en la recuperación de la salud del paciente y en la creación de una política con pertinencia cultural.

Palabras clave

Interculturalidad, salud, pueblos indígenas, pertinencia cultural, investigación.

1. Este artículo está basado en la ponencia presentada por la autora en el III Congreso de la Sociedad de Antropología Médica de la Asociación Americana de Antropología, La Habana, Cuba, del 9 al 12 de marzo de 2020.

Abstract

Intercultural health is an issue that has been implemented very slowly in Guatemala. Non-governmental organizations have been pioneering institutions in the implementation of intercultural health programs; in some communities their impact has been so great that they have reduced maternal mortality. The Ministry of Public Health and Social Assistance has been concerned with implementing some culturally relevant policies, including: vertical child birth, the use of Mayan languages, construction of *temazcales* or *tuj*, etc. One of the most important contributions was the Inclusive Health Model, a primary health care program that deals with four axes: gender, environment, interculturality and the right to health. However, this proposal for primary health care could not be prolonged in time, due to various problems. In a society like Guatemala, the lack of training in the world view topic causes the outrage, the lack of understanding and understanding of the other, which is why the interculturality of health is an indispensable factor in the recovery of the health of the patient and in creating a culturally relevant policy.

Keywords

Interculturality, health, indigenous people, cultural pertinence, investigation.

Acciones del Ministerio de Salud para implementar la interculturalidad de la salud

Después de 33 años de lucha armada en el país, en el año 1996 se firma la paz y el Estado se compromete al cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Durante los años consecutivos, tanto el gobierno (incluyendo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS) como las organizaciones no gubernamentales (ONG) reciben financiamiento para poner en marcha diversos proyectos que contemplan los derechos culturales de los pueblos indígenas, la promoción de los idiomas mayas en la atención de los servicios de salud, el reconocimiento de la espiritualidad maya, etcétera.

Antes del año 1996 son pocas las publicaciones que sobre el tema de la interculturalidad de la salud se localizan en el país, en la tabla número uno, se hace

una recopilación bibliográfica de documentos publicados sobre el tema, que abarca del año 2000 hasta 2018.

Tabla No.1

Documentos generados por el MSPAS y ONG respecto de la salud intercultural

MSPAS		ONG / USAC	
2002	Surge Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa	2002	Modelo de Medicina Indígena. Maya, ASECSA.
2007	Conociendo la medicina tradicional en Guatemala	2002	Hacia un primer nivel de atención.... INS
2009	Surge UASPII. Normas de atención en Salud Integral.	2005	Herencia de las abuelo/as... ASECSA.
2010	Normas con pertinencia cultural... hacia la interculturalidad PMTA	2005	Diagnóstico de la medicina maya... Asindi Rex we
2011	Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural. Carlos Lix, UASPII	2007	El uso del Tuj. Pies descalzos.
	Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical...	2010	Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. UNFPA
2014	Ruta crítica para la construcción de la Política Nacional de Comadronas	2011	Derecho a los servicios de salud interculturales. UNFPA, Population Council.
2015	Política Nacional de Comadronas Guía para el registro de auto identificación de las personas...	2011-2012	Primer diplomado en Epidemiología sociocultural, CUNORI, Médicos del Mundo
2016	Perfil de salud de los Pueblos Indígenas. Implementación del MIS.MSPAS	2012	Transformando el sistema público de... ISIS
2018	Informe de avances sobre servicios de salud con pertinencia cultural UASPII	2012	Yabil xane koqil, enfermedades o consecuencias, Médicos Descalzos
		2013	Compendio de investigaciones (Primer Diplomado en Epidemiología sociocultural) Médicos del Mundo.
		2013	Lecturas necesarias para políticas multiculturales de salud en Guatemala IDEI
		2016	Primer diplomado en salud intercultural IDEI
		2017	Sistematización de experiencias de la pertinencia cultural en los servicios de salud. Nuevos Horizontes.
		2018	Diplomado en Epidemiología Sociocultural Médicos del Mundo CUNORI

Fuente: elaboración propia

Según la información contenida en la tabla anterior, en 2002 aparecen tres publicaciones, las que se titulan así: a) Programa Nacional

de Medicina Popular Tradicional y Alternativa, b) Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – bases y lineamientos– y c) Modelo

de la medicina indígena maya en Guatemala.² Dichos documentos son el resultado de la implementación de proyectos que comienzan a dar cuenta de las prácticas y representaciones de los grupos sociales en el proceso salud/enfermedad/atención.

En ese sentido, el primer paso que da el MSPAS es la creación de un Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa (PMTA) que tiene como misión “promover políticas, normativas, estrategias y líneas de acción para el reconocimiento y respeto de los conocimientos, recursos, métodos y prácticas entre el sistema oficial de salud y otros modelos alternativos de atención integral, esto con la intención de promover la incorporación de elementos sociales, espirituales, psicológicos y biológicos en la atención brindada para que sean culturalmente accesibles y aceptados” (MSPAS, 2002:7).

Esta acción en concreto, dentro del Ministerio de Salud, vuelca la mirada hacia el trabajo

que en Guatemala están haciendo los terapeutas tradicionales (comadronas, *aj'quija'*, curanderos/as, compone huesos, etc.), se interesa también por algunos proyectos de salud que están desarrollando algunas ONG en el área rural de Guatemala.

