

Prácticas poblacionales en salud

Alejandro Cerón



EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA
¿hacia dónde vamos?

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Proyecto

“La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”

**Prácticas poblacionales en salud:
Implicaciones y oportunidades para el sistema de salud**

-Documento de trabajo-

Alejandro Cerón

15 de febrero de 2007

Índice de Contenidos

Índice de ilustraciones.....	iii
Introducción.....	iv
1. Prácticas poblacionales en salud.....	1
1.1. Conceptos básicos.....	1
1.2. El nivel socio-estructural.....	2
1.3. El nivel socio-cultural.....	5
1.4. El nivel socio-psicológico.....	7
1.5. El cuidado lego como práctica poblacional en salud.....	9
2. Las prácticas poblacionales en salud de la población guatemalteca.....	10
2.1. Autocuidado.....	10
2.2. Autoayuda.....	11
2.3. Autoatención.....	12
2.3.1. Dimensión temporal.....	14
2.3.2. Nivel socio-estructural.....	16
2.3.2.1. Capital económico.....	16
2.3.2.2. Capital cultural.....	18
2.3.2.3. Capital social.....	20
2.3.2.4. Capital simbólico.....	22
2.3.2.5. Formas de violencia estructural.....	23
2.3.2.6. Influencias económicas, políticas e ideológicas del sistema.....	24
2.3.3. Nivel socio-cultural.....	25
2.3.4. Nivel socio-psicológico.....	29
3. Implicaciones y oportunidades para el sistema de salud.....	30
3.1. Intervenciones generales para la implementación de políticas.....	31
3.2. Construir la pertinencia intercultural en el sistema de salud.....	33
3.2.1. Desarrollo de competencias con relación a la cultura.....	35
3.2.2. Desarrollo de competencias con relación al idioma de la población.....	36
3.2.3. Desarrollo de una agenda de investigación de apoyo a la pertinencia intercultural.....	37
3.2.4. Desarrollo de relaciones de coordinación con la población.....	38
3.3. Necesidades de investigación relacionadas con el pluralismo médico.....	40
3.4. Relación entre las tendencias del sistema social y las prácticas poblacionales en salud.....	44
3.5. Relación entre las tendencias del sistema de salud y las prácticas poblacionales en salud.....	47
Referencias.....	49
Anexos.....	I
Anexo 1. Las prácticas poblacionales en salud se dan en el contexto del pluralismo médico.....	II
Anexo 2. Información sobre los autocuidados en Guatemala respecto a algunos problemas prioritarios de salud.....	VIII
Anexo 3. Referencias para el estudio de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala.....	XVII

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Determinantes de las prácticas poblacionales en salud.....	2
Ilustración 2: Representación esquemática de la posición en el espacio social de dos agentes	3
Ilustración 3: Un modelo cognoscitivo de las prácticas poblacionales en salud	6
Ilustración 4: Modelo de creencias en salud	8
Ilustración 5: Cuidado lego como práctica poblacional en salud.....	9
Ilustración 6: Proceso de construcción de las relaciones interculturales en salud	34
Ilustración 7: Lógica del impacto de la implementación de la pertinencia intercultural en el estado de salud.....	40
Ilustración 8: Esquema de la relación entre un sistema médico y los subsistemas que conviven en su seno	III
Ilustración 9: La atención en salud en las sociedades contemporáneas	VII

Introducción

Este estudio se enmarca en el proyecto “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala, el cual tiene como objetivos contribuir al proceso de formulación de políticas, planes y acciones de salud en el país y fomentar la generación de procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud. Para ello aspira a visualizar, con amplia participación de actores políticos y sociales, alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios en los próximos 15 años. Entre las actividades diseñadas para alcanzar dichos objetivos se encuentra la realización de diferentes estudios sobre el sistema de salud guatemalteco, de los cuales forma parte este trabajo.

El objetivo de este estudio fue examinar las prácticas de salud en la población guatemalteca, e identificar los elementos fundamentales sobre los cuales puede incidirse para mejorar el desempeño del sistema de salud y su impacto sobre las condiciones de salud de la población.

Para ello se hizo una revisión sistemática de literatura, partiendo de los centros de documentación sobre salud y ciencias sociales de instituciones guatemaltecas, y complementándolo con la revisión de bases electrónicas de publicaciones científicas internacionales (de Estados Unidos, España, México y Argentina). Debido a la falta de precisión de los términos se usó como palabras clave para la búsqueda los términos “Guatemala + Salud” y “Guatemala + enfermedad” en inglés y castellano. Además se usó los diferentes sinónimos que hacen referencia a los cuidados legos en salud. Se tamizó los documentos identificados a través de la lectura de sus títulos, palabras clave y resúmenes. Finalmente, se dio seguimiento a las referencias pertinentes citadas en los documentos seleccionados. Se identificó de esta manera 221 publicaciones relacionadas con el tema en Guatemala. Se identificaron también cerca de 98 publicaciones sin referencia directa a Guatemala pero con información teórica o práctica relevante.

Se entendió como prácticas poblacionales en salud todas las acciones que los individuos y los grupos sociales emprenden con el objetivo de mejorar, conservar o recuperar la salud. Se identificó al cuidado lego, definido como todas las acciones en salud que la población hace al margen de los profesionales de la salud, como una parte fundamental de las prácticas en salud. El cuidado lego se dividió en los autocuidados (prácticas destinadas principalmente hacia el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad), la autoatención (prácticas destinadas a la recuperación de la salud) y la autoayuda (prácticas en que se desencadena una respuesta colectiva entre pares que comparten un problema de salud). Todas estas prácticas se dan en el contexto de un sistema de salud caracterizado por el pluralismo médico, es decir la convivencia e intercambio continuo de conocimientos y prácticas de diferentes subsistemas médicos.

Se utilizó un marco expositivo basado en ciertas teorías de las prácticas sociales, entendiendo que las prácticas en salud forman parte de las mismas. Este marco comprende dos dimensiones, la temporal y la social, y esta última incluye los niveles estructural, cultural y psicológico.

En el capítulo 1 se presentan las bases conceptuales y teóricas que orientaron el trabajo. El capítulo 2 presenta una síntesis de la información sobre autocuidados, autoatención y autoayuda en Guatemala. El capítulo 3 presenta algunas implicaciones y oportunidades que el estudio de las prácticas poblacionales en salud abre para el sistema de salud.

1. Prácticas poblacionales en salud

1.1. Conceptos básicos

Las prácticas poblacionales en salud son todas las acciones que los individuos y los grupos sociales emprenden con el objetivo de mejorar, conservar o recuperar la salud. La importancia de tomarlas en cuenta en el diseño y planificación de los sistemas de salud ha sido reconocida desde la década de los 1970 en importantes foros internacionales, como la Conferencia Internacional en Atención Primaria en Salud de la Organización Mundial de la Salud (1978 Almaty, Kazakhstan), y su adecuado abordaje continúa siendo una de las recomendaciones para mejorar la función de prestación de servicios de los sistemas de salud (OMS 2000: 57), como fue afirmado en la Segunda Conferencia de la Sociedad para la Equidad en Salud (2002 Toronto, Canadá).

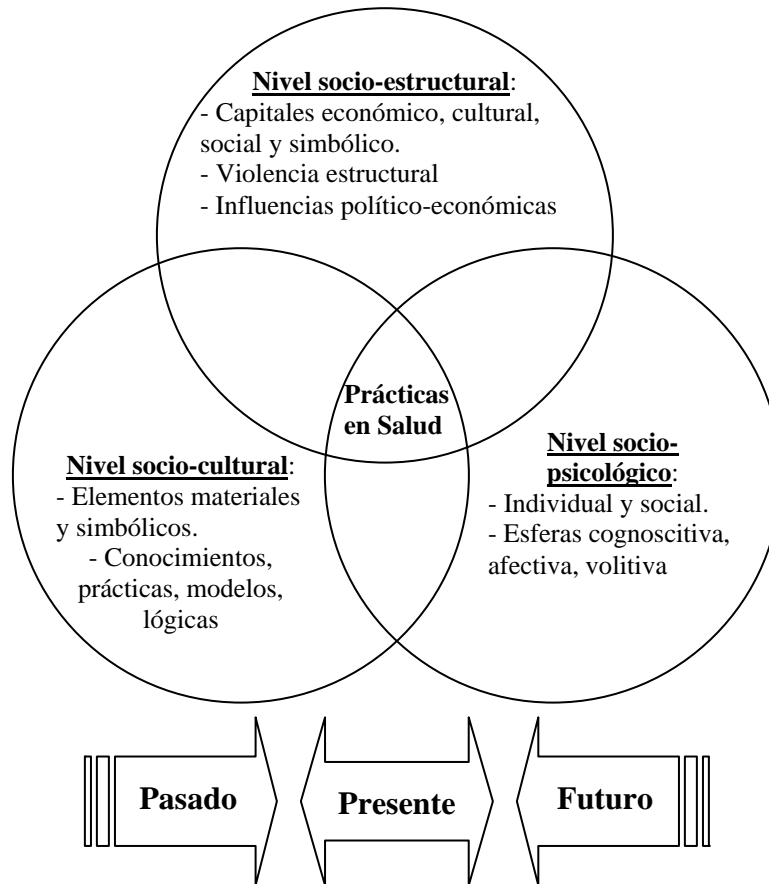
La importancia de las prácticas poblacionales para los sistemas de salud puede comprenderse mejor si se entiende que las personas se encuentran en el centro del sistema de salud. Los pacientes son el centro de la prestación de servicios y los grupos sociales están en el centro de la mayoría de intervenciones de salud pública (OMS 2000: 56). Además, las personas se comportan como consumidores al adoptar comportamientos que influyen en su salud y al decidir el uso que harán de los servicios que ofrece el sistema de salud. Finalmente, con frecuencia las personas cumplen el rol de proveedores de cuidados y atención sanitaria para sí mismos o para miembros de su familia o vecinos. Hay ocasiones en que el papel de paciente, consumidor y proveedor se da simultáneamente en la misma persona (OMS 2000: 57), como cuando una mujer se enferma, decide preparar un remedio, obtiene los materiales necesarios, se lo administra, y le da seguimiento a la evolución de su padecimiento.

Ahora bien, ¿hasta qué punto las personas juegan estos papeles determinados por sus condición social o haciendo uso de su libre albedrío? La respuesta es compleja, pero usaré un esquema analítico simplificado para presentar los aspectos más relevantes que ayudan a responderla (Emirbayer y Mische 1998). Por un lado, las personas reciben influencias de sus conocimientos o experiencias pasadas, de las formas en que imaginan o desean el futuro y de las circunstancias específicas en que se encuentran en el presente. Por otro lado, existen procesos a nivel socio-psicológico, socio-cultural y socio-estructural que confluyen en un momento determinado para influir en las prácticas de las personas. Ambas dimensiones, la temporal y la de los niveles sociales, son interdependientes y dinámicas.

En cuanto a la dimensión de los niveles sociales, existe abundante literatura acerca de su relación con las prácticas poblacionales en salud. Sin embargo, las investigaciones generalmente han enfocado en un sólo nivel (psicológico, cultural o socio-estructural), y generalmente sólo en algunos aspectos específicos dentro de cada uno de los niveles (por ejemplo, las características de la personalidad, o la pertenencia étnica, o la clase social). Por lo tanto, aunque no he identificado literatura en la que se aborde de manera integral las prácticas poblacionales en salud con relación a estos distintos niveles sociales, sí es posible

hacer una síntesis de los conocimientos que se han generado al respecto. En la siguiente sección se presenta con cierto detalle algunas teorías o modelos conceptuales que permiten comprender mejor los aspectos psicológicos, culturales y de la estructura social en su relación con las prácticas poblacionales en salud.

Ilustración 1: Determinantes de las prácticas poblacionales en salud



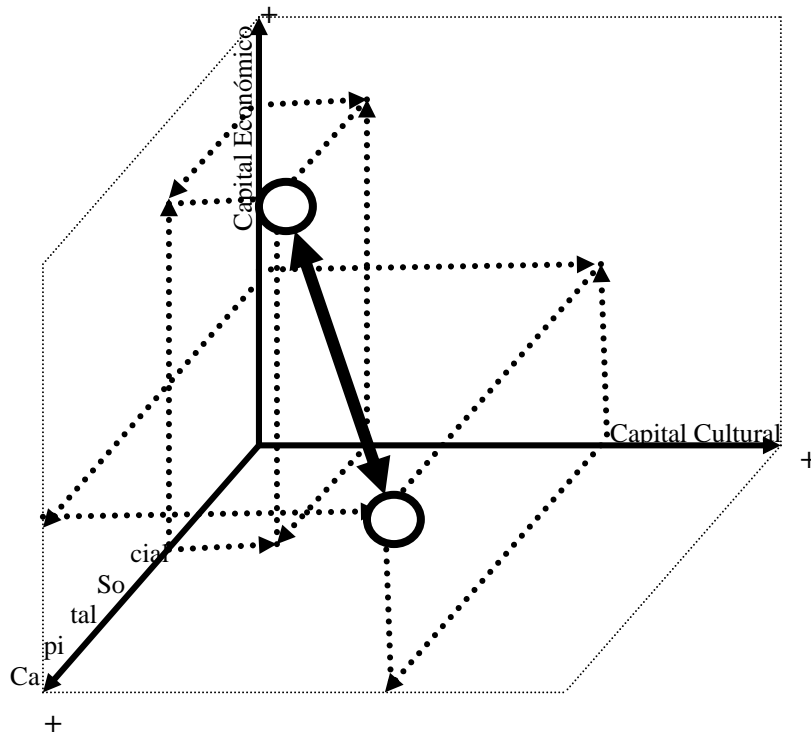
Fuente: Emirbayer (1998)

1.2. El nivel socio-estructural

Existen varias perspectivas teóricas para explicar cómo el nivel socio-estructural influye en las prácticas poblacionales en salud (Emirbayer 1998). Recurriré de manera esquemática a algunos aspectos básicos de la producción teórica de Pierre Bourdieu (1977, 1985a y 1985b), consciente de sus limitaciones (Ortner 1984, Jenkins 1992, Emirbayer 1998). El esquema consiste en comprender a la estructura de la sociedad como algo dinámico, en lo cual lo más importante son las relaciones entre sus elementos. A dicha estructura de la sociedad la llamaremos el “espacio social”, al cual imaginaremos como un espacio que no es plano sino tridimensional. En ese espacio social encontraremos a muchas personas, a quienes llamaremos “agentes” para enfatizar que son capaces de influir la realidad con sus acciones y sus ideas.

Los agentes pueden ser personas individuales o grupos sociales, y ocupan puntos específicos dentro del espacio social, puntos que están definidos por las condiciones socio-históricas de cada agente y su relación con los demás dentro del espacio social. Estas posiciones cambian según las circunstancias específicas que se analicen.

Ilustración 2: Representación esquemática de la posición en el espacio social de dos agentes



Fuente: elaboración propia en base a Bourdieu (1977, 1985a y 1985b)

Las posiciones que ocupa cada agente en el espacio social están dadas por su posesión de cuatro formas distintas de capital (Bonnewitz 2003: 47):

- el capital económico, constituido por los factores de producción (tierras, fábricas, inserción laboral) y el conjunto de bienes económicos (ingreso, patrimonio, bienes materiales).
- el capital cultural, constituido por el conjunto de las “calificaciones intelectuales” ya sean producidas por el sistema escolar o transmitidas por la familia. Puede incluir habilidades innatas o adquiridas (capacidad de análisis, de interpretar un instrumento musical, de expresarse en público, etcétera), la posesión de bienes culturales (libros, música, fotografías, pinturas, etcétera) o la posesión de certificados institucionales (títulos académicos, reconocimientos recibidos).
- el capital social, definido como el conjunto de las relaciones sociales de un agente o grupo, que implican un trabajo de sociabilidad (establecimiento y mantenimiento de las relaciones a través de invitaciones, compartir actividades comunes).

- el capital simbólico, que corresponde al crédito y autoridad que un agente recibe por el reconocimiento y la posesión de las otras tres formas de capital. También cabe incluir aquí como factor que modifica el capital simbólico las relaciones desiguales que se dan debidas a criterios de discriminación étnica, de género, o de otro tipo.

De tal manera que la posición que ocupan los agentes en el espacio de las clases sociales depende del volumen y la estructura de su capital. Agentes con similar volumen de capital económico pero con marcadas diferencias en el volumen de capital cultural o social ocuparán diferentes posiciones en el espacio social. Por ejemplo, dos grandes propietarios cuyo patrimonio, propiedades e ingresos económicos son similares estarían clasificados dentro de la misma clase social, si se atiende sólo a criterios económicos, pero si resulta que uno de los dos viene de una familia de artistas que además es parte de varios círculos sociales relacionados con las artes y la promoción cultural en el país, mientras el otro mantiene su círculo de actividades y relaciones sólo en el campo de los negocios, estarían ocupando posiciones distintas en el espacio social.

Esquemetizando de esta manera a la sociedad, el proceso de socialización de una persona (agente) se lleva a cabo influido por la posición que ocupa en el espacio social, y por su trayectoria de vida personal y de su círculo social más cercano (familia, vecinos, escuela, lugar de trabajo, etcétera). Este proceso de socialización se caracteriza por la formación del “*habitus*” (Bourdieu 1985b). Así, el *habitus* es un sistema de disposiciones duraderas (actitudes, maneras de percibir, sentir, hacer y pensar), adquirido por la persona durante el proceso de socialización, que marca simultáneamente los esquemas a través de los cuales percibe la realidad y los esquemas que organizan sus prácticas (Bourdieu 1985b). El *habitus* es producto de “la interiorización que la persona hace de sus condiciones objetivas de existencia” (Bonnewitz 2003: 64), o sea de su historia y su posición en el espacio social. Es decir que personas que ocupan posiciones cercanas en el espacio social tienen un *habitus* similar, el cual cada uno moldea o modifica de acuerdo a sus aprendizajes, adquisiciones y trayectorias de vida. Sin embargo estas modificaciones no ocurren en el vacío, sino sobre el *habitus* previamente adquirido, por lo cual las experiencias de socialización en etapas tempranas de la vida tienen mayor potencial de modificar el *habitus* que las experiencias posteriores.

Por otro lado, hay dos perspectivas conceptuales que es importante tener en cuenta en el abordaje del nivel socio-estructura. En primer lugar, una perspectiva que ha ganado mucha influencia en los círculos de la antropología médica estadounidense es el de “violencia estructural”, adaptado de ciertos autores de la teología de la liberación, y que hace referencia a que en la sociedad actual existen estructuras que institucionalizan de manera sistemática el racismo, el sexismo, el clasismo, la homofobia, el elitismo y el etnocentrismo, lo cual restringe de manera violenta las opciones de las personas en cuanto a la mejora, mantenimiento o recuperación de su salud (Farmer 2005: 8). Desde mi punto de vista, esta perspectiva

puede beneficiarse con el análisis de las relaciones de dominación, hegemonía y subordinación en la sociedad (Pizza 2005).

En segundo lugar, la antropología médica crítica ha demostrado (apoyada en la tradición académica de la medicina social y de la economía política) que cualquier elemento cultural relacionado con la salud, la enfermedad y su atención debe ser analizado en su relación con las estructuras del sistema económico capitalista global, para comprender sus raíces históricas y sociales (Singer y Baer 1995: 33, Joralemon 2006: 54-56). Estas estructuras tienen manifestaciones a nivel macrosocial, intermedio-social, micro-social e individual (Baer, Singer y Susser 1997: 28-33).

1.3. El nivel socio-cultural

Existe una larga tradición de estudiar los conocimientos y prácticas relacionadas con la enfermedad desde el punto de vista de la cultura. Aunque las investigaciones en este campo están en constante desarrollo (y no existe total consenso en lo que a prácticas poblacionales en salud se refiere [ver por ejemplo, Good 1994 y Garro 1998a]), en la actualidad es posible alcanzar una comprensión de la relación entre cultura y salud-enfermedad que ofrece un marco de referencia para el presente trabajo.

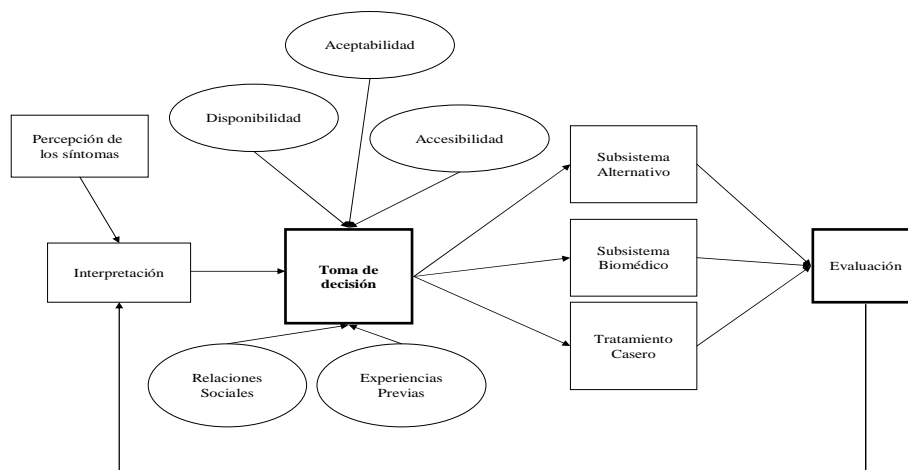
Una cultura consiste en el conjunto de elementos materiales (ritos, costumbres, arte, alimentos, ropa, viviendas, instrumentos de trabajo, prácticas) y simbólicos (creencias, valores, normas, sanciones, convencionalismos, lenguaje, conocimientos, símbolos, representaciones, cosmovisión) que los seres humanos transmiten y aprenden como miembros de un grupo social. La cultura se aprende a través de las diferentes formas de socialización y está íntimamente ligada a los niveles socio-estructural y socio-psicológico. Las culturas están en constante transformación e intercambio con otras culturas, pero a la vez los elementos culturales suelen ser duraderos. Cuando se analiza el nivel socio-cultural en grupos sociales concretos lo que se observa son elementos culturales de orígenes diversos que confluyen en ese grupo particular, y no culturas puras de ningún tipo. La manera como esos elementos culturales se expresan puede ser distinta según las circunstancias e incluso puede parecer contradictoria.

El conocimiento científicamente aceptado en este campo indica que, aunque la enfermedad existe objetivamente, sólo es posible conocerla a través de representaciones culturales cuyas manifestaciones más evidentes son el lenguaje que se usa para describirlas, los conocimientos que organizan dicha explicación y las prácticas que se emplean para enfrentarla (Good 1994: 126-127, Anderson 1996: 15, Baer, Singer y Susser 1997: 7, Scrimshaw 2001: 55, Joralemon 2006: 3-9). Una forma de uso común en el campo antropológico para comprender esto es distinguir entre los conceptos de padecimiento y enfermedad. El término “padecimiento” (*illness*) hace referencia a la experiencia de no sentirse bien, es una experiencia subjetiva de quien está sintiendo malestar, sufriendo o padeciendo. Por el contrario, el término “enfermedad” (*disease*) se refiere al reconocimiento que una persona hace acerca del

padecimiento del otro, lo cual se hace a través de manifestaciones consideradas como objetivas por quien las identifica. Estas manifestaciones pueden ser la fiebre, el olor como a huevo podrido de alguien ojeado, un conteo anormal de glucosa en sangre, la detección de una coloración anormal en el aura de una persona, la palidez, el decaimiento, el cambio de color en una zona del iris del ojo, una densidad ósea baja, las señales anormales percibidas por una persona con capacidades parapsicológicas, los ruidos pulmonares anormales escuchados con un estetoscopio, el balanceo característico de un péndulo diagnóstico, etcétera. La capacidad de percibir determinadas manifestaciones depende en muchos casos del tipo de instrucción que una persona ha recibido, o de capacidades que ha desarrollado, o de conocimientos compartidos culturalmente.

Desde la década de 1950 ha habido estudios antropológicos que han enfatizado en describir las “creencias y prácticas” de los diferentes sistemas de “medicina tradicional”. Estos estudios ayudaron a conocer mejor los diferentes sistemas médicos, y en especial ayudaron a comprender que el sistema biomédico dominante es, al igual que los demás, producto del desarrollo de una tradición y está lleno de elementos culturales materiales y simbólicos (Leslie 1975). A partir de los años 1970s hubo una gran producción de investigaciones antropológicas con un enfoque cognoscitivo. Estas investigaciones buscaban describir, y en ocasiones predecir el proceso de toma de decisiones ante la enfermedad (Debacher 1979, Young y Garro 1992, Kroeger 1983, Mechanic 1979, Ryan 1995). Estos han sido útiles para comprender algunos aspectos que intervienen en las prácticas poblacionales en salud, pero se les ha criticado por suponer que las decisiones se toman de manera racional, sin reconocer la influencia de la estructura social y de las emociones. El esquema siguiente fue desarrollado a partir de una revisión de los estudios cognoscitivos sobre el comportamiento ante la enfermedad, y permite organizar los diferentes factores que influyen en los mismos.

Ilustración 3: Un modelo cognoscitivo de las prácticas poblacionales en salud



Fuente: en base a Hausmann-Muela, Muela, Nuamongo (2003)

En décadas más recientes, el desarrollo de una perspectiva interpretativa en la antropología médica (Kleinman 1980, Good 1994: 109-128 y 299-328) se ha interesado en comprender los significados que están detrás de los conocimientos, prácticas y explicaciones sobre la salud y la enfermedad. Por un lado, situó en definitiva a la biomedicina como un sistema médico igual de cultural que los demás (Hahn y Kleinman 1983). Por otro lado introdujo el concepto de “modelos explicativos” (Kleinman 1980) para mostrar que la “enfermedad no es una entidad [objetiva, en sí misma] sino un modelo explicativo” (Good 1994: 109). Un modelo explicativo no es mejor que otro y todos sirven, en sus contextos, para afrontar y socializar la experiencia del padecimiento, lo cual elimina la idea de que los profesionales poseen el conocimiento y los enfermos sólo tienen “creencias”. Este enfoque no niega los factores biológicos, ecológicos y sociales de la enfermedad, pero reconoce que las formas que usamos para referirnos a ellos son culturales. Estos elementos de la perspectiva interpretativa han sido usados con éxito en ambientes clínicos, hospitalarios y de salud pública para mejorar la relación entre profesionales y población, y para lograr cambios de comportamiento en la población y en el personal sanitario (ver las referencias de Scrimshaw 2001: 68-69 y Hunt y Arar 2001).

1.4. El nivel socio-psicológico

En el nivel socio-psicológico el foco de interés se ubica en comprender los procesos mentales que se relacionan con las prácticas poblacionales en salud. Desde la perspectiva de la psicología cognoscitiva, se considera que los procesos mentales pueden estudiarse científicamente ya que se puede observar la conducta y hacer inferencias acerca de los procesos cognoscitivos subyacentes. Estos procesos mentales incluyen el pensamiento, el sentimiento, el aprendizaje, el recuerdo, la toma de decisiones, la emisión de juicios, entre otros (Morris y Maisto 2005: 19). Aunque existen otras perspectivas psicológicas (Robins, Goslin y Crack 1999), e incluso parapsicológicas (Milton y Wiseman 1999, Store y Ertel 2001), con las que se podrían abordar las prácticas poblacionales en salud, ésta ha sido la corriente que ha dominado los estudios en este campo (Garro 1998b, MacKian, Bedri y Novel 2004). El estudio de las prácticas poblacionales en salud desde la perspectiva de la psicología cognoscitiva se basa en algunos supuestos que han sido criticados (Good 1994: 126, Bibeau 1997) por no tomar en cuenta los determinantes sociales y culturales, ni otros aspectos psicológicos como las emociones, sentimientos, motivación y voluntad. De cualquier manera el uso de esta perspectiva ha sido amplio y ha llegado a ser aplicado en programas de salud pública (MacKian, Bedri y Novel 2004).

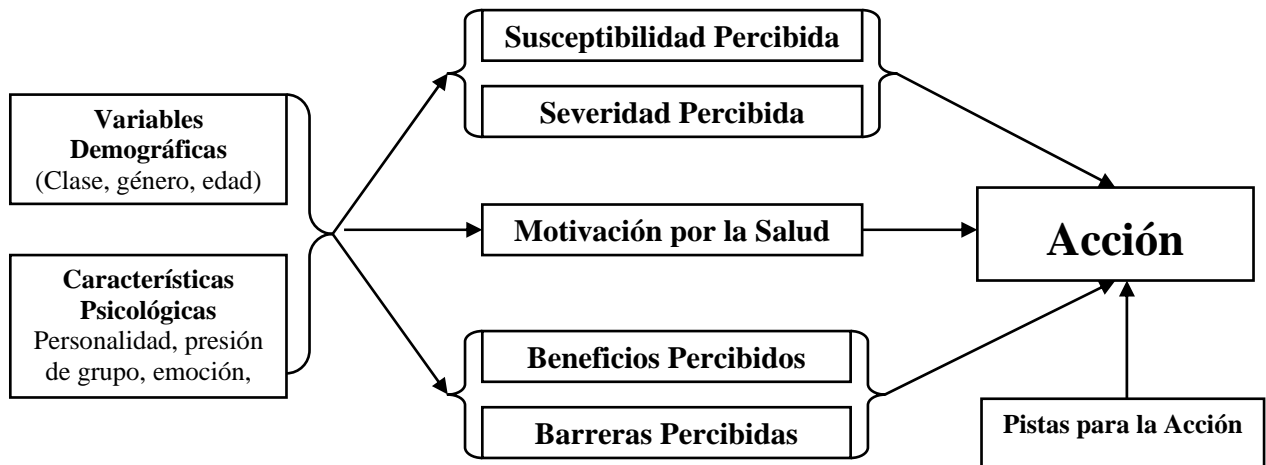
Un enfoque de estos estudios ha estado en investigar la relación entre prácticas en salud y los resultados en salud. Se ha demostrado que las características de las prácticas poblacionales en salud guardan relación con diferentes resultados en salud, enfermedad o muerte. Otro enfoque ha sido el de diseñar modelos que permitan predecir las prácticas poblacionales en salud de acuerdo a determinados

factores. En un estudio exhaustivo clásico se identificaron seis factores clave (Cummings, Becker y Maile 1980): 1. la accesibilidad a los servicios de salud, 2. factores estructurales (demográficos, sociales, culturales y económicos), 3. actitudes hacia la atención en salud (creencias acerca de la calidad y beneficios del tratamiento), 4. percepciones acerca de la amenaza que representa la enfermedad, 5. conocimientos acerca de la enfermedad, 6. características de la red social.

