

El efecto Guatemala

**Un viaje con las promotoras y los promotores de salud
a través de la vida.**



Del 0 al 2012: nombrar las cosas es re-crear el mundo.

**José Luis Albizu Beristain
Goyo Todosantos
Mario Efraín Méndez**

El efecto Guatemala

La revolución copernicana inmovilizó al Sol y movilizó la Tierra,
y ello bastó para cambiar a la vez el mundo y el lugar del humano en el mundo,
pero para la mayoría de la humanidad,
seguimos siendo los únicos sujetos del Universo.
Sin embargo, en la concepción maya y en la física cuántica,
no hay objetos, todo son sujetos.
Todo, todas, todos estamos conectados
y los paisajes humanos y de colores, nos van dejando huellas,
es el efecto mariposa, el efecto Guatemala.

En el viaje con las y los promotores de salud nos acompañan
los abuelos y abuelas, a quienes cargamos a través de sus enseñanzas,
quienes nos transmitieron el fuego de la resistencia y lucha que avivamos,
y el siempre presente Wuqub' Kaqix, siete Guacamayo del *Popol Vuh*,
Nuestras Siete Vergüenzas de Adrián Chávez, como símbolo de la soberbia,
el alimento de la discriminación y desigualdades
en nuestras historias personales y colectivas.

El viaje del convivir, en diálogo con los lectores y lectoras,
transcurre por las experiencias de las y los promotores, en donde como caras de
la misma moneda, se integran las necesidades de atención en salud, el hambre
de aprender, el servicio con y sin reciprocidad, el servir a la comunidad y el servir
al prójimo y a Dios, los agravios comparativos y el trabajo forzado.
Un “todo sirve” que puede ser entendido desde el puro pragmatismo,
pero también desde una perspectiva más incluyente.
Y con una concepción de integralidad, en donde el tiempo pasado
se hace presente, lo mismo el futuro, y el ahora integra todos los tiempos,
a través de la historia individual, familiar y comunitaria, porque
¿cómo vas a comprender mi motivo de consulta sólo con el presente?

Los Acuerdos de Paz no cambiaron las preguntas, pero sí las respuestas.

ChepeWicho, CHW

Colaborador de “Portadores de Sueños”, revista de la Instancia Nacional de Salud

Dibujo de portada:

Alejandra Calmo tejía sus dibujos en los huipiles todosaneros y al final de su vida, haciendo tiempo para la consulta en el hospital San Juan de Dios, nos regaló, éste, su primer y último dibujo en papel, reciclado. Analfabeta, pequeña, ligera de equipaje, anónima, invisible, obtuvo la sabiduría alrededor del fuego de la cocina, en el fuego de la resistencia, donde cocinó tortillas de alegría con la pobreza, las enfermedades y en las carreras con “los ejércitos”.



El efecto Guatemala
Un viaje con las promotoras y los promotores
de salud a través de la vida

Del 0 al 2012: nombrar las cosas es re-crear el mundo

José Luis Albizu Beristain
Goyo Todosantos
Mario Efraín Méndez

El efecto Guatemala
Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida
Del 0 al 2012: nombrar las cosas es re-crear el mundo.

De los autores:
José Luis Albizu Beristain, vasco residente en Mesoamérica.
Goyo Todosantos, guatemalteco indocumentado en el País Vasco.
Mario Efraín Méndez, guatemalteco nacido en Nicaragua de padres salvadoreños. Actualmente tiene cédula mexicana y trabaja en New York.

Diagramación interiores:
Oswaldo Morales, Wilson Flores, Pamela Guinea, Víctor Herrera y José Luis Albizu.

Diseño de la cubierta:
Juan Carlos Aguilar y José Luis Albizu con dibujo de Alejandra Calmo.

Ilustraciones:
Ricardo Pérez, Myriam Rommers, Luca Paltrinieri, Claudia Gamarra y Santiago Bastos.
Las ilustraciones de Myriam Rommers fueron un aporte de Acción Cristiana Guatemalteca-Voluntary Missionary Movement Europa.
Ilustraciones tomadas del libro *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS* (1998)
La caracola germinadora del maíz fue posible gracias al apoyo de Leopoldo Méndez, de Chimaltenango.

Fotos proporcionadas por las autoridades de Primavera del Ixcán; Familia de Alejandra Calmo; Fundación Esfuerzo y Prosperidad; Médicos del Mundo España; Frank Taylor; Meredith Fort; Asociación de Servicios Comunitarios de Salud; Asociación para la Educación y el Desarrollo; y Jonathan Moller de su libro: *Nuestra cultura es nuestra resistencia. Represión, refugio y recuperación en Guatemala*. Turner Publicaciones, S.L. Madrid, 2004. jonas@igc.org

La presente edición estuvo al cuidado de:
Vinicio Castillo, José Luis Perdomo, Manuela Camus, Lucía Verdugo, Meredith Fort y José Luis Albizu.

Primera edición
Magna Terra editores, Guatemala, Noviembre 2005.
Publicada gracias al apoyo de Oxfam Internacional.

Segunda edición
Versión en formato PDF, Guatemala , Septiembre 2007

Este documento es para compartir (fotocopiar) con todas aquellas personas a quienes pueda interesarle.

El efecto Guatemala

Un viaje con las promotoras y los promotores
de salud a través de la vida

Del 0 al 2012: nombrar las cosas es re-crear el mundo

José Luis Albizu Beristain
Goyo Todosantos
Mario Efraín Méndez

Cuando un mismo individuo vive diversas pertenencias,
cualquier conflicto entre esas pertenencias y creencias puede convertirse
en fuente de debates, problemas, crisis internas,
o que instale la dialógica en el seno del mismísimo espíritu individual
(Morín, El método IV, p.31)



Un libro con mucha gente

Las siguientes personas que envuelven el libro han participado en algunas de las actividades que lo nutren. La mayoría son promotores de salud y algunos y algunas están repetidos, pero otras personas faltan, ya que en muchas actividades no se recogieron sus nombres. Disculpas a ellos y ellas y el agradecimiento sincero a quienes han participado en este esfuerzo.

Saturnino Xitumul Teca de Rabinal, Delfino Chalí de Chimaltenango, Justo Gonzalo Ross H. de Jacaltenango, Magalí Verdugo de Las Cruces, Petén, Rogelio De León Barrios, Valle Lirio, Retalhuleu, Hector Guzmán Diego de ASIPROCOS, Alta Verapaz, Claudia Torres de ESFRA, capital, Ana Beatriz Colindres, ESFRA, capital, Climaco Ichic Pacay, ACOPROS Rukowil Tinamit, Alta Verapaz, Carmelo Morales de AADI, Chigirondina, Sololá, Abelina Uz Pú, de Pastoral de Totoncapán, María Magdalena Chic Pú, de Pastoral de Totoncapán, Manuel Pérez Jiménez de AICSECO, Barillas, Huehuetenango, Benjamín Torres, Animador de salud, Aura Marina García de Maya Petén, Eduardo Jesús Velásquez de Maya Petén, Ana Yolanda López de Renacimiento, Patzún, Magdalena Ajú de Renacimiento, Patzún, Chimaltenango, Juan Bautista Tuch Cux de Pastoral de Salud de Totoncapán, Alejandro Cortés de Pastoral de Salud, Xela, Rodemiro, de Petén,, Rubén Ramos, Retalhuleu, Dispensario San José, Irma Pastor, Reu, Dispensario San José, Carlos Hernández, Sayaxché, Petén, Manos Unidas, Daniel Simón, Ixcán, Quiché, APROSCIG, Tomás Marcos, Ixcán, Quiché, APROSCIG, Pedro Pastor, Reu, Reu, CPR Sierra, Joel Salazar, San Carlos, Jalapa, ADEJUC, Francisca Segura, San Carlos, Jalapa, ADEJUC, Gaspar Gaspar, Cobán, Cobán, AICSECO, Rubén García, Cobán, Cobán, AICSECO, Gaspar García, Concepción Huista, Huehue, Alianza para el desarrollo juvenil, Gaspar Ramírez, Concepción Huista, Huehue, Alianza para el Desarrollo Juvenil, Martín Matías, San Miguel Acatán, Huehue, OPSA, Domingo Pop, Poptún, Petén, Programa de Salud de Poptún, Antonio Sales, Coatepeque, Xela, ADI, Arturo Chó Gué, Santa Cruz, Alta Verapaz, Parroquia Sta Cruz, Reginaldo Tul Caal, Santa Cruz, Alta Verapaz, Parroquia Santa Cruz, Diego Marcos, Barillas, Huehue, AICSECO, Pedro Sebastián Ramirez, Barillas, Huehue, AICSECO, Rodemiro Martinez, La Libertad, Petén, Programa de Salud Maya Petén, Argentina Osorio, La Libertad, Petén, Programa de Salud Maya Petén, Santiago Pablo, Jacaltenango, Huehuetenango, ETECSC, Nelson Gaspar, Dolores, Petén, Nueva Esperanza, Florida Alma Sep, Purulhá, Baja Verapaz, Promotores Parroquiales de Purulhá, Zoila Aurora Gonzalez, San Cristóbal, A. V., Promotores Parroquiales San Cristóbal, Edgar Ernesto Ochoa, San Cristóbal, A. Verapaz, Promotores Parroquiales de San Cristóbal, María José Rodríguez, San Cristóbal, A.V., Programa Parroquial de San Cristóbal, Mercedes Andujar, Purulhá, B.V., Parroquia San Antonio Purulhá, Enma Florida Sitán, Patzicia, Chimaltenango, SADI, Pedro Sambrano, Ixcán, Quiché, CPR Ixcán, David Urrutia, Cobán, A.V., Programa Calvario-ASECSA, Jesús Sacrab, Cobán, A.V., Programa Calvario-ASECSA, Francisco Xico, Patzicia, Chimaltenango, PSADI, Delfino Chali, Chimaltenango, Valeriano Chic Ché, Llanos del Pilar, Xela, PIES de Occidente, Cándido Guillermo, Llanos del Pilar, Xela, PIES de Occidente, Rogelio de León, Valle Lirio, Reu, Promotores de la Diócesis de San Marcos, Rubén Miguel, Valle Lirio, Reu, Promotores de la Diócesis de San Marcos, Nicolás Pérez, Barillas, Huehue, APROSAB, Pascual Nolasco, Barillas, Huehue, APROSAB, Rogelio Mendoza, Coatepeque, Xela, Pastoral de Salud de Coatepeque, Reginaldo Alonso, Xela, Xela, Pastoral de Salud de Coatepeque, Angelita Baquix, Salcajá, Xela, Pastoral de Salud, Aurelina García, Xela, Xela, Pastoral de Salud, Genaro Pastor, Palmar, Xela, Pastoral de Salud, Ricardo Chuc, Totoncapán, Toto, Pastoral de Salud, Francisco García, Granados, B.V., Proyecto Cáritas, Jose Alfredo Juarez, Granados, B.V., Proyecto Cáritas, Jose Copertino Perenvi, San Juan Comalapa, Chimaltenango, Pastoral de Salud, Juan Choc, El Estor, Izabal, Promotores de Salud de la Parroquia de El Estor, Julio Maas, El Estor, Izabal, Clínica María Egan, Melesio Francisco Gonzalez, San Francisco La Unión, Xela, APROSAF, Jorge Yat, Cobán, A.V., Parroquia El Calvario, Eusebio Canú., Asociación KojSAMAJ., Xeatsán Alto. Patzún, Eusebio Mustia, Chipiácul. Patzún, Ana Elisabeth Juarez, Asociación La Libertad, Pajales. Acatenango, Antonio Matzul, La Libertad, Lods Pajales, Los Planos. Acatenango, Ceferino Chalí, Fundación Behrhorst, Agua Caliente. Comalapa, Salvador Tartón, Kaslem, Palima. Comalapa, Rafael Quila, Asociación VIDA, Xecoxol, Tecpán, Aura Osuna, Asociación Semillas de Esperanza, Las Escobas. San Martín Jilotepeque, Cayetano Sirín, ADIKAN, Palamá. Poaquil, Emeterio Culajay, Asociación Semillas de Esperanza, San Francisco. Chuatalun, Santiago Toj, Asoc. Renacimiento, El Cojobal. Patzún, Dorote Cun, ADIKAN, Xebasín. Poaquil, Marlyn Irene Cumatz, Rucux Tinamit. Defensoría Maya Santa Apolonia, Tomás Suy, Asociación VIDA, Paley. Tecpán, Raimundo Vargas, APROSADSE, Xejuyú. San Martín Jil, Francisco Estrada, APROSADSE, Choatalún. San Martín Jil, Pedro Chitic, Asociación VIDA, Paquip.