El trabajo realizado por las ONG, a raíz de la firma de los Acuerdos de Paz, comienza por la atención de programas específicos de salud; entre estas ONG se puede mencionar: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Pies de Occidente, Asociación Médicos Descalzos, Clínica Maxeña, etc. Algunas de ellas se aglutinan en lo que se llamó la Instancia Nacional de Salud (INS). Ellos lanzan una propuesta de atención a la salud primaria que toma de base el medio ambiente, la salud de las mujeres, la atención de las enfermedades de la cultura maya.³

ASECSA, que viene trabajando en Guatemala en el tema de salud desde 1978, comienza con la capacitación de promotores

2. En 2005 se publica la segunda parte de la investigación con el título: La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya.

3. La publicación se titula: Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. En esta publicación del año 2002, no tienen claros aún los cuatro ejes de la propuesta que es presentada en 2012, los cuales abarca: género, interculturalidad, derecho a la salud y medio ambiente.

de salud; a raíz de la firma de los acuerdos de paz, esta ONG logra ampliar sus operaciones hacia otros ámbitos de la salud: al inicio de la década del año 2000, y con financiamiento del Servicio Alemán de Cooperación Técnica, ejecuta una investigación participativa en varios lugares del área rural de Guatemala. El resultado de ésta es la publicación que aparece indicada en la tabla No. 1, en el año 2002.

No es coincidencia que en ese mismo año, 2002, aparecieran en Guatemala las tres publicaciones mencionadas en la tabla: es el resultado de años de trabajo de unos actores que habían estado invisibles para MSPAS. Este es un primer paso que se da y en el cual se puede observar que son las ONG en Guatemala las pioneras en hablar de un modelo maya de medicina, que contribuye con la atención de la salud.

El Programa de Medicina Popular Tradicional y Alternativa (PMTA) del MSPAS, comienza a operar con la intención de realizar diversas capacitaciones a los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería, etc.) para orientarlos sobre la medicina tradicional de Guatemala. En 2007 este programa publica el primer manual de sensibilización de medicina tradicional,⁴ para capacitar al personal de salud sobre el tema. Dicho manual es elaborado por un consultor, quien a su vez trabajó en ASECSA. Esto demuestra que el trabajo realizado en las ONG orienta a la vez el trabajo de interculturalidad de la salud que se realiza dentro del Ministerio de Salud.

En 2009 se crea la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UASPII) como un órgano asesor del despacho ministerial para la creación de las políticas

4. La referencia de la publicación se puede consultar en la bibliografía y se titula Conociendo la medicina tradicional en Guatemala. Llama la atención que en 2018 Pies de Occidente publique el mismo manual, actualizando algunas definiciones y leyes, que se localizan en ésta primera publicación, lamentablemente éste manual no toma en cuenta todo lo que se ha publicado e investigado en Guatemala sobre el tema, por ejemplo no hace referencia en ningún momento a dos importantes investigaciones: Raxnaq'il nuk'aslemal, Medicina Maya' en Guatemala, 2015 y ñYab'il xane K'oqil? ñEnfermedades o consecuencias? 2012, tampoco a las diversas investigaciones realizadas en el área de salud del IDEI de la USAC.

de salud de los pueblos indígenas y de la interculturalidad. De esa cuenta y a partir de esa fecha, tanto el PMTA y la UASPII comienzan a trabajar conjuntamente en la implementación de la salud intercultural en el MSPAS en Guatemala. Como resultado de ese trabajo se publican los siguientes documentos: Normas con pertinencia cultural...hacia la interculturalidad, en 2010, y Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural, en 2011.

El documento de 2010 presenta los lineamientos generales que deben adoptar las normas de atención y establece tres grandes ejes: los proveedores de salud, los usuarios y la infraestructura. Mientras que el otro documento, que es más completo, presenta seis ejes: infraestructura, recurso humano, investigación, epidemiología sociocultural, normas de atención e integración entre el MSPAS y medicina indígena.

Se establecen algunas normas para la atención con pertinencia cultural en los Centros de Atención Permanente (CAP), en los Centros de Atención Integral con énfasis Materno Infantil (CAIMI) y en algunos hospitales. Debido a que el contenido que aparece en

los dos documentos es amplio, solo se mencionarán algunas de las actividades que se han implementado y se realizarán algunos comentarios sobre la falta de criterios antropológicos de la puesta en marcha de dichas acciones.

A.- Implementación del parto vertical

En los años 2010 y 2011 aparecen dos documentos que hacen referencia al parto vertical (ver tabla No.1). Se puede decir, que esta es la estrategia que más ha publicitado el MSPAS como la implementación de la pertinencia cultural, de esa cuenta se comienza un proceso de habilitación de los espacios en los CAP y CAIMI para la atención vertical del parto.