De éstos, los últimos cuatro corresponden a factores socio-cognoscitivos. Aunque se sabe que están influidos por los niveles socio-cultural y socio-estructural, el identificarlos en el nivel socio-psicológico tiene algunas implicaciones prácticas, ya que se considera que pueden ser modificados, por lo que ofrecen oportunidades para las intervenciones sanitarias. Es por ello que los factores cognoscitivos han adquirido importancia como parte de la promoción en salud, ya que se piensa que pueden ejercer un efecto mediador entre los factores culturales y estructurales (y otros factores psicológicos no cognoscitivos), para modificar de manera positiva las prácticas poblacionales en salud (Conner y Norman 1996: 5).

Existen varios modelos socio-cognoscitivos para analizar las prácticas poblacionales en salud (Conner y Norman 1996: 8-14). Todos estos modelos son limitados, sin embargo ofrecen un esquema para comprender algunos aspectos psicológicos involucrados en las prácticas poblacionales en salud y han sido usados para diseñar intervenciones sanitarias (MacKian 2003: 7-8). Por su pertinencia para el tema que nos ocupa y por ser el más difundido se presenta un esquema del modelo de creencias en salud.

Ilustración 4: Modelo de creencias en salud



Fuente: (Sheeran v Abraham 1996: 23-61)

En síntesis, en el nivel socio-psicológico, se reconoce que los modelos socio-cognoscitivos han contribuido a comprender quienes producen ciertos comportamientos y cómo puede provocarse cambios en estos a través de factores externos. Se considera que los determinantes de índole socio-cognoscitivo sirven como mediadores de los efectos de determinantes socio-estructurales y socio-culturales. Además, se considera que estos factores son más susceptibles a ser modificados que otros factores psicológicos como

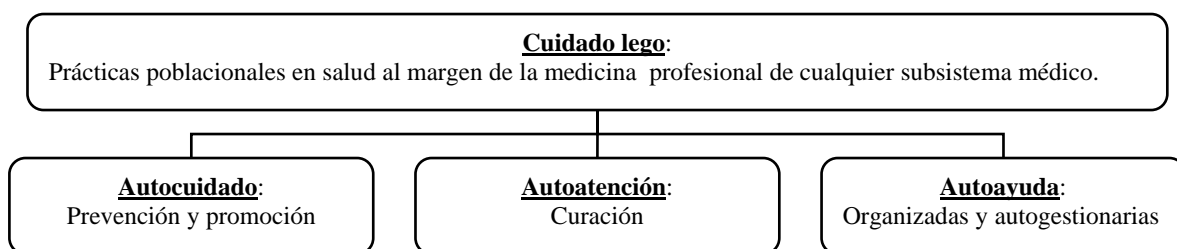
la personalidad. Se ha desarrollado intervenciones basadas en la modificación de factores socio-cognoscitivos que han logrado modificar comportamientos relacionados con la prevención y recuperación de la salud. Por otro lado, la psicología social reconoce que con frecuencia no hay correspondencia entre las actitudes, los conocimientos y las prácticas en salud, y que puede influirse efectivamente en las prácticas con más facilidad que en las actitudes.

1.5. El cuidado lego como práctica poblacional en salud

Las prácticas poblacionales en salud se dan en un sistema de salud caracterizado por el pluralismo médico (diversos subsistemas médicos conviven e intercambian prácticas y conocimientos, ver ANEXO), y en el centro de ese sistema de salud se encuentran las personas, jugando varios roles (paciente, consumidor, proveedor). En consecuencia, son las personas y grupos sociales el agente que usa las diferentes formas de atención, las sintetiza, articula, mezcla y yuxtapone, y además es quien reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades que constituyen el “cuidado lego” (Haro 2000: 103), dado que éste constituye “no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención” (Menéndez 2003: s/n).

El término “cuidado lego” (Haro 2000: 103) ha sido definido como “todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional” (Haro 2000: 103).

Ilustración 5: Cuidado lego como práctica poblacional en salud



Fuente: elaboración propia con base en Haro (2000: 112-114)

El cuidado lego comprende tres formas diferenciadas: la autoayuda, autocuidado y la autoatención (Haro 2000: 105-106). El lugar clave está en el autocuidado-autoatención, pues todas las otras formas necesitan de éste para funcionar, pero éste puede no requerir de ninguno de los otros. Esto implica que cualquiera de las formas de atención necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar. Sin embargo, no debe olvidarse que el “cuidado lego de la salud” no recibe influencias únicamente de la cultura popular, sino de muy variadas fuentes, incluyendo los profesionales de los diferentes subsistemas médicos.

Es necesario precisar los términos de autocuidado, autoatención y autoayuda. Siguiendo a Haro (2000: 112-114) hay una distinción entre autocuidado y autoayuda. El autocuidado son “las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico”. El autocuidado y la autoatención son “casi sinónimos”, pero la segunda es “un término más propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas y, por lo tanto, servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas, que abarcan tanto el propio grupo doméstico como las redes sociales” (Haro 2000: 113). Finalmente, el término autoayuda se refiere a “iniciativas que están expresamente organizadas para la atención de problemas sanitarios y que son genuinamente autogestionarias en tanto que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que, sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional” (Haro 2000: 113).

Finalmente, la relación entre el ámbito del cuidado lego y los profesionales de los subsistemas médicos ha sido ambigua, en particular con los profesionales de la biomedicina. Desde los profesionales suelen presentarse tres actitudes con respecto al ámbito del cuidado lego: considerarlo irrelevante, considerarlo fuente de problemas, o considerarlo como un recurso susceptible de utilización para disminuir el papel asistencial del Estado (Haro 2000: 135-140). Esta relación ambivalente ha sido corroborada por múltiples autores en múltiples contextos (Levin 1981, Harrison y Saul 1981, Nash 1981, Menéndez s/f, Freyermuth 1993).

2. Las prácticas poblacionales en salud de la población guatemalteca

En este capítulo se presenta la información empírica relacionada con las prácticas en salud de la población guatemalteca, haciendo un énfasis en los cuidados legos que, como mencioné en el capítulo anterior, dividiré esquemáticamente en autocuidado, autoatención y autoayuda. La información disponible es muy disímil para las tres, por lo que haré una breve mención de la información relacionada con el autocuidado y la autoayuda, sin seguir el esquema teórico presentado en el capítulo anterior, para luego presentar con más detalle lo correspondiente a la autoatención.

2.1. Autocuidado

En lo que corresponde al autocuidado, éste abarca las prácticas relacionadas con los aspectos preventivos o de promoción de la salud, e incluyen un amplio espectro que va desde las prácticas de higiene personal, higiene del hogar, nutricionales, alimenticias y educación para la salud, hasta la prevención de conductas de riesgo específicas como la promiscuidad sexual, el consumo de drogas o conducir vehículos a altas velocidades. Existe un sin fin de prácticas que se dan en el ámbito del

autocuidado, pero que no están documentadas de manera sistemática en la literatura disponible. Por otro lado, la información disponible se basa en categorías y clasificaciones del subsistema biomédico, por lo que no se presentan prácticas derivadas de otros subsistemas médicos. En el ANEXO se incluye la información sobre autocuidados para algunos de los problemas de salud más importantes en Guatemala para los cuales hay información disponible.

2.2. Autoayuda

Los grupos de autoayuda representan una modalidad específica de organización social, en la cual se reúnen personas que se consideran pares, para hablar, escucharse y trabajar en torno a un mismo tema que las hace compartir una situación de vida similar. La entrada y salida del grupo son voluntarias y no dependen de la relación con un profesional o institución. (Montaño 2004)

Hay muchos tipos distintos de grupos de autoayuda, cada uno con sus fines y sus modelos. Al parecer, sólo los que aplican una versión del “modelo de los 12 pasos” originado en Alcohólicos Anónimos, “son en sí mismos un fenómeno social [de magnitud] importante [...] pero muchas otras personas, con muy distintas problemáticas y situaciones de vida, se reúnen en lo que en cada caso denominan ‘su’ grupo” (Montaño 2004).

No identifiqué fuentes de información que den cuenta de su magnitud y distribución en Guatemala. Algunos “grupos de 12 pasos” (Montaño 1997) de los que tengo referencia anecdótica en Guatemala son: Alcohólicos Anónimos (con diferentes redes de organizaciones independientes), Jóvenes Alcohólicos Anónimos, Al-Anon para familiares y amigos de alcohólicos, AlaTeen para familiares de alcohólicos menores de edad, Neuróticos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Comedores Compulsivos Anónimos, Adictos a las Relaciones y Narcóticos Anónimos. Entre los grupos que utilizan otras metodologías (Montaño 2004), conozco de la existencia de grupos como la Liga de la Leche, SOS y Rational Recovery.

No todos los grupos están relacionados con las adicciones, ya que algunos están conformados por personas que viven con una enfermedad (VIH-SIDA, insuficiencia renal crónica, diabetes, reumatismo, cáncer, etcétera) o por quienes conviven con personas que viven con enfermedades como las de Parkinson y Alzheimer. Otros grupos se forman por personas que comparten ciertas problemáticas o situaciones de vida o “concepciones acerca de los conflictos subjetivos que acompañan a casi cualquier persona”. Entre estos grupos hay los que hablan sobre codependencia, autoestima, relaciones destructivas, neurosis, divorcio, duelo, etcétera (Montaño 2004). Conozco de la existencia de estos grupos, al menos en la ciudad capital, pero no tuve acceso a fuentes que indiquen su magnitud y distribución.

Además, existen grupos que haría falta analizar con detalle para saber si tienen las características de los grupos de autoayuda (participación voluntaria, autogestionada por miembros del grupo, propósito de compartir experiencias para sobrellevar un determinado problema autoidentificado), pero que en principio

me parece que pueden ejercer funciones similares, o al menos crear espacios en que la autoayuda se propicia, aunque no se organiza sistemáticamente. Algunos de estos incluyen grupos de familiares, hijos y viudas de víctimas del conflicto armado (Anckermann y cols. 2005), grupos de apoyo a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en género. Los principales cuestionamientos para incluir estos grupos dentro de los grupos de autoayuda sería si la participación de profesionales o instituciones como organizadores del grupo hacen que su naturaleza no sea precisamente la de autoayuda y si la participación es totalmente voluntaria. Ambos cuestionamientos son discutibles (Sheperd y cols. 1999). Un aspecto que merece ser investigado a profundidad por su amplia distribución, es el papel que juegan los grupos religiosos con relación a la autoayuda.

2.3. Autoatención

En cuanto a la autoatención, las prácticas en salud de la población guatemalteca se caracterizan, de acuerdo a la información disponible, por un patrón general que incluye los siguientes elementos:

- Entre el 50 (Gragnotati y Marini 2002) y el 92% (Goldman, Pebley y Gragnolati 2000) de los episodios de enfermedad se resuelven en el ámbito del hogar y el cuidado lego, sin la intervención de profesionales de ninguno de los subsistemas médicos, lo cual es consistente con lo que se ha identificado en otras sociedades (Kroeger 1983, Ryan, Levin 1981). Sin embargo, en un buen porcentaje de episodios (alrededor de una tercera parte) la primera atención que se busca es la de un profesional (Acevedo 1986, Cerón 2006, Ryan 1995).
- Por las características pluralistas del sistema, la población hace un uso ecléctico de prácticas, siguiendo un patrón similar al descrito como “racionalidad divergente” (Shweder, citado en Garro 1998b), el cual consiste en que las personas combinan conocimientos y prácticas de diferente origen (que incluso pueden parecer contradictorias), y las relacionan de formas racionales diferentes. En otras palabras, las “re-significan” (Albizú 2004). Esto hace compleja la comunicación con los “otros” porque los razonamientos pueden ser perfectamente coherentes si se toman en cuenta las consideraciones en las que descansan, pero parecen irracionales cuando son analizados sin hacer dichas consideraciones.
- Las prácticas que se usan dependen de la percepción que se tiene de la enfermedad y sus posibles consecuencias. Juegan un papel importante las diversas percepciones acerca de la severidad, susceptibilidad, vulnerabilidad y riesgo que las personas tienen respecto al episodio específico de enfermedad.
- Las personas buscan mejorar o curarse lo antes posible y al menor costo. Este costo no es únicamente en un sentido económico, monetario, sino que incluye costo en tiempo (qué actividades se verán

relegadas al dedicarle más tiempo a la atención del padecimiento, y cuál es la consecuencia de relegarlas) y la “negociación” de los capitales social, cultural y simbólico.

- Las alternativas que las personas consideran dependen de dos factores generales. Por un lado, el acceso a información sobre dicha alternativa (saber que existe, tener una opinión positiva acerca de su efectividad), y por el otro la accesibilidad (económica, geográfica y funcional) que se tiene a la misma.

Además de estos rasgos generales que están ampliamente respaldados por datos empíricos en Guatemala y otras sociedades, hay algunas otras generalizaciones relevantes que quiero mencionar, aunque no he profundizado en ellas, y que se basan en observaciones de otros autores en contextos específicos.

- Hay una actitud positiva de la población hacia la prevención (Scrimshaw 2001), lo cual se manifiesta en las diferentes prácticas y rituales que usan para evitar enfermarse o para mejorar su salud. Estas prácticas van desde el uso de amuletos y “secretos” para evitar que alguien sea ojeado, el encomendar a dios o a los santos los viajes o las actividades cotidianas, las prácticas de higiene general de la población, las consideraciones sobre los efectos de los alimentos en el cuerpo que hacen las mujeres que preparan alimentos, las medidas para evitar los cambios de temperatura que puedan derivar en problemas de salud, etcétera.
- La población no considera a la “buena salud” como el centro de la vida, sino más bien como un medio que permite desarrollar las actividades productivas y recreativas (Albizu 2004, Bristow 2003). Además, se considera a la buena salud como un resultado de llevar una vida correcta. Por esta razón, generalmente las prácticas en salud tienen que “negociar” su espacio con las actividades cotidianas.
- Hay grados variables de separación entre religión y medicina, entre lo metafísico y lo físico que afecta a la salud (Mosquera 2002). Esto sucede incluso en los profesionales de la biomedicina. Es decir que, aunque el discurso de la ciencia contemporánea indica que la separación de la religión y la medicina, de los oficios de sacerdote y médico, fue un momento clave en el desarrollo de la medicina científica, en la práctica de la población dicha separación no se da del todo.

Evidentemente todas estas generalizaciones invisibilizan muchos matices, desigualdades e inequidades. Con la intención de visibilizar al menos algunos de éstos, usaré el esquema de análisis descrito en el capítulo anterior para presentar en la siguiente sección cómo las dimensiones temporal y social (psicológica, cultural y estructural) influyen en los mismos. Sin embargo, antes de presentarlas quiero hacer referencia a algunas limitaciones propias de la naturaleza de este trabajo y las fuentes que usa.

- Las fuentes en que se basa este trabajo son informes de investigaciones que han sido hechas con propósitos diversos y diferentes al de este trabajo (ver anexo).

- En la mayoría de los casos estas investigaciones se han hecho en poblaciones pequeñas y con un carácter transversal, lo cual impide tener una visión generalizable. Sólo hay algunos trabajos (Gragnotati y Marini 2002, Ibáñez, Linder y Woolcock 2002, y diferentes estudios de Pebley, Goldman y Gragnolati) que se basan en análisis secundarios de encuestas en muestras representativas de la población guatemalteca, como la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil y la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida.
- Todos estos trabajos han sido hechos con metodologías y perspectivas teóricas diversas, a las cuales pueden señalárseles fortalezas y debilidades que influyen en sus resultados.
- Los estudios identificados no dan cuenta suficiente de todos los grupos étnicos del país, ni de todos los niveles socio económicos, ni de grupos de población como los inmigrantes, los emigrantes, los migrantes internos, los discapacitados, las personas viviendo en la calle, las clases media y alta, la población ladina, la población “criolla”, la población homosexual, los grupos religiosos, la población privada de su libertad, entre otros.
- Por las características de las fuentes (informes de investigación o artículos científicos) se presentan las perspectivas desde una racionalidad de la ciencia contemporánea hegemónica, lo cual hace que no pueda tenerse una visión de las prácticas realmente desde la población.
- Hay un énfasis grande (aunque no total) en una interpretación biomédica de los problemas más importantes relacionados con la mortalidad materno infantil (diarrea, infecciones respiratorias, problemas del embarazo, parto y puerperio), habiendo muy poca información relacionada con otras enfermedades y otros grupos étnicos. No identifiqué estudios que hagan su análisis completamente desde una interpretación basada en otra racionalidad, o incluso en perspectivas no racionalistas.

Debido a estas limitaciones, la información que presento debe considerarse como una exploración de las prácticas poblacionales en salud, y no como una evidencia representativa de las prácticas en salud de la población guatemalteca.

2.3.1. Dimensión temporal

Hay varios elementos que ejemplifican la importancia de la dimensión temporal en las prácticas poblacionales en salud. Entre estos elementos se encuentran las experiencias previas, los conocimientos previos, la recurrencia o cronicidad de un padecimiento, las variaciones generacionales, y las modificaciones en el conocimiento y acceso a distintas alternativas. Presentaré algunos ejemplos.

La literatura y la experiencia empírica sugieren que uno de los factores que influyen de manera importante en las prácticas en salud de la población son las experiencias previas (Anderson 1996, Young y Garro 1982, Ryan 1996). En términos generales, si una persona o miembro de la familia se había enfrentado antes a un padecimiento percibido como similar al actual, las personas replicarán las prácticas

que fueron exitosas y evitarán las que no lo fueron. Es más, muchas veces las personas conservan los medicamentos que un miembro de la familia usó, para volverlo a utilizar en casos similares. Además, las experiencias van moldeando los nuevos conocimientos de las personas acerca de las enfermedades, la salud y las prácticas en salud. Las interpretaciones que las personas hacen sobre la eficacia de las prácticas anteriores pueden seguir caminos racionales divergentes, difíciles de comprender cuando son analizados desde fuera.

Por ejemplo, un padre de familia a quien entrevisté, k'iche', maestro, del área rural, me contó en retrospectiva la experiencia que tuvo con un episodio de diarrea de su hijo menor de 2 años. El episodio duró un total de 7 días, en los cuales el niño fue atendido por su mamá (todo el tiempo), unas familiares que saben curar (tres veces), un profesional de la biomedicina (dos veces), una profesional de la medicina Maya (tres veces), otro profesional de la biomedicina (una vez). Además, por recomendación de una vecina “muy respetable” por su conducta y su sabiduría, él y su esposa hicieron penitencia por 9 días, pensando que la enfermedad podía deberse a algunos pequeños conflictos de pareja que habían venido enfrentando. Durante la duración del episodio él pensaba que la causa de la enfermedad podía ser cualquiera, incluyendo la falta de higiene por la edad del niño, pero en retrospectiva me dijo que pensaba que sabía que no había sido la falta de higiene, que tampoco había sido ojeado, porque si no se hubiera curando con el tratamiento que le hicieron, y que lo que pensaba es que los conflictos de pareja habían hecho que el niño fuera más susceptible al rotavirus (meses después hubo una campaña informativa relacionada con el rotavirus, cuya descripción él identificó con los signos que había visto en su hijo). Cuando lo entrevisté me dijo que para evitar que su hijo se enferme, él y su esposa están tratando de resolver los conflictos de pareja a tiempo y hacer penitencias periódicamente, además de mantener siempre las medidas de higiene en el hogar. Si el niño se enfermara de nuevo de diarrea, me dijo que lo llevaría a que lo curen del ojeado (para estar seguro) y a que le den tratamiento para el rotavirus.

Otro factor reconocido ampliamente es el de la cronicidad o recurrencia de la enfermedad. Muchas veces en la experiencia del padecimiento es difícil diferenciar entre una enfermedad recurrente de una crónica, cuando esta presenta agudizaciones o crisis. En estos casos la comprensión de la enfermedad se va modificando con el tiempo y con las prácticas que han resultado efectivas o no. Una mujer joven, mestiza, capitalina, estudiante universitaria, madre de un niño de 4 años cuenta cómo ella y su esposo (profesional en telecomunicaciones) fueron descubriendo que los ciclos de gripe-tos-dificultad respiratoria-diarrea-hongos en la piel-infección urinaria que su hijo presentaba, y que no lograban controlar con té y medicinas comunes, estaban relacionados con su condición de asmático y alérgico. Después de llevarlo muchas veces con un pediatra y luego con otros pediatras, viendo que no sólo no mejoraba sino que los cuadros eran cada vez peores, decidieron escuchar el consejo de una pariente y lo llevaron donde un médico naturista. Desde que lo llevaron con él el niño ha mejorado notablemente y casi

no se enferma. Ahora siguen las indicaciones de ese médico naturista y casi no toman decisiones sobre la salud del niño si no lo consultan antes (Barrera 2006).

De la misma manera, las experiencias, valores y expectativas cambian de manera generacional, marcando diferencias en las prácticas en salud de personas de la misma adscripción étnica, situación económica y ubicación geográfica. Por ejemplo, al hacer un ejercicio de grupos de enfoque con mujeres de la etnia k'iche' y mam, del área rural de Nahualá y San Juan Ostuncalco, respectivamente (Yoc 2006), se encontró diferencias generacionales relacionadas con las prácticas en salud. Las mujeres mayores mostraron mayor experiencia y conocimiento sobre recursos terapéuticos en la comunidad, mientras que las más jóvenes mostraron menos conocimientos y mayor propensión a buscar atención profesional.

Finalmente, la disponibilidad y accesibilidad a diferentes alternativas terapéuticas influye poderosamente en las prácticas de la población (Good 1994, Young y Garro 1982). En una etnografía hecha con población de algunas aldeas del área Chorti' (Palma 2001), se deja ver cómo antes, cuando no había cerca farmacias ni puestos de salud, las personas generalmente recurrían a los recursos que encontraban en la comunidad (plantas medicinales, curanderos de la comunidad), pero que ahora que cuentan con farmacias y puestos de salud también usan estas alternativas, sin haber abandonado las anteriores. De manera similar, las prácticas de la población cambian si el acceso a los servicios representa gastos económicos inmediatos que están más allá de sus posibilidades (algo relacionado con el plan de emergencia).

2.3.2. Nivel socio-estructural

En el nivel socio-estructural presentaré cómo las diferentes formas de capital (económico, cultural, social y simbólico) influyen en las prácticas poblacionales en salud. Además, presentaré cómo algunas formas de violencia estructural influyen en las prácticas de la población, y cómo éstas están influidas por aspectos económicos, políticos e ideológicos del sistema capitalista global. La presentación que haré no hace énfasis en describir la estructura social guatemalteca, sino que utiliza algunos trabajos existentes al respecto (Méndez Domínguez 1997, López 1984, Portes 2003, PNUD 2005, Ibáñez, Lindert y Woolcock 2002), y sobre esa base describe únicamente aspectos del campo de las prácticas en salud.

2.3.2.1. Capital económico.

Algunos autores han señalado la dificultad en desligar la relación del volumen de capital económico (nivel de ingreso, nivel de consumo) y las prácticas en salud, de variables como el grado de escolaridad o el acceso a información (Goldman, Pebley y Gragnolati 2000, Ryan 1998), que representan formas de capital cultural. Aunque dichos análisis han enfocado en la utilización de profesionales de algún

submodelo médico y no en la autoatención propiamente dicha, es muy posible que suceda algo similar en el caso de la autoatención.

Sin embargo, existe evidencia de que las familias de los tres quintiles de consumo más bajos se apoyaron en la autoatención en una proporción un poco mayor (55, 52 y 53% para los quintiles 1, 2 y 3) que la de los quintiles de consumo más altos (45 y 34% para los quintiles 4 y 5) cuando tuvieron niños enfermos con diarrea o infección respiratoria aguda. Si se analiza de acuerdo al nivel de ingreso, la población en pobreza y extrema pobreza usó la autoatención en el 54% de casos, mientras que la población no pobre (que evidentemente incluye un amplio rango de niveles de ingreso) la usó en el 42% (Gragnotati y Marini 2002: 45).

Al analizar la información para la población total (todos los miembros de la familia, sin importar la enfermedad), las proporciones varían entre el 65% para el quintil de menor nivel de consumo y el 36% para el de mayor nivel de consumo. Según el nivel de ingreso, varían entre el 65% para la población en extrema pobreza y el 41% para la población no pobre (Gragnotati y Marini 2002: 47).

Estos datos son muy diferentes a los relacionados con atención y tratamiento para mujeres embarazadas, quienes en más del 99% de los casos para todos los niveles de ingreso y consumo consultaron con un profesional de alguno de los subsistemas médicos (Gragnotati y Marini 2002: 50).

No hay información que dé cuenta de las diferencias según los niveles de capital económico en distintos grupos étnicos del país y con relación a la ruralidad, todos los cuales se encuentran en todos los niveles de la escala social, aunque con la población indígena y rural más concentrada en los niveles bajos de ingreso (PNUD 2005: 98-100).

Algunas primeras conclusiones son que la autoatención está presente en todos los niveles de ingreso y de consumo y es usada por la población de los diferentes niveles en entre un tercio y dos tercios de los episodios de enfermedad. Además, la proporción de episodios de enfermedad en que se recurrió a la autoatención está en relación inversa con el volumen de capital económico.

Las razones expresadas para no haber consultado fuera del ámbito de la autoatención abarcan un amplio rango de respuestas, pero las mayoritarias fueron que la enfermedad no era importante (36% en el quintil de menor nivel de consumo y 73% en el de mayor), que no tenía suficiente dinero para costear la consulta (32% en el quintil de menor nivel de consumo y 12% en el de mayor) y que el servicio de salud estaba muy lejos (12% en el quintil de menor nivel de consumo y 1% en el de mayor) (Gragnotati y Marini 2002: 57). Al combinar los porcentajes de uso de la autoatención con los de las razones para no haber consultado con profesionales, vemos que aproximadamente el 25% de las personas en los quintiles de menor (24%) y mayor (26%) nivel de consumo decidieron que no era “importante” consultar. Quizá pueda inferirse que el resto pensaba que era importante consultar, pero no lo hizo por diferentes razones, entre las cuales resaltan las dificultades en la accesibilidad económica y geográfica.

Ahora bien, aunque no identifiqué ningún estudio que indique qué tipo de tratamientos usó la gente en el ámbito de la autoatención en función del volumen de capital económico, el estudio del que me he venido valiendo para presentar esta sección (Gragnotati y Marini 2002: 20-23) ofrece una aproximación al presentar los tipos de tratamiento usados en general (uniendo autoatención y atención consultando a profesionales de cualquier submodelo médico) para niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas.

Lo más llamativo es que en todos los niveles el tipo de tratamiento más usado para la diarrea fueron los productos farmacéuticos (68% en total). Según el nivel de consumo, los quintiles más bajos (1, 2 y 3) usaron productos farmacéuticos en el 61, 71 y 65%, respectivamente, mientras los más altos (4 y 5) los usaron en el 78 y 70% de los casos. La población en extrema pobreza los usó en el 58% de casos y la población no pobre en el 74%. En el caso de las infecciones respiratorias agudas las proporciones fueron aún más altas, 84% en total, con rangos entre el 73 y 94% según los niveles de consumo (con proporciones diferentes proporcionales al nivel) y entre 71 y 90% según los niveles de ingreso.

El uso de medicina casera o popular-tradicional (*folk*) osciló entre un 16% en población del nivel de consumo más bajo y 7% en el más alto. Las proporciones fueron de 17% para la población en extrema pobreza y 9% para la población no pobre. El resto de tratamientos se distribuyen principalmente entre las sales de rehidratación oral (7% en total) y el suero casero (5% en total). En el 4% de los casos no se dio ningún tratamiento, con mayores proporciones en ambos extremos de los niveles de consumo.

En el caso de las infecciones respiratorias agudas, se usó tratamientos caseros (*folk*) en el 7% de los casos, con diferencias notables entre la población de niveles bajos de consumo (9%) y la de niveles altos (4%). La población en extrema pobreza los usó en el 9% y la población no pobre en el 6%. Además se usaron medicinas naturales en un 5% de casos, con un 9 y 1% en los niveles más bajo y más alto de consumo, y de 10% en población en extrema pobreza y 3% en la población no pobre. En el 4% de los casos no se usó ningún tratamiento.

Sintetizando estos últimos datos, la inmensa mayoría de casos de diarrea e infecciones respiratorias fueron tratados con productos farmacéuticos en todos los volúmenes de capital económico. Además, el uso de medicina casera o popular-tradicional fue más frecuente entre la población con menor volumen de capital económico.

2.3.2.2. Capital cultural.

El análisis del capital cultural en el campo de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala tiene elementos que pueden aparecer como contradictorios. Empecemos recordando que este tipo de capital corresponde a las calificaciones intelectuales relacionadas con el reconocimiento de las enfermedades y la habilidad para curarlas. Dichas calificaciones pueden encontrarse en tres formas de capital cultural: institucionalizado, internalizado (*embodied*) y objetivado.

En su forma institucionalizada, el capital cultural se corresponde en nuestro campo de análisis con el nivel de escolaridad y con los títulos académicos que ofrezcan cierto reconocimiento a la persona como alguien que posee ciertos conocimientos o habilidades relacionadas con el diagnóstico o la curación. De esa manera, una persona que tiene mayor grado de escolaridad en general posee mayor volumen de capital cultural institucionalizado, en especial si tiene un reconocimiento académico como enfermera, médica o técnico de salud. La importancia del volumen de capital tiene un carácter relacional, lo que la hace relativa a las circunstancias específicas. Por ejemplo, los conocimientos de un maestro acerca de diagnosticar y curar enfermedades representarán un volumen elevado de capital cultural institucionalizado cuando se encuentra en una comunidad del área rural donde no hay enfermeros o médicos, pero disminuirá su importancia ante la presencia de uno de éstos. Esta forma de capital cultural ha sido incluida en múltiples investigaciones en la forma de grado de escolaridad, y se ha mostrado en diferentes contextos que a mayor grado de escolaridad de un paciente (o de la madre de un niño enfermo, o de la persona que brinda cuidados al enfermo) hay mayor tendencia a acudir con profesionales de la biomedicina (Ryan 1996). Sin embargo, en un análisis cuantitativo hecho en Guatemala se encontró que al mantener el nivel de ingresos económicos constantes, este efecto desaparece para el tratamiento de niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas (Goldman, Pebley y Gragnolati 2000: 32). La influencia del capital cultural institucionalizado puede ilustrarse también en el caso de una niña de una familia capitalina de clase alta, en el que la madre, por ser médica, dirigió y negoció las decisiones que condujeron inicialmente al diagnóstico de un tumor cerebral y posteriormente al seguimiento especializado que le dieron (Barrera 2006).