Tecpán, Angela Tecún, VIDA, La Cumbre. Tecpán, Pedro Salvador Chutá, Proyecto Kajih-Jel, San José Chirijuyú. Tecpán, Alberto Mercar, Proyecto Kajih-Jel, Tacpán,, Simeón Canú, COCADi, Chuchuca. Patzún, Francisca Atz, COCADi, Pachay. San Martín Jil, Tomás Cot, Asoc. Renacimiento, Chuinimachicaj. Patzún, Felipe Sir, Renacimiento, Xetzitzil. Patzún, Magdalena Ajú, Renacimiento, Saquiyá. Patzún, Marta Lidia Ajbal, Renacimiento, Chuchucá. Patzún, Marcelino Tum, Asociación VIDA, Patzún, Maximiliano Miculax, Asoc Renacimietno, Las Camelias. Patzún, Gregorio Cuá, Asoc. ADIRCH, Xepac. Tecpán, Aurelio Samoa, Sol de Justicia, Chimachoy. Itzapa, Amilcar Chavez, Sol de Justicia, Julio Maas, Clínica María Teresa Egan, El Estor. Izabal, Marcos Castillo, APRUSPLAG, Ixcán. Quich, Alejandro Teyul, ACSMI, Río Tzetoc. Cobán. Alta Verapaz, Axel Suquen, Asociación VIDA, Patzún, Gonzalo Ball, Asoc. Renacimiento, Patzún, Daniel Salazar, Clínica Behrhorst, Chimaltenango, Gustavo Madrid, Visión Mundial, Guatemala, Victor Curruchiche, Proyecto Kajih-Jel., Tecpán, Francisco Estrada, APROSADSE, Raymundo Vargas, Santiago Toj Renacimiento, Francisco Quilá, ASDI, Rafael Quilá, VIDA, Aura Osuna Semillas de Esperanza, Simeón Canú, COCADi, Alberto Mercar, Kajih – Jel, promotores de salud de Flor del Naranjo de Rabinal, Ixoc Ajau de Rabinal, Centro de Salud de Rabinal, Comuneros de Chipacapo y Coordinadora de viudas de Rabinal, promotores de El Chol, Adejuc y Comité de mujeres de El Chol, adejuc de San Miguel Chicaj, Parroquia y Hogar del niño de San Miguel Chicaj, promotores de la Parroquia de Cubulco, Proyecto Nuevo Amanecer y Flor del Durazno, Promotoras de salud y comadronas de Pochuta, Promotores de Pastoral de salud de Malacatán, Hna Rosario, Matilde González, Ricardo Falla, Javier Gurriarán, Nirma Ramírez, Rafael Valdison, Padre Carlos Diez, Macario Ical, trabajadores de ASCESA, Pilar Hoyos, Equipo ETEC, Promotores, promotoras y comadronas de El Petén, Aprosacop, Telma Solano de Pastoral de Salud de la Verapaz, Delfino Chalí del Movimiento Nacional de Promotores de Salud, Giovanni Salazar, José Díaz y José Ros de Ceiba-Huehuetenango, Joaquín Acevedo, CEIBA, Promotores de Barillas, Promotores de Asociación Vida Nueva de Ixcán, Promotores de Playa Grande, Ixcán Grande y Victoria 20 de enero, Promotores de ASERSI, Chisec, Fundaespro-Reproinsas de Guatemala ciudad, Eleuterio de Lancetillo, Mateo Poz y Venancia de Santo Tomás La Unión, Promotores y comadronas de Aurora 8 de octubre, Pozo Seco, Chiquibul y Limón Norte y Sur. Candelaria de María Egan de El Estor, Blanca, Santiago, Manuel, Juan y Jesús de ETEC, Hna Inmaculada Burke de El Novillero, Santa Lucía Ustatlán, Hna Juana de malacatán, Hna Marie Paul de Jocotán, Maco Gutierrez, María Zúñiga, Daniel de Behrhorst, Felipa y Juana, Promotores de AMAPROS de Todos Santos Cuchumatanes, Marta Macz de Cobán, Ileana de Pochuta, Susana Emrich de Las Cruces, Petén, José Cupertino P. y Anastasio, San Juan Comalapa, Chimal, José Alfonso y José Alfredo, Cáritas Granados, Baja Verapaz, Edgar Ernesto Ochoa, Programas Parroquiales de San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz, Pedro Sambrano, CPR-Ixcán, Quiché, Biviano y Candelaria, Programa Socio de El Estor, El Estor – Izabal, Joel Salazar, San Carlos, ADEJUC, Jalapa, Gaspar García Gaspar Ramírez, Alianza para el Desarrollo Juvenil, Concepción Huista, Martín Matías, OPSA, San Miguel Acatán, Domingo Pop, Programa del Vicariato de Poptún, Petén, Justo Gonzalo Ros, Promotores Diócesis de Huehue, Joselino Martínez, Programa de Jocotán, Bethania, Chiquimula, Tomás Marcos, Ixcán Grande, Quiché, Pablo Vicente, Manos Unidas, Petén, Zacarías, Río Dulce, Izabal, Manuel Andrés Pedro, Pablo Cúmez Canac, Pedro Bal Curruchich, Sebastián Anacleto Chan Juárez, Mariana Chutá, León Chutá Joyero, Plácido Chutá Chipix, Bernardo García Sauna, Gloria Gaspar Bartola, Santos Domingo Jacobo Bámaca, Ismael Jocholá Martín, Benita Jutzuy Sanic, Silvia Mateo Nájera, Martín Matías Gaspar, María del Rosario Otzoy Pichiyá, Ricardo Pérez Lorenzo, Marcos Rax, Joel Salazar Nájera, Francisco Tzay Saloj, Mateo Xico, Vicente Xoquic Sicaiau, Francisco Gómez, Herminio Martinez Ramirez, Sergio Rolando Xico, Luis Samoa Ajquejay, Rigoberto Hernández Yoc, Fermín Morejón Tomás, José Leónodas Camey Camey, Ernesto estrada Atz, Juana Marina Pérez de Morales, Rosa Amalia Hernández Catalán, Joel Maximiliano Itzep Cojín, Bernardo Rivera Raymundo, Augusto Sales, Juan López, Deonicio Palacios Carrillo, Francisco Yat Poou, Marcos Chacal Menchú, Candelaria Quixtán Poz, Diego Tzaput Mas, Francisco Guarchaj Tzoc, Pedro Chitic Ramos, Juana Guarchaj Tambriz, Antonio Solis Brito, Andres Brito Cobo, Pedro marcos Corio, Jacinto Cobo Herrera, Domingo Alvarez Ajanel, Silda Cuyuch Ramos, Ceferino Chalí Chonay, Anastasio Patá Mejía, Nicolás Roquel Sucuc, Carlos Alvarez Zil, Santos Pérez Nájera, Juan Antonio González, José Tomín Vargas, María Elvira León Avila, Domingo García Mejía, Juan Jiménez Pérez, Teresa Truquen Teleguario, Ramiro Tzunun Buch, Lidia Maribel Chiroy García, Macario Serech Pérez, Lesbia Etelvina Barcián Díaz, Pascuaza Cúmez Simón, María Castro Par, Elena Castro Par, Esteban Esteban Francisco, Gaspar Gaspar Juan, Mario Torres Hernández, Nicolás Torrez Paiz, Aura Marina Xico Xiquín, Herlinda Larios Xiquín, Tomás Cipriano Tecún, Marta Alicia Bajxac Par, Juan Pablo Chávez Velásquez,





Índice

El efecto mariposa, el efecto Guatemala	9
Presentación	15
• Antes del tiempo	27
El cero	29
Reflexión sobre el cero	36
• • El pasado que es presente	37
<i>A veces, es necesario volver al principio para comprender el futuro</i>	
La re-creación del mundo a través de la aventura de las ideas	37
Nuestro pasado reciente que es presente	48
Reflexión del pasado que es presente	59
• • • El presente que es ahora	60
<i>En este país pequeño todo queda lejos... salvo las promotoras y promotores de salud...</i>	
Contexto y primeros pasos de los promotores de salud	60
<i>Antes y después de los Acuerdos de Paz</i>	
Los promotores de salud en el contexto internacional, nacional y comunitario (1950 a 2005)	62
El contexto internacional. <i>Antes y después de Alma Ata</i>	62
El contexto nacional. <i>Cuando la política es la no política de salud</i>	64
El contexto comunitario. <i>Las nuevas propuestas religiosas siempre han estado unidas a las sanaciones</i>	66
Experiencias internacionales con personal comunitario: China, Tanzania y México. Evaluaciones.	71
<i>La elección no está entre más o menos sofisticación de servicios sino entre poco o nada</i>	
Dos experiencias pioneras en Guatemala: Jacaltenango (Maryknoll), <i>La promoción de la vida humana.</i>	
Behrhorst en Chimaltenango, <i>Salud para el pueblo</i>	82
Reflexión del contexto y primeros pasos	97
Diferentes experiencias y aportes de las promotoras y los promotores de salud	98
<i>Servir a la comunidad</i>	
Las voces de las y los promotores	102
<i>Aprender sirviendo y servir aprendiendo</i>	
Promotores de salud “bajo la montaña”. Las Comunidades de Población en Resistencia del Ixcán	120
<i>Resistir para vivir</i>	
Promotores de salud en una comunidad retornada, Xamán o Aurora 8 de Octubre	128
<i>En Guatemala será diferente</i>	
Las y los promotores de salud en las fincas	138
<i>Una “tarea” más de dificultades</i>	
Promotoras de salud en la capital	148
<i>La vida es compartimiento y tenemos más satisfacciones cuando compartimos</i>	
Reflexión sobre las diferentes experiencias y aportes de las y los promotores en salud	161
Las asociaciones de promotores de salud	162
<i>Que nos tomen en cuenta. Que nos reconozcan</i>	



Promotores de salud refugiados y retornados. La Asociación de Guatemaltecos Unidos para Mejorar la Salud –AGRUMS– (1988-1997) <i>El retorno es lucha y se lucha siempre.</i>	165
La Asociación Comunitaria de Salud del Municipio de Ixcán –ACSMI– <i>La ACSMI tiene sus debilidades porque estamos pobres</i>	169
La Asociación de Promotores y Comadronas de Petén –APROSACOP– <i>Por la fiscalización e incidencia en los servicios del MSPAS y ONG</i>	179
La asamblea de promotores de Chimaltenago, 1998 <i>Las demandas de los promotores pusieron en evidencia los límites del SIAS, de las ONG y de los promotores</i>	184
El Movimiento Nacional de promotores de salud <i>Por la salud comunitaria, por el derecho a la salud y a una vida digna</i>	187
Reflexión sobre las asociaciones de promotores	195
Instituciones y promotores de salud	196
<i>Servir a la comunidad y/o servir a las instituciones</i>	
Ministerio de Salud, la Universidad de San Carlos y los promotores de salud <i>Servir a la comunidad... y servir al Ministerio de Salud</i>	198
La Iglesia Católica y los promotores de salud <i>O hay Pastoral de conjunto o no hay Pastoral</i>	214
Las organizaciones no gubernamentales y los promotores <i>Acompañando a los promotores, acompañando a las comunidades</i>	226
Reflexión sobre las instituciones y promotores de salud	249
Nudos críticos	250
<i>Quién esté libre de las ideas de su época, arroje la primera piedra</i>	
Atrapados en la identidad <i>Las fortalezas y debilidades de una identidad religiosa</i>	252
La inculturación en salud, en una sociedad intercultural <i>Más que una traducción, un proceso cognoscitivo</i>	268
La participación comunitaria en salud <i>La instrumentalización de la población en función de las metas institucionales</i>	282
Curanderos, ajq’ijab’, comadronas... y las relaciones con las y los promotores de salud <i>Luchas desde la cultura y el género tras el poder hegemónico de curar en las comunidades. Convergencias y divergencias en el curar</i>	292
Tiempo al tiempo <i>Los proyectos son como un tiempo de ciudad que se mete en la comunidad y altera nuestra vida</i>	308
Reflexión de nudos críticos	321
El futuro que es presente	322
El futuro que está presente <i>Las veredas de mi pueblo se me enredan entre los pies. Ri uq’ab’ b’e re re nutinimit, kub’atz’ij chirij ri qaqan jun</i>	322
2012 <i>Toda revolución nos acerca al Reino de los Cielos, aún una revolución perdida.</i>	336
Reflexión del futuro que es presente	345
El viaje a Ítaca-Guatemala	346
Glosario	348





El efecto mariposa

Una mariposa que agite hoy con su aleteo el aire de Pekín, puede modificar los sistemas climáticos en Nueva York el mes que viene. J. Gleick.

Hacia 1960, el meteorólogo Edgard Lorenz se dedicaba a estudiar el comportamiento de la atmósfera, tratando de encontrar un modelo matemático, un conjunto de ecuaciones, que permitiera predecir a partir de variables sencillas, mediante simulaciones de ordenador, el comportamiento de grandes masas de aire, en definitiva, que permitiera hacer predicciones climatológicas.

Lorenz realizó distintas aproximaciones hasta que consiguió ajustar el modelo a la influencia de tres variables que expresan cómo cambian a lo largo del tiempo la velocidad y la temperatura del aire. El modelo se concretó en tres ecuaciones matemáticas, bastante simples, conocidas hoy en día como modelo de Lorenz. Pero Lorenz recibió una gran sorpresa cuando observó que pequeñas diferencias en los datos de partida, algo aparentemente tan simple como utilizar tres o seis decimales, llevaban a grandes diferencias en las predicciones del modelo. De tal forma que cualquier pequeña perturbación o error en las condiciones iniciales del sistema puede tener una gran influencia sobre el resultado final por lo que se hacía muy difícil hacer predicciones climatológicas a largo plazo. Los datos empíricos que proporcionan las estaciones meteorológicas tienen errores inevitables, aunque sólo sea porque hay un número limitado de observatorios incapaces de cubrir todos los puntos de nuestro planeta. Esto hace que las predicciones se vayan desviando con respecto al comportamiento real del sistema.

Lorenz intentó explicar esta idea mediante un ejemplo hipotético. Sugirió que imaginásemos a un meteorólogo que hubiera conseguido hacer una predicción muy exacta del comportamiento de la atmósfera, mediante cálculos muy precisos y a partir de datos muy exactos. Podría encontrarse una predicción totalmente errónea por no haber tenido en cuenta el aleteo de una mariposa en el otro lado del planeta. Ese simple aleteo podría introducir perturbaciones en el sistema que llevaran a la predicción de una tormenta.

De aquí surgió el nombre de Efecto Mariposa que desde entonces ha dado lugar a muchas variantes y recreaciones. Se denomina, por tanto, efecto mariposa a la ampliación de errores que pueden aparecer en el comportamiento de un sistema complejo. En definitiva el Efecto Mariposa es una de las características del comportamiento de un sistema caótico, en el que las variables cambian de forma compleja y errática, haciendo imposible hacer predicciones más allá de un determinado punto, que recibe el nombre de horizonte de predicciones.

M. A. Gómez

EL EFECTO MARIPOSA, EL EFECTO GUATEMALA

El efecto mariposa-Guatemala nos muestra que es imposible hacer predicciones más allá de un determinado punto en el comportamiento de un sistema complejo, porque las variables cambian y un pequeño movimiento como una muestra de amor puede cambiar el resultado.

El efecto se entrelaza con el teorema de Bell (1964) en el que cuando dos partículas han estado unidas, aunque situemos cada una en un extremo del universo, cualquier cambio introducido en una de ellas, produce instantáneamente un cambio correlativo en su pareja. Las partículas separadas, aunque distante en el espacio, siguen estando en contacto de algún modo inexplicable. No se transmite de hecho ninguna señal que requiera un gasto energético, lo que se transmite es tan sólo "información". Lo que no está claro es, en qué consiste exactamente esa información, y resulta extraño que pueda viajar instantáneamente y no requiera de ningún tipo de energía. El físico Nick Herbert sugiere que es la unidad elemental del mundo. Esta unidad no disminuye en la separación espacial y todos los objetos surgidos en el universo están unidos en una totalidad global. La unidad implícita en el teorema de Bell abarca igualmente a los átomos y a los humanos.

A su vez, el vacío no es solamente la fuente de que procede toda la materia, sino que al mismo tiempo el sumidero que se la traga. El vacío, como medio holográfico que llena el cosmos en su totalidad, registra los múltiples avatares por que pasan los objetos a lo largo del espacio y del tiempo. Resultado de ello es que la subestructura holográfica del vacío coevoluciona con los cuantos, e igualmente con las configuraciones cuánticas existentes a escala macroscópica, que originan el universo observable.

Todos los pensamientos, imágenes, sentimientos e intuiciones que cruzan nuestra conciencia poseen sus correspondientes contrapartidas electroquímicas en la actividad que despliegan nuestras redes neuronales y dichas redes registran continuamente. Esto quiere decir que hasta nuestras más vagas intuiciones y nuestros más fugaces pensamientos están codificados y conservados en el vacío cósmico.

Es cosa muy cierta que los que han muerto sobreviven a través de nuestros recuerdos... Esto no implica la inmortalidad personal en el sentido convencional, aunque existe efectivamente un factor de inmortalidad, pero éste no pertenece a la mente individual sino a la totalidad mayor de la que forma parte dicha mente individual. Los recuerdos, las relaciones conceptuales y las acciones que ha ido hilando y tejiendo ese ser humano, de algún modo se quedan, tan diferenciados como siempre lo estuvieron, formando parte de la vida más amplia del planeta Tierra.

En nuestra vida social nos vinculamos con otras personas y me prolongo en cada uno de aquellos con quienes interactúo... que a su vez se multiplican en otras personas. Lo social queda así incluido en esta constitución del sentido del mundo como una posesión común. Toda experiencia está cargada de pasado, pero ese saber no es sólo mío, no es una memoria personal sino que es una posesión común que me conecta con una historia que me precede. Pienso a través de la huella, recojo marcas y desde ellas puedo vislumbrar otros espacios.