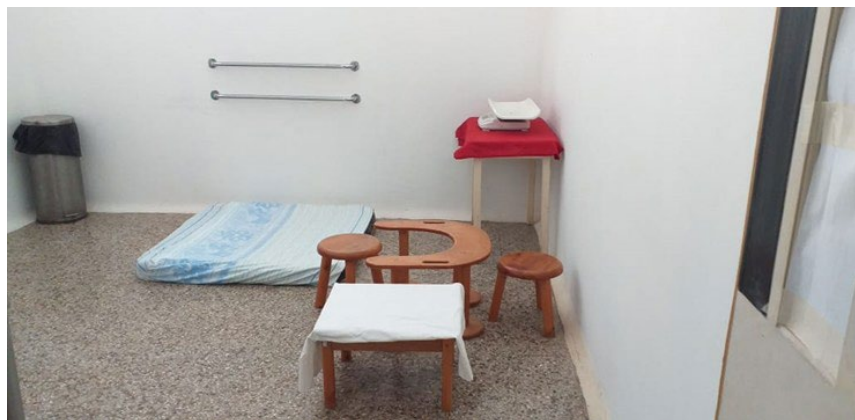
La mayoría de los espacios acondicionados están ubicados en lugares en que la mayoría de la población es maya; a la vez, de alguna forma, estos lugares han tenido la colaboración de alguna ONG. Este es el caso de las dos salas de parto vertical que aparecen en las fotografías¹ y ². En la primera fue Médicos del Mundo quien acondicionó el lugar, mientras que en la segunda el acondicionamiento estuvo a cargo de Médicos del Mundo Navarra.

Fotografía No. 1



Sala de parto vertical en Jocotán, Chiquimula. Fotografía de la autora.

Fotografía No.2



Sala de parto vertical, distrito Guineales, Sololá. Fotografía de la autora.

Una vez que el Ministerio de Salud establece la norma, comienza todo un proceso de capacitación, implementación de espacios, contabilización de partos atendidos en vertical y la aplicación de otras normas que veremos en los siguientes apartados. Se puede

decir que existe una importante bibliografía generada por el MSPAS,⁹ que da cuenta de ello. En la tabla No.2, se puede observar cómo la UASPII tiene toda la intención de visibilizar esta norma de atención desde un punto de vista cuantitativo.

Tabla 2.

Cantidad de partos verticales atendidos en los CAP y CAIMI.¹⁰

Departamento	2011 ¹¹	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Alta Verapaz	370	260	512	724	686	741	1052	539 ¹²	4,884
Quiché	--	1152	--	--	--	--	869	--	2,021
Huehuetenango	--	42	25	30	53	50	34	15	249
Quetzaltenango	--	--	--	--	--	--	--	--	158
San Marcos	--	--	--	--	--	--	--	--	111
Totonicapán	--	--	--	--	--	--	--	--	17
TOTAL	370	1,454	537	754	739	791	1,955	554	7,440

Fuente: Elaboración propia a partir de, Xitumul y UASPII (ver bibliografía)

Los partos en el área mesoamericana se han atendido en cuclillas desde hace más de mil años, de acuerdo a la evidencia arqueológica. Como Elba lo explica (Villatoro, 1994: 7) un recurso vinculado con esa actividad es el uso del temascal o tuj, para calentar el cuerpo después del parto; también se le da de tomar a

las parturientas algunos remedios caseros preparados a base de plantas medicinales para calentar su cuerpo y para que la mujer pueda producir leche.

La atención de un parto en casa por una comadrona implica muchos elementos de las representaciones sociales que tienen su origen en

9. Las referencias a consultarse son el estudio de UNFPA, la tesis de Xitumul, y los manuales elaborados por el MSPAS.

10. Información proporcionada por las Direcciones de Área de Salud (DAS).

11. Este dato es solamente para tres lugares de Alta Verapaz y se obtuvo de Xitumul.

12. Este dato corresponde de enero a mayo de dicho año, se obtuvo de la UASPIG

la cosmovisión maya,¹³ algunas de estas son: “dar atención en salud a las mujeres en general, a embarazadas y a recién nacidos, así como su participación en la educación sexual y reproductiva de las familias, aconsejando y ayudando a todos los miembros” (Asociación Médicos Descalzos, 2012: 17).

La preferencia de la atención de un parto con comadrona se refleja en la atención que las madres indígenas buscaron en sus partos; de acuerdo con los datos de la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015, el 49.7 de las madres indígenas tuvo su parto en casa, probablemente atendido por una comadrona.

Las acciones implementadas por el MSPAS respecto del parto vertical han tenido poca repercusión, un ejemplo de ello se puede observar en la tabla No.2 en 2013, el ministerio tiene un total de 537 partos atendidos en forma vertical con pertinencia cultural, total que corresponden a un 0.14% de todos los partos atendidos en el país, cifra poco comparable con el 32.2% de partos atendidos por

comadronas para ese año.

Para concluir este apartado sobre la atención del parto vertical, es conveniente contestar a la pregunta ¿Por qué en más de nueve años de implementación del parto vertical por el Ministerio de Salud, los resultados de su impacto son tan bajos? La respuesta debe buscarse en las usuarias de los servicios, y éstas no ven funcionales todas las adaptaciones realizadas en los CAP y CAIMI, porque no responden a los parámetros que ellas consiguen en la atención del parto en su casa por comadrona.

Una iyom como se le llama en idioma kiche' quiere decir: “la mujer que cuida, vigila, controla y trata a otras mujeres y niños, también se le llama Rät'i't Ak'al o abuela de los niños, ya que normalmente atiende a varias generaciones en una misma familia y por ello adquiere la autoridad de una abuela” (Asociación Médicos Descalzos, 2012:17); ese rol que tiene la comadrona en la sociedad guatemalteca se ve permeado por otros factores; es una mujer que tiene permitido su desplazamiento a altas horas de la noche en las comunidades, es una mujer a la

13. Para más detalle sobre el tema puede consultarse libro sobre comadronas, de Médicos Descalzos.

que se le permite dictar recomendaciones de abstinencia sexual entre parejas preferentemente en el período postparto.