En su forma internalizada, el capital cultural corresponde a las capacidades y conocimientos que las personas tienen como curadoras, las cuales están al margen de los reconocimientos académicos y están dadas por los conocimientos, experiencia y carisma que una persona manifiesta a otros a través de su eficacia. En general esta forma de capital cultural se adquiere por la experiencia o por dones (innatos o adquiridos) en el “arte” de curar. Este tipo de capital es el que las personas reconocen por ejemplo en las madres que han criado varios hijos o en las vecinas que saben curar ciertas enfermedades. Es la posesión de este tipo de capital cultural la que en definitiva hace que una persona sea reconocida como curandero en una comunidad, o la que hace que se le tenga fe a un enfermero o una médica. Esta forma de capital cultural no debería ser opuesta al capital cultural institucionalizado, pero con frecuencia parece serlo. Y es que los conocimientos que son reconocidos institucionalmente generalmente niegan o restan valor a los conocimientos y habilidades adquiridas fuera de la escuela, la mayoría de las veces sin argumentos fundamentados objetivamente. Hay estudios que muestran que cuando los pacientes o personas dentro de la vivienda poseen un volumen suficiente de esta forma de capital cultural, tienden a usar mayor variedad de recursos terapéuticos dentro del hogar, sin necesidad de acudir a profesionales de cualquier subsistema

médico, pero que a la vez son más capaces de decidir oportunamente buscar ayuda profesional cuando es necesaria (Ryan 1996, Cerón 2006). Esta forma de capital cultural no se relaciona necesariamente con el volumen de capital económico. Como ejemplo está el caso de una pareja de esposos guatemaltecos, empresarios, originarios de la República Popular de China, en que el esposo siempre prefiere usar tratamientos de la medicina China, mientras la esposa prefiere los productos farmacéuticos. La razón de la diferencia, dicen, es que él aprendió en su familia a preparar y usar los tratamientos chinos, mientras ella no (Barrera 2006).

Finalmente, la forma objetivada del capital cultural se expresa en objetos que conceden a su poseedor las capacidades o conocimientos para diagnosticar o curar. Estos objetos pueden ser libros, o instrumentos útiles en el ritual del diagnóstico o la curación como un esfigmomanómetro o un estetoscopio, o el “elemento” de un *ajq’ij*, o el agua bendita. En los últimos años ha venido adquiriendo importancia entre la élite que tiene acceso (que incluye a algunos estudiantes y maestros de comunidades del área rural) el Internet como fuente de información, el cual pone al alcance de quien la busca ideas y conocimientos diversos que pueden influir en sus conocimientos y prácticas de atención. Existen estudios de otros países que muestran cómo el acceso a información por parte de la población puede servir para mejorar la calidad de la práctica médica. De nuevo, la importancia de esta forma de capital cultural tiene un carácter relacional que puede modificarse de acuerdo al contexto. Por ejemplo, conocí a un promotor de salud en una comunidad *Q’eqchi’* cuyo principal capital relacionado con las prácticas de salud era la posesión de un libro y el uso que hacía de él frente a la población. Seguramente la importancia sería diferente si el mismo promotor de salud con el mismo libro estuviera negociando un tratamiento con un grupo de enfermeras y médicos.

2.3.2.3. Capital social.

El capital social está constituido por el conjunto de las relaciones sociales que posee una persona (o una familia o grupo). Se le ha relacionado positivamente con indicadores de buena salud en la población (Hawe y Shiell 2000, y Wakefield y Pland 2005), pero también con círculos viciosos de poder, control, conflictos y violencia a nivel local, principalmente en comunidades marginadas (Rubio 1997). También se ha señalado que usarlo como estrategia de desarrollo social y promoción de la salud puede servir como mecanismo para desviar la atención de los determinantes económicos (Portes y Landolt 1996) y descargar toda la responsabilidad en la capacidad de la población para construir y cultivar estas redes (Wakefield y Poland 2005).

Las relaciones sociales que constituyen el capital social pueden presentarse en tres formas diferentes: de vínculo (*bonding*), de puente (*bridging*) y de enlace (*linking*) (Ibáñez, Lindert y Woolcock 2002: 3). El capital social en su forma “de vínculo” incluye a la familia inmediata, los vecinos y amigos cercanos.

Estas relaciones tienden a ser frecuentes, cara a cara y generalmente de apoyo mutuo. En el caso de Guatemala incluyen grupos religiosos, cooperativas, comités de vivienda, asociaciones comerciales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales. La forma “de puente” del capital social, se refiere a las interacciones con miembros de los grupos demográficos a los que pertenece una persona, como personas de su misma etnicidad, religión o profesión. Estas relaciones tienden a ser relativamente infrecuentes, instrumentales y “de lejos”. Para el caso de Guatemala incluyen comités comunitarios (de agua, caminos, de basura, de escuela), juntas escolares, asociaciones de vecinos, grupos comunitarios, grupos de jóvenes o de mujeres, talleres comunitarios, acuerdos de trabajo, donaciones a la comunidad, entre otros. La forma “de enlace” del capital comprende las relaciones con representantes de organizaciones formales como bancos, escuelas, instituciones gubernamentales. En el caso de Guatemala incluyen contacto con funcionarios de gobierno, campañas informativas, contactos con políticos locales, notificaciones judiciales, etcétera (Ibáñez, Lindert y Woolcock 2002: 3, 10).

El análisis de información para el caso de Guatemala muestra que el capital social se encuentra concentrado principalmente en relaciones horizontales en forma “de vínculo”. La población pobre, indígena, femenina y del área rural tiene muy pocas relaciones “de puente” y aún menos “de enlace”, las cuales están concentradas en élites constituidas por un número reducido de líderes o representantes. La población no pobre tiene más relaciones “de enlace”. Las relaciones “de vínculo” tienden a generar relaciones de solidaridad y control, mientras que las relaciones “de puente” tienden a promover el progreso económico de quienes las poseen (Ibáñez, Lindert y Woolcock 2002: 11-16). Esta tendencia es reflejo de la realidad de exclusión social del país.

Varios autores han descrito la influencia de las formas de capital social en las prácticas de autoatención de la población, aunque hay un estudio que no confirmó esta tendencia (Goldman, Pebley y Gragnolati 2000). En general, cuando una persona tiene un volumen grande de capital “de vínculo” tiende a buscar atención en salud dentro de su red de vecinos, familiares o amigos, especialmente si dentro de ella hay personas con volúmenes altos de capital cultural en prácticas en salud. Por su parte, las personas con mayores volúmenes de capital “de puente” y “de enlace” tienden a diversificar sus alternativas terapéuticas al buscar atención fuera de sus relaciones locales. Por el contrario, personas con volúmenes reducidos de todas las formas de capital social tienden al aislamiento y no buscan atención fuera de su vivienda (Cerón 2006). Finalmente, personas con mayores volúmenes de todas las formas de capital social, tienden a diversificar sus alternativas terapéuticas dentro y fuera del ámbito de la autoatención (Cerón 2006, Ryan 1996, Goldman, Pebley y Becket 2001). En una comunidad *k'iche'* del área rural se encontró que personas con volúmenes relativamente altos de capital económico diferían en sus prácticas de autoatención de acuerdo al siguiente patrón: quienes tenían comunicación frecuente fuera de la comunidad (por motivos familiares, laborales o comerciales) usaron tratamientos de la medicina Maya, de

la sanación divina, productos farmacéuticos e incluso de la medicina China y bionérgica (que se ofrecen en poblados relativamente cercanos). Por su parte, quienes no tenían dicha comunicación con frecuencia, usaron recursos cercanos a la comunidad, que sólo incluyeron productos farmacéuticos y tratamientos de la medicina Maya. En ambos grupos hubo más tendencia a no buscar atención fuera del hogar de manera inmediata cuando había vecinos o familiares que sabían curar la enfermedad en cuestión (Cerón 2006).

2.3.2.4. Capital simbólico.

Las ideas prevalecientes en la sociedad no son producto del azar ni de una ley superior que las organiza, sino que son resultado de la dinámica social y reflejan los intereses políticos y económicos dominantes, los cuales crean y reproducen una ideología a través de las instituciones educativas, jurídicas y los medios de comunicación (Pizza 2005). En lo referente al campo de las prácticas poblacionales en salud, existen algunas dicotomías y asociaciones que no son objetivas, pero que prevalecen en el pensamiento de la población y los profesionales de la salud, y moldean las opiniones y valoraciones que las personas hacen con relación a las prácticas.

En la sociedad guatemalteca, se tiende a valorar más lo “moderno” que lo “tradicional”, el “conocimiento” que la “creencia”, lo “no indígena” que lo “indígena” y a las instituciones “públicas” que a las “privadas”. En el campo de las prácticas en salud la asignación de estos calificativos se hace de manera subjetiva y como reflejo de las relaciones económicas y políticas prevalecientes, por lo que se suele valorar más a las prácticas y conocimientos biomédicos que a los de la población, sin reconocer que ambos comparten elementos de modernidad/tradición, conocimiento/creencia (Good 1994: 20-30). De la misma manera se asume de manera automática que las instituciones privadas son “mejores” que las públicas y que lo no-indígena es moderno y lo indígena es no-moderno (Menéndez 2003). Esto implica un problema para la sociedad en general, porque deja de observarse la realidad para intentar identificar las evidencias que fundamenten los argumentos a favor o en contra de algo, y se aprueba o desaprueba *a priori* las prácticas por lo que representan ideológicamente y no por su eficacia real o imaginada.

Estos aspectos ideológicos subyacen a las valoraciones que las personas hacemos acerca de los conocimientos y prácticas en salud, e impiden analizarlas en función de su eficacia. Esto explica por qué, por ejemplo, algunos análisis siguen viendo el problema de la mortalidad materna en las “creencias” de las mujeres indígenas, como lo muestra un estudio que identificó que las mujeres indígenas aportan la mayoría de las muertes hospitalarias y no hospitalarias, pero señala que “reducir la mortalidad materna en este grupo es una meta con bastante grado de dificultad en países como Guatemala, donde los aspectos culturales suelen ser importantes barreras por superar” (Tzul y cols. 2006), por lo que entre las conclusiones del trabajo no se hace referencia a ningún problema relacionado con la oferta de servicios. Este análisis es muy interesante, ya que es parte de la discusión de un estudio que no usó fuentes de

información ni métodos que permitieran un abordaje de los “aspectos culturales”, y cita como respaldo a tres fuentes de estudios que tampoco lo hacen. Las conclusiones acerca de que el problema son los “aspectos culturales” se basan en el supuesto de que por ser mujeres indígenas esos aspectos pesan, una visión etnocéntrica (Seppilli 2000). No pretendo negar que los aspectos culturales son importantes en toda la población (y también en los proveedores), pero para presentarlos deberían ser respaldados con argumentos y evidencias y ser contrastados con otros estudios que sugieren que en el análisis de la mortalidad materna debe prestarse atención a la calidad de los servicios obstétricos que se ofrecen así como a las barreras a la accesibilidad a los mismos (Glei, Goldman y Rodríguez 2003, Hinojosa 2004, Fonseca-Becker y Schenck-Yglesias 2004, y Berry 2006). Desde mi punto de vista, lo que subyace a dichas interpretaciones de los “factores culturales” es la idea equivocada de que la población indígena es la única en la que dichos factores pueden afectar la atención en salud. Esta idea es producto de las asociaciones subconscientes entre lo indígena y lo no-moderno que persisten en la sociedad guatemalteca, y que no cambiarán si no se hace un esfuerzo consciente por desterrarlas.

2.3.2.5. Formas de violencia estructural.

En Guatemala persiste un sistema que reproduce constantemente la opresión y exclusión de la población femenina, la población indígena y la población del área rural. Además, existen formas de clasismo y elitismo que se traducen en un sistema de salud que está diseñado para reproducir dicha exclusión. En la lógica del sistema subyace la idea de que en Guatemala hay diferentes categorías de seres humanos, por lo cual es natural que haya diferentes categorías de prácticas en salud. Se tiende a “culpar a la víctima” por las fallas del sistema (Farmer 2005: 2-5).

En el campo de las prácticas en salud de la población guatemalteca, hay dos manifestaciones relevantes de estas formas de violencia. En primer lugar, el sistema sexo-género hace que la atención en salud recaiga sobre las mujeres por su papel de cuidadoras, quienes se ven obligadas a sumar esta responsabilidad a su doble o triple jornada de trabajo, o en ciertos contextos se ven obligadas a renunciar a sus oportunidades de desarrollo académico, laboral o profesional por cuidar a un familiar enfermo o discapacitado (Albizu 2005, Barrera 2006). Por otro lado, el papel de los hombres como proveedores de recursos económicos refuerza su posición de dominación al momento de tomar decisiones que implican desembolsos económicos. Ambas situaciones reproducen las inequidades en las relaciones de género. Además, hacen que mucho del capital cultural internalizado se concentre en las mujeres, y el capital cultural institucionalizado se concentre en los hombres, lo cual disminuye las capacidades de ambos para mejorar sus prácticas en salud, y también reproduce las inequidades del sistema.

En segundo lugar, el racismo y discriminación étnica estructurales en la sociedad guatemalteca se manifiestan de diferentes formas en la atención en salud. Por un lado, se asume como normal que la

población indígena tenga un estado de salud inferior (en términos de tasas de mortalidad específicas y esperanza de vida, por ejemplo) al resto de la población, y se atribuye esto a su condición de indígena. No se reconoce claramente que existen diferencias en la disponibilidad de recursos e infraestructura accesibles a la población indígena. Por otro lado, se asume que las dificultades de comunicación entre el personal de salud que habla castellano y la población que habla algún idioma indígena, se da por cierta reticencia de la población a aprender castellano, en lugar de atribuirlo a una doble manifestación de la violencia estructural: la negligencia del sistema de salud para promover los servicios de salud en el idioma de la población, y la falta de acceso de la población indígena a la educación que les permitiría ser proveedores de atención en salud o ser bilingües. En lo cotidiano estos aspectos se combinan con la internalización que la población indígena y no indígena ha hecho del racismo, y se manifiesta en tratos discriminatorios a la población, sin que importe siquiera el verificar si se está logrando un grado mínimo de comunicación. Los proveedores llegan a ver como normal el atender a personas con quienes no logran comunicarse. Esto hace que en lo cotidiano se reproduzca el sistema de discriminación.

2.3.2.6. Influencias económicas, políticas e ideológicas del sistema.

Además de las influencias económicas, políticas e ideológicas de la sociedad global, regional y nacional, los sistemas de salud reciben influencias de grupos de interés poderosos, entre los cuales se encuentran la industria farmacéutica (nacional e internacional), de tecnología de la salud, y de los servicios de salud. Estas industrias tienen intereses comerciales y utilizan estrategias agresivas para influir en los tomadores de decisión del sistema de salud, en los proveedores de servicios y en la población. Puede reconocerse que esto es algo normal en el sistema capitalista, sin embargo las evidencias recientes muestran que estas estrategias pueden ser tan agresivas que llegan a la manipulación de la realidad sin ningún respeto a la dignidad humana o a principio ético alguno (Mather 2005, Palmlund 2006). Un ejemplo ha sido el manejo que los centros de investigación, la industria farmacéutica y ciertos profesionales de la biomedicina han dado a la terapia de sustitución hormonal para las mujeres que llegan a la menopausia. Aunque las evidencias ponían en duda los beneficios y mostraban crecientemente que dicha terapia estaba produciendo serios daños a las mujeres que la usaban, se privilegió la prescripción de dicha terapia en lugar del principio ético de no causar daño (Palmlund 2006). Aunque toda generalización es inexacta, las revelaciones que hace la ex -editora en jefe de la publicación *New England Journal of Medicine* muestran que dichas manipulaciones son más la regla que la excepción (Angell 2004).

Finalmente, debe reconocerse que en el sistema de salud también están inmersos los intereses gremiales, a veces contrapuestos, de los diferentes trabajadores de salud, los cuales se constituyen también en grupos de interés dentro del sistema (Mills y Ranson 2001).

2.3.3. Nivel socio-cultural

En el capítulo anterior he dicho que, aunque la enfermedad existe objetivamente, sólo podemos conocerla a través de representaciones culturales que hacemos de ella. Esas representaciones pueden estar o no legitimadas por las leyes o las ciencias, pero de todas maneras son culturales. Las técnicas y tecnologías que usamos para clasificar las enfermedades y para darles tratamiento también son culturales.

La diversidad cultural de Guatemala incluye a más de 23 grupos étnicos originarios del país y a distintas generaciones de inmigrantes, principalmente de otros países de América, Asia y Europa (PNUD 2005: capítulo 2) que iniciaron desde antes de la invasión española del siglo XVI con el asentamiento, por ejemplo, de poblados de origen Nahuatl y Xinca. Esta diversidad se ve acentuada por el hecho de que muchos guatemaltecos mantienen comunicación con familiares que han emigrado a todos los continentes, se mantienen relaciones comerciales y diplomáticas con países de todos los continentes, y se tiene acceso a medios de comunicación (radio, televisión, internet) de diferentes países. Además, los medios de comunicación nacional (radio, televisión, prensa escrita), las migraciones internas y la penetración comercial hacen que se mantengan intercambios culturales continuos entre las diferentes regiones del país. Esta realidad ha producido que no sólo exista un alto grado de mestizaje racial, sino también que en cada persona se combinen diferentes proporciones de elementos culturales de orígenes diversos. Quizá sea fácil verlo en los productos de diferente origen que consumimos (cerveza, chicle, tortillas, pan, café, tamales). También puede verse en el origen diverso de palabras de uso común para hablantes de diferentes idiomas en Guatemala (carro, nixtamal, Guatemala, fútbol). Generalmente ni siquiera somos conscientes de los orígenes de las palabras o la ropa o lo que comemos, y nuestra identidad como mujeres ch'orti's, jóvenes ladinos, o adultos coreano-guatemaltecos no se ven puestas en duda porque nos tomamos una tasa de café todos los días. Esto, por su puesto, no niega que todos los aspectos abordados en el nivel socio-estructural y socio-psicológico no jueguen su papel, e influyen en el acceso que diferentes personas tienen a dichos productos.

Algo similar pasa con las ideas, conocimientos y percepciones que tenemos acerca de la salud y la enfermedad: han migrado y lo siguen haciendo desde el principio de los tiempos, y además se han transformado de acuerdo a aspectos ecológicos, sociales, tecnológicos, culturales y políticos de las sociedades a donde llegan. Los conocimientos y prácticas de salud de una persona alemana no son necesariamente de origen alemán, ni tienen por qué ser los mismos que tienen los demás alemanes. Ni siquiera tienen que ser los mismos hoy que dentro de un año para la misma persona. Lo mismo aplica para cualquiera de los grupos étnicos que habitamos Guatemala. El hecho de que una mujer use el güipil tradicional de Patzún y trabaje en la municipalidad de ese municipio no implica que sus explicaciones sobre la tos tengan que ver con el desequilibrio caliente-frío. El que una mujer vista una bata blanca y trabaje en un hospital tampoco implica que sus explicaciones sobre la tos NO tengan que ver con el

desequilibrio caliente-frío. Esto no significa que no hayan elementos culturales más característicos de un grupo étnico o de una región del país, pero la forma como cada persona los incorpora y expresa es única y está dada por su historia personal y familiar, y los aspectos del nivel socio-estructural y socio-psicológico. Esto hace que las cosas sean más complejas, pero a la vez más sencillas, ya que la única manera de conocer las ideas sobre la salud que una persona tiene es escuchándola (Scrimshaw 2001).

Hay una gran cantidad de excelentes trabajos que han descrito y caracterizado diferentes aspectos de las representaciones culturales de la enfermedad y su curación en Guatemala (ver anexo bibliográfico). Algunos han enfocado en hacer descripciones etnográficas de los habitantes de algunos poblados, otros han intentado establecer clasificaciones de las enfermedades y sus causas, otros han hecho comparaciones entre las ideas de un grupo y otro, o sobre las causas de enfermedades específicas. Todos esos trabajos son valiosos y el nivel de detalle es tan rico que es imposible presentarlo en este trabajo. La mayoría se han derivado de estudios con población de origen *achi'*, *ch'orti'*, *kaqchiquel*, *k'iche'*, *ladina*, *mam* y *q'eqchi'*, lo que por un lado me permite saber que cualquier generalización que haga sería inexacta y dejaría de tomar en cuenta importantes distinciones, pero por otro lado me impediría enfocar en algunas influencias culturales importantes que están presentes en las concepciones sobre salud y enfermedad de la población guatemalteca. Por ello, en un intento por presentar una síntesis que abarque las principales categorías de enfermedades, presentaré una que no corresponde a ningún modelo o grupo étnico específico de los que viven en Guatemala, sino a uno hipotético que está basado en la cuidadosa lectura de las fuentes que aparecen en el anexo bibliográfico, y algunas fuentes que han hecho este tipo de síntesis antes que yo (Scrimshaw 2001: 58, Verdugo y cols. 2002: 40, Jenicek 1996: 26, Werner 1995: 17-19, Pérez 2006), además del análisis de información empírica recopilada en comunidades del área rural (Fort 2006), y algunas entrevistas y conversaciones informales con guatemaltecos de diferentes orígenes.

Este listado incluye las explicaciones que las personas dieron sobre enfermedades concretas, y están clasificadas haciendo un intento por que la clasificación no se aleje de la explicación que las propias personas dieron:

1. Infección por algún microbio: bacterias, virus, hongos
2. Contagio por agua, aire, contacto sexual, mordeduras o picaduras, contacto directo, suciedad, mala higiene, etcétera
3. Genético: por que hay un problema en los genes.
4. Falla de un órgano: corazón, cerebro, huesos, ojos, estómago, hígado, etcétera
5. Sustancia dañina: cigarro, guaro, veneno, chile, etcétera
6. Falta de alimento, vitaminas, etcétera
7. Herencia de sus familiares o lo tiene por problemas en el embarazo o el Nacimiento
8. Mal funcionamiento de la Mente, del Pensamiento
9. Cargas físicas: Cargas pesadas, mucho trabajo, criar o cargar a los niños
10. Emociones o estado de ánimo: tristeza, pensar mucho, problemas familiares, nerviosismo, enojo
11. Debilidad: sangre mala, sangre débil, sangre gorda, debilidad de sangre, disminución de sangre

12. Desequilibrio Frío-Caliente: por el clima (frío, lluvia, viento, sol, calor), por cambio de clima, polvo, lodo, humo, consumo de alimentos fríos o calientes
13. Alimentación: exceso de comida, escasez de comida, no comer a la hora, alimentos en mal estado o mal preparados, “chucherías”
14. Accidentes y Golpes: caídas, golpes, heridas, etcétera
15. Parásitos: lombrices, etcétera
16. Problemas familiares, problemas con miembros de la comunidad, envidias, venganzas, etcétera
17. Problemas con Dios: castigo por pecados, culpa, castigo por alcoholismo del papá, etcétera
18. Maldad: hechizo o brujería, mal hecho, etcétera
19. Espíritus malos, espíritus de los muertos, duendes, malas influencias, malos vientos, malos aires, remolinos, efecto de luna, etcétera
20. Pérdida de espíritu, se asustó el espíritu, se impresionó, etcétera
21. Por el día del nacimiento ya viene determinado que va a padecer
22. Tener hijos: por tener hijos muy seguidos, por tener muchos hijos, por un aborto
23. Por el crecimiento y desarrollo de la persona: por la edad en que está eso pasa
24. Por la pobreza:
25. Por mal karma: el destino que uno se forja en vidas pasadas.
26. Por desequilibrio energético: porque la energía de uno no está en armonía con la del universo.

Este listado no fue hecho en base a todos los grupos étnicos que hay en el país, y debe quedar claro que aún cuando muchos términos puedan tener un significado biomédico, los significados que las personas les atribuyen pueden ser diversos. Además, la mayoría de los datos empíricos provienen de los idiomas castellano y *k'iche'*, y cuando hay traducciones de por medio es muy probable que se pierda o tergiversen los significados.

Hay autores que han hecho clasificaciones de las explicaciones de las causas de la enfermedad al menos desde la década de los 1950s. Intentaré no hacer referencia a las clasificaciones más antiguas dado que yo asumo que éstas han cambiado con el transcurrir de las décadas. Por ejemplo, Scrimshaw (2001) las clasifica en equilibrios corporales, emocionales, climáticas, por vectores u organismos, supernaturales, por la comida, sexuales, hereditarias y por la edad avanzada. Otra autora presenta enfermedades clasificadas en naturales, espirituales, sociales y la gran enfermedad, refiriéndose ésta última a la represión sufrida por la población de Rabinal, Baja Verapaz (Mosquera 2001: 135-160). Otros autores las han clasificado en dos grandes categorías: naturales y sobrenaturales, y otros han planteado distintas categorías (ver referencias en Verdugo y cols. 2002, por ejemplo). Otros autores han hecho clasificaciones e interpretaciones de las causas de la diarrea y las infecciones respiratorias (ver por ejemplo Pebley, Hurtado y Goldman 1999 y sus referencias). Personalmente he encontrado discrepancias notables entre unas y otras. Algunos clasifican el susto como una causa emocional (Scrimshaw 2001), mientras otros la clasifican como una causa sobrenatural (Verdugo y cols. 2002), y otros lo clasifican como una forma de desequilibrio frío-caliente (López y Metz 2002: 229). Algo similar sucede con el mal de ojo o la mollera caída. Yo imagino que las discrepancias puedan deberse a las metodologías de investigación, a diferencias étnicas (algunos describen a los ladinos, otros a los ch'orti's, o a los q'eqchi'es, k'iche's o kaqchiqueles) o

regionales. Quizá las abstracciones que hacen corresponden a explicaciones que algunas personas tienen. Yo preferí presentarlas de esta manera dadas esas discrepancias y para no dar por cierta una u otra asunción. En todo caso, lo que es importante es considerar que estas y otras explicaciones pueden subyacer (de manera consciente o no) a las concepciones y prácticas poblacionales en salud, y lo útil es tratar de entender en casos concretos y personas concretas cuáles son las explicaciones (puede ser más de una) que dan a los padecimientos que están sufriendo.

Es posible que varias de estas explicaciones correspondan a una teoría general más amplia. Foster (1987) ha argumentado que la mayoría de estas explicaciones encajan en lo que se ha dado en llamar la Teoría de la Medicina Humoral, la cual interpreta la lógica subyacente a muchas de estas explicaciones: una concepción dual del ser humano y el mundo, y la necesidad de un equilibrio de esta dualidad. Esta sería la teoría tras las explicaciones del desequilibrio caliente-frío, el susto, el ojeado, los alimentos que hacen daño, entre otros. Este autor plantea que las similitudes existentes en Asia, Europa y América sólo se explican por un origen común, y presenta una revisión que rastrea los orígenes de esta teoría hasta la Grecia y Persia de varios siglos antes de nuestra era. Además argumenta que esta teoría fue traída a América por los médicos y monjes españoles, ya que era una teoría académica que no era del dominio popular en la España de la época colonial, lo cual explicaría sus grandes similitudes en los diferentes países de Latinoamérica, y su amplia distribución entre la población no indígena. Aunque busqué alguna refutación a sus planteamientos, lo único que encontré fue un autor que plantea que es posible que los orígenes de esta teoría se hayan dado de manera simultánea en diferentes partes del mundo, incluyendo Mesoamérica (Rubel A y Haas M 1996). El mismo planteamiento aparece en una reciente publicación (Hernández y Foster 2001). Esto desde luego no plantea ningún problema o cuestionamiento, desde mi punto de vista, a las etnografías que se hacen acerca de la medicina Maya contemporánea o sus terapeutas, ya que entiendo que el hallazgo contemporáneo de explicaciones relacionadas con esta teoría de ninguna manera implica que sea algo exclusivo de los Mayas, ni que haya sido parte de la medicina Maya desde sus orígenes, lo cual a su vez no deslegitima que sea un recurso conceptual importante de la medicina Maya contemporánea.

Entre las prácticas que se hacen en el ámbito de la autoatención, la revisión de la literatura incluida en el anexo bibliográfico muestra los siguientes recursos terapéuticos:

1. Comer o tomar plantas medicinales
2. Tomar jarabes, pastillas o inyecciones (productos farmacéuticos)
3. Aceites minerales o bálsamos o pomadas
4. Guaro, puros
5. Masajes
6. Sobadas
7. Baños medicinales
8. Temascal
9. Frotadas con plantas
10. Dejar de comer algunos alimentos
11. Procurar comer algunos alimentos
12. Hacer algún ejercicio
13. Evitar alguna actividad o posición
14. Ceremonias, rituales
15. Rezos
16. Penitencias

Este listado seguramente no incluye recursos propios de las terapias alternativas que han estado proliferando en las últimas décadas en diferentes partes del país. El uso que se hace de estos recursos está condicionado por los aspectos descritos con relación al nivel socio-estructural y socio-psicológico.

Finalmente, sin pretender ser exhaustivo, algunas de las profesiones u oficios de las personas a las que se acude en busca de atención cuando la autoatención no es suficiente.

- | | |
|--|--|
| 1. Comadrona | 15. Promotor de salud |
| 2. Curandera | 16. Auxiliar de enfermería |
| 3. Sacerdote maya / Guía espiritual maya | 17. Agente de salud comunitaria |
| 4. Huesero | 18. Técnico de salud rural |
| 5. Llamador de espíritu | 19. Enfermera |
| 6. Soplador | 20. Médico |
| 7. Chayero | 21. Centro de Salud |
| 8. Rezador | 22. Hospital |
| 9. Farmacia | 23. Jornadas periódicas por médicos extranjeros o nacionales |
| 10. Tienda | 24. Centro espiritual |
| 11. Venta de plantas medicinales | 25. Profeta |
| 12. Vendedor ambulante de medicinas | 26. Pastor evangélico |
| 13. Promotor de plantas medicinales | 27. Catequista |
| 14. Técnico dental | 28. Sacerdote |

A los cuales hay que agregar los centros y profesionales de los otros subsistemas médicos (ver ANEXO sobre el pluralismo médico) y los medios alternativos de consulta, de manera particular los servicios de consulta vía telefónica que muchos programas de radio proveen.