Los ríos no están hechos de agua, son el agua. Nosotros no estamos hechos de fragmentos del universo, somos ese universo. Aunque la estructura del cuerpo se destruye con su muerte, la materia de que está hecho permanece. Si hay unidad en el universo, la muerte es imposible. La extinción personal sólo es posible en un universo en el que sea posible el aislamiento personal. Y nosotros no vivimos en semejante universo.





El dibujo de portada fué realizado por Alejandra Calmo Mendoza en julio de 2001 en la ciudad de Guatemala. En espera de revisión médica en el hospital San Juan de Dios, y ya en fase terminal, puse en sus manos unos lápices de colores y unas hojas “blancas” reciclables, pues a falta de niños, tele o radio, yo temía se aburriera. A ella, probablemente ni se le pasó por la cabeza.

Sus primeros ensayos fueron la

u e o e o e o e a e o e
mi mi mi mi mi mi mi mi mi mi mi n
o o o o o o o o o o o o o o o

Le sugerí que dibujara. El resultado fue la portada, su primer y único dibujo.

A los días regresó a Primavera del Ixcán, Quiché, donde a los pocos meses falleció.

Quienes la conocimos quedamos marcados por su presencia. Su sabiduría, su alegría, su paz y tranquilidad, los cuidados, las limpias y juegos con Kenia Lua, su forma de relacionarse, hacían de ella una persona especial.

Analfabeta y sabia en la vida. Una vida marcada por la pobreza y discriminación pero también por la lucha y la sabiduría. Todosantera de nacimiento, vivió y luchó en las Comunidades de Población en Resistencia del Ixcán, mostrándonos su alegría en medio de la adversidad y su cotidiana sabiduría. “Alidia”, *chjonte*.



Francisco Esteban, “Donal”
q’anjob’al de Santa Eulalia, Huehuetenango
líder de las cooperativas del Ixcán Grande y
de las Comunidades de Población en Resistencia del Ixcán,
fallecido en julio de 1999 en Pueblo Nuevo, Ixcán Grande.

Yuy wal tyoxh.

A Alejandra y Francisco, Alidia y Donal,
dos mariposas que dejaron huella.

A las y los resistentes de la injusticia,
a las promotoras y los promotores de salud.

Es un *don* haber conocido la resistencia y Guatemala.

Mis sinceros agradecimientos a todas las personas con las que he convivido en Guatemala, y a quienes en su mayoría no podría nombrarlas por desconocer sus nombres u olvido, gente anónima como la mayoría de guatemaltecos y guatemaltecas y de quienes he aprendido tanto. Gente sabia que nunca será entrevistada, ni saldrá en los medios de comunicación, personas que luchan por su tortilla diaria y no siempre la alcanzan, pobres en recursos materiales y ricos en el compartir y en el vivir permanentemente “con el agua al cuello”.

Ellas y ellos cambiaron mi vida como en un efecto mariposa. Junto a Alejandra Calmo y Francisco Esteban, también quiero destacar a Eduardo Mendoza y Catarina Jerónimo, “Mamerto e Irma”, a Andrés Aguilón y María, “Morales y Cecilia”, todosaneros que me acogieron bajo sus alas, alas grandes como las de las mariposas del Ixcán, *las azules 88*, mariposas de la selva.

También a Ángel, que murió mordido por un cantil. “Tomasa”, fallecida al caerle en la cabeza una rama de árbol durante las clases de alfabetización. “María”, fallecida en el parto, quien me enseñó canciones infantiles. Ellas y ellos que me dieron tantas veces de comer, un lugar donde dormir y el calor del fuego.

A “Carmelo” que murió combatiendo; a “Rodrigo”, promotor de salud que con 15 años fue capturado por los kaibiles, torturado y asesinado; a Homero (f), de Servicios Médicos.

Por su compromiso de vida, pero también por las diferencias con algunos aspectos de lo expresado en este libro que sólo acrecientan mi respeto, quiero expresar mi admiración y cariño a Marie-Paule Broekmans, Inmaculada Burke, Juana Buellesbach, Susana Emrich, María Zúñiga, Marco Tulio Gutiérrez y Bárbara Ford (f).

Agradezco a Juan Carlos Verdugo, Manuela Camus, Santiago Bastos, Ricardo Falla, Ana Simón Pascual, José Miranda, Aura Marina Yoc, Meredith Fort, Lidia Morales, Alejandro Cerón, Tania Ardón, Karina Siguil, Lucrecia Hernández, Lesly Ramírez, María Luisa Cabrera, Myriam Rommers, Domnall, Margarita Zavala, Carlos Rodas, Walter Herrera, Tara Burke, Lucía Torres, Silvia Rivas, Luisa Aumesquet, María Mejía, Rafael Valdisson, Carmen Zumeta, Nirma Ramírez, Brenda Noj, Paola Sac, Jorge Diango, Charlie Hale, Melissa Smith, Linda y David Mastrodonato, Maxine Orris, Silvia Solorzano Foppa, Isolda Fortín, Juan Luis Lara (f), Lola Rull (f), Fernando Bernal, Ana Suazo, María Corio, Andrés Rebolledo, Ana Robles, Ángel Ezpeleta, Carmen Lozano, Alfonso Colsa, Pepe Colsa, Iñigo Lasa, Quique Eguren, Carlos Martín Beristain, Marisa Maeztu, Emilio Rodríguez, Pilar Yoldi, Fito Jiménez, Maider Andonegi, Lore Urkiri, Rita Alday, Diego y Candela Bastos, Chepito y Gabi Miranda, Emiliano y Paulina Espinosa, Larissa y Juan Francisco Verdugo, Kenia Lua y Nash Herrera, Juan Manuel, Israel y Pablo Corio, Amalia y Sofía Hale-Smith, Eliezer Calan, Xa’s, Lú y Juana Rebolledo-Corio, Tono, Secundino y Eduardo Montejo por lo aprendido en la convivencia.

Maltiox chiué a Manuela Camus y Lucía Verdugo por la revisión final del documento. A Myriam Rommers por su apoyo en la emergencia con las ilustraciones. A Ricardo Falla y Luis León Herraiz por las recomendaciones iniciales, también a Fallita y Carlos Martín Beristain por las lecturas críticas respectivas de los nudos de identidad e inculturación.

Entre las infinitas posibilidades, fue un milagro haberles conocido.

Tantix. B’antiox. Eskerrikasko denoi.

**Jorge Ediberto Rosal
Meléndez, Belisario
Aldana (Chayo)**
1927 - 13 de Noviembre 2006

**Creímos que desde Medicina
íbamos a cambiar el país.
Pensamos que íbamos a cambiar
el sistema de salud del país y
aprendimos que para ello debe
haber un cambio político. Nos
marcó para toda la vida (2005).**



Durante la presentación de
El Efecto Guatemala,
30 de noviembre de 2005, 13 Iq’



**Ricardito,
Richimen,
Winnie,
Asere.**

Ricardo Pérez Mira
1979 - 23 de Febrero 2007

PRESENTACIÓN

Un tamal en forma de libro

El presente tamal tiene forma de libro en el que la primera de sus hojas, ya no de maxán, va ser papel de envolver, papel kraft con un dibujo en papel reciclado. La segunda hoja la constituye el nombre de GUATEMALA tejido con los nombres de cientos de personas que contribuyeron a la elaboración del libro. La tercera hoja es la cenefa que envuelve el texto, de principio a fin, y que representa a Quetzalcoatl, la serpiente emplumada, abajo como serpiente, arriba como pájaro, lo material y lo espiritual, masculino y femenino, nacer y morir, movimiento y quietud, unidad de contrarios pero a su vez complementarios. La siguiente hoja se viste de calendario maya, del 3114 antes de nuestra Era al próximo 2012 como final del Quinto Sol, cultura que hace del cero un proyecto civilizatorio, el cero como potencialidad, "lo que no es pero que puede ser", la semilla que puede ser flor, árbol... Y la última hoja del tamal, la integralidad del tiempo observada en algunas consultas médicas, donde el pasado, presente y futuro se integran en el ahora dando su forma al tamal y ordenamiento a los capítulos del libro.

La masa del tamal la conforma el contenido de sus casi 350 páginas/granos de maíz, las experiencias "de y con" los promotores y la carnita, siempre tan apreciada, por esta vez no sería un pedacito de pollo o de coche sino un ixpeq, una rana, representando la parcialidad de lo que vemos, esa rana que en el agua no se nos muestra completa como esa verdad que sólo vemos parcialmente y que requiere de diferentes sentidos, categorías y perspectivas para reconocerla otro poco más.

Un petate de interpretaciones en el que ustedes también son tejedoras y tejedores

El libro que tienes en las manos es una interpretación del autor, autores, que recogieron las interpretaciones que las y los promotores de salud hicieron a sus preguntas en diferentes contextos históricos, en la guerra y tras los Acuerdos de Paz, y en diferentes circunstancias, en el campo, en los caminos, en sus hogares, en los centros de capacitación y en las camionetas. Pero no sólo ellos y ellas, también otras personas han dado sus valoraciones, opiniones sobre los temas que se desarrollan.

Los autores no son promotores de salud, en el sentido de "personas de las comunidades, aldeas, colonias o asentamientos que trabajan en salud con sus vecinos", pero tampoco son observadores pasivos. Han convivido con ellas y ellos por más de 20 años, a las duras y a las maduras, por lo que sus análisis nacen de su convivencia e interpretan lo que usted, lector, lectora volverá interpretar y en donde el cero, la ceiba y Quetzalcoatl, al final de cada subcapítulo, nos invitan a la reflexión. Estamos pues inmersos e inmersas en un texto que reconoce una cadena de interpretaciones en la que, ojalá, usted no sea el final de la cadena. El resultado quiere ser una reflexión de lectores, promotores de salud y autores con efecto en otros actores, para que desde múltiples voces, sirva para repensar y transformar nuestro quehacer.

En este petate de interpretaciones, los autores firmantes, se sienten cercanos a la reflexión de Clifford Geertz en "El antropólogo como autor" cuando se pregunta:

¿Quiénes somos nosotros para describirles a ellos?

¿Puede cantarse en Francia una canción de amor etíope?

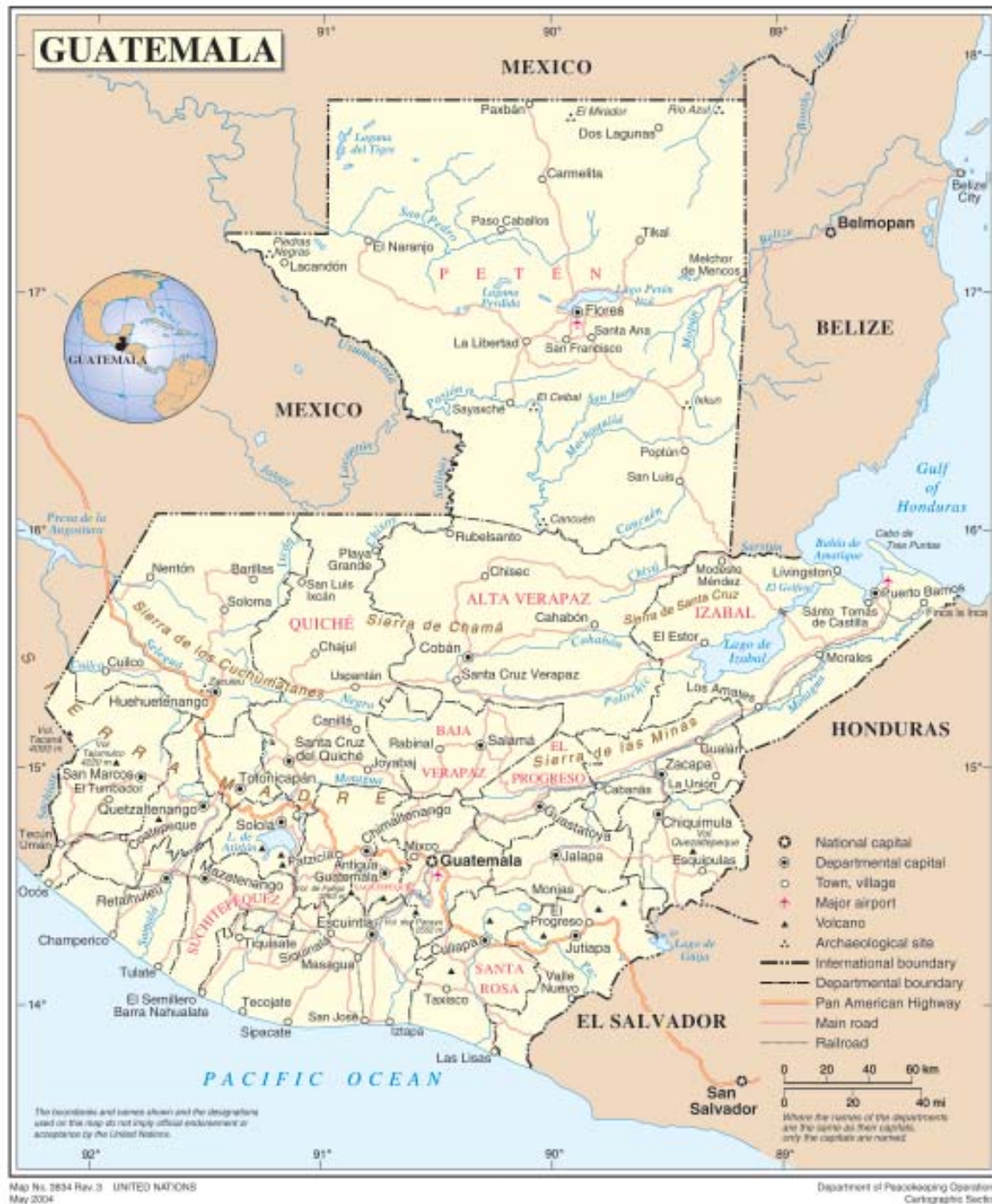
Saber cómo se sabe...debe plantearse más allá de sus términos prácticos de

¿qué pruebas se tienen? ¿cómo se recogieron? ¿qué muestran?... el ¿cómo se vinculan las palabras con el mundo, los textos con las experiencias, las obras con las vidas?.

El problema del realismo científico-natural no está en la complejidad del llamado objeto de observación, ni en la imposibilidad de aplicar métodos suficientemente rigurosos y repetibles, ni siquiera en la aparente inadecuación del lenguaje descriptivo.

Está más bien en la impotencia de toda ideología que referencia al discurso al describir, comparar, generalizar y presupuestar los significados.

La ilusión (de la etnografía) consiste en hacer encajar hechos extraños e irregulares en categorías familiares y ordenadas -esto es magia, aquello tecnología.