Tales son las acciones que realiza esa mujer empoderada, sobre las cuales podría continuar, sin embargo se mencionan algunas para demostrar no solo la confianza que existe hacia ella, sino señalar la importancia de ese rol, muchos trabajadores de salud, algunas enfermeras, quisieran tener esa confianza para con sus usuarias, sin embargo es un claro ejemplo de cómo la comunicación tiene que ver en ese relacionamiento.

B.- Implementación de normas con pertinencia cultural

En este apartado quisiera comentar algunas de ellas como: implementación del uso de los idiomas mayas en la señalización de los espacios, huertos con plantas medicinales en los CAP y CAIMI, permitir el acompañamiento de familiares/comadronas dentro de

los espacios del hospital.

En Guatemala se tiene que el porcentaje de hablantes de los idiomas mayas es de 41.66%, que equivale a 6 millones 207 mil 503 personas.¹⁴ Sin embargo, esto no quiere decir que ese número de personas puedan leer en su idioma; sólo hasta hace aproximadamente 15 años que el Ministerio de Educación comenzó con programas de educación bilingüe intercultural en los cuales a los niños se les comienza a enseñar a leer y escribir en sus idiomas mayas. Resulta, pues, que la mayoría de la población que habla su idioma maya no puede leerlo, motivo por el cual la norma de rotular los servicios en los idiomas mayas será útil para dentro de unos 20 años, en que la mayoría de la población maya pueda leer sus idiomas.

Otra de las normas que se ha establecido es creación de huertos de plantas medicinales y nutritivas en CAP y CAIMI, con la intención de que las usuarias puedan tener a mano ese recurso.

14. Según dato del último censo de población.

Fotografía 3.



Huerto de plantas medicinales en distrito Guineales, Sololá. Fotografía de la autora

Fotografía 4.



Huerto de plantas medicinales en aldea San Miguelito, Sololá. Fotografía de la autora.

En las fotografías se observa que algunos de los huertos están bien cuidados y tienen una rotulación en las que se identifica a cada una de las plantas, mientras que otros están abandonados y con maleza. Depende de la forma en cómo los directores de los CAP y CAIMI establecen vínculos con las comunidades y con su propio personal, para dar mantenimiento a sus huertos; en ese sentido habría que evaluar si la instalación de

esos huertos podría generar más trabajo y poco aprovechamiento real de las plantas sembradas.

Durante los años 2012 y 2013 se realizó una investigación con la intención de visualizar la pertinencia cultural en el tercer nivel de atención,¹⁵ dicha investigación se realizó tanto en las CAP, CAIMI y en los hospitales. En la tabla No.3, aparece el listado de hospitales que fueron incluidos.

Tabla 3.
Hospitales seleccionados para hacer investigación Xitumul 2012-2013

Departamentos	Hospitales
Alta Verapaz	Hospital Nacional de Cobán
	Hospital Distrital de Santa Catalina, La Tinta
	Hospital de Fray Bartolomé de las Casas
Baja Verapaz	Hospital Nacional de Salamá
Chimaltenango	Hospital Nacional de Chimaltenango
Chiquimula	Hospital Nacional de Chiquimula
Quiché	Hospital Distrital de Santa María Nebaj
	Hospital Distrital de Uspantán
Huehuetenango	Hospital Nacional de Huehuetenango
Quetzaltenango	Hospital Regional de Occidente
Sololá	Hospital Nacional de Sololá
Totonicapán	Hospital Nacional de Totonicapán
San Marcos	Hospital Nacional de San Marcos

15. Ver documento de Xitumul.

Lourdes Xitumul explica que la pertinencia cultural

se vincula a contar con una atención en salud con calidad, humanismo y en el idioma indígena; a contar con personal que hable el idioma local, respetar las creencias y prácticas de salud comunitaria, a valorar sus elementos terapéuticos; y a poner especial atención a las actitudes y comportamientos del personal de salud hacia la diversidad étnico-cultural del público que debe atender. (Xitumul, 2015:92).

En el tercer nivel de atención se ha hecho poco, pero algunas de las normas que se han establecido son: la contratación de facilitadores interculturales, uso de la vestimenta indígena dentro del hospital, presencia de comadronas dentro del hospital, capacitación a los trabajadores de salud del hospital.

En el hospital de Cobán se implementó el programa piloto llamado Modelo de Atención Intercultural (MAI) una de cuyas características principales es que el hospital permitió el ingreso de las comadronas a sus instalaciones; algunas comadronas pudieron incorporarse como personal del hospital pagándoles turnos de

24 horas, con la idea de que ellas pudieran facilitar el uso del idioma y pudieran acompañar a las mujeres en su trabajo de parto (Xitumul, 2015: 95-96).