2.3.4. Nivel socio-psicológico

No conozco literatura que analice las prácticas de atención en salud de la población guatemalteca desde la perspectiva psicológica, pero hay algunos elementos que vale la pena mencionar, con base a la literatura sobre el tema. Por un lado, los procesos racionales que la población usa son similares a los de cualquier ser humano, pero dado que estos procesos se dan en contextos culturales plurales llevan a un patrón de “racionalidad divergente” (Shweder, citado en Garro 1998b), el cual consiste en que los razonamientos se hacen de forma coherente pero basados en supuestos que los “otros” no conocen si no comparten muchos de los elementos culturales de la persona. El no conocer estos supuestos puede llevar a la impresión de que algunos razonamientos son incoherentes, o que algunas prácticas son “irracionales”, lo cual en un contexto de inequidad social y discriminación puede llevar a la descalificación de los argumentos y razones que subyacen a las prácticas en salud. Por otro lado, un efecto de este tipo de racionalidad se ve en el pluralismo médico, en el que la población hace uso de prácticas cuyo origen

corresponde a diferentes racionalidades, pero las “resignifica” de manera inconsciente para que mantengan la coherencia con su sistema de valores. Quizá es más fácil ilustrar esto a través de las prácticas de los profesionales de diferentes subsistemas médicos. Por ejemplo, una enfermera que sigue recomendando la medicina herbolaria que aprendió en su hogar posiblemente esté atribuyendo un valor farmacológico a la misma, aunque puede ser que la eficacia de dicha medicina radique también en su valor energético.

Es difícil desligar el efecto de la personalidad de sus influencias sociales y culturales. De cualquier manera, se ha sugerido que individuos con personalidad “innovadora” están más abiertos al uso de varias alternativas terapéuticas, mientras que quienes tienen una personalidad más “conservadora” tienden a no experimentar ni interesarse con otras formas de atención a la salud (Ryan 1996). Esto aplica tanto para la población como para los proveedores. Hay estudios en otros países que muestran que estos efectos de la personalidad pueden influir en la frecuencia con que un profesional de la biomedicina recomienda a sus pacientes el uso de otros subsistemas médicos.

Por otro lado, un elemento de la esfera afectiva que sin duda influye en las prácticas de atención de la población es la interiorización que las personas han hecho acerca de la violencia institucional que sufrieron en décadas recientes. ¿De qué manera se asocian los sentimientos generados por la violencia sufrida con las instituciones de salud actual? En contextos en los que las víctimas y los victimarios conviven cotidianamente, ¿de qué manera se han reconfigurado los papeles de las personas con relación al campo de la atención en salud? Sé al menos del caso de una comunidad de Alta Verapaz en la que las personas víctimas del conflicto armado no acudían a los servicios de salud del SIAS porque quienes los organizaban y prestaban atención habían formado parte de las fuerzas represivas.

Finalmente, en sociedades en que la discriminación es parte de la vida cotidiana es importante preguntarse de qué manera los prejuicios y exclusión afectan psicológicamente a las personas y las hacen buscar unas formas de atención y no otras. Incluso puede determinar cómo perciben y expresan sus padecimientos quienes discriminan y quienes son discriminados.

3. Implicaciones y oportunidades para el sistema de salud

El análisis de las prácticas poblacionales en salud muestra, en síntesis, dos realidades acerca de la atención en salud:

a. Entre el 50 y el 90% de la atención en salud ocurre a nivel del cuidado lego, el cual incluye el autocuidado, la autoatención y la autoayuda. El tipo de conocimientos y prácticas que la población lleva a cabo ocupa un amplio abanico de posibilidades.

b. Las prácticas poblacionales en salud se dan dentro de un sistema de salud caracterizado por el pluralismo médico. Es en el marco de este pluralismo médico que la población lleva a cabo sus prácticas

en salud, incluyendo tanto las que se dan en el ámbito del cuidado lego, como las que conllevan la búsqueda de atención por parte de profesionales de cualquiera de los subsistemas médicos.

El tipo de conocimientos y prácticas que la población lleva a cabo en el ámbito del cuidado lego, así como sus conocimientos, actitudes y acceso a los diferentes subsistemas médicos están parcialmente determinados por la historia de las personas y grupos sociales; las estructuras económicas, sociales, culturales, políticas y simbólicas; las estructuras de hegemonía y subordinación en la sociedad; los elementos culturales materiales y simbólicos que se expresan en los conocimientos y prácticas en salud; y las estructuras psicológicas individuales y sociales.

Las ciencias médicas y sociales no han prestado atención sistemática a estas dos realidades y sus implicaciones para el desarrollo del sistema de salud. De manera notable, se conoce muy poco acerca de la visión de la población acerca de sus propias prácticas. Para tener una visión completa de la atención en salud debe combinarse el análisis de las prácticas poblacionales, con el de la atención proporcionada por los diferentes subsistemas médicos, sus instituciones y sus proveedores de servicios, incluyendo aspectos como la calidad, la efectividad, la accesibilidad, la disponibilidad y las inequidades. Estos dos componentes – las prácticas poblacionales y la atención profesional – deben analizarse como parte del sistema de salud y del sistema social. Todo análisis que abarque sólo uno de estos componentes será parcial. Sin embargo, este trabajo enfoca primordialmente en las prácticas poblacionales en salud y sólo toca de manera tangencial algunos aspectos relacionados con la atención profesional.

3.1. Intervenciones generales para la implementación de políticas.

De manera general, el sistema de salud puede beneficiarse de incluir un enfoque en las prácticas poblacionales en salud a través del mejoramiento de algunas intervenciones que han mostrado su efectividad como parte de las estrategias para la implementación de políticas de salud. Entre las más importantes se encuentran: a. las campañas de información, educación y comunicación; b. el mejoramiento de las prácticas de autoatención; c. la colaboración con profesionales de subsistemas médicos alternativos subordinados; d. el mercadeo social; e. los abordajes con perspectiva de género; y f. los abordajes para mejorar la equidad del sistema (Hausmann-Muela y cols 2003, Scrimshaw 2001, Fonseca-Becker y Schenk-Yglesias 2004).

a. Campañas de información, educación y comunicación (IEC) efectivas: Una parte importante de cualquier programa de intervención en salud pública deberá ofrecer información a la población y a los proveedores de atención relacionados con la intervención, además deberá educarlos y canalizar la información de manera aceptable tanto para la población como para los trabajadores de salud involucrados. Por definición, el abordaje de IEC implica el desarrollo de actividades que se desarrollan e implementan en el marco de objetivos más amplios que los de las campañas propiamente dichas, por lo

cual deben considerar todos los aspectos del tema de la campaña, en lugar de enfocar sólo en un componente en particular. Las campañas de IEC deben tomar en cuenta los condicionantes sociales, culturales, económicos y ecológicos que subyacen al tema de la campaña, para lo cual deben basarse en evaluaciones de necesidades, principios educativos sólidos y evaluaciones periódicas. El abordaje de las prácticas poblacionales en salud con campañas de IEC puede usarse para mejorar la calidad de la atención de los proveedores de atención así como las prácticas de la población. Además, el análisis de las prácticas poblacionales en salud puede contribuir a la identificación de mensajes clave más pertinentes que sean objeto de campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

b. Mejoramiento de las prácticas de autoatención: Cuando los sistemas de salud y sus servicios han tomado conciencia de que las prácticas de autoatención se dan en más de la mitad de los episodios de enfermedad en la población general, pueden empezar a tomar medidas que faciliten el acceso a tratamientos efectivos para enfermedades importantes. Ha habido intervenciones exitosas para mejorar el cumplimiento de los regímenes de tratamiento a través de la entrega a la población de paquetes de medicamentos cuya presentación hace que sea fácil cumplir con los horarios y las dosis. Este tipo de intervenciones se ha usado para el tratamiento de malaria, VIH-SIDA e hipertensión, entre otros.

Además, dado que existe una preocupación con el uso racional de antibióticos y antirretrovirales para evitar la creación de resistencia a las drogas, un abordaje que se ha usado es ofrecer capacitación e incentivos a los dependientes de farmacias y tiendas para que hagan un uso responsable de las mismas e indiquen a la población las dosis correctas y los peligros de no cumplirlas.

c. Colaboración con profesionales de subsistemas médicos subordinados: Hasta el momento esta estrategia se ha desarrollado generalmente en una relación de subordinación, en la cual se aprovecha a una comadrona o a un terapeuta tradicional para alcanzar los objetivos de los servicios de salud. Sin embargo ha habido estrategias focalizadas en Guatemala, en las que se ha establecido relaciones de colaboración entre el personal institucional y los terapeutas tradicionales (experiencias de PIES de Occidente, JHPiego en Sololá, por ejemplo), las cuales al parecer han sido constructivas para ambas partes y se han traducido en mejores servicios para la población. Este tipo de intervenciones requiere de un esfuerzo firme y bien dirigido para lograr que los trabajadores de salud no reproduzcan las relaciones de discriminación prevalecientes en la sociedad.

d. Mercadeo social: Las estrategias de mercadeo social han sido usadas en países de África para encontrar maneras de venderle a la población recursos como mosquiteros para prevenir la transmisión de la malaria. Este abordaje ha sido criticado por algunos por estar dirigido a población que en ocasiones vive en condiciones de pobreza. Sin embargo hay usos importantes del enfoque del mercadeo social como estrategia para alcanzar los objetivos de los programas de salud y mejorar el estado de salud de la población. En contextos específicos puede usarse por ejemplo para analizar las alternativas de

autoatención que la población tiene, identificar oportunidades para alcanzar objetivos de salud pública, analizar a las otras alternativas en función de dichos objetivos y establecer estrategias de mercadeo orientadas a aprovechar dichas oportunidades para alcanzar los objetivos.

e. Abordajes con perspectiva de género: El análisis de las prácticas poblacionales en salud desde la perspectiva de género puede orientar por lo menos a desarrollar tres tipos de estrategias. Por un lado, estrategias que contribuyan a disminuir la carga de cuidados en salud que las mujeres tienen que asumir en el hogar, a través de la promoción de nuevos papeles para los hombres en dicho ámbito. Esto presumiblemente puede contribuir a la transformación de la inequidad en las relaciones de género. Por otro lado, estrategias encaminadas a eliminar las barreras a la accesibilidad de hombres y mujeres a los servicios de salud. Estas estrategias deben incluir intervenciones para mejorar la pertinencia de género en las prácticas de los trabajadores de salud y en la organización funcional de los servicios, así como el reconocimiento a vulnerabilidades diferenciadas para hombres y mujeres en enfermedades específicas. Finalmente, pueden desarrollarse estrategias encaminadas a transformar las prácticas de autocuidados que aumentan la vulnerabilidad de hombres y mujeres de manera diferenciada debido a las inequidades de género.

f. Abordajes para mejorar la equidad del sistema: El conocimiento de las prácticas poblacionales en salud puede contribuir a desarrollar estrategias que promuevan la equidad en el sistema de servicios de salud. Por ejemplo pueden desarrollarse estrategias para mejorar el acceso para adultos mayores o población discapacitada. Pueden eliminarse barreras que alejan de los servicios a la población homosexual o a personas con ciertas enfermedades estigmatizantes.

Sin embargo, todas estas intervenciones pueden carecer de un contenido que transforme las acciones de salud si no se hacen en el marco de políticas diseñadas con dicho objetivo. Para que las instituciones de salud puedan hacer frente de manera positiva al reto que implica un enfoque que incorpore las prácticas poblacionales en salud y el pluralismo médico en el que se dan, se necesitan cambios más profundos en la sociedad. Entre estos debe incluirse la erradicación de toda forma de discriminación y sus consecuencias en la atención a la salud y la lucha contra la pobreza. Sin embargo, las instituciones de salud no pueden esperar a que se den las condiciones ideales en la sociedad guatemalteca, sino que deben iniciar un proceso que a la vez que toma en cuenta una visión integral de la atención en salud, contribuye al objetivo social de la equidad. Una manera de hacerlo es implementar el proceso de construcción de la pertinencia intercultural en el sistema de salud.

3.2. Construir la pertinencia intercultural en el sistema de salud

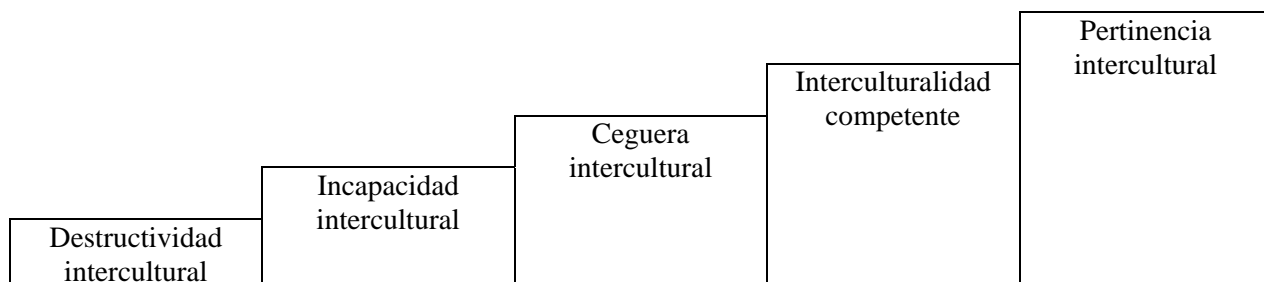
La pertinencia intercultural en salud es el “proceso de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación-articulación de los diferentes

marcos conceptuales y prácticas en salud que existan tanto en el ámbito institucional como en el comunitario” (Verdugo y cols. 2002: 8).

La pertinencia intercultural es el reflejo de la capacidad del sistema de salud de responder efectivamente a las necesidades de la población, y se concreta en una serie de comportamientos, actitudes y políticas congruentes entre sí, que se implementan en el sistema de salud y sus instituciones, y que están destinadas a promover que el trabajo sea efectivo en situaciones interculturales. La puesta en práctica de la pertinencia intercultural implica el desarrollo de competencias, entendidas como la capacidad de los individuos y las instituciones de funcionar efectivamente en el contexto de los conocimientos, prácticas y necesidades culturales que les presentan los usuarios de los servicios y la población a la que pertenecen (Anderson y cols. 2003).

La pertinencia intercultural debe entenderse como un proceso continuo, que se da tanto a nivel institucional como a nivel de los individuos, que en un extremo tiene las relaciones interculturales destructivas y en el otro las relaciones interculturales pertinentes. Entre ambos extremos hay escalones que las instituciones y las personas pueden ir subiendo para acercarse a la construcción de la pertinencia cultural:

Ilustración 6: Proceso de construcción de las relaciones interculturales en salud



Fuente: traducido y ligeramente modificado de Goode y Harrison (2003).

Para que el sistema de salud guatemalteco pueda ir construyendo la pertinencia intercultural en salud debe llevar a la práctica cuatro estrategias: desarrollo de competencias con relación a la cultura de la población, desarrollo de competencias con relación al idioma de la población, desarrollar una agenda de investigación de apoyo a la pertinencia intercultural y desarrollo de relaciones de coordinación con la población. Esto requiere que el sistema de salud y sus instituciones se aseguren de considerar los siguientes aspectos generales en sus políticas, programas, estructuras y asignación de recursos (con base en NCCC 2006):

a. Conocimiento de la diversidad que hay en las comunidades que sirve: implica el conocimiento de diferencias culturales entre los grupos sociales, las diferencias al interior de esos grupos, y cómo se diferencian de la cultura dominante. El enfoque principal es que exista una política institucional que tome

en cuenta los conocimientos culturales, las fortalezas, las vulnerabilidades y las realidades del contexto en que vive la población. Es de gran importancia que por un lado se reconozca que toda la población, indígena y no indígena, tiene conocimientos y prácticas culturales relacionadas con la salud, y por otro que éstos no sean minusvalorados por ser más propios de cierta población que tradicionalmente ha sido marginada.

b. Filosofía organizacional: se refiere al compromiso institucional para ofrecer servicios cultural y lingüísticamente pertinentes, y la medida en que dicho compromiso se ve reflejado en políticas concretas. Dicho compromiso puede verificarse en la incorporación de aspectos de la pertinencia intercultural en la misión institucional, las estructuras y organización, los planes y estrategias, la relación con la población y los esfuerzos de incidencia política que la institución impulsa.

c. Involucramiento personal e institucional con la población: toma en cuenta el grado en que la institución y su personal demuestran compromiso e involucramiento con la población a la que sirven, los cuales pueden observarse a través de su relacionamiento en las actividades cotidianas de la población, o la participación en eventos sociales o recreativos. Además, se refiere a la medida en que la institución logra acuerdos de coordinación específicos con la población.

d. Recursos humanos: se refiere a la capacidad de la institución para conservar un equipo de trabajo cultural y lingüísticamente pertinente, la cual se refleja a través de las características demográficas del equipo de trabajo, las actividades formales de formación y desarrollo profesional y la asignación de recursos para dichos propósitos.

e. Actividades clínicas y epidemiológicas: involucra la capacidad de la institución y su equipo de trabajo para adaptar los abordajes propios de la atención clínica y las acciones epidemiológicas a las realidades sociales y culturales de la población a la que sirven.

De esta manera, teniendo en cuenta estos cinco aspectos, el sistema de salud y sus instituciones deben implementar las 4 estrategias mencionadas. En los siguientes párrafos se detallan algunos elementos que deben considerarse en la implementación de las mismas.

3.2.1. Desarrollo de competencias con relación a la cultura.

Existen maneras en que el sistema de salud y sus instituciones deben concretar su interés en desarrollar la pertinencia intercultural en salud. A continuación detallo un listado de posibles elementos en los que se puede dar dicha concreción (con base en Cohen y Goode 1999):

- la misión institucional debe especificar los principios, racionalidad y valores institucionales hacia la pertinencia intercultural.
- políticas y procedimientos que apoyen un modelo que incluya la incorporación de los aspectos culturales en las actividades de administración, provisión de servicios y epidemiológicas.

- estructuras que aseguren la participación significativa de la población en la planificación y evaluación de las actividades institucionales.
- procesos para revisar y evaluar las políticas y procedimientos de manera sistemática, para asegurar su relevancia para la provisión de servicios con pertinencia intercultural.
- políticas y procedimientos para reclutamiento, contratación y retención de personal que contribuya al logro de la meta de contar con un equipo de trabajo culturalmente pertinente.
- políticas y recursos para apoyar la formación continua en el servicio y el desarrollo profesional (en todos los niveles de la institución) para la toma de conciencia, aprendizaje de conocimientos y adquisición de habilidades en el área de la pertinencia intercultural.
- políticas que aseguren que el nuevo personal reciba la formación, asistencia técnica y otros apoyos necesarios para trabajar con pertinencia intercultural.
- descripciones de puesto e instrumentos de evaluación al personal (en todos los niveles de la institución) que incluyen conocimientos y habilidades relacionadas con la pertinencia intercultural.
- políticas y procedimientos para revisar periódicamente las tendencias actuales y emergentes relacionadas con la composición demográfica de la población.
- métodos y recursos adecuados para identificar y adquirir conocimientos acerca de los conocimientos y prácticas sobre salud de la población a la que se sirve.

3.2.2. Desarrollo de competencias con relación al idioma de la población.

La importancia del idioma es fundamental. Está demostrado que las dificultades de comunicación entre proveedores y usuarios de los servicios de salud son una de las fuentes de insatisfacción y baja calidad de atención. Estas dificultades se dan incluso cuando el proveedor y el usuario son hablantes nativos del mismo idioma. Además, se ha documentado que las personas que no hablan fluidamente el idioma de los proveedores tienden a retrasar sus consultas y a no cumplir a cabalidad con las recomendaciones terapéuticas y diagnósticas (Purnell 1998). También se ha mostrado que las expresiones de bienestar y sufrimiento que se usan para describir un padecimiento no son fácilmente traducibles, a menos que se tenga un conocimiento elevado del otro idioma (Harvey 2003: 5-9). Sólo en un contexto de discriminación puede verse como normal o aceptable el que se brinde atención sanitaria sin una adecuada comunicación entre el usuario y el proveedor, ya que en esas condiciones la calidad de la atención no puede asegurarse desde ningún punto de vista (Woloshin S y cols. 1995). Entre las acciones que el sistema de salud y sus instituciones deben adoptar para desarrollar esta estrategia se encuentran las siguientes (con base NCCC 2003):

- la misión institucional debe hacer explícitos los principios, racionalidad y valores que fundamentan su intención de desarrollar sus actividades y servicios con pertinencia lingüística.

- políticas y procedimientos que apoyen el reclutamiento, contratación y retención de personal que contribuya a alcanzar la meta institucional de tener un equipo de trabajo con competencia lingüística.
- descripciones de puesto e instrumentos de evaluación del desempeño del personal que incluyan los conocimientos y habilidades relacionadas con la competencia lingüística.
- políticas y recursos para apoyar la formación permanente y el desarrollo profesional del personal (en todos los niveles de la institución) en lo referente a la competencia lingüística.
- políticas, procedimientos y planeación fiscal para asegurar la provisión de servicios de traducción e intérpretes médicos, y para evaluar su calidad.
- políticas y procedimientos relacionados con la traducción de materiales administrativos, educativos e informativos en formatos que se adapten a las necesidades de la población dada su capacidad de lecto-escritura.
- políticas y recursos para apoyar el acercamiento del personal institucional a las personas que tienen capacidades de comunicación limitadas debidas a su idioma materno u otras razones.
- políticas y procedimientos para revisar periódicamente las tendencias demográficas con el propósito de determinar las necesidades de servicios de intérpretes y traductores.

3.2.3. Desarrollo de una agenda de investigación de apoyo a la pertinencia intercultural.

Los sistemas de salud han basado sus prácticas en los conocimientos de la biomedicina y otras ciencias tradicionales, las cuales no han tenido un enfoque que fomente la pertinencia intercultural. Además, la implementación de la pertinencia intercultural es reciente en todo el mundo, por lo que es un área de conocimiento que ha sido poco desarrollada, lo que hace necesario que todo proceso de implementación de la misma deba estar acompañado de una agenda de investigación que lo apoye. Esta estrategia debe basarse en el establecimiento de alianzas entre diferentes instituciones del sistema de salud para asegurar que la investigación sea de calidad y al mismo tiempo responda a las necesidades de desarrollo de la pertinencia intercultural en el sistema de salud. Esta estrategia tiene varias aristas, algunas de las cuales se tocan en las siguientes actividades propuestas (con base en Goode y Harrison 2003):

- las instituciones que participan en el proceso de investigación deben tener políticas que requieran la utilización de metodologías que aseguren la participación activa de la población en las distintas fases de la investigación, desde su diseño hasta la comunicación de sus hallazgos.
- una política y procedimientos explícitos para asegurar el apego a la ética en la investigación.
- estructuras y recursos institucionales para organizar o formar parte de coaliciones interesadas en la investigación en salud y su relación con la población social y culturalmente diversa.

- políticas y estructuras institucionales para reunirse con miembros y representantes de diferentes comunidades para determinar las necesidades y temas prioritarios como una base para desarrollar iniciativas coordinadas de investigación.
- políticas, estructuras y procedimientos para recolectar, mantener y analizar de manera sistemática información de salud desagregada para los diferentes grupos sociales y culturales a los que se sirve.
- políticas y procedimientos para apoyar la reciprocidad con comunidades que apoyan iniciativas de investigación.
- políticas, estructuras y recursos para gestionar proyectos o colaborar con otras instituciones en la conducción de iniciativas de investigación interesadas en la eliminación de las inequidades en salud.
- recursos humanos con experiencia y formación en la conducción de investigaciones que usan enfoques coherentes con la pertinencia intercultural.
- políticas, recursos y practicas que garanticen la provisión de información a la población acerca de los beneficios de participar o colaborar con iniciativas de investigación.

3.2.4. Desarrollo de relaciones de coordinación con la población.

Dado que todo el enfoque de la pertinencia intercultural se basa en el hecho de que la población es un elemento central y activo en el sistema de salud, ya que es a la vez el beneficiario último de las acciones del sistema, y además es el protagonista individual o colectivo de las prácticas poblacionales en salud, el desarrollo de la pertinencia intercultural no tendría sentido si no se asegura una relación positiva de coordinación con la población a diferentes niveles. Algunas acciones encaminadas a llevar a la práctica esta estrategia son (con base en Goode 2003):

- la misión institucional debe explicitar que valora a la población como actor esencial en el sistema de salud.
- políticas y estructuras encaminadas a asegurar y facilitar la participación de la comunidad en la planificación y evaluación de las actividades y servicios institucionales.
- descripciones de puesto y evaluaciones de desempeño al personal que incluyan áreas del conocimiento y habilidades relacionadas con la coordinación con la comunidad.
- políticas, estructuras y recursos para la formación continua en el servicio y el desarrollo profesional que aumente la capacidad para la coordinación con la población de diferentes características sociales y culturales.
- políticas que apoyen el uso de diferentes modalidades de comunicación y tecnología para asegurar la eficacia de la comunicación bidireccional con la población.

- políticas y estructuras que revisen periódicamente las tendencias demográficas para identificar grupos emergentes y cambios en la representación de la población, así como identificar nuevos colaboradores y nuevas oportunidades de coordinación con la población.

Es importante reconocer que el logro de la pertinencia intercultural debe entenderse como un proceso a mediano y largo plazo. La implementación realista de las cuatro estrategias aquí propuestas depende de una serie de factores al interior del sistema y en otros sistemas relacionados. En el caso guatemalteco una limitación previsible es el contar con suficiente recurso humano técnico y que además hable alguno de los idiomas mayas. También el contar con intérpretes y traductores debe estar precedido de un proceso de creación, reclutamiento de personal bilingüe (como mínimo) y capacitación. Todas estas acciones deben ser ponderadas. Respecto a la investigación, se requerirá de un esfuerzo de coordinación con diferentes instituciones académicas para llevar adelante el proceso. La formación de recursos humanos para mejorar las competencias puede ser también una limitante debido a la escasez de personal previamente formado.

Todas estas acciones y estrategias deben someterse a un proceso de evaluación, priorización y planeación, el cual debe ser coherente y estar integrado con el resto de prioridades del sistema de salud.

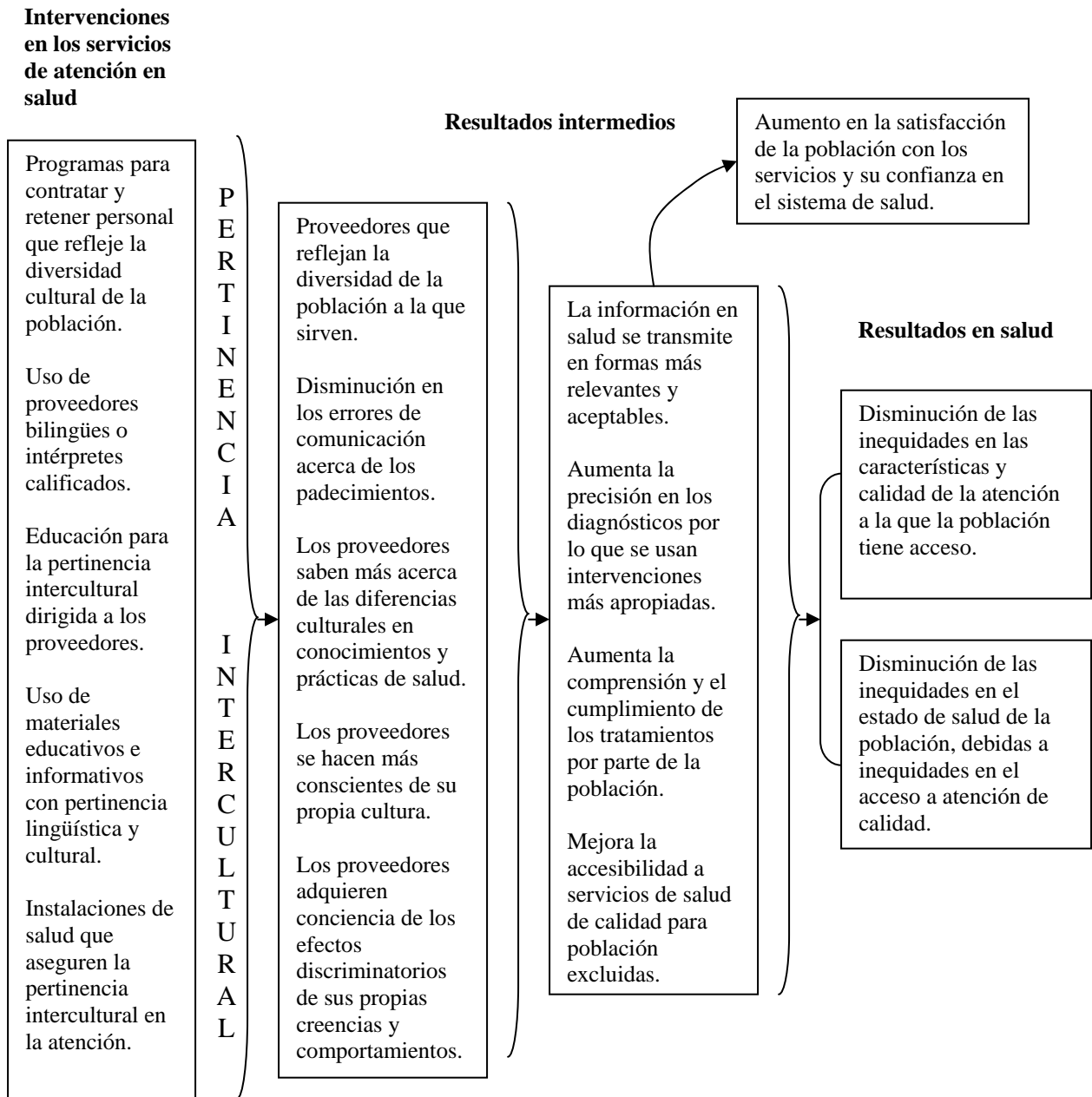
Las estrategias presentadas para la implementación de la pertinencia intercultural están enfocadas de manera amplia en las diferentes instituciones del sistema de salud, que pueden tener diferente carácter y naturaleza. Sin embargo un tipo de institución de particular relevancia es la que se dedica a la prestación de servicios de salud, por lo que en las próximas líneas presentaré de manera esquemática los aspectos específicos a considerar para este tipo de institución.

Un servicio de salud con pertinencia intercultural debe incluir una combinación apropiada de los siguientes elementos (con base en Anderson y cols. 2003):

- Personal con una diversidad cultural que refleja la de las comunidades a las que sirve.
- Proveedores que hablan el idioma de la población a la que sirven, o en su defecto intérpretes médicos competentes.
- Programas de formación para que los proveedores conozcan el idioma y la cultura de la población a la que sirven, y sean conscientes de su propia cultura.
- Materiales de información, educación y comunicación en el idioma de la población a la que sirven y elaborados de acuerdo a su cultura.
- Instalaciones sanitarias adecuadas culturalmente para la población a la que sirven.

Los elementos clave que sintetizan los elementos que hacen un servicio de salud con pertinencia intercultural son el que el personal institucional sea consciente de su propia cultura y cómo ésta influye en sus interacciones con la población, sea consciente de los elementos culturales de la población a la que sirve y pueda comunicarse en el idioma de la población a la que sirve.