La cercanía se extiende a Edgar Morín en que "el conocimiento no es un espejo de las cosas o del mundo exterior. Hay errores de percepción e intelectuales. El conocimiento en forma de palabra-idea-teoría es el fruto de una traducción/reconstrucción través del lenguaje y del pensamiento, y por ende, implica riesgo de error. Este conocimiento, traducción y reconstrucción, entraña una interpretación, cosa que introduce la subjetividad del que conoce, de su visión del mundo, de sus principios de conocimiento a la que se suma la proyección de nuestros deseos, miedos, emociones. Es imposible eliminar el riesgo de error rechazando todo tipo de afectividad. El egocentrismo, la necesidad de autojustificación, la tendencia a proyectar sobre el otro la causa del mal, hacen que nos mintamos a nosotros mismos sin detectar esa mentira de la cual somos autores... Nuestros sistemas de ideas (teorías, doctrinas e ideologías) no sólo están sujetos al error sino que también protegen los errores e ilusiones que están inscritos en ellos. Forma parte de la lógica organizadora de cualquier sistema de ideas el hecho de resistir a la información que no conviene o que no se puede integrar".

Todo sirve

Por varios años, a los autores les llamó la atención, la respuesta generalizada de promotores y de la población, que en su "camino del enfermo" para curarse de sus padecimientos, todo sirve.

La explicación inicial fue de que para los pobres, todo es útil y a todo se le encuentra algún uso. Pero el todo sirve seguía haciendo "ruido", ese ruido de algo que chirría en la racionalidad biomédica, en donde, no todo sirve. La eficacia y eficiencia requieren de demostración comprobable como premisa en la ciencia positivista y biomédica. Hacía "ruido" y no dejaba olvidarse.

En ésta aproximación al todo sirve, el ordenamiento de la información, de la articulación e integración de conocimientos de diversas procedencias culturales podemos compararlo al ordenamiento de la ropa en la casa. Mientras unos tienen cajones en los armarios, en donde se separa la ropa interior, de las camisetas, camisas, zapatos... y cada cosa tiene su sitio, en las comunidades campesinas todo se cuelga de un lazo que atraviesa el cuarto y se visualiza de un golpe de vista, o va a una costal en donde se encontrará la ropa, y desde un zapato a una cuchara, sirviendo además de almohada. Esa forma de ordenar, cada quién a su manera, para unos porque cada cosa tiene su lugar en el armario, "separado", y para otros porque está visible en el lazo, porque todo está en el costal, "junto"... nos sugerían formas de ordenar los conocimientos que nos podían llevar a comprender el todo sirve.

De las pláticas con personas de procedencia urbana que viven en las comunidades, coincidíamos en que una buena parte de la población indígena, presenta una tolerancia y/o respeto a la diferencia que no es común en otros grupos socioculturales más formados en la exclusión religiosa, política, científica... lo que se compaginaba a su vez con el estricto cumplimiento de las normas sociales comunitarias. Todo parecía acercarnos a una visión y acción más incluyente en donde se puede desarrollar la espiritualidad maya y ser cristiano, ser curandero y utilizar antibióticos, ir al doctor y al curandero... Una vivencia en donde los promotores y promotoras, reconocen la validez de la medicina biomédica, natural, acupuntura, energética... en una actitud de aprender de todo, de todas y todos, y de adecuarse con pertinencia sociocultural a las necesidades de las personas de su comunidad.

El sentido que en este libro se quiere dar al todo sirve, es ese que hemos aprendido de la población antes de leer a Edgar Morín y la ciencia dialógica, Chopra y Capra, las relaciones entre biología y sistema nervioso-inmune-fisiológico, Maturana y Varela, y tantos estudiosos que por otros caminos se van acercando a las metáforas y mitos del Popol Vuj, a las del jefe indio Seattle, a Lao Tse... y a las propuestas de otras civilizaciones que de las cenizas renacen en la ciencia del siglo XXI.

El pasado que es presente, el presente que es ahora y el futuro que está presente

Los capítulos del libro siguen una secuencia, que puede considerarse como lineal, cronológica, del cero al 2012, del pasado al futuro, de los pioneros al tiempo actual, luego el futuro, pero llevan también el significado de lo que inicialmente fue otro "ruido". Mientras para unos, el pasado ya pasó y lo importante es el presente y el futuro, en la consulta médica íbamos registrando que el pasado, presente y futuro eran importantes y estaban presentes.



Inicialmente fue un rompecabezas, el ordenar en antecedentes y motivo de consulta, la lluvia de padecimientos "desordenados" que relataban algunos enfermos y enfermas. Si al principio fue una piedra en el camino, se convirtió con el tiempo, en un diamante en bruto, al poder apreciar en vivo, los relatos de historias de vida, en donde pasado, presente y futuro se fusionaban en el ahora, y en donde la persona que teníamos enfrente relataba pormenores que le eran importantes para que uno comprendiera el momento que vivía. Era su historia de vida hecha presente. La integralidad de su vida a través de diferentes sucesos pasados, presentes y futuros, que manifestaban la multidimensionalidad de la persona y en donde se relacionaba familia, comunidad, hechos históricos y biológicos, creencias y trabajo, cotidianidad y mitos.

Para un médico de formación biomédica, donde la cronología de la vida y de las enfermedades son lineales, era incomprensible que en el motivo de consulta estuvieran la caída del árbol (tras varias preguntas se entendía que había sucedido hace 20 años), el sarampión (tras varias preguntas quedaba aclarado que ocurrió en la infancia), la tristeza por la muerte de un familiar, un absceso en la nalga, una tos, calentura por la noche, el dolor de cintura y del brazo derecho, y que antes no le pasaba pero ahorita sí. Además tenía reumatismo, que luego comprendía que todavía no lo tenía a sus 50 años, pero que lo iba a tener cuando fuera más mayor, pues eso les pasaba a los ancianos.

Al principio, estas incomprensiones nos explicábamos en que lo limitado del castellano, la castilla, de algunas de estas personas no les permitía más que hablar en presente, en infinitivo... pero tras años de ceguera, "me cayó el veinte" y pude comprender que el significado era otro. No era posible entender el presente sin entender el pasado, no era posible entender el motivo actual de consulta sin entender los antecedentes, pero además el futuro se proyectaba haciéndose presente a través de las enfermedades que preveía y temía iba a tener. El futuro no eran proyectos, estaban presentes a través de las experiencias personales, familiares y comunitarias.

Todo es vivido como presente, como parte de esa historia personal e incluso comunitaria que cada quién carga y sin cuyas historias "no me reconozco" y sin las cuales, los otros "no me pueden entender" y en donde la enfermedad no es un episodio puntual, transitorio, sino una parte sustancial de la visión integral de la vida.

Esta vivencia del tiempo en la consulta se dio repetidas veces y otras maneras de percibir el tiempo se expresaban en otros espacios sociales, como en las visitas sociales, en las dinámicas familiares y comunitarias. Ello me llevó a preguntar a otras personas, cuales habían sido sus percepciones. Así, la Hna. Marie-Paule Broekmans, religiosa belga con décadas de trabajo en Jocotán, sabía en humanidades, obviamente ya lo había apreciado y reconocía que el tiempo era un reto para quien quiera trabajar con la población campesina e indígena. Bastantes personas lo habrán apreciado y mientras unas habrán llegado a otras o similares conclusiones, habrá quienes hayan minusvalorado el hecho o zanjaron el tema por tener enfrente a gente "ignorante".

Esa medida del tiempo, ese pasado, presente y futuro como presentes nos llevaron a estudiar la historia de Guatemala y reconocer que el pasado está presente a través de la reproducción social de la discriminación, de los otros que primero fueron indios, luego vagos y ahora culturalmente solidarios, pero que siempre les obliga a hacer trabajo gratuito. Ese pasado que vive en la cultura, en los conocimientos transmitidos generacionalmente, que construyen la realidad y dan los instrumentos para sobrevivir como el generalizado, "vivimos gracias a nuestros abuelos (y abuelas)". Y en la lucha y resistencia de siglos ante las injusticias, que llevó a la resistencia de muchos pueblos al imperio k'iche', a los motines y pajuiles de la colonia española, al conflicto de los 80 y a las comunidades de población en resistencia, que tuvo una de sus imágenes fuerza en "salvar el fuego", salvarlo para poder seguir viviendo, para poder seguir comiendo tortillas. Y ese pasado condiciona no sólo el pasado sino también el futuro del que es parte.

El futuro también se hace presente, a través de las luchas y experiencias en las que estamos, procesos que nos habla de transformaciones, semillas de esperanza que hacen al futuro presente y de los que ya se encuentran ejemplos en Guatemala.

Vivir en las Comunidades de Población en Resistencia y en las comunidades, aldeas, área precarias donde vive la mayoría de la población guatemalteca, que se mantiene en emergencia permanente, enseña





lo suficiente como para ser más modesto con los conocimientos adquiridos en la escuela, universidad... y reconocer que cuando cambian las circunstancias de nuestro entorno por una guerra, por una catástrofe social (los destrozos de los terremotos y huracanes no son tan naturales), por perderse en el desierto o en la selva, por la pobreza repentina... volvemos a nacer, nos volvemos niños indefensos y tenemos que volver a aprender a caminar, a hacer fuego, a descubrir a los otros, a valorar la vida de todas las personas.

Del cero al 2012: nombrar las cosas es recrear el mundo

Y el tiempo pasado, presente y futuro nos llevó al calendario, al cero y al 2012. Conceptos civilizatorios, conceptos que al nombrar las cosas han re-creado la realidad. Los mismos objetos o hechos son nombrados de manera diferente por los diversos grupos socioculturales y se va construyendo una forma particular de sentir y vivir la realidad que acaba naturalizándose, se hace sentido común, "así es, así ha sido siempre" y se convierte en cultura.

Desde el sentido común, pareciera que quien se mueve el Sol, pero desde Galileo sabemos que es la Tierra. En el Popol Vuh todo son sujetos, desde animales y personas a las ollas y comales. En la cultura patriarcal, el "sentido común" tuvo a las mujeres en el ámbito privado y a los hombres en el público. Si para la mayoría de comunitarios y oenegistas, el trabajo de los promotores de salud es voluntario, desde una perspectiva de estado social puede ser reconocido como trabajo forzado por incumplimiento del derecho constitucional a la atención de salud por el estado. El servicio comunitario, patanij, se basa en la reciprocidad pero el servicio gratuito de los promotores nace del altruismo religioso y no de la lógica comunitaria que reconoce económicamente a las comadronas y curanderos.

El sentido común es parte de cada cultura, pero que como todo lo humano no es neutral, y quienes han tenido el poder de nombrar, históricamente han construido desigualdades de las diferencias, naturalizando las desigualdades de género, étnico-culturales, de clases... encubriendo sus intereses de grupo, clase... como parte de la cultura que impone una manera de ver y de actuar. Pero la cultura, el sentido común, cambian, siendo parte del campo de lucha entre los diferentes grupos por nombrar la realidad y hegemonizar un proyecto histórico social.

Al nombrar construimos la realidad y puede ser construida en blanco y negro, bipolar, plagada de exclusiones o como en las culturas tolteca y maya, donde Quetzalcoatl, Q´uq´ul kan, Q´uq´kumatz se nos representa como serpiente y pájaro, tierra y cielo, material y espiritual, masculino y femenino, movimiento y quietud, nacimiento y muerte, dos elementos aparentemente contradictorios pero a su vez complementarios.

La carnita del tamal es la rana, ixpeq, que en el agua es difícilmente visible en su totalidad cuando la observamos desde la orilla. Así la verdad se nos muestra parcialmente y como la realidad, compleja y difícil, no logra ser comprendida en su totalidad desde una sola perspectiva.

Para acercarnos otro poco a la rana, tras cada subcapítulo, se presentan varias preguntas para interlocutar con las y los lectores, para que a través de cada interpretación surjan más matices que nombren los hechos. En las preguntas, tras ellas, mediando, se encuentran las imágenes de Quetzalcoatl con su unidad de contrarios que a su vez son complementarios, la "ceiba" como escalera que une el cielo y la tierra, lo espiritual y material, el "cero" con sus potenciales de caracola y semilla para poder ser árbol, flor... y que nos ofrece a través de la potencialidad del diálogo, el acercarnos a una verdad dialógica, a la posibilidad de construir una realidad con más facetas integrando diferentes perspectivas.

El conocimiento no es espejo de la realidad, ni las ideas representan lo real. Los humanos hemos debido elaborar diferentes lenguajes: símbolos, metáforas, parábolas, mitos, arte, idiomas, que desde la razón y la intuición nos ayudan a construir la realidad. Por ello, para los autores, el concepto de salud incluyente como articulación de diferentes perspectivas y el de una ciencia dialógica que hace de la ética su razón de ser, supone avanzar en la construcción de un proyecto social que pone a las personas en convivencia con las naturaleza en el eje central del trabajo y estudio, que reconoce la necesidad de integrar las múltiples dimensiones en la construcción de una realidad que es históricamente diversa y en la que los pueblos de Guatemala nos regalan pirámides de conocimientos y propuestas o en palabras de Pedro Casaldáliga:



"nunca tuvo la montaña -la resistencia y la solidaridad- tantos caminos en Guatemala" refiriéndose a las Comunidades de Población en Resistencia.

Las relaciones entre diferentes y desiguales.

Las experiencias de las promotoras y promotores de salud son la masa de maíz "molido y repasado" que da cuerpo al tamal-libro. Su textura y sabor dependen del paladar ya que refleja como espejos, las relaciones del microcosmos local y del macrocosmos estatal, en el que se expresan las relaciones entre diferentes y desiguales, entre las y los promotores de salud con las y los trabajadores de salud de las ONG, Iglesias y Ministerio de salud, entre las comunidades y las instituciones como ONG, Iglesia, instituciones del Estado. Como Alicia, en el país de las maravillas, queremos cruzar los espejos micro y macrocósmico.

El relato se inicia en ese pasado que se hace presente y a través de un breve repaso de los contextos internacional, nacional y comunitario que ayudan a explicar el nacimiento de los promotores de salud, y compartiendo algunas experiencias de promotores en otros países, nos acercamos a las experiencias guatemaltecas de la mano de sus pioneros, las Hermanas Maryknoll en Jacaltenango y de la Clínica Behrhorst en Chimaltenango, que nos trajeron el mensaje de promotores de salud a como el coyote, el gato montés, el chocoyo y el cuervo nos habían traído el maíz.

A nivel comunitario, se destacan las necesidades de atención de la población, mayoritariamente desatendida por el Ministerio de Salud, y cómo esa modernización comunitaria a partir de los años 60, tiene su expresión en el campo de la salud, en la figura de las y los promotores de salud. Se relatan diferentes experiencias de promotores, desde sus voces en las comunidades, desde las comunidades en resistencia, desde las comunidades refugiadas y retornadas, desde las fincas, desde los asentamientos urbanos así como diversas experiencias asociativas. Lo común es una identidad, en donde el servir a la comunidad históricamente basado en la reciprocidad, en esa modernización comunitaria se convirtió de la mano de las congregaciones religiosas y de las ONG, en servir gratuitamente. Las necesidades de atención a sus propias familias y el hambre de aprender fueron otra cara de la identidad. El agravio comparativo con respecto a otras tareas comunitarias y la ausencia de reconocimiento por las autoridades de salud se han convertido en las fuentes actuales de una identidad en crisis.

En el apartado de relaciones de las y los trabajadores del Ministerio de Salud, la Universidad de San Carlos, la Iglesia católica y las ONG, con el personal comunitario se reconoce que en la mayor parte de ocasiones, han sido estas instituciones quienes han escrito las partituras de la marimba que han tocado los promotores. Entre las buenas intenciones, entre el discurso y los hechos, en ese filo entre la caridad y la justicia, asoma bastantes veces, la instrumentalización del personal comunitario.