Con esa vivencia, algunas comadronas pudieron visualizar en los hospitales algunas técnicas que se implementan en los nosocomios, como el uso de la occitocina, la maniobra Kristeller, etc. Esa práctica de puertas abiertas se comenzó a replicar en otros hospitales. Por ejemplo, en Chiquimula, la Dirección de Área por algunos años pudo financiar que algunas comadronas pudieran hacer turnos en el hospital; sin embargo, por falta de financiamiento ya no se pudo continuar pagando a las comadronas.

En esa experiencia ellas observaron para qué sirve la occitocina y la técnica de Kristeller, pero no fueron capacitadas; algunas enfermeras que trabajan en la sala de partos dicen que las comadronas están inyectando occitocina sin conocer la dosificación y practican la maniobra de Kristeller sin conocerla a la perfección. Este es un claro ejemplo de cómo no deben implementarse algunas normas y de cómo debería de haberse continuado una comunicación entre comadronas y personal sanitario del hospital.

Estas tres normas expuestas exponen cómo es necesaria la conformación de equipos multidisciplinarios, que puedan orientar mejor la aplicación de las normas. Ya que probablemente el MAI aún hoy en día sea un programa exitoso del hospital de Cobán, pero no forzosamente su réplica sea igual de exitosa en otro departamento.

C.- Implementación de normas con pertinencia cultural onerosas

En este apartado comentaré dos normas: la construcción de casas maternas¹⁶ y la compra de sillas para parto vertical.

A la fecha, en Guatemala es difícil localizar información respecto de esas casas maternas; en una rápida consulta en internet se pueden localizar nueve de ellas, de las cuales solamente dos fueron construidas con fondos del

gobierno, mientras que las otras siete son resultados de iniciativas de ONG, iglesias, municipalidades y otros entes internacionales como Cruz Roja. En ese sentido la crítica no va destinada a la iniciativa de la construcción de las casas maternas, sino que el Estado deja esa responsabilidad en manos de otros entes institucionales.

Algunos CAP y CAIMI se han equipado con la compra de sillas de parto vertical; en 2010¹⁷ el Banco Mundial le otorga al Gobierno de Guatemala un préstamo para la compra de un total de 84 sillones de parto vertical. Transcurridos 10 años de esa adquisición, y observando las cifras de atención del parto en forma vertical que ha generado el ministerio,¹⁸ se puede decir que las cifras de atención son bajas para la inversión tan onerosa que hizo el gobierno; ese dinero probablemente se hubiera podido invertir en el acondicionamiento

16. Artículo 13. Casas maternas con pertinencia cultural. Se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud. Pag. 14 Ley para la maternidad saludable Decreto No. 32-2010

17. Todos los detalles de la licitación pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.google.com/search?q=silla+de+parto+vertical+guatemala+licitacion&oq=silla+de+parto+vertical+guatemala+licitacion&aqs=chrome..69i57j33.12560j0j8&-sourceid=chrome&ie=UTF-8

18. Consultar tabla No.2.

de todas las salas de parto vertical de todos los CAP y CAIMI, con un mobiliario con pertinencia cultural (ver fotografías 1 y 2). Probablemente, también con esa inversión se hubiera podido construir temazcales en los CAP y CAIMI en donde la población hace uso de ellos, también se hubiera podido construir algunas casas maternas. Las decisiones que se toman en la compra de equipo médico deberían incorporar también elementos de la pertinencia cultural.

En éstos tres apartados, en forma resumida se han abordado algunas de las normas con pertinencia cultural que el Ministerio de Salud en Guatemala ha implementado, se han comentado las que más ha publicitado tanto la UASPII, como el PMTA. Sin embargo, en Guatemala existe una experiencia única que aplicó el MSPAS en un año, cuando la médica Lucrecia Hernández fue ministra del ramo. Hoy en día Guatemala sería un importante referente para toda Latinoamérica sobre la atención de salud intercultural, en el apartado siguiente se explica en detalle la propuesta del modelo.

Modelo Incluyente de Salud, acuerdo ministerial 261-2016

En el año 2016 fueron noticia en matutinos guatemaltecos lo siguiente: Prensa Libre 23/08/16: "Centros de salud atenderían el mal de ojo: La ministra de salud, Lucrecia Hernández, explicó que se busca incluir males ancestrales en los servicios de atención primaria". el Periódico 17/10/16: "Se dijo que se iba a hacer brujería dentro de los puestos de salud y que yo era una chamana. Lucrecia Hernández Mack asumió como ministra de Salud el 1 de agosto. Con 11 semanas de desempeño, la funcionaria señala que ha analizado que la inestabilidad política impide a las autoridades de los distintos niveles, incluido el despacho central, promover políticas integrales y de larga duración".

Esas noticias y otras estuvieron resonando en los medios de comunicación guatemaltecos, como resultado de la firma del Acuerdo Ministerial 261-2016; este propuso que la atención primaria en salud se comenzara

a implementar como un Modelo Incluyente de Salud (MIS). Dicho modelo proponía cuatro ejes que debían ser fundamentales en la atención: interculturalidad, género, medio ambiente y el derecho a la salud. A partir de esos ejes y de tres programas: individual, familiar y comunitario, se debía comenzar a dar la atención primaria de salud.¹⁹

Esa propuesta de atención primaria en salud es resultado de un trabajo realizado desde 2002 en el conglomerado de ONG, llamado Instancia Nacional de Salud (INS). La primera versión del modelo se publicó con el nombre: *Hacia un primer nivel nacional de atención: -bases y lineamientos-*. En 2012 la INS había desaparecido y la ONG llamada Instituto de Salud Incluyente (ISIS) fue la responsable de la implementación de dicho modelo en dos lugares: el distrito Guineales en la boca costa del departamento de Sololá, y en el municipio de San Juan Ostuncalco, del departamento de Quetzaltenango. Como resultado de ese trabajo en 2012 aparece la publicación titulada *Transforman-*

do el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención, en la cual se presentan algunos de los resultados. También en esa misma publicación se dice que el Ministerio de Salud había autorizado la asignación de fondos públicos para continuar con un modelo piloto, en otros diez distritos de salud.