Ilustración 7: Lógica del impacto de la implementación de la pertinencia intercultural en el estado de salud



Fuente: traducido y ligeramente modificado de Anderson y cols. (2003)

3.3. Necesidades de investigación relacionadas con el pluralismo médico.

A pesar de todo lo que conocemos acerca de las prácticas poblacionales en salud, y en particular de la autoatención, hay varias áreas importantes de conocimiento que requieren de investigación en Guatemala para comprender sus implicaciones para las políticas de salud: a. la naturaleza y eficacia del subsistema biomédico, b. el impacto de prácticas en salud específicas en el estado de salud de la población, c. la

naturaleza y eficacia de los subsistemas médicos alternativos subordinados, d. las prácticas poblacionales en salud con relación a las enfermedades crónicas y discapacitantes, e. las perspectivas de que el sistema médico plural llegue a estar regulado, y f. cómo analizar dichas prácticas desde una perspectiva de salud colectiva y no individual.

a. Cuando se analiza las prácticas en salud de la población, y en particular la autoatención, surge una pregunta inevitable: ¿por qué un porcentaje de la población de todas las condiciones sociales sigue usando subsistemas médicos ajenos al subsistema biomédico? La pregunta es relevante sobre todo porque el subsistema biomédico es el único que cuenta con el respaldo legal, académico y comercial que le da su posición de hegemonía. Está claro que una parte es debida a la falta de acceso y la exclusión social, pero esto no explica todo. Las razones pueden ser la falta de eficacia o la falta de satisfacción de la población. O quizá el enfoque restringido de lo biológico. Quizá la manera como el subsistema biomédico organiza sus servicios hace que las personas lo eviten en ciertas circunstancias. Quizá el subsistema biomédico representa en el inconsciente colectivo alguna asociación con estructuras represivas. Quizá sea la percepción de que los profesionales de la biomedicina se han deshumanizado. Tal vez las razones sean otras insospechadas. Tal vez no sea todo el subsistema biomédico sino algunas de sus instituciones. En todo caso debería haber un esfuerzo serio fundado en la tan necesaria curiosidad científica que permita a la sociedad en su conjunto y a quienes integran el subsistema biomédico conocer en definitiva cuáles son los límites de su eficacia y calidad en la oferta que hacen a la población guatemalteca.

b. Por otro lado, la descripción de toda la riqueza de prácticas poblacionales en salud, en particular en la autoatención puede ser interesante pero ¿tiene alguna implicación real en el estado de salud de la población? Hace algunas décadas se usaba un enfoque en la investigación acerca de las prácticas de autoatención, y era el de que con criterios de la biomedicina se evaluaba si las prácticas de la población eran beneficiosas, perjudiciales o inocuas. Aunque dicha perspectiva no reconocía el carácter cultural de la propia biomedicina, sí ofrecía una intencionalidad práctica que quizá valga la pena recuperar con nuevas perspectivas metodológicas. Es decir, usando categorías conceptuales y metodológicas pertinentes a las prácticas en salud, y usando criterios innovadores acerca del estado de salud, debería establecerse el impacto de dichas prácticas. ¿Existen prácticas en salud que actualmente no se han difundido pero contribuyen al estado de salud de la población? ¿Hay prácticas dañinas para la salud que la población está usando? Evidentemente no se puede analizar el efecto energético de una planta medicinal con base a criterios farmacológicos, o el efecto de una ceremonia de sanación divina con criterios únicamente biomédicos. El razonamiento es este: si las prácticas en salud de la población no tienen ningún impacto en el estado de salud, no deben ser objeto de estudio para el sistema de salud, pero si lo tienen entonces deben investigarse y no sólo rechazarse automáticamente.

c. De la misma manera que se hace necesario analizar a profundidad la eficacia y calidad del subsistema biomédico, debería hacerse para los subsistemas alternativos subordinados. Claro que en este caso también deben desarrollarse conceptos y métodos que permitan el abordaje de una manera pertinente, y además debe reconocerse las condiciones de sistematización de cada uno de los subsistemas. Por un lado existen razones históricas que explican por qué el subsistema de la medicina Maya no tiene un *corpus* de conocimientos sistematizado e instituciones que lo regulen. Por otro lado hay subsistemas médicos como el homeopático o la medicina China que cuentan con dicha sistematización. Si la medicina China tiene métodos efectivos para el control de la hipertensión, que además son costo-efectivos y con menos efectos secundarios que los tratamientos farmacológicos, ¿por qué no ofrecer esa opción a los pacientes con hipertensión? Si la medicina Maya emplea métodos efectivos para tratar traumas al sistema músculo esquelético que son menos invasivos e incapacitantes que los de la biomedicina, ¿por qué no ofrecer esa opción a los pacientes? No se trata de ver cuál de los subsistemas es el mejor, sino de reconocer que todos pueden ofrecer eficacia y calidad que se traduzca en un mejor estado de salud para la población. Se debe hacer un esfuerzo particular por trabajar con profesionales del subsistema médico Maya para facilitar recursos que en el mediano y largo plazo contribuyan al desarrollo de este subsistema.

d. Un campo del que se conoce muy poco es el de las prácticas poblacionales en salud con relación a las enfermedades crónicas y discapacitantes. Enfermedades crónicas reumáticas, alérgicas, cardiovasculares, mentales, infecciosas, degenerativas y el cáncer irán aumentando su carga en la morbilidad y mortalidad de la población guatemalteca, por lo que es importante conocer las prácticas poblacionales respecto a las mismas. Además, por la duración de estas enfermedades es muy lógico pensar que la búsqueda de atención de la población se diversifique y ponga en riesgo su propia salud. Por otro lado, dado que la biomedicina no cura estas enfermedades, sino que generalmente ofrece controlarlas a través de costosos tratamientos farmacológicos que tienen efectos secundarios, es altamente posible que la población explore otras alternativas que ofrecen curación. ¿Existen en realidad estas alternativas? ¿Qué implicaciones tienen para el estado de salud de la población? ¿Existen prácticas de autocuidados en la población que sea necesario fomentar para prevenir este tipo de enfermedades?

e. Dado que las prácticas poblacionales en salud, y en particular la autoatención, se llevan a cabo dentro del pluralismo del sistema médico, se hace necesario preguntarse acerca de las posibilidades de regulación que el sistema de salud puede ejercer sobre los subsistemas médicos. En un sistema de salud que ya se caracteriza por estar fragmentado y desarticulado sólo tomando en cuenta al subsistema biomédico, plantearse esto suena a utopía. Sin embargo es necesario planteárselo. ¿Es necesario que el sistema de salud regule la práctica médica de los diferentes subsistemas? ¿Es suficiente con la autorregulación gremial que hagan los profesionales de cada subsistema? ¿Debe regularse el crecimiento de los subsistemas médicos a través de algún mecanismo compatible con el sistema político y económico

guatemalteco? ¿De qué manera pueden evitarse los engaños a la población por parte de charlatanes de cualquiera de los subsistemas médicos? ¿Es de interés público regular esto o debería ser del interés privado de los profesionales de cada uno de los subsistemas? ¿De qué manera puede regularse la comercialización de productos farmacéuticos de manera que se garantice el acceso a medicamentos para la población pero que no se haga un uso irresponsable de los mismos?

f. Finalmente, cómo puede abordarse el tema de las prácticas poblacionales en salud desde una perspectiva de salud pública, colectiva, que tome en cuenta los niveles socio-estructural, socio-cultural y socio-psicológico a nivel social. Qué perspectivas conceptuales pueden permitir disminuir el énfasis en la responsabilidad individual y los estilos de vida, y hacer un abordaje poblacional sobre los condicionantes y determinantes de la salud.

Como puede notarse, varias de las oportunidades de investigación se enfocan en el ámbito de los profesionales y los servicios de salud, y no únicamente de la población. Y es que si la población es parte del sistema de salud debe entenderse que sus prácticas están en relación de las alternativas que el sistema le ofrece.

Estas oportunidades de investigación invitan además a reflexionar acerca de los fines y objetivos del sistema de salud y del sistema social en su conjunto, porque sólo a la luz de éstos es que adquieren importancia y utilidad práctica. Es decir que las oportunidades de investigación señaladas no dejarían de ser simples curiosidades para mentes inquietas si es que no contribuyen con los fines y objetivos del sistema de salud y la sociedad. El objetivo del sistema de salud debería ser optimizar el estado de salud de la población, lo cual debería contribuir al objetivo de la sociedad en términos de optimizar el logro del desarrollo humano de toda la sociedad, sin exclusión. Me cuesta pensar en que alguien no esté de acuerdo en que esos deberían ser los objetivos. Pero ¿lo son en realidad en la sociedad guatemalteca? Porque en realidad tiene poco sentido hablar de las prácticas poblacionales en salud si las instituciones de salud no están haciendo su parte en el logro de ese objetivo. Y eso debería reflejarse en las prioridades, políticas, programas y asignaciones presupuestarias. Si no se interviene para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud no tiene sentido interesarse en las prácticas de autoatención de la población. Si no se invierte en mejorar las condiciones de vida de la población, por ejemplo en la disposición de agua potable y disposición sanitaria de excretas y aguas servidas, tiene poco sentido interesarse en las ideas que la población tiene acerca de la diarrea. Es decir, sería un contrasentido hacer un esfuerzo por abordar los aspectos culturales de las prácticas poblacionales en salud, si no se abordan también los demás aspectos que las determinan.

De igual manera, si la sociedad guatemalteca no está interesada en desarrollar políticas que de manera efectiva erradiquen el racismo, el sexismo y las demás formas de discriminación, también pierde relevancia el preocuparse por comprender las diferentes explicaciones y prácticas culturales que giran en

torno a las prácticas poblacionales en salud, porque estas se estarán llevando a cabo en el marco de la exclusión social.

Pero si está en el interés de la sociedad y del sistema de salud, entonces el estudio de las prácticas poblacionales en salud ofrece oportunidades para la implementación de políticas que contribuyan a mejorar el estado de salud de la población y a erradicar algunas de las formas de discriminación. Para que tengan un impacto deben usarse de manera sostenida en el marco de estrategias que correspondan a prioridades políticas.

3.4. Relación entre las tendencias del sistema social y las prácticas poblacionales en salud

Las prácticas poblacionales en salud permanecen en relación de influencia mutua con los demás elementos del sistema de salud, y por tanto con elementos del contexto y sistemas relacionados. En las siguientes líneas se presentan algunas de las tendencias sociales a nivel mundial (Glenn y Gordon 2006) y nacional (Gutiérrez y Ávalos 2006) que pueden influir en las prácticas poblacionales en salud.

a. Políticas: es posible que haya una tendencia hacia la erosión de la institucional democrática, haciendo que el sistema político sea dirigido por el clientelismo, el personalismo y la arbitrariedad de los gobiernos, así como un afianzamiento en la influencia de los poderes fácticos. En estas condiciones se neutraliza la influencia de la oposición o los grupos no representados en el gobierno, haciendo difícil el avance de una agenda política, económica y social democrática, que de respuesta a las necesidades y demandas de la población. En estas condiciones se ve difícil el avance en la política social en general y en la de salud en particular, por lo que no cabría esperar cambios significativos en las características del sistema de salud.

Se vislumbra una influencia más estrecha de los intereses estadounidenses en las decisiones políticas, en particular las relacionadas con el impulso de su agenda de comercio y el intento por afianzar su influencia ideológica y política en la región. De esta manera, la política social en general y la de salud en particular se verán presionadas a continuar siendo coherentes con la política económica del comercio libre, la estabilidad macroeconómica, la reducción del déficit fiscal y la reforma del estado. Esta tendencia se mantendrá avanzando en la medida en que no toque los intereses de los poderes nacionales tradicionales o emergentes. Los intentos de políticas sociales con pretensiones igualitarias tendrán una fuerte oposición. Por lo que la tendencia es la profundización de las inequidades sociales, en el estado de salud y en el acceso a servicios de salud para la población. Si se mantiene la tendencia de las llamadas reformas hacia el socialismo en otros países de latinoamérica es posible que genere una reacción en la política guatemalteca, ya sea hacia la adopción de algunas políticas que sirvan como válvula de escape a la descomposición social, o bien al endurecimiento de las políticas neoliberales.

Es posible que haya avances en las reivindicaciones de los pueblos indígenas, en la medida que sus posiciones se van consolidando en el país, lo cual puede derivar en políticas orientadas a la inclusión. Esto puede representar oportunidades para el impulso de una agenda que enfoque en las reivindicaciones de tipo culturalista, incluyendo el reconocimiento de las prácticas poblacionales en salud y la medicina Maya. Sin embargo es posible que dichas políticas sólo sean viables en la medida que no modifiquen los intereses de los poderes económicos nacionales e internacionales, por lo que no implicarían un cambio de amplio espectro en la agenda de políticas económica y social.

b. Económicas: la inflación seguirá siendo mayor que el crecimiento económico, no habrá mejoras sustanciales en relación al desempleo, continuará el crecimiento y la diversificación de la economía informal, la euforia de inversiones producto del CAFTA no dará resultados sensibles inmediatos, continuará el flujo de remesas de EEUU aunque afectado por las políticas de ese país contra la inmigración, las brechas de ingreso y consumo aumentarán dentro del país y entre países, y el comercio aumentará especialmente las importaciones de Estados Unidos, China e India.

Esto se traducirá en mayor pobreza y exclusión, la cual al combinarse con la débil institucionalidad democrática hará que haya bajo acceso a los servicios de salud para la población pobre y de de clase media. Los estratos que tengan posibilidades seguirán la tendencia al aseguramiento privado. Es posible que el CAFTA haga que las empresas de aseguramiento y de atención en salud estadounidenses se afiancen en Guatemala y amplíen su mercado a algunas capas medias. Las decisiones relacionadas con el futuro del IGSS como seguro de salud serán clave en este tema. Las compañías farmacéuticas nacionales e internacionales seguirán comercializando medicamentos sin regulación efectiva. Esto hará que la automedicación con productos farmacéuticos siga en aumento.

c. Sociales: el crimen organizado se continuará afianzando, la violencia criminal seguirá en aumento, al igual que las acciones de limpieza social y la politización de la justicia. Es posible que ante el deterioro social y el aumento de la violencia social, los gobiernos usen las políticas sociales como instrumento para mantener la gobernabilidad y aumentar su legitimidad en el poder. Aumentará el número de personas viviendo en situación de pobreza en Guatemala y en el mundo, y también aumentará la segregación social en las ciudades.

El aumento en la violencia y criminalidad disminuirá las posibilidades de desarrollar las estrategias de solidaridad y autoayuda, que muchas veces son el principal capital con el que cuenta la población que vive en la pobreza. Además, el control social a nivel local por parte de grupos criminales se consolidará, condicionando de esta manera las relaciones sociales locales. Si las políticas sociales mejoran como mecanismo para conservar la gobernabilidad, es posible que el acceso a servicios de salud mejore y quizá se impulsen algunas políticas de interculturalidad. La pobreza, la descomposición social y el aumento de

la exclusión social harán que haya mayor consumo de alcohol y drogas, violencia doméstica, y deterioro nutricional.

d. Demográficas: seguirá el aumento de las migraciones internacionales, al igual que habrá un aumento de las migraciones del campo a la ciudad. Continuará dándose una disminución paulatina en el tamaño de las familias, y un aumento en la esperanza de vida.

En ausencia de planes de pensiones, los adultos mayores y enfermos crónicos quedarán en el abandono o requerirán que familiares dejen de trabajar para poder cuidarlos, esto en particular en la población pobre y de clase media.

Las migraciones a la ciudad harán que personas con conocimientos y prácticas en salud dependientes de recursos como las plantas medicinales y el temascal, no puedan aplicarlas en su nuevo ambiente, lo que las pondrá en condiciones de vulnerabilidad.

e. Epidemiológicas: las enfermedades carenciales e infecciosas continuarán afectando a la mayor parte de la población, el VIH-SIDA seguirá en aumento, las enfermedades crónicas no transmisibles aumentarán su proporción en la carga de morbilidad y mortalidad, al igual que lo harán los accidentes y violencia. Además, las tendencias socioeconómicas y demográficas influirán en que continúe la transición nutricional, haciendo que los cambios en la dieta combinados con la disminución de la actividad física propia de las condiciones de vida en la ciudad contribuyan al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas.

En ausencia de mejoras sustanciales en el sistema de salud, el aumento en las enfermedades crónicas hará que las prácticas poblacionales en salud se diversifiquen, tanto en lo que respecta a los cuidados legos como a la búsqueda de atención por profesionales de los diferentes subsistemas médicos. Esta tendencia es preocupante desde diferentes puntos de vista, pero en el caso de enfermedades crónicas infecciosas es motivo de particular preocupación debido a que la progresión de la enfermedad se ve acompañada de la probabilidad de contagiar a otras personas.

f. Tecnológicas: La brecha tecnológica se irá cerrando, haciendo que una mayor proporción de la población tenga acceso a Internet. Esto hará que haya mayor acceso a información de todo tipo con relación a conocimientos y prácticas de salud, lo cual puede aumentar las alternativas terapéuticas que las personas consideren como opciones, y posiblemente contribuya a la difusión de información acerca de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. De todas maneras, el acceso a esta información necesitará combinarse con la capacidad real de acceder a mejorar las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud. Este acceso a información puede por un lado, mejorar la responsabilidad de las personas sobre su salud y equilibrar el desbalance de información con relación a los proveedores, pero por otro lado puede distraer a las personas de las verdaderas prioridades relacionadas con su salud. De

cualquier manera, seguirá habiendo un porcentaje importante de la población sin capacidad de leer y sin acceso a internet.

Las nuevas ofertas tecnológicas de la industria aumentarán su proporción en el presupuesto de salud de las instituciones públicas y privadas, e incrementarán su presencia en los autocuidados y autoatención, al proveer aparatos de fácil uso e interpretación a precios relativamente accesibles. Esto puede mejorar las posibilidades de las personas con suficiente poder adquisitivo de acceder a pruebas que les permitan tomar mejores decisiones sobre su salud.

3.5. Relación entre las tendencias del sistema de salud y las prácticas poblacionales en salud

En esta sección, se presenta una revisión de las principales tendencias del sistema de salud guatemalteco, y algunas reflexiones acerca de sus posibles implicaciones para las prácticas poblacionales en salud. Las tendencias en el sistema de salud se basan en Flores (2006).

a. Equidad en el acceso al sistema de salud: La falta de equidad en el acceso a los servicios de salud es consecuencia de la exclusión social que prevalece en el país, sin embargo éstas pueden revertirse en gran parte si se toman las decisiones políticas pertinentes para que el sistema de salud se desarrolle teniendo como meta la equidad. Estas decisiones deben dirigirse a la distribución sostenida de recursos del sistema de salud con criterios de equidad. El nivel de equidad en el acceso a los servicios de salud es uno de los factores que influyen poderosamente en las prácticas poblacionales de salud, ya que de la percepción de este acceso por parte de la población dependen las alternativas que consideran para la atención de sus padecimientos. La equidad debe medirse utilizando varios criterios, incluyendo la calidad y la pertinencia intercultural. La incorporación de las prácticas poblacionales en salud dentro de las políticas y estrategias del sistema de salud tiene que verse complementada con la eliminación de las barreras al acceso a los servicios para la población. Son las dos caras de la misma moneda. Para abordarlos, el sistema de salud debe generar un debate nacional acerca de la dicotomía entre universalización y focalización de servicios, así como una discusión acerca de las alternativas financieras para el aseguramiento en salud de la población. Las decisiones en estos temas tendrán un impacto notable en el acceso de la población a los servicios, por lo que influirán en las prácticas poblacionales en salud.

b. El derecho a la salud: En Guatemala hace falta que el sistema de salud tome una posición clara respecto a la manera en que concibe el derecho a la salud, ya que a la luz de las políticas vigentes dicho derecho parece concretarse en cierta forma de beneficiencia estatal para algunos de los más pobres. El sistema no logra ser efectivo en sus funciones de regulación ni en las de prestación de servicios, por lo que el resultado es el de una sociedad en la que el derecho a la salud no se cumple. Si además se analiza a la luz de la discriminación, se encuentra que la población más vulnerable es la que menos garantía tiene de dicho derecho. Las prácticas poblacionales en salud, al igual que las prácticas de los profesionales, se ven

influidas profundamente por la concepción que se tenga de la salud como un derecho, ya que las acciones que pueden llevarse a cabo se ven limitadas cuando ese derecho no es algo que se valora en la sociedad. Entendido como derecho humano, el derecho a la salud debe implicar la regulación y control por parte del Estado de todas las actividades que pueden tener un efecto en la salud (protección ambiental, regulación de la comercialización de productos que pueden dañar la salud, distribución de recursos para la atención en salud, acceso a servicios de calidad) para garantizar la protección de la salud de toda la población. El sistema de salud debería ser capaz de regular la publicidad y distribución de tabaco y otras drogas, así como la comercialización, publicidad e incentivos de la industria farmacéutica.

c. Relación entre gasto público y gasto privado de bolsillo: La tendencia a la baja del gasto público en salud refleja una suerte de abandono del sistema, la cual tiene como su contraparte el aumento en el gasto privado de bolsillo. Esta distribución del gasto en salud es la más ineficiente, ya que, por un lado influye en que las personas no busquen atención profesional en circunstancias en las que de otra manera lo harían, y por otro lado induce a la población a reducir los costos en atención buscando tratamientos más baratos, lo que en ocasiones hace que tomen tratamientos incompletos, o no cumplan con sus regímenes terapéuticos en el caso de enfermedades crónicas, o simplemente no busquen ningún tratamiento. Este tipo de distribución del gasto en salud induce a que la autoatención se lleve a cabo de manera ineficiente.

Referencias

- Acevedo J (1986). Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango. Guatemala: Tesis Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala. p68-99.
- Adams W (s/f). Alcohol production and consumption in a highland Guatemalan Maya community. <http://www.medanthro.net/research/adsg/newsletter/adams.pdf>. (noviembre 2004).
- Alarcón A y Vidal A (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México* 47 (6): 440-446.
- Alarcón J y Andrino F (1991). Diferencias urbano-rurales en la ingesta de alimentos de familias pobres de Guatemala. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 39 (3): 327-335.
- Albizu J (2004). ¿Qué hicieron la última vez que se enfermó la niña? El modelo de autoatención y los caminos del enfermo. *Portadores de Sueños* 8.
- Albizu (2005). Los costes invisibles de la enfermedad... y de la salud. *Portadores de Sueños*.
- Albizu J (2006). La inculturación en salud en una sociedad intercultural. *Revista Estudios Interétnicos* No. 20, Año 14: 125-148.
- Allen y Levine (1971). Social support and conformity: the role of independent assessment of reality. *Journal of experimental Social Psychology* 7 (1): 48-58.
- Anckermann S, Domínguez M, Soto N, Kjaerulf F y cols. (2005). Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: an approach to community development in Guatemala. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 15 (2): 136-152.
- Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand J y Task Force on Community Preventive Services. (2003) Culturally competent healthcare systems, a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 24 (3S): 68-79.
- Anderson R (1996). *Magic, science, and health: the aims and achievements of medical anthropology*. Forth Worth (TX): Harcourt Brace & Company. 454p
- Andrich, D y I.M Styles (1998). The structural relationship between attitude and behavior statements from the unfolding perspective. *Psychological Methods* 3 (4): 454-469.
- Angell M (2004). *The truth about the drug companies*. Nueva York: Random House. 305p.
- Baer H (2001). *Biomedicina and alternative healing systems in America: issues of class, race, ethnicity, & gender*. Madison (Wisconsin): The University of Wisconsin Press. 222p.
- Baer H, Singer M y Susser I (1997). *Medical anthropology and the world system*. Westport (Connecticut): Bergin & Garvey. 276p.
- Baer R y cols. (2004). A comparison of community and physician explanatory models of AIDS in Mexico and the United States. *Medical Anthropology Quarterly* 18 (1): 3-22.
- Barfield T (1997). *The dictionary of anthropology*. Oxford (Reino Unido): Blackwell. 626p.
- Barnoya J y Glantz S (2002). Knowledge and use of tobacco among Guatemalan physicians. *Cancer Causes & Control* 13 (9): 879-881.
- Barrera A (2006). *Historias de vida. Relatos breves de la forma en que la enfermedad es tratada en diversos hogares guatemaltecos (versión preliminar)* Guatemala: no publicado.
- Belloc N (1973). Relationship of health practices to mortality. *Preventive Medicine* 2 (1): 67-81.

- Berry N (2006). Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: contextualizing the choice to stay at home. *Social Science & Medicine* 62: 1958-1969.
- Bibeau G (1997). At work in the fields of Public Health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly* 11 (2): 246-252.
- Blake, Helson y Moutun (1957). The generality of conformity behavior as a function of factual anchorage, difficulty of task and amount of social pressure. *Journal of Personality* 25 (3): 294-305.
- Bonnewitz P (2003). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 128p.
- Bourdieu P (1977). *Outline of a theory of practice*. Traducción de Richard Nice. Cambridge (NY): Cambridge University Press. 248p.
- Bourdieu P (1985a). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society* 14 (6): 723-744.
- Bourdieu P (1985b). The genesis of the concepts of Habitus and of Field. *Sociocriticism: theories and perspectives II* (2): 11-24.
- Bourdieu P (1994). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama. 1997. Citado en: Bonnewitz P (2003). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 128p.
- Bristow F, ed (2003). *Utz' Wach'íl: health and well being among indigenous peoples*. Health Unlimited and the London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Car G, Eder K y García M (2005). *La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena Maya*. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 194p.
- CDC (2003a). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Guatemala, Guatemala City. Fact sheet. Disponible a través de www.cdc.gov.
- CDC (2003b). *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Guatemala, Chimaltenango. Fact sheet. Disponible a través de www.cdc.gov.
- Cerón M (2006). *Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad K'iche'* Tesis Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala. 214p.
- Cohen E y Goode T (1999), revisado por Goode T y Dunne C (2003). *Policy brief 1: Rationale for cultural competence in primary care*. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 12p.
- Comaroff J (1982). *Medicine, symbol and ideology*. En: Wright P y Treacher A (eds). *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*. Edinburgh: University of Edinburgh Press. p 49-68.
- Conner M y Norman P (1996). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham (PA): Open University Press. 230p.
- Cummins M, Becker M y Maile M (1980). *Bringing models together: an empirical approach to combining variables used to explain health actions*. *Journal of Behavioral Medicine* 3 (1): 123-145.
- De Ventura C, Mendoza I, Sáenz E y Solomons N (1997). *Disponibilidad y consumo de alimentos procesados potencialmente fortificables en comunidades rurales guatemaltecas*. En: *Resúmenes de los trabajos libres presentados en el XI Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición "Dr. Abraham Horwitz" y XI Congreso Centroamericano de nutricionistas y dietistas*. Guatemala: INCAP
- Debacher D (1979). *Cognitive models and health decision making*. *Medical Anthropology Newsletter* 10 (2): 10-17.
- Devine, PG (1989). *Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components*. *Journal of Personality and Social Psychology* 56 (1): 5-18.

- Devine, PG, Monteith, MJ, Zowerink, JR y AJ Elliot (1991). Prejudice with and without compunction. *Journal of Personality and Social Psychology* 60 (6): 817-830.
- Dewey K, Romero-Abal M, Quan J y cols. (1997). Effects of discontinuing coffee intake on iron status of Guatemalan toddlers: a randomized intervention study. *American Journal of Clinical Nutrition* 66: 168-176.
- Díaz J Delva J y Anthony J (1998). Encuesta nacional DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, sector público. Guatemala: Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico de Drogas, Johns Hopkins University.
- Eagly, AH (1992). Uneven progress: social psychology and the study of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology* 63 (5): 693-710.
- Eder K, Car G (2004). Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 90p.
- Eder K, García M (2002). Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala. Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 120p.
- Emirbayer M y Mische A (1998). What is agency? *American Journal of Sociology* 103 (4): 962-1023.
- Emmison M y Frow J 1998 Information technology as cultural capital *Australian Universities Review* 1: 41-45. Citado en Wikipedia
- Farmer P (2005). *Pathologies of power*. Berkeley (CA): University of California Press. 402p.
- Flores W (2006). Los elementos fundamentales del sistema de salud de Guatemala, dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño (borrador para discusión). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto "La construcción social del futuro de la salud en Guatemala". No publicado.
- Fort M 2006 Listado de enfermedades socioculturales seleccionadas para ser codificadas en el registro diario de consulta. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación. Comunicación personal el 28 de abril de 2006. citado con autorización de la autora.
- Foster G 1987 On the origin of humoral medicine in Latin America. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1 (4): 355-393.
- Fox R (2005). Cultural competence and the culture of medicine. *New England Journal of Medicine* 353 (13). (www.nejm.org September 29, 2005).
- Freyermuth G (1993). Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. Chiapas: Talleres gráficos del Estado. 189p.
- Gamero H, Arita M, Bulux J y Solomons N (1996). Patrón dietético e ingesta de nutrientes de niños pre-escolares de tres aldeas rurales del departamento de Santa Rosa, Guatemala. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 46 (1): 22-26.
- Garrand-Burnett (2000). Indians are drunks and drunks are Indians: alcohol and *indigenismo* in Guatemala, 1890-1940. *Bulletin of Latin American Research* 19: 341-356.
- Garro L (1998a). On the rationality of decision-making studies: part 1: decision models of treatment choice. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 12 (3): 319-340.
- Garro L (1998b). On the rationality of decision-making studies: part 2: divergent rationalities. *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 12 (3): 341-355.
- Glei D, Goldman N y Rodríguez G. 2003 Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter? *Social Science & Medicine* 57: 2447-2463.

- Glenn J y Gordon T (2006). Situación del futuro 2006, resumen ejecutivo. Millenium Project del Consejo Americano para la Universidad de las Naciones Unidas. 9p.
- Goldman N y Gley D 2003 Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. *Social Science and Medicine* 56 (4): 685-700.
- Goldman N y Heuveline P 2000 Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala. *Tropical Medicine & International Health* 5 (2): 145-155.
- Goldman N, Gleit D, Pebley A y Delgado H 2001 Atención prenatal en Guatemala rural: resultados de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
- Goldman N, Pebley A y Beckett M 2001 Diffusion of ideas about personal hygiene and contamination in poor countries: evidence from Guatemala. *Social Science and Medicine* 52 (1): 53-69.
- Goldman N, Pebley A y Gragnolati M 2002 Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. *Social Science and Medicine* 55 (10): 1693-1712.
- Goldman N, Pebley R y Gragnolati M 2000 Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. University of California (LA), California Center for Population Research On-Line Working Paper Series CCPR-006-00
- Good B (1994). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. (1ª edición en castellano (2003), traducción de Víctor Pozanco). Barcelona: Bellaterra. 375p.
- Goode T (2003). Policy brief 4: Engaging communities to realize the vision of one hundred percent access and zero health disparities: a culturally competent approach. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 10p.
- Goode T y Harrison S (2003). Policy brief 3: Cultural competence in primary health care: partnerships for a research agenda. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 8p.
- Gragnolati M y Marini A (2002). Health and poverty in Guatemala Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assesment Program-Technical paper No.5. 66p.
- Gutiérrez E y Ávalos E (2006). Guatemala 1985-2015, análisis de tendencias y prospectiva. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto "La construcción social del futuro de la salud en Guatemala". No publicado.
- Hahn R y Kleinman A (1983). Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.
- Han G-S (2002). The myth of medical pluralism: A Critical Realist Perspective. *Sociological Research Online* [Internet] [Acceso 15 diciembre 2006] 6 (4). Disponible en: <http://www.socresonline.org.uk/6/4/han.html>.
- Haro J (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E y Comelles J. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. p 101-161.
- Harrison S y Saul J (1981). Cuesta arriba, o la autoasistencia en Bangladesh. *Foro Mundial de la Salud*. 2 (3): 407-415.
- Harvey TS 2003 K'iche' expressions of wellness and illness in disputed fields of care: a comparative analysis of Maya intra-cultural therapeutic and cross-cultural biomedical care. (Dissertation) University of Virginia, Department of Anthropology.