Los ancianos recomiendan, que en la mesa mientras se come, no se hable, por respeto a la comida y porque te podés atragantar, por ello el temascal, tuj, chuj que ha sido históricamente un lugar de reunión familiar, donde en medio del baño se platica de los problemas, es el lugar donde desnudos, sin nada que ocultar, vamos a desanudar algunos nudos críticos como la identidad de los promotores, las resignificaciones de sus conocimientos, la participación comunitaria, las luchas de poder dentro de las comunidades por el poder de curar y el tiempo de los proyectos y del trabajo en salud.

Finalmente vamos a acercarnos al futuro ya presente, a través de experiencias concretas que ya son realidad en el campo de la salud en Guatemala y que pretenden superar esas desigualdades entre diferentes. En medio de las dificultades y limitaciones, el futuro tiene forma de semilla que florece.

Historia del libro

En el equipo de autores se perfila, no como promedio sino integración, la imagen de un europeo de clase media, con formación profesional en la biomedicina y que ha trabajado desde 1980, en diferentes contextos y países centroamericanos, fundamentalmente acompañando, por 20 años, a las y los promotores de salud. Acompañamiento que no tuvo muchos fines de semana ni descansos pero que siempre tuvo claro que no era un promotor. Era un profesional, un blanco, un europeo, viviendo en países donde las desiguales le





favorecían, aunque conscientemente no quisiera, y donde tenía las suficientes oportunidades para no tener que "emigrar hacia el norte".

Las primeras experiencias de los autores con las y los promotores se remontan a los años 1980-1984 en las comunidades y fincas de Nicaragua y en los barrios orientales de su capital Managua, comunidades indígenas y campesinas de Chiapas, México y con refugiados salvadoreños en Nicaragua y de finales del 84 al presente en Guatemala. De 1984 a 1991 se recogen la experiencia de promotores de salud en las comunidades de población en resistencia y de finales de 1994 a principios de 1997, las experiencias de promotores retornados y residentes de la Franja Transversal del Norte de Alta Verapaz y el acompañamiento a la comunidad de Aurora 8 de octubre, Xamán, que sufrió, un 5 de octubre de 1995, la masacre por parte del ejército con 11 muertos y 27 heridos entre niños, mujeres y hombres. De 1997 a 1999, acompañando el Movimiento Nacional de Promotores de salud desde la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA. En el año 2000, en Austin con una revisión bibliográfica sobre la experiencia de los Community Health Workers, CHW, a nivel internacional y también de Guatemala. Del 2001 al 2004 trabajando en la investigación e implementación de "Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos" de la Instancia Nacional de Salud.

Los autores reconocen que su posición de partida son ellos mismos como categoría de análisis, "tres en uno y uno para todos", reconociendo los sesgos que su interpretación pueda conllevar en el afán de no quedarse en documentar historias de un pasado que no volverá, sino mostrar "verdades enfrentadas" como servicio y trabajo forzado, religiosos y comunitario, empoderamiento y control, en donde los caminos de los subalternos son empedrados, torcidos y cuesta arriba, reconocer un pasado que es presente, un presente y un futuro que son presentes y sobre todo, aportar a la construcción de una realidad donde convivan las diferencias con la equidad, y no, que las diferencias justifiquen las inequidades. Sin este último objetivo, no hubiera habido libro.

Los primeros borradores del libro se iniciaron en 1999 y tenían como eje de análisis las "regiones" en su sentido histórico, étnico-cultural, político, económico... El interés en las regiones, como Alta Verapaz, Baja Verapaz, áreas de colonización (Ixcán y Petén), el Oriente, el Altiplano Central, el Altiplano Occidental, la Boca Costa - Costa Sur, la capital, las poblaciones desplazadas por el conflicto (comunidades de población en resistencia, retornados) se debía a que las promotoras y los promotores compartiendo una identidad y siendo la comunidad el elemento vertebrador de la misma, expresaban diferentes concepciones de ella, así como experiencias asociativas y expectativas diferenciales en base a sus diferentes experiencias histórico-sociales regionales.

La información recabada a lo largo de varios años fue ordenada desde 1999 en base a regiones, y no fue hasta finales de marzo del 2005, cuando este libro llevaba dos meses de gestación, que nos quedó claro que no era posible hacerlo de esa manera al no disponer de suficiente información ni conocimiento para escribir historias regionales y que por otro lado, el reordenar la información y el análisis en base al actual formato del libro, por experiencias de promotores, de instituciones y por nudos críticos podía ser más factible.

La información recogida es en buena medida vivencial y es que:

*Para los autores, no ha sido un estudio,
sino una experiencia de vida en la que se ha convivido con mucha gente,
y de las que se cargan las huellas de muchas mariposas.*

Un libro con mucha gente.

Todas las personas citadas envuelven y nutren este libro colectivo. No están todas por lo que pedimos disculpas a las personas no nombradas.

Se recogen las voces de aproximadamente 1500 promotores de salud y de otros actores. La primera voz de promotor fue recogida en 1985, la última en agosto del 2005. La selección de voces ha intentado ser lo más amplia posible y diversa posible, pero quien escribe tiene la última palabra y acaba seleccionando



las voces en base a una lógica interesada, confirmando las hipótesis que quiere demostrar. Si esto ha sucedido no ha sido consciente, pero seguro se ha dado.

A continuación, las personas participantes y las técnicas utilizadas se citan de diferentes maneras, por regiones o por instituciones, priorizándose la visibilidad, como en el lazo que en las casas campesinas sostiene la ropa.

Alta Verapaz:

- Taller con 32 promotores de El Estor en julio 1998
- Taller con 12 promotores de cuarto nivel de ASECSA, en octubre 1999.
- Taller con 19 promotores de tercer nivel de ASECSA, en noviembre de 1999.
- Taller con 10 promotores de segundo nivel de ASECSA, noviembre 1999.
- Entrevistas con Hna Rosario del REMHI de la diócesis de Verapaces en noviembre de1999.
- Entrevista con Pilar Hoyos del REMHI de la diócesis de Verapaces, en noviembre 1999.
- Entrevista con el Padre Carlos Díez, dominico de Ak´kutan.
- Entrevista con el promotor Macario Ical de Tactic, nov. 1999.
- Entrevista a la Hna Juana María, MSC, Telemán, en junio 99.
- Entrevista a Rabel Valdisson, coordinador de ASECSA, regional de Cobán, en junio de 1999.

Baja Verapaz:

- Taller con varias ONG y asociaciones de promotores y comadronas. 20 personas en marzo de 1998.
- Encuentro de 13 asociaciones con 140 promotores y comadronas de Baja Verapaz, en nov.1999.
- Entrevista a cuatro trabajadores de ASECSA de la regional de Baja Verapaz, en noviembre del 99.

Boca Costa, Costa Sur:

- Asamblea con 65 animadores de salud de la Diócesis de Suchitepéquez-Retalhuleu, en agosto del 1999.
- Asamblea con 30 animadores de salud de la Pastoral de San Marcos en diciembre del 1999.
- Taller con 14 promotoras y comadronas de APSADEC, Pochuta, en marzo de1999.
- Taller con 16 promotoras y comadronas de APSADEC, Pochuta, en noviembre de 1999.

Oriente

- Entrevista a 2 trabajadores de la cooperativa El Recuerdo de San Pedro Pinula, en noviembre de 1999.
- Entrevista a la Hna Marie-Paule Broekmans, Jocotán, en noviembre de 1999.

Altiplano

- Taller con seis miembros de la Directiva de APROSADSE de San Martín Jilotepeque, octubre de 1999.
- Asamblea de 41 promotores de salud de Chimaltenango, en mayo de 1999.
- Varias reuniones con los ocho miembros de la Comisión departamental de promotores de salud de Chimaltenango, mayo y junio de1999.
- Taller con 36 personas de ONG de Chimaltenango en febrero de 1999.





- Entrevista a José Bernardo Ramírez, en Chimaltenango, nov 1999.
- Entrevista a Matilde González, investigadora de AVANCSO, en octubre 1999.
- Entrevista a Alfonso Porres, trabajador de Luciérnaga, en octubre 1999.
- Entrevista a Francisco Xico, promotor y aj´qij´ en octubre 1999.
- Entrevista a Quirino, trabajador de plantas medicinales en ASECSA, octubre 1999.
- Entrevista a dos trabajadores de MSF-Suiza en Todos Santos, Huehuetenango, en junio 1999.

Petén

- Asamblea de 120 Promotores de salud y comadronas, APROSACOP, en octubre 1999.

Ixcán

- Entrevista a trabajador de MDM-Francia en Ixcán, en junio 1999.

Comunidades de población en resistencia

- Taller de dos días con 10 promotores y autoridades de las CPR de la Sierra, en febrero de 1998.
- Taller de dos días con 18 promotores y autoridades de las CPR de la Sierra, en marzo de 1998.
- Taller con diez miembros de las CPR Sierra, en diciembre 1998.
- Notas de campo sobre las CPR del Ixcán entre 1984-91.
- Taller con 26 promotores y autoridades de Primavera del Ixcán, en abril de1999.
- Entrevista con Javier Gurriarán, en diciembre de 1999.

Comunidades de población retornada

- Entrevista a Santiago, promotor de AGRUMS, en junio de1997.
- Reunión de Junta Directiva de AGRUMS, en junio y septiembre de 1997.
- Sistematización de experiencia de AGRUMS, en agosto de1999.
- Entrevista a tres trabajadores de Ceiba (ONG) en Chaculá, comunidad retornada, en junio de1995.
- Entrevista a Felipe, promotor de salud de Chaculá, en junio de1999.
- Memorias de talleres, asambleas, encuentros, entrevistas... de promotores de salud retornados y residentes, de la Franja Transversal del Norte, entre noviembre 1994 y febrero de 1997.
- Memoria del Encuentro de 35 promotores, retornados y residentes, en Fray Bartolomé de Las Casas en enero 1995.

A nivel nacional

- Taller con 36 promotores de seis organizaciones con apoyo de la Unión Europea, en mayo 1998.
- Encuentro nacional de 57 promotores en Chimaltenango, en octubre 1998.
- Reuniones de la Comisión Nacional de promotores de septiembre, octubre y noviembre de1998, y febrero, abril, junio, julio, septiembre de1999.
- Taller de "inducción sobre el quehacer educativo con promotores" con 55 trabajadores de ASECSA, en enero 1998.
- Asamblea de 95 promotores de salud, directivos de programas socios y trabajadores de ASECSA, en marzo 1999.
- Seminario de salud comunitaria en ASECSA, con participación de 130 personas en julio 1999.



- Taller con 22 promotores de cuarto nivel de ASECSA, Chimaltenango, en noviembre 1999.
- Taller con 21 promotores de tercer nivel de ASECSA, Chimaltenango, en septiembre 1999.
- Taller con trece promotores de segundo nivel de ASECSA y promotores de farmacia, Chimaltenango, en noviembre 1999.
- Taller con doce promotores de segundo nivel de ASECSA, Chimaltenango, en oct 1999.

Talleres sobre Promotores de salud, 2001-2002 por parte de la Instancia Nacional de Salud, INS

- Reunión de INS y Movimiento Nacional de Promotores y Comadronas sobre futuro del Movimiento. 29 de noviembre del 2,000. En COCADI, Chimaltenango.
- Taller del Movimiento Nacional de Promotores y Comadronas. 7 de febrero del 2001, en Chimaltenango. Participantes: Satumino Xitumul, Delfino Chalí, Justo Ross, Magali Verdugo, Rogelio De León, Héctor Guzmán, Claudia Torres, Ana Beatriz Colindres, Carmelo Morales, Abelina Uz Pú, Maria Magdalena Chic Pú, Manuel Pérez Jiménez, Benjamín Torres, Aura Marina García, Eduardo Jesús Velásquez, Magdalena Ajú, Juan Bautista Tuch Cux, Alejandro Cortés.
- FORO sobre Promotores de la INS. 21 de febrero del 2001. En oficinas de ADEJUC, en la capital. Participaron: APROSACOP, Maya Petén, Pastoral de salud Totonicapán, ASECSA Petén, Clínica Maxeña, Movimiento Nacional de , Promotores, ASECSA Chimaltenango, Pastoral de Salud de Huehuetenango, CEIBA, ESFRA, Concern American, IDEI de Xela, Pastoral de Salud de San Marcos, Promotores de Salud de Poptún, Vicariato Apostólico de Poptún, Pastoral de Salud de las Verapaces, Pastoral de Salud de Chahal, A.V., Pastoral de Salud de Quetzaltenango, ASECSA Chimaltenango , Pastoral de Suchitepéquez y Retalhuleu, Cáritas Diocesana de Verapaz, Rabinal., Renacimiento, CNOC.

Talleres con Promotores de salud en la investigación Propuesta para un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos.

- Memoria de taller de investigación de la Propuesta. Fase I y II con promotores de salud. 5-6 de febrero del 2001. En Chimaltenango. Participantes: Dimas Díaz García por el Dispensario Bethania. Héctor Guzmán por ASIPROCOS, Nuevo Porvenir, retornados en A.V. Juan Bautista Tuch y Miguel C. Xuyuc por Pastoral de Totonicapán. Julio Mactzul por Renacimiento de Patzún. Enrique A. Cus por PIES de Occidente. Claudia Torres y Ana B. Colindres por ESFRA. Delfino Chalí por el Movimiento de Promotores. Clímaco Ichich por ACPROS-Rukowil Tinamit de Verapaces. Abelina Uz y María Chic por Santa María Chiquimula de Toto. Rogelio De León por Pastoral de salud de San Marcos. Carmelo Morales de AADI, Chuigirondina, Sololá.
- Taller sobre relacionamiento entre organizaciones que trabajan plantas medicinales y las biomédicas. 19 de marzo 2001. En ASECSA, Chimaltenango. Participantes: Francisca Soza, de ESFRA. Irma González y Silverio González de Cáritas Quiché. Lidia Chiché de APROSADE. Jerónimo Hernández y Quirino Hernández de ASECSA Chimaltenango. Onelia Torrelloto de Pastoral de salud. Hna Santos Reyes. Francisco Pérez. Apolinario López de ALESI. Jorge Matías de clínica parroquial. Jerónimo Ramírez de Cínica de San Martín Sacatepéquez. Teodora Calán de APROSADSE. Santos Caxaj y Florencia Hernández de Pastoral de salud de San Cristóbal Toto. Estanislao Ch y Delfina Quiej de Pastoral de salud de Momostenango. Claudia Enades de Comadronas de PIES. Hna Catti B. Marta Salazar de Tecnología para la salud. N. Rodríguez de Clínica de San Martín Sacatepéquez. Miguel Chan de CCAm de Chichicastenango. Mario Sop de Pastoral de salud de Xela. Antulio Matías de Oasis RIETI. Alejandro Tejax de APROSADSE. Jesús Ocom de Paz de Adecomaya Achí. Francisco Velásquez de Clínica Maxeña. Delfino Chalí.