De esa cuenta, desde 2005 se comienza a implementar el modelo en algunas comunidades, pero no es sino hasta 2016 en que el MIS se implementa de forma oficial y en la página web del Ministerio de Salud aparece una pestaña en la cual se podían descargar todos los documentos referentes a dicho modelo.

En este apartado se realizarán algunos comentarios y reflexiones sobre el eje interculturalidad de dicha estrategia. La mayor preocupación de la temática fue la comprensión de los otros modelos de salud, entender cómo las personas explican sus propios problemas de salud; esa fue la preocupación que llevó a identificar los perfiles epidemiológicos socioculturales,

19. Este artículo no tiene como finalidad explicar dicho modelo, los interesados en el tema pueden encontrar el siguiente enlace <https://www.mspas.gob.gt/images/files/modeloincluyente/ModeloIncluyenteSalud.pdf>, el cual proporciona algunos elementos del mismo.

esto no es más que contabilizar cuáles son las enfermedades atendidas en el modelo de salud maya (empacho, mollera caída, aires o calambres, sustos, ojeado, caída de la matriz, etc.). Se trabajó en una serie de formularios en los cuales los trabajadores de salud eran responsables de reportar las enfermedades atendidas por los terapeutas mayas.

La propuesta también incluyó otros formularios para recolectar información sobre cada uno de los programas: individual, familiar y comunitario; ello creó la necesidad de contratar digitadores, para que éstos pudieran ingresar esa información generada en cada uno de los centros de salud. A partir de la generación de nuevas plazas de trabajo en los centros de salud, el modelo requería de un financiamiento extra para su correcto funcionamiento.

Desde la óptica de trabajadores de salud estatales esta fue la razón por la cual el modelo fracasó; sin embargo, es interesante observar que en muchos centros de salud en los cuales se crearon las plazas, aún están trabajando esos digitadores con lo que habría que evaluar si en realidad, ahora que ya no funciona el MIS, se necesita aún a dichos trabajadores.

La necesidad de visualizar el trabajo que hace cada uno de los diferentes terapeutas en Guatemala, permite evaluar la propia la eficacia y uso que tiene la población de ese recurso. En un estudio que realizó la asociación Médicos Descalzos de Chinique, Quiché, se contabiliza que las comadronas que participaron en el estudio atendieron un total de 6,835 consultas, con un promedio de 488 atenciones para cada una, lo que hace un promedio de 61 atenciones para cada comadrona en un mes.

En Chinique se tiene registrado a un total de 62 comadronas, lo que equivale a una comadrona por cada 184 habitantes, y a una comadrona por cada kilómetro cuadrado. Esta forma de organización comunitaria, que es propia de la mayoría de la población rural en Guatemala, tiene una existencia de más de 500 años de antigüedad, y hoy en día no solo está vigente, sino que su trabajo es prácticamente imperceptible para el Estado.

La preocupación de llevar una epidemiología sociocultural sobre las enfermedades que se atienden en el modelo médico maya, no debe ser competencia del Ministerio de Salud, principalmente porque las atenciones

las hacen en su mayoría personas que no saben leer, ni escribir, personas que son discriminadas por los trabajadores de salud. Considero que el empoderamiento comunitario que ya tiene cada una de ellas puede desarrollar sus propias herramientas para llevar un control, si es que así lo desean ellos, o para dar credibilidad del trabajo que cada uno de los terapeutas tradicionales hace. Como antropóloga considero que las comunidades pueden organizarse y decidir las estrategias que pueden utilizar para visibilizar el trabajo que hacen.

Hago esa reflexión porque a pesar de las buenas intenciones que ha tenido el MIS, la propuesta no fue capaz de crear equipos multidisciplinarios y ningún antropólogo formó parte de su equipo; de allí que en los formularios que realizaron para la epidemiología sociocultural, se recolectó información sobre la movida de la matriz en varones y mujeres: este resultado se debe a una pésima traducción realizada por un médico del padecimiento llamado descompostura; estudios realizados por antropólogos²⁰

sobre dicho padecimiento nunca lo traducirían como movida de la matriz en varones y mujeres.

Uno de los aciertos que ha tenido el componente de la intercultural del MIS ha sido la propuesta de llamar al intercambio de experiencias entre comadronas y personal de salud, con la intención de no utilizarlas como capacitaciones o adiestramiento, ya que los saberes que tienen estas mujeres sobre enfermedades, plantas medicinales, recursos energéticos y demás, hace que estén en igualdad de condiciones con otros trabajadores de salud estatales.