- Hausmann-Muela S, Muela J y Nyamongo I. 2003 Health-seeking behaviour and the health system response. DCPW Working Paper No. 14. 37p. (www.dcp2.org/direct) 23 enero 2007.
- Hawe P y Shiell A (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine* 51: 871-885.
- Henne M. La comida Quiché: su estructura cognitive, en Chichicastenango, Guatemala. En: *Estudios del sur de Mesoamérica*. Texas: Instituto Lingüístico de Verano.
- Hernández L y Foster G. 2001 Curers and their cures in colonial New Spain and Guatemala. The Spanish component. En: Huber B y Sandstrom A (eds.). *Mesoamerican healers*. Austin (TX): University of Texas Press. 19-46.
- Hinojosa S 2004 Authorizing tradition: vectors of contention in highland Maya midwifery. *Social Science & Medicine* 59 : 637-651.
- Hunt L y Arar N (2001). An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management. *Medical Anthropology Quarterly* 15 (3): 347-367.
- Ibañez A, Lindert K y Woolcock M 2002 Social capital in Guatemala: a mixed methods analysis. Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assessment Program-Technical paper No.12. 65p.
- Joralemon D (2006). *Exploring medical anthropology* (2a ed.). Boston (MA): Pearson. 164p.
- Kleinman A (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley (CA): University of California Press. 427p.
- Kleinman A (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley (CA): University of California Press. 314p.
- Kraus, SJ (1995). Attitudes and the prediction of behavior: a meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin* 21 (1): 58-75.
- Kroeger A (1983). Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science and Medicine* 17 (3): 147-161.
- Langer, EJ, Bashner, RS y B Chanowitz (1985). Decreasing prejudice by increasing discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology* 49 (1): 113-120.
- Levin L (1981). La autoasistencia de salud: posibilidades y escollos que presenta. *Foro Mundial de la Salud*. 2 (2): 220-235.
- Lock M y Scheper-Hughes N (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. En: Sargent C y Johnson T (eds). *Medical anthropology* (2a ed.). Westport (CT) : Greenwood. p 47-72.
- López J y Metz B 2002 *Primero Dios. Etnografía y cambio social entre los Mayas Ch'orti's del oriente de Guatemala*. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales. 279p.
- López S 1984 *Las clases sociales en Guatemala*. Guatemala: Editorial Universitaria (1a reimpresión 2000). 62p
- MacKian S (2003). A review of health seeking behaviour: problems and prospects. Manchester (Reino Unido): University of Manchester, Health Systems Development Programme. 27p. http://www.hsd.lshtm.ac.uk/publications/hsd_working_papers/05-03_health_seeking_behaviour.pdf (acceso: agosto 2006).
- MacKian S Bedri N y Novel H (2004). Up the garden and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning* 19 (3): 137-146.

- Maio y Olson (1998). Values as truism: evidence and implications. *Journal of Personality and Social Psychology* 74 (2): 294-311.
- Martorell R, Flores R y Hickey M (2002). Stunting in Guatemala: analices of change over 15 years. Atlanta (GA): Department of International Health, Rollins School of Public Health, Emory University. Agricultural Policy Development Project. Research Report No. 8.
- Mather C (2005). The pipeline and the porcupine: alternate metaphors of the physician-industry relationship. *Social Science & Medicine* 60: 1323-1334.
- McIlwaine C y Moser C (2004). Drugs, alcohol and community tolerance: an urban ethnography from Colombia and Guatemala. *Environment and Urbanization* 16: 49-62.
- McLeroy K y cols. (1993). Social science theory in health education: time for a new model? *Health Education Research* 8 (3): 305-312.
- Mechanic D (1979). Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects. *Journal of Health and Social Behavior* 20 (4): 387-396.
- Méndez Dominguez A 1983 Illness and medical theory among Guatemalan Indians. Kendall C, Hawkins J y Bossen Laurel (eds.). *Heritage of conquest, thirty years later*. Albuquerque (NM): University of New Mexico Press. p267-298.
- Méndez Dominguez A 1997 Clases sociales Asociación de amigos del país. *Historia General de Guatemala*. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo vol. V (época contemporánea de 1944 a la actualidad). p223-233.
- Menéndez E (1984). *Hacia una práctica médica alternativa*. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 86. 124p.
- Menéndez E (1990). *Antropología médica : orientaciones, desigualdades y transacciones*. México D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No. 179. 255p.
- Menéndez E (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Barcelona: Mimeografiado. 13p.
- Mills A y Ranson M (2001). The design of health systems. En: Merson M y Black R (eds.). *International public health*. Gaithersburg (MD): Aspen. p515-557.
- Milton J y Wiseman R (1999). Does psi exist? Lack of replication o fan anomalous process of information transfer. *Psychological Bulletin* 125 (4): 387-391.
- Montaño F (1997). *Los grupos anónimos de ayuda mutua y su original método terapéutico entre pares: reflexiones a partir del modelo originado en Alcohólicos Anónimos*. Tesis Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <http://www.ayudamutua.org/articulos/> (enero 2007).
- Montaño F (2004). *Grupos de autoayuda: una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua*. Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. <http://www.ayudamutua.org/articulos/> (enero 2007).
- Montijo J y Gottsbacher M (2003). *Acercamiento cultural para la prevención y atención del VIH/SIDA en Centroamérica*. Documento base para la preparación del “Taller subregional en Centroamérica sobre “Información, Comunicación y Educación culturalmente apropiada para el cambio de conductas, Guatemala 2003”. Borrador. Guatemala: UNESCO.m 63p.

- Morris C y Maisto A (2005). *Psicología*. 12 ed. (Traducción al castellano por María Elena Ortiz Salinas). México D.F: Pearson. 691p.
- Mosquera MT (2006). *Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales*. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 314p.
- Mosquera MT 2001 *Conociendo la sabiduría Achí: salud y enfermedad en Rabinal*. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 205p.
- Mosquera MT 2004 *Algunas observaciones para el uso del término medicina Maya*. *Revista del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Panamericana* 1 (1): 12-19.
- Mosquera MT y Kolstrup N 2006 *La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica*. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 176p.
- MSPAS (2003). *Prevalencia de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión y factores de riesgo asociados) en el municipio de Villa Nueva, Guatemala. Resultados preliminares*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 3p.
- Murrelle L, Shannon J, Rivera I, Valenzuela J y cols. (2003). *The 2002 national study on psychological dysregulation and its relationship with drug use in Guatemalan adolescents*. Guatemala: Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico de Drogas.
- Nash, D (1981). *Qué piensan los médicos de los curanderos tradicionales, y viceversa*. *Foro Mundial de la Salud*. 2 (3): 473-477.
- Navarro V (1988). *Professional dominance or proletarianization?, neither*. *The Milbank Quarterly* 66 (2): 57-75.
- NCCC (2003). *Policy brief 2: Linguistic competence in primary health care delivery systems: implications for policy makers*. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 6p.
- NCCC (2006). *Cultural and linguistic competence policy assessment*. Washington D.C.: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Child Development Center. 18p.
- Núñez C, Fernández V y Aguilar S (2001). *Exclusión social y VIH-SIDA en Guatemala*. Guatemala: PNUD, Cuadernos de Desarrollo Humano No. 2001-10. 34p.
- OPS (2003). *Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: "logros y desafíos en la región de las Américas"*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. 28p.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000; mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 230p.
- PAHO (1992). *Tobacco or health: status in the Americas*. Washington DC: Pan American Health Organization. Scientific publication No. 536. Citado en: Sakhuja R y Barnoya J (2001). *Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala*. *Cancer Causes and Control* 12: 479-481.
- Palma D 2001 *Así somos y así vivimos: los Ch'ort'*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar-IDIES. 190p.
- Palmlund I (2006). *Loyalties in clinical research on drugs: the case of hormone replacement therapy*. *Social Science & Medicine* 63: 540-551.

- Parsons T (1951). *The social system*. Glencoe (IL): The free press. Citado en: Anderson R (1996). *Magic, science, and health: the aims and achievements of medical anthropology*. Forth Worth (TX): Harcourt Brace & Company. 454p
- PASMO (2004). *Estudio multinacional 2003-2004. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH, uso del condón y otros temas de salud sexual*. Guatemala: PSI, USAID, ESA. 51p.
- Payer L (1988). *Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Holt. 204p.
- Pebley A, Goldman N y Robles A 2005 Isolation, integration, and ethnic boundaries in rural Guatemala. *The Sociological Quarterly* 46: 213-236.
- Pebley A, Goldman N y Rodríguez G 1996 Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? *Demography* 33 (2): 231-247.
- Pebley A, Hurtado E y Goldman N 1999 Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science* 31 (2): 195-219.
- Pérez A 2005 Análisis preliminar de las enfermedades socioculturales identificadas en la base de datos del Proyecto Implementación en la Bocacosta de Sololá. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). Citado con autorización de la autora.
- Pinzón Z, Soto R y Aguilar S (2003a). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala. Guatemala: MSPAS, OASIS, ASI. 41p.
- Pinzón Z, Soto R y Aguilar S (2003b). Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en trabajadoras comerciales del sexo en Guatemala. Guatemala: MSPAS, OASIS, ASI. 41p.
- Pizza G (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (*agency*) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social* 14: 15-32.
- PNUD 2005 *Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: la ciudadanía en un Estado plural: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 450p.
- Portes A y Hoffman K 2003 Latin American class structures: their composition and change during the neoliberal era. *Latin American Research Review* 38 (1): 41-82.
- Portes A y Landolt P (1996). The downside of social capital. *The American Prospect* 7 (26): 18-21
- Purnell L 1998 Purnell's model for cultural competence. En: Purnell L y Paulanka B (eds.). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis. p7-51.
- Rhodes L (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En: Sargent C y Johnson T (eds). *Medical anthropology* (2a ed.). Westport (CT) : Greenwood. p 165-182.
- Robins R Gosling S y Crack K (1999). An empirical análisis of trends in psychology. *American Psychologist* 54 (2): 117-128.
- Rodríguez M, Mayorga R, Álvarez S y García A (2000). Caracterización de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala. Guatemala: OASIS. 53p.
- Rubio M (1997). Perverse social capital: some evidence from Colombia. *Journal of Economic Issues* 31 (3): 805-816.

- Ryan G (1995). Medical decision making among the Kom of Cameroon: modeling how characteristics of illnesses, patients, caretakers, and compounds affect treatment choice in a rural community. Dissertation presented to the Graduate School of the University of Florida in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Obtenido de <http://www.missouri.edu/~anthgr/papers/paperson.htm>. Accesado el 10 de abril de 2006. citado con autorización del autor.
- Sáenz de Tejada E y Calderón E 1997 Conductas de atención en salud infantil entre mujeres Mayas en Guatemala. Guatemala: BASICS-USAID. 43p + anexos.
- Sáenz E. Descripción analítica de los patrones alimentarios en Mesoamérica desde los tiempos prehistóricos hasta el presente, con especial atención a la tríada. Tesis (Licenciatura en Antropología). Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala. 230p.
- Sakhuja R y Barnoya J (2001). Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala. *Cancer Causes and Control* 12: 479-481.
- Salimbene S (2001). CLAS A-Z: A practical guide for implementing the National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in health care. EEUU: Inter-Face International. 115p.
- Salinas T (s/f). Violencia intrafamiliar y consumo de drogas. Bolivia: COPRE. 11p.
- Scrimshaw S (2001). Culture, behavior, and health. En: Merson M y Black R (eds.). *International public health*. Gaithersburg (MD): Aspen. p 53-78.
- Sepilli T (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En: Perdiguero E y Comelles J. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra. p 33-44.
- Sheeran P y Abraham C (1996). The health belief model. En: Conner M y Norman P (1996). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham (PA): Open University Press. 230p.
- Sheperd M y cols(1999). Continuum of professional involvement in self-help groups. *Journal of Community Psychology* 27 (1): 39-53.
- Singer M y Baer H (1995). *Critical medical anthropology*. Amityville (NY): Baywood. 406p.
- Snyder M y ED Tanke (1976). Behavior and attitude: some people are more consistent than others. *Journal of Personality* 44 (): 501-517.
- Solomons N, Bulux J, Mendoza I, Sáenz E, de Ventura C y Romero-Abal M (1998). Extent of penetration and diversity of prepared, commercial foods to remote, rural areas of Guatemala: implications for micronutrient nutrition. CeSSIAM (inédito). Archivo de CeSSIAM-256.
- Stein A, Gregory C, Hoddinott J, Martorell R y cols (2005). Physical activity level, dietary habits, and alcohol and tobacco use among young Guatemalan adults. *Food and Nutrition Bulletin* 26 (2 Suppl. 1): S78-S87.
- Stein H (1990). *American medicine as culture*. Boulder (CO): Westview Press. 281p.
- Stoner B (1985). Formal Modeling of Health Care Decisions: Some Applications and Limitations. *Medical Anthropology Quarterly* 16 (2): 41-46.
- Store L y Ertel S (2001). Does Psi exist? Comments on Milton and Wiseman's (1999) meta-analysis of Ganzfeld research. *Psychological Bulletin* 12 (3): 424-433.
- Strong K y Bonita R (2003). The SuRF Report 1. Surveillance of Risk Factors related to Noncommunicable Diseases: current status of global data. Geneva: World Health Organization. 42p.

- Torun B, Stein A, Schroeder D, Grajeda R y cols. Rural-to-urban migration and cardiovascular disease risk factors in young Guatemalan adults. *International Journal of Epidemiology* 31: 218-226.
- Tzul A, Kestler E, Hernández B y Hernández C (2006). Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. *Salud Pública de México* 48 (3), versión en línea accesada a través de Cielo, 14 enero 2006.
- UNESCO y UNAIDS (2002). A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care. Summary of country assessments, an international overview. UNESCO, Studies and Reports, Special Series, Issue No. 10. 93p.
- Valdes-Ramos R, Cervantes I, Mendoza-Perdomo I, Anderson A y Solomons N (2006). Concordance of diets and eating practices in a rural Guatemalan setting with the cancer prevention recommendations of the World Cancer Research Fund: estimates from existing dietary intake. *Asia Pacific Journal of Clinic Nutrition* 15 (2): 259-266.
- Valdés-Ramos R, Mendoza I y Solomons N (2001). Concordance of dietary intake with the “Dietary Guidelines for Americans” among adults in rural “Santa Rosa” province, Guatemala. *Nutrition Research* 21: 81-91.
- Verdugo J, Miranda J, Albizu J, Morales L y Hernández L 2002 Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos. Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 196p.
- Wakefield S y Poland B (2005). Family, friend of foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine* 60: 2819-2832.
- Woloshin S y cols. 1995 Language barriers in medicine in the United States. *Journal of the American Medical Association* 273: 724-728.
- Yoc A 2006 Caracterización de Género de dos comunidades de la Bocacosta de Sololá y San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). 182p
- Young J y Garro L (1982). Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Social Science and Medicine* 16 (16): 1453-1465.

Anexos

1. Las prácticas poblacionales en salud se dan en el contexto del pluralismo médico
2. Información sobre los autocuidados en Guatemala respecto a algunos problemas prioritarios de salud
3. Referencias para el estudio de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala

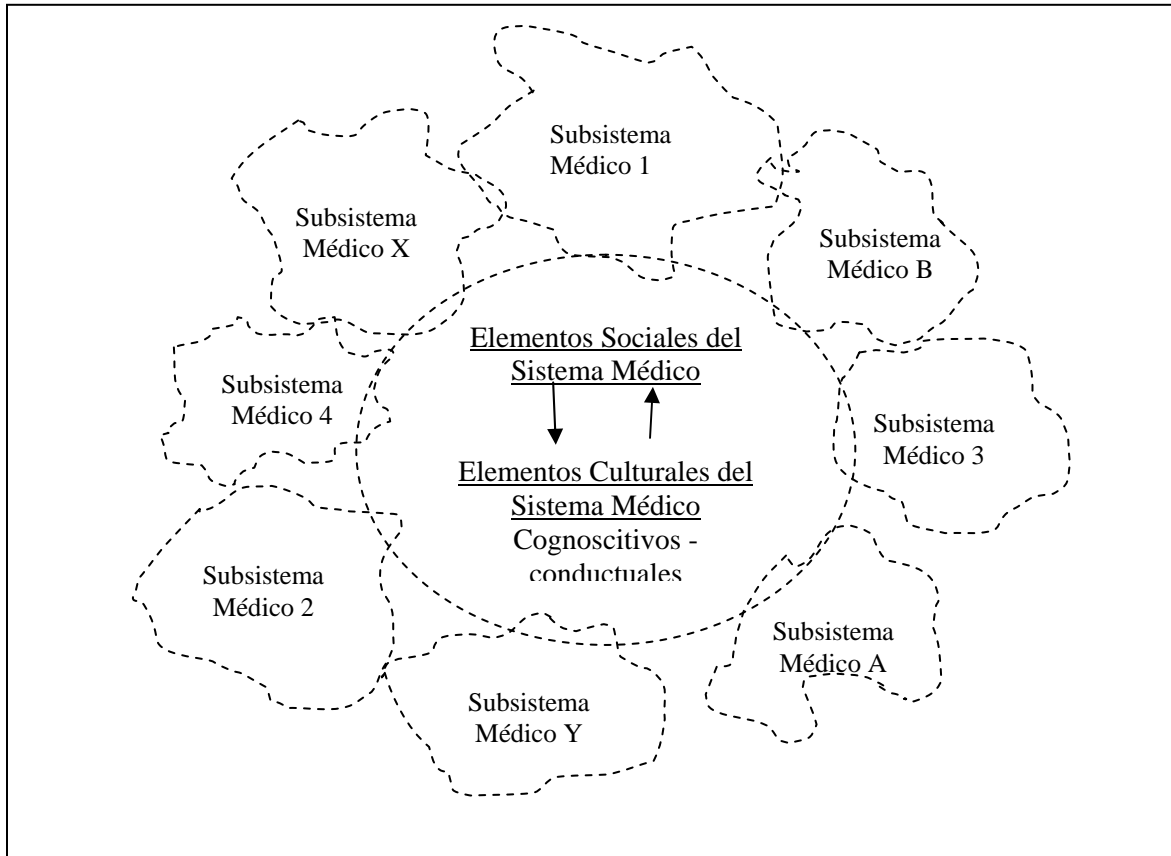
Anexo 1. Las prácticas poblacionales en salud se dan en el contexto del pluralismo médico

En el sistema de salud guatemalteco conviven diversos sistemas médicos. Un sistema médico puede definirse como el conjunto organizado y diferenciado de elementos sociales y culturales con que cuenta un grupo poblacional (diferenciado por criterios étnicos, culturales, geográficos) para enfrentarse a los procesos de salud, enfermedad y muerte (Barfield 1997: 318-319). Algunos ejemplos de sistemas médicos que coexisten dentro del sistema de salud guatemalteco son la medicina ayurvédica, biológica, biomédica, China, homeopática, homotoxicológica, Maya, naturopática, entre otras.

Los elementos sociales de un sistema médico consisten en cómo el sistema social estructura instituciones en las que se organizan los papeles que juegan las personas y grupos sociales dentro del sistema (Barfield 1997: 319). Los dos principales papeles de las personas dentro del sistema son el de paciente y el de proveedor de atención. El papel de paciente implica asumir el “papel de enfermo”, el cual conlleva algunos privilegios (no sentir culpa por haberse enfermado, poder eximirse de algunas responsabilidades cotidianas como trabajar) y algunas exigencias (querer mejorar, buscar atención y cooperar con los proveedores) (Parsons 1951). El papel de proveedor de atención puede tener diferentes grados de especialización y profesionalización, los cuales están determinados por procesos sociopolíticos que definen su legalidad y legitimidad. Estos comprenden los mecanismos para entrenar y acreditar a los proveedores, la división del trabajo entre proveedores y la organización de las instituciones proveedoras de servicios de salud.

Los elementos culturales de un sistema médico pueden dividirse en los de naturaleza cognoscitiva y los de naturaleza conductual. Los elementos cognoscitivos se refieren a los conceptos de causalidad de las enfermedades, lo cual generalmente implica alguna forma de clasificación de las enfermedades de acuerdo a sus causas. Estos conceptos de causalidad generalmente se asocian con los procesos para llegar a un diagnóstico de la enfermedad y sus consecuentes prácticas para recuperar la salud. Los elementos conductuales se refieren a las interacciones sociales entre pacientes y proveedores de atención, las acciones y prácticas para preservar y recuperar la salud (Barfield 1997: 318).

Ilustración 8: Esquema de la relación entre un sistema médico y los subsistemas que conviven en su seno



Fuente: elaboración propia con base en Barfield (1997:318), Cosminsky (1983: 159-170). Mosquera (2006: 57-65)

Ahora bien, en la actualidad es casi imposible pensar en una sociedad que esté suficientemente aislada del resto como para que en ella se presente un único sistema médico. Por el contrario, el sistema que prevalece en las sociedades contemporáneas es de carácter secular y se caracteriza por la existencia simultánea de distintos sistemas médicos. A esta situación se le llama pluralismo médico (Barfield 1997: 318) y puede afirmarse que “el sistema médico de una sociedad consiste en la totalidad de los subsistemas médicos que coexisten en relaciones cooperativas o competitivas” (Baer, Singer y Susser 1997: 9). Una reciente revisión sistemática, aunque preliminar, de la literatura existente para la comprensión del pluralismo médico en Guatemala (Mosquera 2006: 1-69) muestra que la inmensa mayoría de literatura ha enfocado en lo que se ha llamado el modelo médico Maya, la medicina tradicional, la medicina popular tradicional, etcétera, sin enfocar en otros subsistemas, como el biomédico. Por esta razón, recurriré a fuentes que han estudiado el pluralismo médico en otros países para presentar sólo algunos rasgos del mismo porque pienso que esto puede contribuir a la comprensión de las prácticas poblacionales en salud y sus implicaciones para la planificación del sistema de salud guatemalteco.

En la mayoría de países los diferentes subsistemas médicos se presentan en desigualdad de condiciones, y en los de tradición judeocristiana, como Guatemala, el subsistema dominante es el biomédico. (Haro 2000: 106). Este subsistema está basado en la atención que brindan proveedores reconocidos por la comunidad científica convencional y por el Estado, que han recibido entrenamiento y acreditación en instituciones académicas con cierto reconocimiento legal, y en cuyas prácticas incluye a los profesionales médicos, de enfermería y demás personal “paramédico” (farmacéuticos, laboratoristas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de diversa índole, técnicos diversos) y administrativo (estadísticos, archivistas, de mantenimiento, oficinistas, de cocina, contadores, pilotos). La atención que brindan puede estar organizada en la práctica privada (individual o corporativa) o en la práctica pública (Menéndez 1984: 6).

Algunas características del subsistema biomédico son su énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad, reduccionismo, la falta estructural de prevención, la mercantilización y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados (Menéndez 1984: 6). Varios autores han estudiado el subsistema biomédico desde el punto de vista cultural, con diferentes perspectivas teóricas y en diferentes países (Comaroff 1982, Hahn y Kleinman 1983, Stein 1990, Menéndez 1990, Kleinman 1995, Rhodes 1996, entre otros).

A pesar del alto grado de profesionalización de la biomedicina, se han reportado diferencias culturales notorias en las prácticas del subsistema biomédico entre diferentes países. Por ejemplo, en un estudio comparativo de la biomedicina en Francia, Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos (Payer 1988) se reporta que la biomedicina francesa da gran énfasis al hígado como *locus* de enfermedades como la migraña, fatiga y menstruación dolorosa, mientras que la biomedicina alemana señala a la pobre circulación como la causa de una amplia gama de enfermedades, como la hipotensión, las piernas cansadas y las venas varicosas. En el mismo estudio se afirma que la biomedicina en Alemania y Francia hace más énfasis que la biomedicina en Estados Unidos en la capacidad del sistema inmunológico para resistir la enfermedad y en consecuencia hace menos énfasis en el uso de antibióticos. La biomedicina en Estados Unidos también hace más uso de procedimientos invasivos (como cesáreas, histerectomías y uso de drogas psicotrópicas) que sus contrapartes en Francia, Alemania y Gran Bretaña. De manera similar, otro estudio comparativo acerca de los modelos explicativos acerca del SIDA entre médicos y pacientes en Estados Unidos y México encontró más similitudes entre los pacientes y médicos del mismo país que entre los médicos de los dos países (Baer y cols. 2004). En general, tanto los pacientes como los médicos estadounidenses mostraron similitudes en los síntomas que reconocen como parte de la enfermedad y en la idea de que puede ofrecerse tratamiento seguro y una buena calidad de vida a las personas con SIDA, mientras que los médicos y pacientes mexicanos se mostraron menos optimistas respecto a estos puntos.

Es posible que estas respuestas reflejen rasgos culturales diferentes entre los dos países, influidos en parte por las características de sus sistemas de salud.

El resto de subsistemas médicos guardan una relación de subordinación con respecto al subsistema biomédico (Menéndez 1984, Haro 2000, Baer 2001, Han 2002), por lo que los presentaré agrupados como subsistemas médicos “alternativos subordinados” (Menéndez 1984). Estos abarcan, parafraseando a Haro (2000: 109), un amplio rango de formas con variados antecedentes históricos y culturales, que en el caso de Guatemala, incluyen al menos a las medicinas tradicionales indígenas (Maya, Garífuna y Xinca), la medicina popular tradicional (sincretismo de tradiciones médicas de orígenes diversos, tanto interno como externo [Mosquera 2006: 32]), diferentes corrientes terapéuticas ancestrales externas (medicina china, islámica, coreana, ayurvédica, tibetana), y otras más modernas (como la aromaterapia, la homeopatía, la homotoxicología, la iridología, la kinesiología, el naturismo, la osteopatía, la quiropraxia, la reflexología, la terapia neural, múltiples tendencias y corrientes médicas alternativas denominadas de la “nueva era” (Haro 2000: 109-110) y diversos sistemas de sanación divina, religiosa y metafísica.

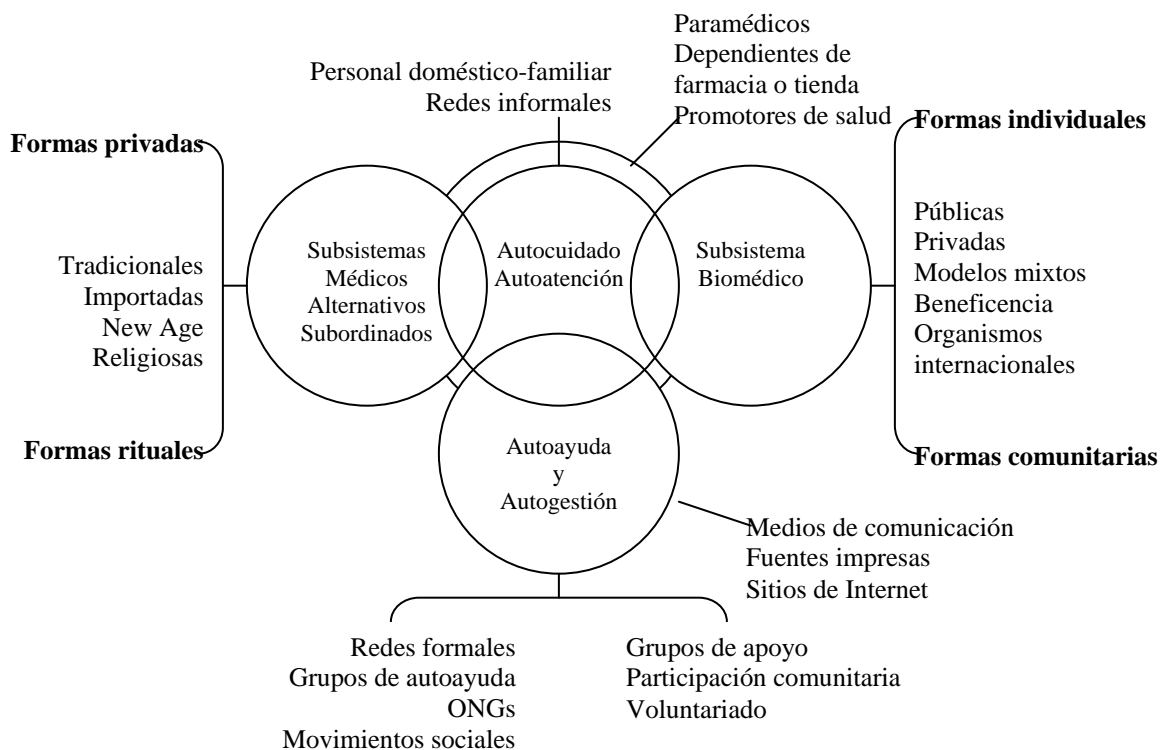
Algunos autores han estudiado distintos aspectos de algunos de estos subsistemas médicos, como los estudios para caracterizar la medicina Maya en Guatemala (Eder y García 2002, Eder y Car 2004, Car, Eder y García 2005) y la abundante literatura acerca de la medicina tradicional, popular tradicional e indígena en Guatemala (VER ANEXO). Además, existe abundante literatura sobre subsistemas médicos alternativos subordinados en otros países (ver por ejemplo las referencias que presentan Baer, Singer y Susser 1997, Baer 2001 y Han 2002). Aunque toda generalización es inexacta, Kleinman (1995) argumenta que estos subsistemas alternativos subordinados comparten algunas características: concepción holística de la salud, relación entre equilibrio y salud, enfoque personalizado que se centra al mismo tiempo en la eficacia simbólica y pragmática, carácter no necesariamente mercantil de su práctica (porque en ocasiones acepta pagos en especie o diferidos [Haro 2002: 110]), fundamentos socioculturales claros más que pretensión de ser científica, explicaciones de la enfermedad que privilegian causas finalistas (teleológicas) (Haro 2000, 110), y carácter autoritario y paternalista de los proveedores. Menéndez (1984: 7-8) coincide en algunas de estas características, pero señala, al igual que Han (2002) la tendencia a la mercantilización, la subordinación del paciente y el carácter ahistórico de su práctica. Estas generalizaciones deben tomarse con cautela, ya que por razones de practicidad estoy agrupando a prácticas variadas que van desde las que gozan de cierto reconocimiento generalizado, como la acupuntura, hasta las que son cuestionadas por amplios grupos de la sociedad, como la sanación divina.