Entrevistas realizadas en el 2005

- Entrevista grupal con Rolando Luna, Enrique Soto Urbina, Otto R. Menéndez. Jorge Rosal.
- Monseñor Gerardo Flores, obispo.
- Dra. Conchita Reyes. Secretaria ejecutiva de la Comisión Nacional de salud de la Iglesia católica.
- Axel Ruiz. Técnico de salud rural con muchos años de experiencia en capacitaciones con promotores de salud.





- Hna Argentina Cuevas. Responsable de Pastoral social en Alta Verapaz y vicaria de pastoral en Verapaces. Ex coordinadora de la confederación de religiosos y religiosas de Guatemala, CONFREGUA.
- Dra. y Hna Juana Buellesbach. Médica cirujana y Hna Maryknoll. 41 años de experiencia de trabajo con promotores de salud.
- Carolina Salazar. Coordinadora de ASECSA Petén.
- Gloria González Mayor. Encargada de proyectos con promotores de ASECSA Baja Verapaz.
- Fernando Suazo. Conocedor del pueblo achí.
- Dr. Lair Espinosa. Alma mater de FUNDAESPRO.
- Magdalena García. Administradora de FUNDAESPRO.
- Gladis Flores. Secretaria ejecutiva de FUNDAESPRO.
- Francisca Soza. Trabajadora de ESFRA con experiencia de promotores de salud en áreas precarias de la capital.
- Felipe Gómez. Aj´qij´ de Oxlajuj Ajpop.
- Nicolás Lucas. Aj´qij´ de Oxlajuj Ajpop.
- Francisco Sebastián. Ex promotor de salud de Xamán. Promotor en el refugio y en retorno.
- Dr. Guido Calderón. Director de ASEDE.
- Delfino Chalí. Ex trabajador de ASECSA. Experto en medicina natural y miembro de la Directiva del Movimiento Nacional de Promotores de salud de 1999 al 2005.
- Leslie Alonso, secretaria de AGROSALUD.
- Omeri de Leiva. Trabajadora del MSPAS, enfermera, con trabajo de 25 años en primer nivel de atención y experiencia en coordinación con FUNDAESPRO.
- Miguel Itzep. Representante de la población desarraigada y asesor político-legal en la Asamblea Consultiva de la Población desarraigada, ACPD.
- Silvia García, secretaria de la ACPD.
- Matías Rul Trabajador de Educación sin fronteras que participó en el proceso de nivelación y profesionalización de los promotores de educación.
- Marco Tulio Gutiérrez. Director de ASECSA en los años 80.
- Doña Gabriela Zamora Rodríguez. Representante capacitadora, "recap" de FUNDAESPRO y anteriormente guajera.
- Miguel Quiej y Juana Tipaz del Consejo Nacional de Desplazados de Guatemala, CONDEG.
- Cirilo Santamaría. Padre carmelita trabajando en Guatemala desde 1972 con experiencia en Izabal, Petén y en la capital.
- Dr. Héctor Nuila. Primer responsable del EPS de medicina. Actual secretario general de la URNG.
- Dr. Luis Octavio Ángel, primer director del PROSAC, del SIAS y actual director del FANCAP.
- Pascual Pérez, promotor de salud, desplazado interno y promotor de salud en fincas.
- Daniel Salazar, director de la Fundación Behrhorst
- Gervasio Atz, director de APROSADSE, una de las primeras organizaciones de base surgida de las propias bases y no ligada a una organización religiosa (1975).
- Pilar Ramírez, ex presidenta de ASECSA, promotora y comadrona de las fincas de Pochuta.
- Dra. Beth Eugenia Curruchiche, Clínica Behrhorst.



- José Cupertino Perén Bal, promotor y aj´qij´ de Comalapa, Chimaltenango.
- Marie-Paule Broekmans (Hna de la Asunción, belga).
- Dr. Giovanni Salazar, médico con MDM-España en Chisec, años 1996-99.
- Dr. José Miranda Gómez. Director del Centro Materno-Infantil de Santa Teresita en Cantabal, 1993-94.
- Dr. Cristóbal Ayllón, médico con MDMF en Ixcán, años 1990-95.
- Sr. José Miranda Godinez, chiclero en los años 40 en Petén.
- Dra Karina Pineda, coordinadora técnica del programa de salud de extensión de cobertura de la cooperativa El Recuerdo.
- Aura Marina Palma, nutricionista de Visión Mundial.

Historias personales y anécdotas

Ana Simón Pascual, promotora en las comunidades de población en resistencia; Francisco Sebastián, promotor refugiado y retornado; Pilar Ramírez, promotora en fincas; Gabriela Zamora Rodríguez, promotora de áreas precarias de la capital; Pablo Vicente, promotor de la primera época y que fué presidente de los promotores y comadronas de Petén; Eleuterio Pérez, promotor del Ministerio de Salud; Josefino Martínez, promotor con la Iglesia católica; Pascual Pérez como promotor de una ONG.

A quién va dirigido y recomendaciones para una lectura crítica.

Siendo las promotoras y los promotores de salud, los protagonistas del libro-tamal, quisiéramos que tuvieran acceso a su lectura y reflexión crítica. Además de en lectura individual, cabe la posibilidad de que algunas partes sean utilizadas en talleres por las asociaciones de promotores. Para otros grupos de promotores se requerirá ser mediado pedagógicamente.

Para su lectura, no se requiere principiar con el primer capítulo, sino que se puede brincar como ixpec, rana. Así cada quién puede iniciar por el capítulo que sea de su mayor interés, en donde el promotor o la lectora hayan tenido alguna experiencia o les llame más la atención. El personal del Ministerio de Salud puede iniciarse con el capítulo donde se destaca la relación del Ministerio y la Universidad de San Carlos con los promotores e igual otros actores o sencillamente lectores.

También se desea que algunos de sus lectores críticos sean, las y los trabajadores del Ministerio de Salud, de las facultades y escuelas de formación de las y los trabajadores de salud, de los trabajadores y directivos de las ONG, de los trabajadores y religiosos de las diferentes iglesias, personal de los movimientos sociales, quienes están hoy por hoy, en mejor posición para cambiar el sentido y acciones de su trabajo que los propios promotores de salud.

Para la lectura del libro, tres recomendaciones:

*Antes de juzgar a una persona, camina durante tres lunas con sus mocasines.
(proverbio de los indios de América del Norte).*

*Quien esté libre de las ideas de su época, arroje la primera piedra.
(Clifford Geertz)*

*No es suficiente comprender la realidad, es necesario transformarla.
(Carlos Marx)*





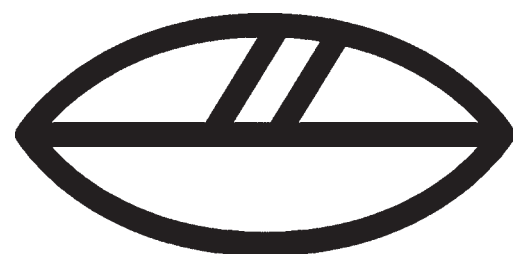
● Antes

del tiempo

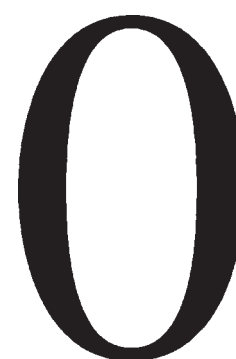




el



cero





L o s e s e l v a c í o m e d i a n o q u i e n h a c e e n m a r c h a r m e l e d c a r r o .
c o n v e r g e n
r a d i o s
p e r o e s e l v a c í o m e d i a n o q u i e n h a c e e n m a r c h a r m e l e d c a r r o .
Se trabaja para hacer vasijas,
pero es el vacío interno del
que depende su uso.

Una casa está agujereada de puertas y ventanas,
pero sigue siendo el vacío quién permite se habite.

A l e s e r p o r d a u n a s p o s i b i l i d a d e s ,
n o - s e r q u e s e l a s u t i l i z a
(Lao Tse)

A nuestro cromlech vacío no solamente le falta un pedazo,
le falta todo
Toda obra de arte, o es una actividad de formas
ocupando un espacio o es el espacio desocupado.
y todo aquello que le falta es realmente lo que tiene, lo
que es. Es una obra de arte igual a cero,... callada y vacía.

(Jorge Oteiza)



Al principio todo era silencio, vibración, fermentación cuando el
cielo estaba vacío.

Esta primera palabra, es la primera expresión
cuando no había ni una gente ni animal, ni pájaro, pez, cangrejos,
árbol, piedra, hoyo, barranca, pajón, bosque.

Solamente estaba el cielo. El cielo todo quieto.

No se veía tierra en ninguna parte,
sólamente el mar estaba represado, el mar estaba tendido, todo era
formación,
todo vibraba en la oscuridad, en la noche.

Nada había de eso que es cosa,
todo era absorción, nada se movía.



Recién acabábase de hacer el cielo,
tampoco había algo levantado.

Solamente el Arquitecto, El Formador, El Infinito,
El Oculta Serpiente, El Creador, El Corazón
estaba en el agua despejada, ahí estaban,
estaban ocultos entre el limo, entre el verdor,
de lo cual vino el nombre de Ocultador de Serpiente, grandes
sabios, grandes pensadores se originaron.

Pop Wuj





En la Grecia clásica, todo lugar estaba ocupado por cosas y por tanto el vacío no podía existir.

El Universo era un continuo de materia y el espacio estaba definido por los cuerpos que contenía, siendo éstos el reflejo de las ideas eternas.

El aire no era lo mismo que el vacío y no había evidencia de la existencia del espacio vacío pues nuestras observaciones del mundo eran condicionadas por la limitación de nuestros sentidos.

La filosofía griega negó el concepto de la Nada.

Para los judíos había que alejarse de la Nada por ser la antítesis de Dios.

0

En el medioevo europeo aceptar un espacio vacío era ser ateo pues significaba reconocer partes del Universo donde Dios no estaba presente. Para los cristianos como San Agustín, la Nada era el Demonio, pues era la antítesis de la presencia de Dios. Por ello, la creación del mundo fue la aniquilación de la Nada en un acto Divino de transformación creadora.

Y, ¿qué estaba Dios haciendo antes de la Creación? No hubo “antes” pues el tiempo y el espacio fueron creados de la Nada junto con el Universo. Antes de la Creación, Dios no hacía nada en absoluto, lo más “estaba preparando el infierno, para los que preguntaran demasiado”.

Posteriormente se hizo admisible el vacío pues el intento de excluirlo equivalía a limitar el poder de Dios. Y fue la trascendencia de Dios y no su omnipresencia, la que se iba a convertir en la pieza central de la discusión de Dios. Dios no necesitaba lugar.



Al principio era la Nada. No había espacio. No había tiempo. No había materia ni energía.

Pero había el principio cuántico que afirma que debe haber incertidumbre, por lo que incluso la Nada es inestable.

El vacío cuántico es como un mar de pares de partículas y de antipartículas que se anulan, aparecen y desaparecen continuamente. Si el instante de existencia antes de aniquilarse es tan corto, no son observables, son “pares virtuales”.

Si viven el tiempo suficiente antes de que se aniquilen mutuamente y desaparezcan llegan a ser observables y se denominan “pares reales”.

Nuestro vacío cuántico, físico, contiene una colección de pares virtuales de electrones y positrones que están apareciendo y desapareciendo continuamente. Son inobservables pero están ahí y sus efectos pueden observarse. El vacío cuántico, el vacío físico, está lejos de estar vacío. Tampoco es inerte.

Las fluctuaciones del vacío conducirán inevitablemente a la agregación de materia en galaxias y estrellas, alrededor de las cuales pueden formarse los planetas y desarrollarse la vida.

Sin el vacío, el libro de la vida no hubiera sido posible.





Bibliografía en orden de consulta

- Lao Tse, *Tao Te King*. Libros Rio Nuevo. Ediciones 29, Madrid, 1988.
- Oteiza, Jorge. *Quosque Tandem*. Ed. Pamiela. 5ª edición. Pamplona-Iruña, 1994.
- Popol Vuh. Traducción de Adrián I. Chávez. Ed. Liga Maya, 1997.
- Barrow, John D. *El libro de la nada*. Ed. Crítica. Barcelona, 2001.
- Hawking, Stephen. *El universo en una cáscara de nuez*. Ed. Planeta. Barcelona, 2002.
- Kaku, Michio. *VISIONES. Cómo la ciencia revolucionará la materia, la vida y la mente en el siglo XXI*. Ed. Debate, Madrid, 1998.
- Ak´abal, Humberto. *Ajkem Tzìj-Tejedor de palabras*. Cholsamaj. Guatemala, 1996.
- Geertz, Clifford. *El antropólogo como autor*. Paidós, Barcelona, 1997.



REFLEXIÓN SOBRE EL CERO

El nombrar el cero, de un modo u otro, o incluso de desconocerlo, es una de las claves para conocer los diferentes proyectos civilizatorios en la historia de la humanidad. Mientras para las personas de ascendencia cultural europea, el cero y el silencio son problemáticos, para los hindúes es el nirvana, para los taoístas, lo que hace posible el movimiento, y para los pueblos originarios de América, semilla, flor, caracola... y el primero de los números.

¿Cuántas veces pregunté a las y los campesinos en la resistencia, por qué estás en la montaña?
Me respondían con el silencio.
Luego pensé, viéndolos participar ¿acaso hacen falta las palabras?

También aprendí, que el silencio es otra manera de hablar.
En sus visitas, sus horas de estar sentados junto a uno, mientras uno seguía trabajando en lo suyo. No había palabras. ¿Qué había entonces?
Primero fue mi incomprensión, la molestia por la visita.
Luego estuvo, mi agradecimiento.
¿Otra manera de vivir, darse tiempo, observarse, acompañarse, mostrar su solidaridad?

*No es que las piedras sean mudas, sólo guardan silencio.
Ri ab´aj man e men taj xa kakik´ol ri kich´awem.*

*Y en cambio otras veces
Hablo, para taparle la boca al silencio.
Kinch´awik che utz´apixik ri uchi´ ri tz´inowik.*

(Humberto Ak´abal, poeta k´iche´)

El silencio es necesario entre las palabras, para que no se atropellen.
A veces, nos subimos a las palabras y en otras al silencio.

Como ejercicio es recomendable cambiar de posición varias veces al día, ver las cosas desde otros lugares, como en *La sociedad de los poetas muertos*, “subirse a las sillas” y descubrir que el mundo puede ser diferente, que nunca se acaba de aprender ni de construir y que todo depende del lugar de donde vemos las cosas. Porque descubrir el mundo no es viajar a tierras lejanas sino cambiar de “lentes”, aprender de las diferentes y los diferentes, y, al valorarlos, cultivar el respeto a las personas.



● ● El pasado que es presente



A veces, es necesario volver al principio para comprender el futuro.
(Erick Espinoza Villatoro)

LA RE-CREACIÓN DEL MUNDO A TRAVÉS DE LA AVENTURA DE LAS IDEAS

Al poner nombres, ordenamos el caos, pero los nombres no son neutros, son redes de significado y muchas veces, fuentes de desigualdad. El poder se encuentra tras la cultura.

La cultura se inventa y nos inventa. Las personas construimos las ideas, pero también las ideas nos construyen. Podemos vivir y también morir por ellas.

Si una idea es compartida por suficiente gente, se convierte en fuerza material.