El MIS continúa funcionando en algunas comunidades, ya sea porque las plazas de digitadores están vigentes o porque el personal de salud de algunos CAP y CAIMI que lo habían implementado han conseguido mantenerlo. Es lamentable que en Guatemala, debido a la discriminación hacia los otros modelos de atención a la salud y por los prejuicios que tiene la población, no se haya podido mantener el MIS.

20. Puede consultarse el artículo "Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz" (Mosquera, 2016).

Capacitaciones sobre interculturalidad de la salud

En Guatemala se han realizado tres diplomados que han tenido como temática principal la interculturalidad de la salud. Dos de éstos se llamaron Diplomado en Epidemiología Sociocultural y los diseñó la ONG Médicos del Mundo, con el apoyo de dos centros de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizados en Cobán durante 2011 y 2012;²¹ el segundo se realizó en Chiquimula,

en 2018. El tercero de estos fue el llamado Primer Diplomado en Interculturalidad de la Salud, que se dictó en 2016 y fue diseñado por el Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos con el apoyo de tres instituciones (la Secretaría Presidencial de la Mujer, la Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS y la Asociación Médicos Descalzos de Chinique).

En las tablas No. 4 y 5 aparecen los contenidos de los diplomados.

Tabla 4.
Diplomado Médicos del Mundo

Contenido / Sesiones
Epidemiología Sociocultural
Estructura socioeconómica y derecho a la salud
Género y salud
Interculturalidad
Medio ambiente y salud
Salud materno infantil

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.
Diplomado IDEI-USAC

Contenido / Sesiones
Relaciones interétnicas, pueblos indígenas
Cosmovisión mesoamericana
La interculturalidad de la salud
Modelos explicativos de enfermedades tradicionales
La representación del cuerpo humano
La atención primaria y la pertinencia cultural

Fuente: elaboración propia

21. Existe una publicación de las investigaciones cualitativas realizadas por los asistentes a este primer diplomado, la referencia puede encontrarse en la bibliografía.

Los tres diplomados fueron diseñados por instituciones totalmente ajenas al Ministerio de Salud; sin embargo la mayoría de los asistentes son trabajadores de salud estatales. La UASPII ha realizado diversas capacitaciones al personal del Ministerio de Salud, pero esas capacitaciones no tienen la severidad que se acredita en los tres diplomados reseñados.

¿Quiénes han protagonizado la implementación de la salud intercultural en Guatemala?

La interculturalidad de la salud es un tema que se ha implementado muy lentamente en Guatemala; las ONG han sido las instituciones pioneras de la implementación de programas con pertinencia cultural; es por ello que uno de los aportes más importantes del artículo ha sido la elaboración de la tabla número uno, ya que en ella se puede visualizar el camino que en Guatemala se ha seguido en el tema.

El inicio corresponde a la década de los años setenta,²² y se fortalece en el momento en que se firman los Acuerdos de Paz, no sólo por la ayuda financiera que entra al país, sino también por el fortalecimiento que se comienza a impulsar respecto de las políticas de interculturalidad dentro del Estado.

Posteriormente, 2012, con la celebración de la Campaña Continental 500 Años de Resistencia Indígena y Popular, y 2014, cuando finaliza el decenio de los pueblos indígenas, son años clave porque se puede decir que de nuevo entra un aporte económico destinado a financiar proyectos que se relacionaban con la salud.

De esa cuenta se puede decir que en Guatemala hubo un aporte financiamiento destinado a diversas ONG, que va de 2000 a 2012; durante ese tiempo un puñado de ONG dirigieron no solo la agenda, sino proporcionaron al personal idóneo para realizar consultorías sobre el tema,²³ dejando fuera los aportes de las investigaciones que se venía realizando dentro de algunas de las universidades.

22. El trabajo de la primera ONG se concretó en las capacitaciones a los promotores de salud rural.

23. En ese momento lo requirieron no sólo el PMTA, sino también la UASPII del MPSAS.

El resultado de ese largo camino es la propuesta del Modelo Incluyente de Salud. Sin duda se puede afirmar, que es uno de los mejores logros que Guatemala ha proporcionado para toda Latinoamérica. Sin embargo, queda por analizar si su fracaso se debe a su alto costo económico como explica la mayoría del personal de salud, o se debe a la intolerancia y discriminación que aún persiste en la formación de médicos, enfermeras y demás personal de salud.

Ese camino de la implementación de la interculturalidad de la salud en Guatemala ha ido de la mano entre las ONG y Ministerio de Salud (concretamente en el PMTA y la UASPII). Ello se evidencia en las publicaciones, muchas de éstas realizadas en primera instancia por una ONG, y posteriormente publicada como Ministerio de Salud.

La mayoría de ellas provienen de investigaciones realizadas en el tiempo en que hubo financiamiento para el país. A la fecha, en Guatemala, muchas ONG que tienen programas de salud ven cada vez más difícil encontrar financiamiento para funcionar. Sin embargo las universidades guatemaltecas han realizado investigaciones valiosas respecto de la interculturalidad de la salud, motivo por el cual, muchas ONG han comenzado a utilizar ese recurso, para invitar a los investigadores a sus diversas capacitaciones,²⁴ de esa cuenta existe una importante comunicación que el área de salud del Instituto de Estudios Interétnicos y de los Pueblos Indígenas (IDEIPI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala²⁵ ha mantenido en el país.