He dicho que estos subsistemas médicos mantienen una relación de subordinación con el subsistema biomédico, el cual por eso ha sido llamado el subsistema “médico hegemónico” (Menéndez 1984). El largo proceso por el cual el subsistema biomédico ha alcanzado esa hegemonía ha sido explicado por diferentes factores. Por un lado, la defensa de los intereses gremiales y profesionales por parte de los

médicos inicialmente, y de las industrias farmacéutica y médico-sanitaria después, generó procesos de legitimación y legalización de la biomedicina, al mismo tiempo que deslegitimó las prácticas de otros subsistemas (Haro 2000: 128). Por otro lado, la larga y compleja historia de invasiones, conquistas e imposiciones de unas civilizaciones sobre otras, en algunos casos eliminó o deslegitimó las tradiciones médicas de los pueblos conquistados. Además, el desarrollo del sistema político y económico capitalista global a la vez ha propiciado y se ha beneficiado del desarrollo de las grandes empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de servicios de salud (Navarro 1988, Baer 2001, Han 2002). Finalmente, porque la eficacia técnica y simbólica del subsistema, garantizando “soluciones rápidas”, y “potenciado por el uso de tecnologías avanzadas, la utilización de estrategias publicitarias masivas y el respaldo del poder político [ha tendido] a callar las voces disidentes y a ocultar las consecuencias iatrogénicas que [en ocasiones] genera su práctica” (Haro 2000: 129).

Cabe entonces la pregunta de por qué los subsistemas médicos alternativos subordinados persisten hoy en día en todos los países e incluso parecen estar en proceso de resurgimiento. Primero porque tienen algún grado de eficacia y han estado accesibles a la población. Además, porque responden a necesidades de las personas a las que el subsistema biomédico no da respuesta, ya sea por falta de acceso o por falta de eficacia. También porque ha habido una tendencia al desencanto con la biomedicina y las industrias que la respaldan, al menos en algunos grupos de la sociedad. Finalmente, porque no representan ninguna amenaza real a la hegemonía del subsistema biomédico, sino más bien se han adaptado a él o han permanecido al margen (Han 2002). En consecuencia, no parece que en un futuro próximo esta relación de hegemonía del subsistema biomédico vaya a cambiar, ni siquiera parece posible que vaya a compartir su hegemonía con otros subsistemas. La tendencia más realista es que algunas de las prácticas y recursos de los otros subsistemas vayan siendo incorporados por las industrias farmacéutica, de tecnología médica y de provisión de servicios de salud, en calidad de complemento al subsistema biomédico. Ya existen ejemplos de este proceso, como el hecho de que la homotoxicología y la medicina biológica están en proceso de relativa expansión en algunos países latinoamericanos, incluida Guatemala, a través de una estrategia clásica de la industria farmacéutica transnacional: el mercadeo de sus productos farmacéuticos a través de incentivos profesionales a médicos (de la biomedicina), como el patrocinio de conferencias, simposios internacionales, capacitaciones en el extranjero, publicaciones en revistas médicas, gestión del reconocimiento por parte de las asociaciones médicas establecidas, etcétera.

Ilustración 9: La atención en salud en las sociedades contemporáneas



Fuente: Haro (2000: 106), con ligeras modificaciones en terminología

Es en estas condiciones generales que se da el pluralismo médico en todos los países del mundo, incluyendo Guatemala. Y es también en este contexto de pluralismo médico en el que se dan las prácticas poblacionales en salud. Recordemos que estas prácticas se dan influidas por dos dimensiones. Una dimensión es temporal, como expliqué arriba, en la que en el presente confluyen las experiencias pasadas y las alternativas futuras. La otra dimensión es la de los niveles sociales (estructural, cultural y psicológico).

Anexo 2. Información sobre los autocuidados en Guatemala respecto a algunos problemas prioritarios de salud

Desnutrición:

La desnutrición ha sido un problema ampliamente investigado en Guatemala y en lo que respecta a las prácticas poblacionales existen los estudios de hábitos dietéticos en poblaciones de Guatemala, publicados por Flores y Reh en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1955. A partir de entonces existe abundante literatura sobre hábitos y CAPs (conocimientos, actitudes y prácticas) en las publicaciones del Instituto de Nutrición de Centro América (INCAP), la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Centro de Estudios en Sensoriopatías, Senectud e Impedimentos y Alteraciones Metabólicas (CeSSIAM), entre otros. Los estudios se han hecho en población pobre y convencionalmente se ha descrito que la dieta tradicional de las familias guatemaltecas consiste en tortillas de maíz, frijol, algún complemento (verduras, hierbas, huevo o carne), acompañado de café endulzado (Dewey y cols. 1997). El consumo de leche es bajo y las frutas no son consideradas una parte nutritiva de la dieta, sino que se comen “sólo por el gusto” (Henne 1977). Existen diferencias en el consumo de alimentos entre las poblaciones rurales y urbanas, ya que en éstas se consume el doble de alimentos de origen animal y la dieta es más variada (Alarcón y Andrino 1991). La tortilla de maíz y los frijoles son los alimentos de mayor consumo en niños pre-escolares y se constituyen en las principales fuentes de calorías, proteínas y micronutrientes (Gamero y cols. 1996). El maíz aporta el 70% de las calorías ingeridas por un adulto campesino en el área rural, mientras que en el área urbana sólo aporta el 27%, ya que el 41% provienen del pan, frijol y azúcar. El maíz y el frijol aportan el 70% de las proteínas en las familias campesinas del área rural, mientras en el área urbana aportan el 50%, y los alimentos de origen animal aportan más del 30% de las proteínas (Alarcón y Andrino 1991). Aunque sin duda dicha dieta tradicional sigue siendo la base fundamental de la alimentación de muchas familias, el patrón alimenticio de la población guatemalteca se ha ido transformando como producto de las migraciones y la expansión de la comercialización de productos alimenticios (Sáenz 1985). Hoy se encuentran en áreas rurales productos alimenticios como consomés, sopas, pastas, harina de trigo, pan, refrescos, bebidas gaseosas, boquitas, azúcar, sal, arroz, etcétera (de Ventura y cols 1997), los cuales contribuyen sustancialmente a la dieta de las familias indígenas y no indígenas que viven en áreas remotas (Solomons y cols 1998). Un análisis acerca de las tendencias de la desnutrición crónica en (Martorell, Flores y Hickey 2002) identifica a la pobreza como principal factor asociado. Además identificó que la ruralidad, al ser controlada por etnicidad, no es un factor asociado a la desnutrición. Este estudio indica que la población indígena está más afectada por la desnutrición debido a que las condiciones de pobreza son peores para esta población,

y no por razones culturales. Por otro lado, se ha documentado detalladamente que las prácticas de lactancia materna y ablactación en poblaciones rurales y urbanas con frecuencia no son ideales, por lo que el estado nutricional de los niños menores de 2 años es muy vulnerable (Sáenz de Tejada y Calderón 1997: 5-11).

Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA:

Las prácticas poblacionales con relación a las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA son complejas de investigar y describir, ya que este grupo de enfermedades mantienen una interacción constante con la cultura de las personas y la situación socio-económica general. Los elementos culturales de dichas prácticas no deben ser vistos únicamente como barreras para el control de estas enfermedades, ya que con frecuencia en los mismos se encuentran algunas de las explicaciones por las que su magnitud no es mayor. Entre estos elementos culturales se encuentran (UNESCO y UNAIDS 2002: 31-51):

- Las tradiciones culturales: ritos de paso de la adolescencia, modelos de matrimonio, ritos de iniciación al matrimonio, las relaciones de género, la relación con las orientaciones sexuales, pruebas de valentía, influencia de líderes, mitos acerca de la sexualidad, modelos explicativos sobre las causas, etcétera.
- Las creencias religiosas: normas morales para uno y para los otros, creencias sobre las causas de las enfermedades, papel de lo divino en la curación, etcétera.
- Las percepciones acerca del riesgo en general y su interiorización.
- Las ideas de la vida, la muerte y la salud.
- Las normas y prácticas acerca de la sexualidad.

En Guatemala, las prácticas de la población hacia las personas que viven con VIH/SIDA ha sido de discriminación y exclusión social (Núñez Fernández y Aguilar 2001), lo cual refleja los estereotipos y prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad y quienes la padecen, y cómo se reproducen los mecanismos en una sociedad acostumbrada a canalizar sus dificultades a través de la marginación o la exclusión. Sin entrar a abordar aspectos epidemiológicos o sociales del SIDA en Guatemala, en los próximos párrafos presentaré, basado principalmente en Montijo y Gottsbacher (2003: 20-37), algunos factores culturales relacionados con la prevención del VIH/SIDA en los grupos más afectados.

Entre las trabajadoras comerciales del sexo, más del 95% tienen conocimientos básicos acerca de este grupo de enfermedades y su medio de transmisión, el 38% tiene algunas ideas equivocadas acerca de la misma (incluyendo la transmisión por picadura de mosquitos) y algunas piensan que algunos aceites, cremas lubricantes, limón y cloro pueden prevenir el contagio. Sin embargo, menos de la mitad (45.7%) había usado condón consistentemente en su última relación con algún cliente nuevo o frecuente. Además,

el 90% no usa condón con su pareja estable. (Pinzón, Soto y Aguilar 2003b: 26-36). Otras problemas son que al ser vistas como objeto sexual y esto les reduce la capacidad para negociar el uso del condón, asocian que un cliente de clase social “alta” o joven no puede estar enfermo, y reciben mayor retribución económica por no usar condón. Entre sus clientes se encuentran hombres jóvenes y adultos de clase media (profesionales, oficinistas, obreros, campesinos), y ocasionalmente mujeres (Rodríguez y cols. 2000: 32, 48).

Por su parte, los travestis trabajadores del sexo aunque tienen conocimientos básicos sobre este grupo de enfermedades, tienen prácticas sexuales altamente transmisoras, se perciben con menos riesgo cuando tienen clientes de clase social alta y buena apariencia, se desempeñan en un contexto de clandestinidad y falta de regulación legal, obtienen alta rentabilidad por su trabajo, no dan importancia a las infecciones de transmisión sexual y piensan que con su pareja habitual no es necesario protegerse, aunque sus relaciones son poco duraderas. Hay un uso frecuente de alcohol y drogas por ellos mismos y por sus clientes, entre quienes se encuentran hombres heterosexuales, hombres homosexuales y hombres jóvenes (Rodríguez y cols. 2000: 27, 48).

En cuanto a los hombres trabajadores del sexo, es un grupo altamente marginado, que generalmente no cuenta con apoyo social y familiar, no es tomado en cuenta para ningún programa de asistencia social o sanitaria. Son personas que habitualmente son encarcelados por delitos menores. Su ocupación como trabajadores del sexo la mantienen en la clandestinidad y la ejercen en forma temporal o circunstancial, es relativamente rentable y no se sienten vulnerables al VIH/SIDA porque su identidad sexual es de heterosexuales. Tienen “internalizado el mensaje de que el VIH es una enfermedad que puede dar a todos (y ellos no se consideran parte de la población general). Hay un alto consumo de alcohol y drogas en ellos mismos y sus clientes, entre los que se cuentan mujeres y hombres de nivel social “alto”, hombres *gay* de mediana edad, y profesionales (profesionales, maestros). (Rodríguez y cols. 2000: 40, 48)

Por su parte, los hombres que tienen sexo con hombres no son trabajadores comerciales del sexo (aunque pueden serlo), pero con frecuencia son sus clientes porque no encuentran espacios para expresar su sexualidad abiertamente en el ámbito laboral, familiar y social. Viven su preferencia sexual en la clandestinidad por miedo al rechazo social, por lo que hacen uso frecuente del alcohol y las drogas como factor desinhibidor, y frecuentemente se presentan ante la sociedad como heterosexuales, con pareja y hasta familia. En esta población se mezclan los elementos sentimentales con la sexualidad. Idealizan su relación de pareja habitual (otro hombre), con la cual crean una relación de confianza y complicidad que puede llevar a la protección mutua o a la idealización y consecuente percepción de que no es necesario usar condón. Tienen múltiples parejas y encuentros ocasionales que frecuentemente se dan en el anonimato. Este grupo es clave como puente epidemiológico entre los diferentes grupos de trabajadores

del sexo y personas que en apariencia estarían en menor riesgo (como sus esposas). (Rodríguez y cols. 2000: 47, 48, 50, y Pinzón y cols. 2003b: 39).

Respecto a los jóvenes es difícil hacer generalizaciones, especialmente porque existen grupos con vulnerabilidad mayor que no han sido estudiados, como los pertenecientes a las pandillas juveniles y los que viven en la calle. En general, la actividad sexual empieza en la primera mitad de la adolescencia para la mayoría de jóvenes, muchas veces no por decisión personal, sino por presión de grupo (principalmente en hombres, para demostrar la hombría) o por alguna forma de violencia sexual (principalmente en mujeres). Un elemento que es de especial importancia en el caso de los jóvenes es el contar con redes familiares y sociales positivas (con propósitos recreativos, informativos y de apoyo), en ausencia de las cuales su vulnerabilidad aumenta. Entre las prácticas sexuales se dan con cierta frecuencia las de tipo anal (aparentemente para evitar los embarazos) y las prácticas con parejas del mismo sexo. El uso consistente de condón es mínimo. Además, aunque se tengan conocimientos acerca de este grupo de enfermedades y su transmisión, la práctica muchas veces no es coherente con dichos conocimientos. (Montijo y Gottsbacher 2003: 24-26).

Por otro lado existen implicaciones importantes acerca de los elementos sociales y culturales del sistema sexo-género con relación a la sexualidad. El sexo está rodeado de una cultura del silencio, lo que hace que las mujeres buenas no deben saber de sexo. Además hay normas relacionadas con la virginidad de las mujeres que las alejan de una vivencia plena y responsable de su sexualidad, mientras las normas relacionadas con la virginidad de los hombres los impulsan a buscar las conductas riesgosas. Muchas mujeres perciben que el cuidado propio de la salud puede ser sinónimo de egoísmo, mientras los hombres lo asocian con debilidad. La posición de subordinación de las mujeres no les permite insistir en la fidelidad de su pareja, exigir el uso de condón o negarse a tener relaciones sexuales. Además, muchas mujeres no tienen el poder económico que les permitiría salir de relaciones perjudiciales para ellas. Aunque la violencia afecta toda la población, las mujeres son un foco particular de la misma, a través de la violencia intrafamiliar y la violencia física, psicológica y sexual dentro y fuera del hogar. Por otra parte, las normas dominantes acerca de la masculinidad “fomentan que los hombres parezcan estar informados y tener experiencia, aunque no sea realidad; traten de tener relaciones con muchas personas; ejerzan dominio sexual sobre las mujeres y una opresión homofóbica contra otros hombres, y no busquen ayuda cuando lo necesitan”, además de alentar comportamientos riesgosos y consumir alcohol y drogas (Montijo y Gottsbacher 2003: 28-29).

La vulnerabilidad de estos grupos se ve afectada por los altos niveles de migración interna e internacional. Además, algunas de las ideas tradicionales acerca de la sexualidad y la posición de subordinación de las mujeres se ven reforzadas por las corrientes religiosas dominantes. La población indígena ve aumentada su vulnerabilidad en la medida que sufre de exclusión en la sociedad, y no por

aspectos culturales particulares. El consumo de drogas y alcohol es un factor desencadenante de muchas de las conductas de riesgo descritas en esta sección. (Montijo y Gottsbacher 2003: 30-37).

Además, aunque la información disponible es escasa, en los siguientes párrafos presento datos relacionados con las prácticas poblacionales en salud relevantes para los factores de riesgo prioritarios de enfermedades crónicas no transmisibles (Strong y Bonita 2003).

Consumo de tabaco:

No se cuenta con estudios a nivel nacional recientes (Barnoya y Glantz 2002), pero hay algunos trabajos que permiten ilustrar la magnitud de las prácticas poblacionales respecto al consumo de tabaco. Existen dos reportes (CDC 2003a y CDC 2003b) de estudios hechos con adolescentes estudiantes, uno en ciudad de Guatemala y otro en Chimaltenango. En la capital se encontró que 53% de hombres y 45% de mujeres habían consumido tabaco alguna vez, y que el 21 y 13% respectivamente eran consumidores durante el tiempo del estudio. El 15% de los que nunca habían consumido tabaco dijeron que quizá lo harían en el siguiente año. En Chimaltenango, el 39% de hombres y 27% de mujeres habían consumido tabaco alguna vez y los consumidores actuales eran el 13 y 12%, respectivamente. De los que nunca habían fumado, el 10% pensaba hacerlo en el año siguiente. El 20% de la capital el 31% de Chimaltenango dijeron que quienes fuman (hombres o mujeres) tienen más amigos, mientras que el 10% de capitalinos y 11% de chimaltecos piensan que los hombres que fuman se ven más atractivos y 6% de capitalinos y 11% de chimaltecos lo piensa de las mujeres que fuman. Más del 80% de capitalinos y 70% de chimaltecos vieron publicidad favorable al consumo de tabaco en el último mes.

Otro estudio hecho en Chimaltenango con adultos de ambos sexos (Sakhuja y Barnoya 2001) que asistieron a una clínica se encontró que 68% de hombres y 21% de mujeres había fumado alguna vez (40% para ambos sexos), un promedio de 9.6 cigarros diarios. El 21% de los hombres y el 2% de las mujeres dijeron ser fumadores en el momento del estudio. El 91% de los entrevistados había estado expuesto recientemente a publicidad promotora del consumo de tabaco en la televisión, tiendas, vallas publicitarias o la radio. Un estudio previo hecho en población urbana pobre encontró que 36% de personas habían fumado alguna vez y el 27% lo hacía actualmente (PAHO 1992). En un estudio hecho en el municipio de Villa Nueva (MSPAS 2003) se encontró una prevalencia de tabaquismo del 16% en población mayor de 19 años. Finalmente, un estudio en población originaria de 4 comunidades rurales de Santa Rosa (Torun y cols 2002) encontró que 41% de los varones que migraron (o viajan diariamente) a la capital eran fumadores, mientras el 37% de los que permanecen en su comunidad. Las mujeres prácticamente no reportaron fumar. Otro análisis muestra una prevalencia de 42% hombres fumadores (Stein y cols. 2005).

Consumo de alcohol y drogas:

Los pueblos Mayas consumían alcohol fermentado con fines ceremoniales desde antes de la llegada de los españoles, quienes introdujeron bebidas alcohólicas destiladas y las usaron para comerciar en condiciones favorables (Adams W s/f). A partir de entonces ha estado presente en las prácticas de la población guatemalteca. Aunque el consumo de alcohol ha jugado un papel social y cultural de relajación y cohesión social (Navarrete 2001, y López y Metz 2002: 66-71), también se ha convertido en problema social y de salud pública de primer orden, al estar involucrado en una buena parte de las enfermedades, accidentes, ausentismo laboral, mala distribución del gasto y la alimentación familiar. De manera importante ha servido como un “factor desencadenante” de diferentes formas de violencia física, psicológica y sexual dentro y fuera de la familia, jugando un papel de “desinhibición” de las causas psicológicas y sociales de la violencia (McIlwaine y Moser 2004, y Salinas T s/f). Al interior del país ha sido medio para canalizar los prejuicios y estigmas hacia la población indígena (Garrand-Burnett 2000) y también ha sido sello inseparable del “macho” latino. El alcohol es un tipo de droga y con ellas comparte muchos de sus usos socioculturales, y muchas de sus consecuencias problemáticas (McIlwaine y Moser 2004).

Existen dos estudios a nivel nacional que dan cuenta de la magnitud del consumo de alcohol y drogas en adolescentes que asisten a la escuela (Díaz, Delva y Anthony 1998, y Murrelle y cols. 2003), además de una encuesta de hogares realizada en 1990. La prevalencia del consumo de los principales grupos de drogas en dichas encuestas es la siguiente:

Porcentaje de consumo de drogas a nivel nacional (%)						
	12 a 14 años		15 a 19 años		12 a 18 años	
	1990	2002	1990	2002	1998	2002
Alcohol	23.7	40.2	47.8	58.0	37.1	56.0
Tabaco	7.5	36.2	24.8	48.6	21.1	47.3
Tranquilizantes	31.7	14.1	31.8	19.7	3.8	18.6
Estimulantes	7.0	5.1	10.8	9.3	2.4	8.1
Marihuana	1.7	2.4	6.3	5.4	3.0	4.7
Cocaína/Crack	0.5	1.4	1.7	3.6	2.2	3.0
Inhalantes	5.3	1.8	5.3	2.4	1.9	2.1

Fuente: Murrelle y cols. 2003.

El tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas, las cuales se observan en todos los departamentos de la república. En el caso de la cocaína, se observa en el 70% de departamentos, con mayor prevalencia en El Quiché (2.8%), Guatemala (2.3%) y Zacapa (1.9%). La marihuana se consume en el 85% de los departamentos, con mayor proporción en El Petén (5.1%), Sololá (3.8%) y El Quiché (3.4%). Los estimulantes se consumen en el 90% de los departamentos, con mayor prevalencia en Alta Verapaz (7.6%), Huehuetenango (4.2%) y Suchitepéquez (3.2%). Los tranquilizantes se usan en el 95% de los departamentos, con mayor consumo en Baja Verapaz (7.6%), Huehuetenango (4.8%) y Alta Verapaz (4.5%). Finalmente, los inhalables se consumen en el 90% de los departamentos, con mayor prevalencia en Huehuetenango (3.5%), El Petén (2.6%) y Sololá (2.5%) (Díaz, Delva y Anthony 1998).

Al analizar por género, las mujeres y los hombres presentaron similar prevalencia de haber usado alcohol, pero los últimos mostraron el doble de probabilidad de haber fumado cigarrillos o de haberse emborrachado, el triple de probabilidad de haber usado inhalantes o crack y el cuádruple de haber usado marihuana o cocaína. Las mujeres presentaron casi el doble de haber usado tranquilizantes o estimulantes. (Murrelle y cols. 2003).

Actividad física:

Un estudio en adultos jóvenes nacidos en 4 poblados rurales de Santa Rosa encontró que los que permanecen en sus comunidades mostraron un nivel de actividad más alto que los que han migrado o viajan cotidianamente a la capital. En los primeros, el 73% de los varones tiene un estilo de vida con un nivel moderado o alto de actividad física, y sólo 14% tienen un nivel muy bajo de la misma, mientras que los segundos tienen un nivel muy bajo de actividad física correspondiente a 55% en los que viajan cotidianamente y 72% en los que migraron a la capital. Por su parte las mujeres mostraron bajos niveles de actividad física en general, de 19% en las que permanecen en su comunidad, 78% en las que viajan cotidianamente a la capital y 44% en las que han migrado a la capital. (Torun y cols. 2002, y Stein y cols. 2005). El estudio sugiere cambios negativos importantes en el nivel de actividad física en los hombres que inician una vida urbana, y muy bajos niveles de actividad física en las mujeres en general.

Por su parte, en un estudio hecho en el municipio de Villa Nueva se identificó que un 52% de las personas encuestadas tienen un nivel bajo de actividad física, siendo la proporción similar para los comprendidos entre 20 y 39 años y los mayores (MSPAS 2005).

Consumo de frutas y verduras:

Uno de los factores de riesgo que la Organización Mundial de la Salud está vigilando es el consumo de frutas y verduras bajo, como riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. No identifiqué estudios acerca de este tema específico en Guatemala, pero hay dos que, aunque fueron hechos con propósitos

diferentes, aportan información útil para conocer algo acerca de las prácticas poblacionales en este tema. En uno de ellos (Valdes-Ramos y cols 2006) se comparó la ingesta dietética de personas de poblados de Santa Rosa con las recomendaciones para prevenir el cáncer de una organización internacional (World Cancer Research Fund). El estudio comparó las siguientes recomendaciones:

- Consumo de dietas adecuadas nutricionalmente, variadas, basadas primariamente en alimentos de origen vegetal.
- Promoción del consumo de una variedad de vegetales y frutas a lo largo del año, que provean al menos el 7% del total de energía.
- Consumo de una variedad de alimentos de origen vegetal, ricos en proteínas que provean el 45-60% del total de energía.
- Que el consumo de azúcar refinada provea menos del 10% del total de energía.
- Evitar el consumo de alcohol, y si se consume, que sea en cantidad equivalente a menos del 5% del total de energía en varones, y 2.5% en mujeres.
- Que las carnes rojas provean menos del 10% del total de energía.
- Que el total de grasas y aceites provean entre 15 y 30% del total de energía.
- Que los patrones dietéticos sean consistentes con la reducción del riesgo de cáncer pero sin el uso de suplementos dietéticos.

Los datos disponibles para el estudio no permitieron comparar otras recomendaciones relacionadas al consumo de sal, el almacenamiento de alimentos perecederos y el contenido de aditivos, pesticidas y otros residuos químicos en los alimentos. Aunque debe tomarse en cuenta que dichas recomendaciones no han sido hechas específicamente para la población guatemalteca, el estudio encontró que la dieta de la población estudiada coincide grandemente con las recomendaciones, aunque más del 10% de los individuos tienen dietas deficientes en calcio, hierro y riboflavina. De acuerdo a las recomendaciones de WCRF, la dieta de estos individuos es una dieta recomendable para la prevención del cáncer.

De manera similar, en otro estudio (Valdés-Ramos 2001) se comparó la dieta de personas de Santa Rosa con las guías dietéticas para Estados Unidos. La lógica del estudio es comparar la dieta real de un grupo de guatemaltecos con las recomendaciones en un país en el que la transición epidemiológica ya ha obligado a establecer políticas para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas. En general, hubo concordancia en lo referente a granos, verduras y frutas. El consumo de lácteos fue más bajo que en las recomendaciones, y hubo un exceso en el grupo de carne y legumbres, debido al consumo de frijol. Hubo un ligero exceso en el consumo de azúcar. El consumo de sodio, la actividad física y el control del peso no fueron evaluadas. Los autores sugieren que una estrategia para el control de enfermedades no transmisibles es el mantenimiento y conservación de los patrones dietéticos tradicionales, sin dejar de lado el mejoramiento en las áreas en que se identificó deficiencia.

Finalmente, el estudio al que he hecho referencia en otros apartados (Torun y cols. 2002 y Stein y cols. 2005), de los adultos jóvenes procedentes del área rural de Santa Rosa, muestra que los que han migrado a la capital tienen consumos más elevados de grasas saturadas, carnes rojas y verduras. Su dieta es más variada, por lo que ingieren menos frijoles, pero beben más bebidas endulzadas.

Anexo 3. Referencias para el estudio de las prácticas poblacionales en salud en Guatemala

autor	año	título	publicación
Acevedo D y Hurtado E	1997	Midwives and formal providers in prenatal, delivery, and post-partum care in four communities in rural Guatemala: complementarity or conflict.	Pebley A y Rosero-Bixby L (eds.). Demographic diversity and change in the Central American isthmus. Santa Monica (CA): RAND Corporation. p271-236.
Acevedo J	1986	Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango.	Guatemala: Tesis Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala. p68-99.
Adams R	1952	Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala.	Guatemala: Instituto Indigenista Nacional, Publicaciones Especiales.
Adams R	1955	A nutritional research program in Guatemala.	Paul B (ed.). Health, culture, and community. New York: Sage. p435-458.
Adams R	1955	On the effective use of Anthropology in Public Health programs.	Human Organization 13: 5-15.
Adams R	1956	Cultural components of Central America.	American Anthropologist 58: 881-907.
Adams R y Bastos S	2003	Las relaciones étnicas en Guatemala 1944-2000.	Guatemala: CIRMA. 566p.
Agilar G	1998	Creencias populares y medicina tradicional en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 49: 229-235.
Alarcón J y Rivera J	1994	The impact of changes in purchasing power on food-consumption of an urban-population in Guatemala City.	Ecology of Food and Nutrition 31 (3-4): 171-182.
Albala C y Yanez F	1997	Epidemiological transition in Latin America. A comparison of four countries.	Revista Médica de Chile 125 (6): 719-727.
Albizu J	2006	La inculturación en salud en una sociedad intercultural.	Revista Estudios Interétnicos No. 20, Año 14: 125-148.
Albizu J	???	¿Qué hicieron la última vez que se enfermó la niña? El modelo de autoatención y los caminos del enfermo.	Portadores de Sueños 8: ???
Albizu J	???	La articulación entre el modelo biomédico y el modelo de raíces culturales Mayas: ¿qué coordinación en salud puede darse entre diferentes y desiguales?	Portadores de Sueños 9: ???
Albizu J	???	Los costes invisibles de la enfermedad... y de la salud.	Portadores de Sueños ????????

Albizu J, Todosantos G, Méndez M	2005	El efecto Guatemala: un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida.	Guatemala: Magna Terra. 345p.
Anckermann S, Dominguez M, Soto N, Kjaerulf F, Berliner P, Mikkelsen E	2005	Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: an approach to community development in Guatemala.	Journal of Community & Applied Social Psychology 15 (2): 136-152
Annis S	1981	Physical access and utilization of health services in rural Guatemala.	Social Science & Medicine. Part D-Medical Geography 15 (4D): 515-523.
Asociación Pies de Occidente	s/f	Lineamientos para un modelo de servicios de salud culturalmente adecuados en el altiplano occidental de Guatemala.	Guatemala: Asociación Pies de Occidente. 73p.
Baer R, Weller S, García J, Glazer M, Trotter R, Pachter L y Klein R	2003	A cross-cultural approach to the study of the folk illness nervios.	Culture, Medicine and Psychiatry 27: 315-337.
Baer R, Weller S, Pachter L, Trotter R, García J, et al	1999	Cross-cultural perspectives on the common cold: data from five populations.	Human Organization 58 (3): 251-260.
Barnoya J y Glantz S	2002	Knowledge and use of tobacco among Guatemalan physicians.	Cancer Causes & Control 13 (9): 879-881.
Barrera A	2006	Historias de vida. Relatos breves de la forma en que la enfermedad es tratada en diversos hogares guatemaltecos (versión preliminar)	Guatemala: no publicado
Barret B	1997	Identity, ideology and inequality: methodologies in Medical Anthropology, Guatemala 1950-1995.	Social Science & Medicine 44 (5): 579-587.
Barret B	1997	Integrated local health systems in Central America.	Social Science & Medicine 43 (1): 71-82.
Becker S, Fonseca-Becker F y Schenck-Yglesias C	2006	Husband's and wives' reports of women's decision-making power in Western Guatemala and their effects on preventive health behaviors.	Social Science & Medicine 62: 2313-2326.
Bentley M	1992	Maternal feeding-behavior and child appetite during acute diarrheal episodes and subsequent health in Guatemala.	Faseb Journal 6 (5): A1648 part 2.
Berry N	2006	Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: contextualizing the choice to stay at home.	Social Science & Medicine 62: 1958-1969.
Bertrand J, Pineda M y Santiso R	1979	Ethnic differences in family planning acceptance in rural Guatemala.	Studies in Family Planning 10: 238-245.
Bertrand J, Pineda M, Santiso R y Hearn S	1980	Characteristics of successful distributors in the community-based distribution of contraceptives in Guatemala.	Studies in Family Planning 11 (9/10): 274-285.