**Se unieron el viento, la lluvia, la tierra, el calor y
germinó el primer maíz madre de los seres
humanos de maíz.**



Si el Universo fue creado en algún momento
¿por qué hubo una espera infinita antes de la creación?
Y si por el contrario, ha existido siempre,
¿por qué no han pasado todas las cosas que tenían que pasar
y no se ha acabado ya la historia?
KANT, 1724-1804.

Para las tradiciones cristianas, Dios hizo que el Universo apareciera de la Nada, no era un artista que modelara el universo a partir de cosas preexistentes, sino el Creador Supremo. Y lo hizo en el pasado finito, por lo que el Universo y el tiempo fueron creados juntos. También destacaron que la Naturaleza no era lo mismo que Dios, distinción importante para justificar su diferencia con el culto a los dioses de la Naturaleza.

Lo más habitual en las tradiciones culturales, en los mitos, es encontrar la idea de un universo “formado” que normalmente es modelado a partir de un estado de caos o que “emerge” de otro estado. Para Aristóteles el mundo era eterno, no tenía principio y para Platón existía algún mundo de materia preexistente, siendo las cosas que vemos a nuestro alrededor sólo manifestaciones imperfectas de un conjunto de formas ideales perfectas.

Para la actual física cuántica, al inicio fue el principio cuántico que afirma que debe haber incertidumbre, por lo que incluso la Nada era inestable. La imagen del vacío es de una sopa energética en ebullición de la que emergen y desaparecen, de manera continua, pares de partículas y antipartículas que se anulan. En algún lugar, aparece una partícula que se ha liberado de su contraria, y luego otra, y otra; las partículas permanecen, como si la materia fuera un préstamo temporal, y las antipartículas desaparecen y, dentro de la sopa que lo llena todo, se forma un bebé de Universo y eso de una manera tan estable que nos permite existir. De pronto, hay cientos de miles de millones de galaxias como la nuestra llenando el espacio, separadas por inmensos vacíos.

La complejidad del vacío ha hecho posible la expansión y permite que el Universo persista durante miles de millones de años, exhibiendo condiciones que conducen a la formación de estrellas y elementos bioquímicos.

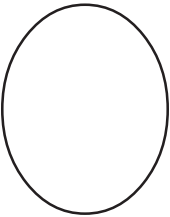
La energía del vacío cósmico, lambda, es la fuerza repulsiva contraria a la fuerza de gravedad de la materia. Esta energía del vacío cósmico parece vencer sobre todas las demás formas de materia y energía en la lucha por determinar la forma del espacio y ritmo de expansión del universo.

Desde la física cuántica se plantean al menos dos opciones para explicarnos el origen del Universo:

Una opción es partir de un instante en el que toda la materia estaba colapsada en un punto, conocido como “singularidad”, donde dejan de aplicarse las leyes de la física tal como las conocemos, pues en su interior, la curvatura del espacio-tiempo es infinita. En ese punto inicial, se creó la materia y también el espacio y el tiempo. Es el origen del *Big Bang* o gran explosión.

Imagen de punto inicial:

El huevo cósmico de Lamaitre.



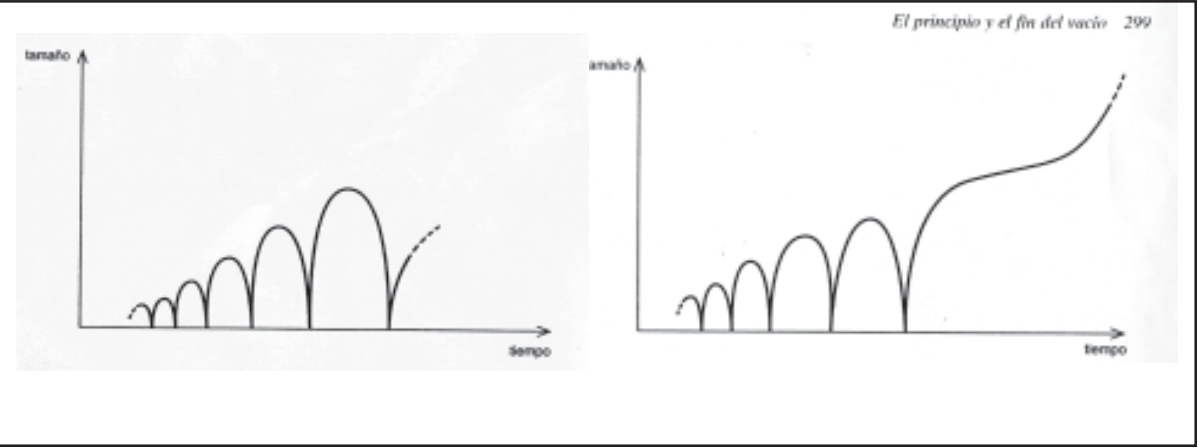
Otras imágenes del punto inicial son la cáscara de nuez de Hawking o la cabeza de un alfiler.



La otra opción es la que el Universo experimenta una historia cíclica, desapareciendo periódicamente en una gran conflagración antes de reaparecer como una Ave Fénix de sus cenizas. Si seguimos atrás en el tiempo a través de los ciclos cada vez más pequeños, no tiene porque tener nunca un comienzo en un tiempo pasado finito, aunque la vida sólo puede existir una vez que los ciclos se han hecho lo suficientemente grandes y largos para que se formen átomos y elementos biológicos.

Si consideramos universos cerrados que tienen una historia de expansión que se expande hasta un máximo y luego se contrae de nuevo a cero, a medida que se despliegan, los ciclos se hacen cada vez mayores...

Todo indica que nuestro Universo se está expandiendo de forma sorprendentemente próxima a la línea divisoria crítica que separa un futuro en el que la expansión continúa para siempre de otro en el que la expansión se invierte finalmente para colapsar de nuevo.



Para Edgar Morín, la idea de un punto inicial, que concentrara en un cero espacial la infinita densidad (primera opción), no se impone con más derecho que la idea de una entropía negativa infinita que regulara hacia el infinito de los tiempos (segunda opción).

El universo es una red dinámica de fenómenos relacionados entre sí. Ninguna de las propiedades de una parte de esta red es fundamental; todas ellas son resultado de las propiedades de las demás y la consistencia general de sus correlaciones determina la estructura de toda la red.

Mientras que en la mecánica clásica, las propiedades y el comportamiento de las partes determinan los del todo, en la mecánica cuántica, la situación es contraria, el todo determina el comportamiento de las partes.

El científico(a) no descubre el universo, sino que lo crea

El principio cuántico de “la complementariedad de Bohr” plantea que “una misma cosa puede tener múltiples identidades”, por ejemplo, un electrón puede ser al mismo tiempo una partícula y una onda. Y así el rayo de luz solar puede ser onda, corpúsculo, energía... y un arco iris.

La física moderna ha “des-materializado” a la materia y reconoce la noción de partícula como pura metáfora... La atención no se centra en los objetos sino en los procesos. En los niveles más elementales de la naturaleza en que se dan sucesos individualizados no se pueden identificar causas y efectos. En la naturaleza, las líneas divisorias entre lo micro y lo macro, lo vivo y lo inanimado, lo consciente y lo inconsciente, resultan cada vez más arbitrarias, cuando no imposibles de definir.





En el mundo exterior no hay colores. Nuestra experiencia cromática es creada por las longitudes de onda de la luz reflejada, en interacción con los conos de nuestra retina y con el circuito nervioso conectado a ella... Toda la estructura de nuestras categorías de colores surge de nuestras estructuras neurales.

El universo comienza a parecer un gran pensamiento en vez de una gran máquina. La conciencia humana tiene una gran importancia en el proceso de observación. En la física atómica es imposible mantener la distinción cartesiana entre la mente y la materia, entre Buda y la Bomba. Las propiedades de una partícula están determinadas por principios estrechamente relacionados con los métodos de observación, lo que significaría que las estructuras básicas del mundo material están determinadas, en el fondo, por la manera en que observamos el mundo.

Para Niels Bohr, a nivel subatómico, hay movimiento, pero no hay, en el fondo, objetos que se muevan. Hay actividad, pero no hay actores. No existen danzantes, sólo existe la danza. Las partículas de materia aisladas son abstracciones; la única manera en que podemos definir y observar sus propiedades es a través de la interacción que establecen con otros sistemas. Las partículas subatómicas “no son cosas” sino “correlaciones” de cosas, que a su vez, son correlaciones de otras cosas y así sucesivamente.

Cada partícula está compuesta de todas las demás partículas. No son entidades aisladas, sino modelos de energía relacionados entre sí dentro de un proceso dinámico continuo. Estos modelos no se “contienen” unos a otros, sino que se “envuelven”.

Los átomos de nuestro cuerpo necesitan estar en contacto, comunicación e intercambio constante con el mundo que está más allá de la propia piel a fin de mantenernos en la condición de seres vivos. Confinar a los propios átomos dentro de las fronteras del propio cuerpo físico, sería violar una condición de la vida misma, la necesidad de contacto con el mundo exterior, y confinarnos a nosotros mismos a una posición de aislamiento frente a los demás, que sería exponernos a la enfermedad y a la muerte. A todos los niveles, desde lo atómico hasta el personal, la conexión es una exigencia de la vida. Es la *biodanza*.

La física cuántica está revolucionando el mundo cotidiano a través de la tecnología, los cohetes espaciales, aviones, computación, microondas, a la vez, que discretamente se produce una revolución filosófica, de acercamiento entre las filosofías “occidental y oriental”, “razón e intuición”.

Las cosas *las vemos*, dependiendo del instrumento de observación y no sólo a nivel microscópico. Diferentes observadores, confrontados con fenómenos idénticos, no es en absoluto claro que realizan idénticas observaciones. Y lo que es ciertísimo es que, aunque hagan las mismas observaciones, las conclusiones respecto del significado de las mismas, a menudo difieren. El modelo (científico) es un conjunto de creencias usadas para otorgar sentido a una determinada observación del mundo, por lo que Henry Margenau concluye: “el científico no descubre el universo, sino que lo crea”.

La revolución tecnológica basada en la física cuántica camina tres pasos por delante del sentido común pues confirma que “las cosas no son lo que parecen y no hay cosas”. La ciencia, la medicina, el sentido común... se encuentran golpeados ante las nuevas propuestas que ponen, patas arriba, la realidad que hemos construido. Ese otro mundo que se nos avecina tiene como uno de sus principios, el de Heisenberg donde se demuestra que “cualquier intento de adquirir algún conocimiento a un nivel subatómico está necesariamente limitado por los cambios que introduce en lo observado el hecho mismo de la observación y que a su vez el mismo intento de adquirir algún conocimiento en el nivel atómico implica cambios inevitables en lo observado. Y ello no se debe a la tosquedad de los instrumentos sino es resultado de las propiedades intrínsecas de la materia”.

Una de sus consecuencias es que para “la ciencia del siglo XXI, es imposible disociar al científico de aquello que intenta medir u observar. Está atrapado por la naturaleza, como parte de ella que es”. Y es que “el principio cuántico destruye la noción del mundo como *algo que está ahí*,



convenientemente separado del observador... Para describir lo sucedido, es preciso pasar de la palabra observador a la de *participante*. Estamos en un universo participativo. Un universo objetivo sería aquel que existe con independencia de nuestra conciencia y ello es incompatible con *la ley de causalidad local*, pues no existe una realidad externa fija”. El método, el instrumento, no pueden separarse de su objeto.

La física moderna sugiere la imposibilidad de referirnos a nada exterior a nosotros mismos. La nueva ciencia debe trascender el lenguaje ordinario de sujeto-objeto, por otro que exprese el “carácter integral y procesual de la realidad y el concepto de la unidad de la naturaleza”. No se conocen las interacciones unidireccionales, sólo si el mundo físico pudiera afectar la mente y ésta fuera incapaz de afectar al mundo físico, sería el único ejemplo de interacción unidireccional. Un buen grupo de científicos se ocupan de conocer el juego recíproco de la conciencia y el mundo físico.

Y las interacciones trasladadas al campo de la medicina nos exigen ir más allá de la “variabilidad humana”, del “efecto placebo” o del “curso natural de la enfermedad” e intentar estudiar el efecto de la conciencia humana sobre el curso específico de cada enfermedad. Es preciso considerar el influjo que ejercen los pacientes (y sus familiares y trabajadores de salud) sobre el curso de su respectiva enfermedad, debido a la influencia que la conciencia puede ejercer sobre el mundo físico. El concepto de un yo aislado es una mera ficción psicológica, es ilusorio considerar al propio ser como algo aislado. La interacción de unos con otros es obligada.

En nuestra Guatemala, donde reconocemos diferentes perspectivas para abordar el campo de la salud es necesario profundizar hasta donde, desde nuestros diferentes modelos de salud consideramos a los seres humanos como entidades separadas, independientes de las demás personas, de la comunidad/aldea, de la naturaleza, del universo y nos acercamos o alejamos de la propuesta que los médicos cuánticos nos muestran que “lo importante no es la acción en sí, sino las actitudes conscientes que la rodean. Lo que permite aflorar el poder de curar es el sentido de reverencia, de participar del universo con las demás personas y con toda la materia, la vivencia de unicidad y unidad”.

Esta propuesta choca aparentemente con el camino tomado por la medicina biológica de los países económicamente más desarrollados donde cada día la persona es analizada más en las partes y menos en el todo, más en lo molecular, genético y menos en lo subjetivo y en lo social... caminos “contrarios” que posiblemente más adelante se encuentren en una unidad superior.

¿Cómo hace una planta para conocer la llegada de la primavera?

La “Teoría de Santiago” nos propone que los organismos más simples son capaces de percepción, y por tanto, de cognición. No ven, pero aún así, perciben diferencias entre luz y oscuridad, frío y calor, etc. El cerebro no es necesario para que exista la mente. Una bacteria o una planta no tienen cerebro, pero tienen mente.

El nuevo concepto de cognición es mucho más amplio que el de pensamiento. Incluye percepción, emoción y acción: todo el proceso vital. En el reino humano, la cognición incluye también lenguaje, pensamiento conceptual y todos los demás atributos de la consciencia humana. El concepto general, no obstante, es mucho más amplio y no incluye necesariamente al pensamiento.

Materia y mente no aparecen como pertenecientes a categorías separadas, sino que son vistas como representantes de dos aspectos diferentes del mismo fenómeno de la vida.

La mente no es una cosa, sino un proceso: el proceso de cognición, que se identifica con el proceso de la vida. El cerebro es una estructura específica a través de la cual el proceso opera. La relación entre mente y cerebro es una relación entre proceso y estructura. Pero el cerebro no es la única estructura a través de la cual opera el proceso de cognición. La cognición es el proceso mismo de la vida y alumbramos nuestro mundo a través del proceso de vivir.





La vida no puede ser solamente química, así la planta tiene que haber incorporado todas las otras propiedades físicas, es decir, la gravitación, los campos electromagnéticos, la luz, el clima. De alguna manera se requiere una química abierta al mundo externo, y sólo la materia alejada de las condiciones de equilibrio tiene esta flexibilidad.