El área de Salud del IDEI, a lo largo de quince años ha logrado establecer una comunicación con

24. Durante los últimos años (2018 -2020) algunas ONGS como Médicos del Mundo y Pies de Occidente han invitado al área de salud del IDEI-USAC a dictar algunos módulos o conferencias para sus capacitaciones a personal de salud o se han incorporado como docentes en el Diplomado en Epidemiología Sociocultural.

25. A la fecha el IDEI, ahora IDEIPI, se encuentra en un proceso de re-estructura, en el cual se intenta desplazar el área de Salud; no se ha tomado en cuenta esa estrecha relación que el área ha venido desarrollando tanto con las ONG como con el Ministerio de Salud.

el PMTA²⁶ y con la UASPII;²⁷ ese vínculo establecido entre las ONG, el Ministerio de Salud y la USAC ha servido para implementar y fortalecer lo que sobre interculturalidad de la salud se ha venido trabajando en Guatemala.

Ese camino se ha tenido muchos avances en el país, existen algunas comunidades en las cuales se ha logrado disminuir la mortalidad materna, con la sola organización comunitaria, el empoderamiento de las comadronas y la estrecha relación con el centro de salud y hospital, casos que dan evidencia que la pertinencia cultural ya está implementada en Guatemala; lo que hace falta es la réplica de éstos en las demás regiones. La tarea no es sencilla, se necesita cambiar las mentes, fortalecer primordialmente la educación de médicos, enfermeras y demás personal de salud.

La conformación de equipos multidisciplinarios es necesaria en

ámbitos clave y a la fecha en el país ya se han implementado diplomados para capacitar al personal de salud sobre la pertinencia cultural, un paso importante que se ha dado.

Referencias bibliográficas

- Asociación de Servicios Comunitarios y Asociación Pies de Occidente (2008) *Propuesta para la relación entre la medicina maya y medicina oficial en los distritos de salud*. Guatemala: Autor.
- Asociación Médicos Descalzos (2012) *¿Yab'il xane K'oquil? ¿Enfermedades o consecuencias?, seis patologías identificadas y tratadas por los terapeutas Maya'ib' K'iche'ib'*. Guatemala: Cholsamaj.
- Asociación Médicos Descalzos (2012) *Conocimiento tradicional de las comadronas sobre salud reproductiva*. Guatemala: Cholsamaj.
- Asociación Pies de Occidente (2018) *El sistema de salud maya, una práctica de salud vigente*. Guatemala: Autor.

26. Cuando la médico María Calán estuvo a cargo de dicha instancia, se invitó al área de Salud a dar algunas conferencias en las capacitaciones que se impartieron.

27. La comunicación que se ha mantenido con esta institución ha sido larga, desde 2011 en el cual se comenzó asesorando la tesis a nivel de doctorado de Lourdes Xitumul; luego, en 2016, cuando se realizó conjuntamente el Diplomado en Interculturalidad de la Salud y en los últimos años, se ha colaborado haciendo comentarios a la política de comadronas; también se han dictado algunas conferencias en las distintas actividades que ha programado dicha institución.



- Car, G., Eder, K. y García, M. (2005) *La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya*. Guatemala: Magna Terra editores.
- Consejo Mayor de Médicos Maya'ob' por Nacimiento (2016) *Raxnaq'il Nuk'aslemal, Medicina Maya' en Guatemala*. Guatemala: Chosalmaj.
- Eder, K. y García, M. (2002) *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional (2010) *Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural*. Guatemala: Autor
- Hernández, L., Sánchez, C., Verdugo, J., Morales, L., Arriaga, A. y Hernández, Z. (2012) *Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atención*. Guatemala: Serviprensa.
- Médicos del Mundo (2013) *Compendio de investigaciones, diplomado en epidemiología sociocultural: una experiencia para repetirse*. Guatemala: Autor.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2007) *Conociendo la medicina tradicional en Guatemala*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2002) *Programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010) *Normas con pertinencia cultural... hacia la interculturalidad*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Recomendaciones para la adecuación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural con enfoque intercultural en el primer nivel de atención en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Manual de adecuación cultural del parto natural/ vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala*. Guatemala: MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2015) *Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025*. Guatemala: MSPAS.
- Mosquera, M. (2016) "Una sola terapia para varias formas de enfermar: kasilab' kipan, b'enaq pamaj, descompostura, caída de la matriz" en *Revista Estudios Interétnicos* No.22 pp. 81-97.

- Xitumul, L., (2015) *Interculturalidad en salud: un problema a resolver en Guatemala*. Tesis Doctoral en Investigación Social. Universidad Panamericana. Guatemala.
- Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad de la Salud (2017) *Informe cuantitativo y cualitativo sobre de avances sobre servicios de salud con pertinencia cultural*. Recuperado de [https://www.alianmisar.org/userfiles/Respuesta%20del%20MSPAS%20x%20rendici%C3%B3n\(3\).pdf](https://www.alianmisar.org/userfiles/Respuesta%20del%20MSPAS%20x%20rendici%C3%B3n(3).pdf)
- Verdugo, J., Miranda, J., Albizu, J., Morales, L. y Hernández. L. (2002) *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*. Guatemala: Magna Terra editores.
- Villatoro, E. (1994) *Comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas una experiencia en el área ixil Quiché*. Guatemala: CEFOL, USAC.