Booth S, Johns T y Lopez C	1993	Factors influencing self-diagnosis and treatment of perceived helminthic infection in a rural Guatemalan community.	Social Science & Medicine 37 (4): 531-539.
Boyle J	1984	Indigenous caring practices in a Guatemalan Colonia.	Leininger M. Care: the essence of nursing and health. Thorofare (NY): Slack. p123-132.
Bremme I	1968	Medicina popular en Mixco.	Tradiciones de Guatemala 1: 47-55.
Burleigh E, Dandano C y Cruz R.	1990	Colors, humors and evil eye: indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala.	Medical Anthropology 12 (4): 419-441.
Cabanas A, Grant E, del Cid P y Sajbin V	2000	El Mezquital: a community's struggle for development.	Environment and Urbanization 12: 87-106.
Cabanas A, Grant E, del Cid P y Sajbin V	2001	The role of external agencies in the development of El Mezquital in Guatemala City.	Environment and Urbanization 13: 91-100.
Carter M	2002	"Because he loves me": husbands' involvement in maternal health in Guatemala	Culture Health & Sexuality 4(3): 259-279.
Carter M	2002	Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth.	Social Science & Medicine 55: 437-450.
Carter M	2004	Husband involvement in the treatment of child illness in Guatemala.	Journal of Biosocial Science 36: 189-208
Centro de Estudios Folclóricos	1986	Informe final: I Seminario de medicina tradicional en Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 25: 89-127.
Centro de Estudios Folclóricos	1996	(Número especial dedicado a la medicina popular tradicional)	Tradiciones de Guatemala 45. 196p.
Chen C, Santiso R y Morris L	1983	Impact of accessibility of contraceptives on contraceptive prevalence in Guatemala.	Studies in Family Planning 14 (11): 275-283.
Cerón M	2006	Patrones de autoatención en salud y su relación con la diferenciación social en una comunidad <i>K'iche'</i>	Tesis Maestría en Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala. 214p.
Chickering W	2006	A guide for visiting clinicians to Guatemala: common presenting symptoms and treatment.	Journal of Transcultural Nursing 17 (2): 190-197.
Chirix E	1998	Por la vida, un grito de salud y de esperanza. Conocimientos y prácticas, acceso a servicios y calidad de atención sobre salud infantil, materna y reproductiva.	Guatemala: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. 83p.
Colle R	1977	Guatemala project - traditional laundering place as a non-formal health-education setting.	Convergence 10 (2): 32-40.
Comelles J y Martínez A	1993	Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina.	Madrid: EUDEMA

Cooperazione Internazionale, Gruppo per le relazioni transculturali, Asociación Toto Integrado.	s/f	Entre dos mundos: la medicina Maya K'iche': actitudes y prácticas médicas en el departamento de Totonicapán.	Quetzaltenango: mimeografiado
Cosminski S	1975	Changing food and medical beliefs and practices in a Guatemalan community.	Ecology of Food and Nutrition 4: 183-191.
Cosminsky S	1972	Decision making and medical care in a Guatemalan Indian community	(Dissertation) Brandeis University. Department of Anthropology.
Cosminsky S	1977	Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca.	Medical Anthropology 1 (3): 69-104.
Cosminsky S	1977	The impact of methods on the analysis of illness concepts in a Guatemalan community.	Social Sciences & Medicine 11: 325-332.
Cosminsky S	1982	Childbirth and change: a Guatemala study.	McCormack (ed). Ethnography of fertility and birth. New York: Academic Press. p195-219.
Cosminsky S	1982	Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives.	Artschwager M (ed). Anthropology of human birth. Philadelphia: F.A. Davis Company. p233-252.
Cosminsky S	1983	Medical pluralism in Mesoamerica.	Kendall C, Hawkins J y Bossen Laurel (eds.). Heritage of conquest, thirty years later. Albuquerque (NM): University of New Mexico Press. p159-174.
Cosminsky S	1987	Women and health care on a Guatemalan plantation.	Social Science & Medicine 25 (10): 1163-1173.
Cosminsky S	2001	Maya midwives of southern Mexico and Guatemala	Huber B y Sandstrom A (eds). Mesoamerican healers. Austin (TX): University of Texas Press
Cosminsky S	2001	Midwifery across the generations: a modernizing midwife in Guatemala.	Medical Anthropology 20 (4): 345-378.
Cosminsky S y Scrimshaw M	1980	Medical pluralism on a Guatemalan plantation.	Social Science & Medicine 14B (4): 267-278.
De Broe S	2005	Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala.	Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 31 (3): 199-205.
De Valverde C	1989	Pharmacy - a health resource.	Archivos Latinoamericanos de Nutrición 39 (3): 365-381.
Delgado E, Sorensen S y VanderStuyft P	1994	Health seeking behavior and self-treatment for common childhood symptoms in rural Guatemala.	Annales de la Societe Belge de Medecine Tropicale 74 (2): 161-168.
Douglas B	1969	Illness and curing in Santiago Atitlan, a Tzutujil-Maya community in the southwestern highlands of Guatemala.	(Dissertation) Stanford University.
Dowsett S, Archila L, Segreto V, Eckert G, Kowolik M	2001	Periodontal disease status of an indigenous population of Guatemala, Central America.	Journal of Clinical Periodontology.
Emmison M y Frow J	1998	Information technology as cultural capital	Australian Universities Review 1: 41-45. Citado en Wikipedia

Engle P, Hurtado E y Ruel M	1997	Smoke exposure of women and young children in highland Guatemala: prediction and recall accuracy.	Human Organization 56: 408-417.
Espinoza L y López O	1994	UNICEF's urban basic services programme in illegal settlements in Guatemala City.	Environment and Urbanization 6: 9-29.
Figuera A, del Valle J y Valdes J	2006	Consumption costs of inappropriate medicines estimated from bulk purchase data: the example of NSAIDs in Guatemala.	International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 44 (11): 566-571
Fonseca-Becker F y Schenck-Yglesias C	2004	Measuring the effects of behavior change and service delivery interventions in Guatemala with population-based survey results.	Baltimore (MA): JHPiego. 54p. Disponible en http://www.jhuccp.org/research/publications/PNADA611.pdf
Fort M	2006	Listado de enfermedades socioculturales seleccionadas para ser codificadas en el registro diario de consulta.	Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación. Comunicación personal el 28 de abril de 2006. citado con autorización de la autora.
Frongillo E y Begin F	1993	Gender bias in food intake favors male preschool Guatemala children.	Journal of Nutrition 123 (2): 189-196
Galloway R, Dusch E, Elder L, Achandi E, Grajeda R, Hurtado E, y cols.	s/f	Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries.	s/d
García M	2006	Manifestaciones del pensamiento y cosmovisión Maya en la práctica terapéutica.	Revista Estudios Interétnicos No. 20, Año 14: 115-124.
Gillin J	1948	Magical fright	Psychiatry 11 (3): 387-400.
Girón L, Freire V, Alonzo A y Cáceres A	1991	Ethnobotanical survey of the medicinal flora used by the Caribs of Guatemala.	Journal of Ethnopharmacology 34 (2-3): 173-187.
Glei D	2000	Understanding ethnic variation in pregnancy-related health care in rural Guatemala.	Ethnicity and Health 5 (1): 5-22-
Glei D	2001	The integration of traditional and biomedical care during pregnancy and birth in rural Guatemala.	(Dissertation) Princeton University, Princeton NJ
Glei D, Goldman N y Rodríguez G.	2003	Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter?	Social Science & Medicine 57: 2447-2463.
Glittenberg J	1976	A comparative study of fertility in highland Guatemala: a ladino and and indian town.	(Dissertation) University of Colorado, Boulder.
Goldín I, Rosenbaum B y Eggleston S		Women's participation in non-government organizations: implications for poverty reduction in precarious settlements of Guatemala City.	City & Society 18 (2): 260-287.

Goldman N y Gley D	2003	Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala.	Social Science and Medicine 56 (4): 685-700.
Goldman N y Heuveline P	2000	Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala.	Tropical Medicine & International Health 5 (2): 145-155.
Goldman N, Gleit D, Pebley A y Delgado H	2001	Atención prenatal en Guatemala rural: resultados de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar	Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
Goldman N, Pebley A y Beckett M	2001	Diffusion of ideas about personal hygiene and contamination in poor countries: evidence from Guatemala.	Social Science and Medicine 52 (1): 53-69.
Goldman N, Pebley A y Gragnolati M	2002	Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala.	Social Science and Medicine 55 (10): 1693-1712.
Goldman N, Pebley R y Gragnolati M	2000	Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala.	University of California (LA), California Center for Population Research On-Line Working Paper Series CCPR-006-00
Gomez J	2004	A qualitative enquiry of caregivers of adolescents with severe disabilities in Guatemala City.	Disability and Rehabilitation 26 (17): 1032-1047.
González M, Sandiford P, Ruiz J y Rovira J	2001	Beyond health gain: the range of health system benefits expressed by social groups in Mexico and Central America.	Social Science & Medicine 52: 1537-1550.
Gonzalez N	1963	Breast-feeding, weaning, and acculturation.	Journal of Pediatrics 62: 577-581.
Gonzalez N	1964	Beliefs and practices concerning medicine and nutrition among lower-class urban Guatemalans.	American Journal of Public Health 54: 1726-1734.
Gonzalez N	1965	Medical beliefs of the urban folk in Guatemala.	America Indígena 15: 323-328.
Gonzalez N	1966	Health behavior in cross-cultural perspective: a Guatemalan example.	Human Organization 25 (2): 122-125.
Gragnolati M	1999	Children's malnutrition in rural Guatemala: a multilevel statistical analysis.	(Dissertation) Princeton University, Princeton NJ
Gragnolati M y Marini A	2002	Health and poverty in Guatemala	Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assessment Program-Technical paper No.5. 66p.
Grajeda G	2005	Desigualdades sociales: pasado, presente y futuro de la atención en salud en Guatemala. Estudio de caso del departamento de Chimaltenango.	(Disertación) Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
Grant E	2001	Social capital and community strategies: neighbourhood development in Guatemala City.	Development and Change 32: 975-997.
Green L	1989	Consensus and coercion: primary health care and the Guatemalan state.	Medical Anthropology Quarterly 3 (3): 246-257.
Greenberg L	1982	Midwife training programs in highland Guatemala.	Social Science and Medicine 16 (18): 1599-1609.

Harvey TS	2003	K'iche' expressions of wellness and illness in disputed fields of care: a comparative analysis of Maya intra-cultural therapeutic and cross-cultural biomedical care.	(Dissertation) University of Virginia, Department of Anthropology.
Harvey TS	2006	Humbling, frightening, and exalting: an experiential acquaintance with Maya healing.	Anthropology and Humanism 31 (1): 1-10.
Hausmann-Muela S, Muela J y Nyamongo I.	2003	Health-seeking behaviour and the health system response.	DICPP Working Paper No. 14. 37p. (www.dcp2.org/direct) 23 enero 2007.
Hernández L y Foster G.	2001	Curers and their cures in colonial New Spain and Guatemala. The Spanish component.	En: Huber B y Sandstrom A (eds.). Mesoamerican healers. Austin (TX): University of Texas Press. 19-46.
Heuveline P y Goldman N	2000	A description of child illness and treatment behavior in Guatemala.	Social Science and Medicine 50: 345-364.
Hinojosa S	1994	Levels of meaning in the Maya midwife experience.	Human Mosaic 28 (1): 41-53.
Hinojosa S	1994	Turning prophets in their own land: the problem of the Maya physician.	Anthropology UCLA 21: 1-14.
Hinojosa S	1999	Spiritual embodiment in a highland Maya community.	(Dissertation) Tulane University.
Hinojosa S	2002	"The hands know": bodily engagement and medical impasse in highland Maya bonesetting.	Medical Anthropology Quarterly 16 (1): 22-40.
Hinojosa S	2004	Authorizing tradition: vectors of contention in highland Maya midwifery.	Social Science & Medicine 59 : 637-651.
Hurtado E	1995	Desde la comunidad... percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención.	Guatemala: Mother Care. p64-73.
Hurtado E y Sáenz de Tejada E	2001	Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala.	Huber B y Sandstrom A (eds). Mesoamerican healers. Austin (TX): University of Texas Press
Hurtado J	1968	El Ojo: creencias y prácticas médicas populares en Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 1: 13-25.
Ibañez A, Lindert K y Woolcock M	2002	Social capital in Guatemala: a mixed methods analysis.	Guatemala: World Bank-Guatemala Poverty Assesment Program-Technical paper No.12. 65p.
Immink M y Payongayong E	1999	Risk analysis of poor health and growth failure of children in the central highlands of Guatemala.	Social Science & Medicine 48: 997-1009.
INCAP, MSPAS, USAID y DHS/Macro International	1997	Salud materno infantil en cuatro departamentos del altiplano. Resultados de la encuesta de proveedores de salud.	Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
Jenicek M	1996	Epidemiología	Barcelona: Masson. p24-27
Kowalsky R, Newburger J, Rand W y Castañeda A	2006	Factors determining access to surgery for children with congenital cardiac disease in Guatemala, Central America.	Cardiology in the Young 16: 385-391.

Kowolik M, Archila L, Silva A y Segreto V	1997	Oral health of Mayan families in rural Guatemala	Journal of Dental Research 76: 2695 Sp. Iss.
Kufer J, Förther H, Pöll E y Heinrich M	2005	Historical and modern medicinal plant uses - the example of the Ch'orti' Maya and Ladinos in Eastern Guatemala.	Journal of Pharmacy and Pharmacology 57: 1127-1152.
Lang J y Elkin E	1997	A study of the beliefs and birthing practices of traditional midwives in rural Guatemala	Journal of Nurse Midwifery 42 (1): 25-31
Lincoln G	2001	Revisiting "magical fright"	American Ethnologist 28 (4): 778-802.
Lindstrom D y Muñoz-Franco E	2005	Migration and the diffusion of modern contraceptive knowledge and use in rural Guatemala.	Studies in Family Planning 36 (4): 277-288.
Lindstrom D y Muñoz-Franco E	2006	Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala.	Social Science & Medicine 63: 706-721.
Logan M	1973	Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine.	Human Organization 32: 385-395.
Logan M	1977	Anthropological research on the hot/cold theory of disease: some methodological considerations.	Medical Anthropology 1: 87-112.
Logan M	1979	Variations regarding Susto causality among the Cakchiquel of Guatemala.	Culture, Medicine and Psychiatry 3 (2): 153-166.
Long E y Viaud A	1974	Health-care extension using medical auxiliaries in Guatemala.	Lancet 1 (7848): 127-130.
Lopez F	2005	Improving access to services and interactions with clients in Guatemala: the value of distance learning.	Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 31 (2): 128-131.
López J y Metz B	2002	Primero Dios. Etnografía y cambio social entre los Mayas Ch'orti's del oriente de Guatemala.	Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales. 279p.
López S	1984	Las clases sociales en Guatemala.	Guatemala: Editorial Universitaria (1a reimpresión 2000). 62p
Madriz J	2001	Audiology in Latin America: hearing impairment, resources and services.	Scandinavian Audiology 30: 85-92 Suppl. 53.
Martin M, Block J, Sanchez S, Arnaud C y Beyene Y	1993	Menopause without symptoms: the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians	American Journal of Obstetrics and Gynecology 168: 1839-1846.
McArthur L y Pena M	2001	Effects of socioeconomic status on the obesity knowledge of adolescents from six Latin American cities.	International Journal of Obesity 25 (8): 1262-1268.
McIlwaine C y Moser C	2004	Drugs, alcohol and community tolerance: an urban ethnography from Colombia and Guatemala.	Environment and Urbanization 2004 16: 49-64.
Melville M y Lykes M	1992	Guatemalan indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism.	Social Science & Medicine 34 (5): 533-548.

Méndez Dominguez A	1983	Illness and medical theory among Guatemalan Indians.	Kendall C, Hawkins J y Bossen Laurel (eds.). Heritage of conquest, thirty years later. Albuquerque (NM): University of New Mexico Press. p267-298.
Méndez Dominguez A	1997	Clases sociales	Asociación de amigos del país. Historia General de Guatemala. Guatemala: Fundación para la cultura y el desarrollo vol. V (época contemporánea de 1944 a la actualidad). p223-233.
Mendizabal J y Salguero L	1996	Prevalence of epilepsy in rural community of Guatemala.	Epilepsia 37 (4): 373-376.
Metz B	2001	Politics, population, and family planning in Guatemala: Ch'orti' Maya experiences.	Human Organization 60 (3): 259-271.
Michel J, Mahady G, Veliz M, Soejarto D y Cáceres A	2006	Symptoms, attitudes and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala	Social Science & Medicine 63: 732-742.
Minkowski W	1988	Mayan indian health in Guatemala	Western Journal of Medicine 148 (4): 474-476.
Monteith R, Anderson J, Pineda M, Santiso R y Oberle M	1985	Contraceptive use and fertility in Guatemala.	Studies in Family Planning 16 (5): 279-288.
Mosquera MT	2001	Conociendo la sabiduría Achí: salud y enfermedad en Rabinal.	Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 205p.
Mosquera MT	2004	Algunas observaciones para el uso del término medicina Maya.	Revista del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Panamericana 1 (1): 12-19.
Mosquera MT	2006	Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales.	Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 314p.
Mosquera MT y Kolstrup N	2006	La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica.	Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 176p.
Mulvihill J	1979	Locational study of primary health-services in Guatemala City	Professional Geographer 31 (3): 299-305.
Murphy T	1997	Guatemalan hot/cold medicine and Mormon words of wisdom: intercultural negotiation of meaning.	Journal for the Scientific Study of Religion 36 (2): 297-308.
Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional para el Desarrollo (sic).	1997	Etnicidad, salud y riesgo en Guatemala.	Guatemala: OPS, OMS, BID. 48p.
Orourke K	1995	The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants.	International Journal of Gynecology & Obstetrics 48: 95-102 Suppl. S.

Pachter L, Weller S, Baer R, García J, Trotter R, Glazer M y Klein R	2002	Variation in asthma beliefs and practices among mainland Puerto Ricans, Mexican-Americans, Mexicans, and Guatemalans.	Journal of Asthma 39 (2): 119-134.
Pagán J	2002	Gender differences in labor market decisions in rural Guatemala.	Review of Development Economics 6 (3): 428-441.
Palma D	2001	Así somos y así vivimos: los Ch'ort'.	Guatemala: Universidad Rafael Landívar-IDIES. 190p.
Paredes V	2006	Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad Xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.	Guatemala: Tesis Licenciatura en Antropología Universidad de San Carlos de Guatemala. 138p.
Paul L	1975	Recruitment to a ritual role: the midwife in a Maya community.	Ethos 3(3): 449-467.
Paul L y Paul B	1975	The Maya midwife as sacred specialist: a Guatemalan case.	American Ethnologist 2(4): 707-726.
Pebley A, Goldman N y Robles A	2005	Isolation, integration, and ethnic boundaries in rural Guatemala.	The Sociological Quarterly 46: 213-236.
Pebley A, Goldman N y Rodríguez G	1996	Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter?	Demography 33 (2): 231-247.
Pebley A, Hurtado E y Goldman N	1999	Beliefs about children's illness.	Journal of Biosocial Science 31 (2): 195-219.
Pérez A	2005	Análisis preliminar de las enfermedades socioculturales identificadas en la base de datos del Proyecto Implementación en la Bocacosta de Sololá.	Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). Citado con autorización de la autora.
PNUD	2005	Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: la ciudadanía en un Estado plural: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005.	Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 450p.
Purnell L	1998	Purnell's model for cultural competence.	En: Purnell L y Paulanka B (eds.). Transcultural health care: a culturally competent approach. Philadelphia: F.A. Davis. p7-51.
Purnell L	2001	Guatemalan's practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers.	Journal of Transcultural Nursing 12 (1): 40-47.
Ramírez A	1980	Documento: medicina tradicional en Mesoamérica (el caso México-Guatemala).	Tradiciones de Guatemala 13: 297-222.
Remez L	1992	Contraceptive prevalence rates low in Guatemala: use is much more likely among working women.	International Family Planning Perspectives 18(2): 77-79.

Remez L	1997	Fertility remains elevated in Guatemala: one in three births are unplanned.	Internatiional Family Planning Perspectives 23: 40-42.
Robles A	1996	Mortalidad adulta entre poblaciones indígenas y no indígenas de Guatemala y Bolivia.	Notas de Población 24 (64): 33-61.
Rodríguez F	1968	Ojeo, susto, hijillo y acuas, enfermedades del indígena kekchí.	Tradiciones de Guatemala 1: 43-46.
Rodríguez Z	1975	En torno a algunas formas de brujería en Guatemala	Tradiciones de Guatemala 4: 139-154.
Ron A	1999	NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines.	Social Science & Medicine 48: 939-950.
Roost M	2004	A qualitative study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala.	BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 111 (12): 1372-1377.
Rosenthal C	1987	Santa María de Jesús: medical choice in a highland Guatemalan town.	(Dissertation) Harvard University, Department of Anthropology
Ruebush T y Godoy H	1992	Community participation in malaria surveillance and treatment. 1 The volunteer collaborator network of Guatemala.	American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 46 (3): 248-260.
Rubel A y Haas M	1996	Ethnomedicine.	En: Sargent C y Johnson T (eds). Medical anthropology (2a ed.). Westport (CT) : Greenwood. p 115-131.
Sáenz de Tejada E	1997	Management of acute respiratory infections in a Kaqchiquel community in Guatemala.	Panama Salud Pública 1(4): 259-265.
Sáenz de Tejada E y Calderón E	1997	Conductas de atención en salud infantil entre mujeres Mayas en Guatemala.	Guatemala: BASICS-USAID. 43p + anexos.
Schieber B y Delgado H	1993	An intervention to reduce maternal and neonatal mortality.	Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Publication M1-003
Schroeder D, Martorrell R y Flores R	1999	Infant and child growth and fatness and fat distriburion in Guatemalan adults.	American Journal of Epidemiology 15 (2): 177-185.
Scrimshaw S y Hurtado E	1988	Anthropological involvement in the Central American diarrheal disease control project.	Social Science and Medicine 27 (1): 97-105.
Seiber E y Bertrand J	2002	Access as a factor in differential contraceptive use between Mayans and Ladinos.	Health Policy and Planning 17 (2): 167-177.
Seiber E, Hotchkiss D, Rous J y Berruti A.	2005	Maternal and child health and family planning service utilization in Guatemala: implications for service integration.	Social Science & Medicine 61 (): 279-291

Seltzer J, Pebley A y Goldman N	1997	Wives' role in household decision-making in rural Guatemala.	Paper presented at the annual meetings of the Population Association of America. March, Washington DC
Smith P, Bogin B, Varela-Silva M, Orden B y Loucky J	2002	Does immigration help or harm children's health? The Mayan case.	Social Science Quarterly 83 (4): 994-1002.
Solares J	1975	Acerca del gusano dentario y las tradiciones populares.	Tradiciones de Guatemala 4: 155-167.
Solares J	1989	Corrientes antropológicas sobre etnicidad y clase social en Mesoamérica.	Guatemala: FLACSO. p11-34
Stebbins K	1994	Making a killing south of the border: transnational cigarette companies in Mexico and Guatemala.	Social Science & Medicine 38 (1): 105-115.
Stewart D	2003	Menopause in highland Guatemala Mayan women.	Maturitas 44: 293-297.
Sucuquí I	2000	Concepción religiosa de la medicina practicada por los guías espirituales entre los Achí de Rabinal, Baja Verapaz, en la década de los años 90.	Guatemala: Tesis Licenciatura en Antropología Universidad de San Carlos de Guatemala. 203p.
Tedlock B	1987	An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America.	Social Science & Medicine 24 (12): 1069-1083.
Torun B, Stein A, Schroeder D, Grajeda R, Conlisk A, Rodríguez M, Méndez H y Martorell R	2002	Rural-to-urban migration and cardiovascular disease risk factors in young Guatemalan adults.	International Journal of Epidemiology 31 (1): 218-226.
VanderStuyft P, Delgado E y Sorensen S	1997	Utilisation rates and expenditure for public and private, curative-care services in semi-urban Guatemala.	Annals of Tropical Medicine and Parasitology 91 (2): 209-216.
VanderStuyft P, Sorensen S, Delgado E y Bocaletti E	1996	Health seeking behaviour for child illness in rural Guatemala.	Tropical Medicine & International Health 1 (2): 161-170
Velasquez L	2004	Avances y limitaciones en la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud en el marco de los compromisos de la OMS. Análisis del caso Guatemala.	Guatemala: Tesis Maestría en Políticas Públicas, Universidad Rafael Landívar. No publicada.
Verdugo J, Miranda J, Albizu J, Morales L y Hernández L	2002	Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente, bases y lineamientos.	Guatemala: Instancia Nacional de Salud. 196p.
Villatoro E	1982	Vida y obra de los curanderos de El Petén, Guatemala.	La Tradición Popular 38: 1-18.
Villatoro E	1983	La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala.	La Tradición Popular 42/43: 1-16.
Villatoro E	1983	Las cuatro enfermedades populares de mayor incidencia en Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 19-20: 79-100.
Villatoro E	1987	Prácticas y creencias médicas en una comunidad indígena de Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 28: 31-38.

Villatoro E	1990	Concepción y simbolismo en la medicina tradicional de Guatemala.	Tradiciones de Guatemala 34: 27-37.
Villatoro E	1997	Los terapeutas tradicionales de Totonicapán: su quehacer en el campo de salud-enfermedad.	Tradiciones de Guatemala 47: 59-93.
Villatoro E (ed.)	1984	Etnomedicina en Guatemala.	Guatemala: Editorial Universitaria (1a reimpresión 2005). 298p.
Villatoro E y Acevedo J	1989	Vida y obra de los curanderos de Todos Santos Cuchumatanes	La Tradición Popular 74: 1-12.
Villatoro E y Hurtado E	1986	Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición realizada en una comunidad de Huehuetenango.	Unpublished report prepared for Guatemalan Ministry of Health.
Villereal G	2007	Guatemala's current and future globalization: social work's continuing education role.	International Social Work 50: 41-51.
Walsh L	2006	Beliefs and rituals in traditional birth attendant practice in Guatemala.	Journal of Transcultural Nursing 17 (2): 148-154.
Ward V, Bertrand J y Puac J	1990	Comportamiento sexual y aceptación de la planificación familiar en la población maya-quiche Guatemala.	Guatemala: Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Asociación Pro-Bienestar de la Familia.
Ward V, Bertrand J y Puac J	1992	Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala.	International Family Planning Perspectives 18(2): 59-65.
Weller S	1984	Cross-cultural concepts of illness: variation and validation.	American Anthropologist, New Series 86 (2): 341-351.
Weller S y Baer R	2001	Intra- and Intercultural variation in the definition of five illnesses: AIDS, diabetes, the common cold, empacho, and mal de ojo.	Cross-Cultural Research 35: 201-226.
Weller S, Baer R, García J, Glazer M, Trotter R, Pachter L y Klein R	2002	Regional variation in Latino descriptions of susto.	Culture, Medicine and Psychiatry 26: 449-472.
Weller S, Baer R, Pachter L, Trotter R, Glazer M, García J y Klein R	1999	Latino beliefs about diabetes	Diabetes Care 22 (5): 722-728.
Weller S, Patcher L, Trotter R y Baer R	1993	Empacho in four Latino groups: a study of intra- and inter-cultural variation in beliefs.	Medical Anthropology 15 (2): 109-136.
Weller S, Ruebush T y Klein R	1991	An epidemiological description of a folk illness: a study of empacho in Guatemala.	Medical Anthropology 13: 19-31.
Weller S, Ruebush T y Klein R	1997	Predicting treatment-seeking behaviors in Guatemala: a comparison of the health services research and decision-theoretic approaches.	Medical Anthropology Quarterly 11 (2): 224-237
Werner D	1995	Donde no hay doctor	California: Fundación Hesperian. p17-19

Wheeler D, Arathoon E, Pitts M, Cedillos R, Bu T, Porras G, Herrera G y Sosa N	2001	Availability of HIV care in Central America.	Journal of the American Medical Association 286 (7): 853-860.
Whiteford M	2002	Staying healthy: evangelism and health perception differences by gender in a Guatemalan marketplace.	Annals of the American Academy of Political and Social Science 583: 177-194.
Wilson R	1995	Resurgimiento Maya en Guatemala (experiencias Q'eqchi'es).	Guatemala: CIRMA. (traducción del original en inglés por C Díez, 1999). 271p.
Winton A	2004	Young people's views on how to tackle gang violence in "pos-conflict" Guatemala.	Environment and Urbanization 16 (2): 83-99.
Woloshin S y cols.	1995	Language barriers in medicine in the United States.	Journal of the American Medical Association 273: 724-728.
Woods C y Graves T	1973	The process of medical change in a highland Guatemalan town.	Los Angeles (CA): Latin American Center, University of California.
Wydick B	1999	Can social cohesion be harnessed to repair market failures? Evidence from group lending in Guatemala.	The Economic Journal 109: 463-475.
Yoc A	2006	Caracterización de Género de dos comunidades de la Bocacosta de Sololá y San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.	Guatemala: Instancia Nacional de Salud, Proyecto Implementación (inédito). 182p



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Universidad Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala



Experiencia que trasciende



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Guatemala
www.desarrollohumano.org.gt



Informe Nacional de Desarrollo Humano



International Development Research Centre

Centre de recherches pour le développement international

La investigación presentada en esta publicación es el resultado de un proyecto apoyado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.