La “Teoría de Gaia”, en honor de la diosa griega de la Tierra viva plantea una íntima relación entre las partes vivas del planeta (plantas, microorganismos y animales) y las no vivas (rocas, océanos y atmósfera). Plantas y rocas, animales y gases atmosféricos contribuyen a la regulación de la temperatura, el clima de la Tierra, la salinidad de sus océanos y a otras importantes constantes planetarias. La superficie de la Tierra que hemos considerado como el entorno de la vida, es en realidad parte de esta. El manto de aire es como un sistema circulatorio, producido y mantenido por la vida.

La evolución de los primeros organismos vivos fue simultánea a la transformación de la superficie del planeta de un medio inorgánico a una biosfera que se autorregula (Gaia), por ello, “la vida es más una propiedad de los planetas, que de los organismos vivos”.

La vida hace, conforma y cambia el entorno al que se adapta. Este entorno a su vez, retroalimenta a la vida que cambia, actúa y crece en él. A través del mundo viviente, la evolución no puede quedar limitada a la adaptación de los órganos al entorno, puesto que éste está moldeado por una red de sistemas vivos capaces de adaptación y creatividad. Así pues, ¿quién se adapta a quién? Unos a otros y juntos coevolucionan. Tan íntimamente vinculada está la evolución de los organismos vivos con la evolución de su entorno, que juntos constituyen un único proceso evolutivo.

Para recuperar nuestra plena humanidad, debemos reconquistar nuestra experiencia de conectividad con la trama entera de la vida. Esta reconexión es la esencia misma de la base espiritual de la ecología profunda. Esta experiencia de unidad trasciende no sólo la separación entre mente y cuerpo, sino también la que hay entre yo y el mundo. La experiencia espiritual es una experiencia de absoluta, unidad de la mente y el cuerpo, es una profunda sensación de unidad con todo, un sentido de pertenencia al universo como un todo.

¿Qué es el espíritu? Según Leonardo Boff.

¿Quién prestaría oídos a los delirios de un alquimista africano?
Atribuye la creación del mundo a la risa divina...
Apenas Dios rió, nacieron siete dioses que gobernaron el mundo;
apenas se echó a reír, apareció la luz;
con la segunda carcajada apareció el agua;
y al séptimo día de su risa apareció el alma...
UMBERTO ECO

En la explicación clásica, el espíritu es un principio sustancial al lado de otro principio material, el cuerpo. El espíritu es la parte inmortal, inteligente, con capacidad de trascendencia que convive un determinado tiempo con la otra parte, mortal, opaca y pesada. La muerte separa una parte de la otra, con destinos diferentes: el espíritu para el más allá, la eternidad, y el cuerpo para el más acá, el polvo cósmico.

Para la concepción moderna, el espíritu no es una sustancia, sino el modo de ser propio del ser humano, cuya esencia es la libertad. Seguramente somos seres de libertad porque plasmamos la vida y el mundo, pero el espíritu no es exclusivo del ser humano ni puede ser desconectado del proceso evolutivo. Pertenecce al cuadro cosmológico. Es la expresión más alta de la vida, sustentada a su vez por el resto del universo.



En la concepción contemporánea, fruto de la nueva cosmología, el espíritu posee la misma antigüedad que el universo y antes de estar en nosotros está en el cosmos. Espíritu es la capacidad de inter-relación que todas las cosas guardan entre sí. El espíritu forma urdimbres relacionales cada vez más complejas, generando unidades siempre más altas. Cuando los dos primeros *topquarks* comenzaron a relacionarse y a formar un campo relacional, allí estaba naciendo el espíritu. El universo está lleno de espíritu porque es reactivo, pan-relacional y auto-organizativo. En cierto grado, todos los seres participan del espíritu. La diferencia entre el espíritu de la montaña y el del ser humano no es de principio, sino de grado. El principio funciona en ambos, pero de forma diferente.

La singularidad del espíritu humano es ser reflexivo y autoconsciente. Por el espíritu nos sentimos insertados en el Todo a partir de una parte que es el cuerpo animado y, por eso, portador de la mente. En el nivel reflejo, espíritu significa subjetividad que se abre al otro, se comunica y así se autotrasciende, gestando una comunión abierta, hasta con la suprema Alteridad. Concretamente, el espíritu humano es, vida consciente, abierta al Todo, libre, creativa, marcada por la amorosidad y el cuidado.

Si espíritu es relación y vida, su opuesto no es materia y cuerpo, sino muerte y ausencia de relación. Pertenecce también al espíritu el deseo de encapsularse y rechazar la comunicación con el otro. Pero nunca lo consigue totalmente porque vivir es forzosamente con-vivir. Aun negándose, no puede dejar de estar conectado y de conectarse.

Esta comprensión nos hace conscientes del vínculo que liga y religa todas las cosas. Todo está envuelto en el inmenso proceso complejísimo de la evolución, atravesado en todas las etapas por el espíritu que emerge, cada vez, bajo formas diferentes, inconsciente en unas y consciente en otras.

En esta acepción, espiritualidad es toda actitud y actividad que favorece la relación, la vida, la comunión, la subjetividad y la trascendencia rumbo a horizontes cada vez más abiertos. Al final, espiritualidad no es pensar en Dios sino sentir a Dios como el vínculo que pasa a través de todos los seres, interconectándolos y constituyéndonos, a nosotros y al cosmos. Somos un todo complejo y no la suma de partes.

En “Hojas de hierba”, Walt Whitman nos lo dice en forma de poema:

No recitaré poemas que se refieran a las partes,
sino poemas, canciones, pensamientos, que se refieren al conjunto.
Y no cantaré con referencia a un día sino a todos los días.
Y no haré poema alguno, ni parte de uno, que no se refiera al alma
porque, habiendo contemplado los objetos del universo, encuentro que
no hay uno, ni parte de uno, que no se refiera al alma.

¿Alguien deseaba ver el alma?
Mira tu propia constitución, tu aspecto, las personas, las sustancias,
las bestias, los árboles, los fluyentes ríos, las rocas y la arena.





El nacimiento de los humanos

Nacemos por azar, entre millones de posibles.
Morimos inevitablemente.
Nacer es una suerte excepcional.
El ser que nace no ha pedido vivir,
pero tan pronto como nace, sólo pide vivir.
NIELS BOHR

Desde el Pop Wuj, el nacimiento mitológico de los humanos se relata de la siguiente manera:

*De Pan Paxil y Pan Kayalá vino la mazorca amarilla y blanca.
Estos son los nombres de los animales que trajeron el alimento:
gato de monte, coyote, chokoyo y cuervo, cuatro fueron los animales
que dieron la noticia de las mazorcas amarillas y blancas
a ellos, de allá de Pan Pashil...*

*así fue como hallaron el alimento y fue lo que emplearon para el cuerpo
de la gente construída, de la gente formada... maíz empleó...*

*Se molieron pues las mazorcas amarillas y blancas, nueve pasadas hizo Shmukané;
se empleó alimento con agua-chíval para el esqueleto y músculos de la gente
cuando lo dispusieron el Creado, Varón Creado, Tepeu, Oculta Serpiente como le decían.
Era de maíz amarillo y blanco el cuerpo, de alimento eran las piernas y los brazos...
de nuestros primeros padres; eran cuatro gentes construidas...
no nacieron de mujer sino que fueron creados por el Arquitecto*

Clifford Geertz, (2000), destaca en el surgimiento del *homo sapiens* que:

No se sostiene la tradicional visión de que primero evolucionó el ser físico y esto permitió el desarrollo cultural. Por el contrario, entre el cuerpo y el cerebro se creó un sistema de retroalimentación positiva en el cual cada parte modelaba el progreso de la otra. El humano se creó a sí mismo. Lo que separa más distintivamente a los actuales humanos de los protohumanos es la complejidad de la organización nerviosa, y no la forma corporal.

El cerebro del homo sapiens es unas tres veces mayor que el de los australopitecos. La acumulación cultural desempeñó probablemente un papel activo en la configuración de los estadios finales de ese desarrollo. Superposición entre los cambios culturales y los biológicos. Posteriormente, la evolución orgánica se ha hecho más lenta mientras que el crecimiento de la cultura continuó progresando con rapidez.

El humano es desde el punto de vista físico, incompleto, inconcluso, pues debe aprender para funcionar como humano. El cerebro humano depende por entero de los recursos culturales para funcionar, y esos recursos son, en consecuencia, no agregados a la actividad mental, sino elementos constitutivos de la misma. Las herramientas, la caza, la organización social, el arte, la religión y la “ciencia” modelaron somáticamente al humano y, por lo tanto, estos elementos son necesarios no sólo para su supervivencia, sino para su realización existencial. Los recursos culturales son elementos constitutivos, no accesorios, de los humanos.



Como nuestro sistema nervioso central —y muy especialmente la corteza cerebral— se desarrolló en gran parte en interacción con la cultura, es incapaz de dirigir nuestra conducta u organizar nuestra experiencia sin la guía suministrada por sistemas de símbolos significativos. Nos vimos obligados a valernos cada vez más de fuentes culturales, del caudal acumulado de símbolos significativos, de manera que no son meros instrumentos, sino requisitos previos. Sin humanos no hay cultura y sin cultura no hay humanos.

Así como la cultura nos formó para constituir una especie humana, así también la cultura nos da forma como individuos e individuos separados.

Hacer cosas con palabras

¿Qué preguntas se hicieron nuestros antepasados?

¿Hubo preguntas antes de inventar las palabras?

¿Por qué las cosas son como son y no de otro modo?

Los antepasados nos legaron ideas, mitos, lenguajes... un mundo social que pudo haber sido otro. La mente produjo ideas y adquirieron vida autónoma con capacidad de reproducirse. Construyeron mitos, dioses e ideologías por los que las personas, vivieron y murieron, porque se puede vivir por las ideas y se puede morir por ellas. Los pensamientos y las ideas se expresan a través del lenguaje con el que aprendemos y nos comunicamos, un lenguaje que al nombrar las cosas, re-crea el mundo.

Como humanos, existimos en el lenguaje y tejemos continuamente la red lingüística en la que estamos inmersos y juntos en él alumbramos nuestro mundo. El mundo que todos ven, no es el mundo, sino un mundo que alumbramos junto a los demás. Este mundo incluye nuestro mundo interno de pensamiento abstracto, conceptos, creencias, imágenes mentales, intenciones y consciencia de sí mismo.

Todo idioma, es algo más que un vehículo para intercambiar ideas e información. Cada lenguaje es también una manera especial de mirar el mundo y de interpretar la experiencia. Oculta en la estructura del lenguaje, hay toda una serie de suposiciones inconscientes sobre el mundo y la vida en él. Cada lenguaje es un medio para categorizar la experiencia y es en cierto modo, una filosofía.

La realidad social no es sólo un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes sociales, es también un conjunto de relaciones de sentido que constituyen la dimensión simbólica del orden social. Quienes poseen el capital simbólico tienen el poder de “hacer cosas con palabras”, construir la verdad e imponer, con diferentes grados de fuerza o consenso, una determinada visión del mundo social. Para cambiar el mundo es necesario cambiar las maneras de hacer el mundo, es decir, la visión del mundo y las operaciones prácticas por las cuales los grupos son producidos y reproducidos.

Las personas sólo existimos en sociedad y a través de la sociedad... y la sociedad es siempre histórica. Toda sociedad es un sistema de interpretación o de construcción del mundo. El “hecho natural” como tal no existe. El imaginario social eficaz es aquello que compartimos, aquello que nos da certidumbre, que nos parece lógico, obvio, de sentido común; no lo ponemos en cuestión... “las cosas son así”. No hay, en un sentido propio, “ruidos, estrépito” (incongruencias) pues todo cuanto sucede a una sociedad, debe “significar” algo para ella o bien ser declarado explícitamente “carente de sentido”.

“Reconocer que la realidad significa *verdad* para los que la viven es correcto en términos metodológicos e incluso en acción, pero siempre y cuando no sacralicemos como verdad dicha





realidad, sino que la refiramos al juego de relaciones entre los diferentes actores, incluido el juego del investigador. El reconocimiento de que para los sujetos y los grupos, su cultura, su sentido común, es inconscientemente verdad, no implica que lo sea para todos los actores sociales, y menos aún constituye *la verdad*, ni que no deba ser cuestionada más allá de que la comprendamos... La cultura expresa significados verdaderos, pero significados que también pueden expresar intereses, manipulaciones y mistificaciones, señalando que la cuestión central radica no sólo en reconocer la significación de la dimensión ideológica, sino en evitar caer en las explicaciones mecanicistas y superficiales” (Menéndez, 2000).

Las construcciones de la realidad, por más que se presenten como “naturales”, expresan intereses de los grupos de poder, y han llevado en la historia de la humanidad a que no se reconozca en todos los humanos el rasgo común de la misma especie y así como *el filósofo griego veía al persa como bárbaro y al esclavo como mero objeto animado*, en la actualidad, consideremos al *diferente como extranjero*. En palabras que crean imágenes, para Umberto Eco, “se trata de mostrar a los niños que existen maneras muy diferentes de designar a un conejo y que aquellos que no emplean la misma palabra que uno para hablar de un conejo, no son bárbaros”.

No nos damos cuenta de hasta qué punto se nos han enseñado cómo debemos ver el mundo.

Hasta hemos aprendido cómo es el aspecto y sonido de las cosas.

Así el canto de un gallo saludando al sol mañanero es “coock-a-doodledo” en EEUU,
“cocorico” en Francia, “kikiriki” en Alemania y “kukerico” en Israel.

Y un gato contento en Francia dice “ron, ron”, en Alemania “schnurr, schnurr”.

Una madre japonesa se sorprendería mucho si las primeras palabras de su niño
fueran mamá y no “ogya, ogya”.

Un perro ladrará “gnaff, gnaff” en Francia, “guau, guau” en España, “wung, wung” en Japón.

¿Cuál de estas respuestas será correcta?. Ninguna y todas. ¿Hay un sonido correcto?.

Si apelamos a un juez africano nos dirá que el perro al ladrar hace “kpei, kpei”.

LESHAN Y MARGENAU.

Cantos de pájaros, Guatemala.

Klisklis, klisklis, klisklis...

Ch’ok, ch’ok, ch’ok...

Tz’unun, tz’unun, tz’unun...

Xar, xar, xar...

Tucur, tucur, tucur...

K’up, k’up, k’up...

B’uqpurix, b’uqpurix, b’uqpurix...

Wiswil, wiswil, wiswil...

Tulul, tulul, tulul...

Saq’k’or, saq’k’or, saq’k’or...

Ch’ik, ch’ik, ch’ik...

Tucumux, tucumux, tucumux...

K’urupup, k’urupup, k’urupup...

Chowix, chowix, chowix...

Tuktuk, tuktuk, tuktuk...

HUMBERTO AK’ABAL.



“El mundo no se acaba en lo que ya es, sino que puede ser de otra manera. Podemos imaginar otra realidad, otra sociedad y nombrarla, que es una manera de anticiparla”. (Castoriadis, 2003)

Bibliografía en orden de consulta

- Espinoza Villatoro, Erick. *Rejqalem ri Wa’ix. Dimensión Cero*. Ed. Cholsamaj, Guatemala, 1999.
- Margenau, Henry. “Metaphysical Elements in Physics”. *Review of Modern Physys*, vol B, n e, julio 1941, pp. 176-189. Citado en Dossey, Larry. *Tiempo, espacio y medicina*. Kairós. Barcelona, 1986.
- Capra, Fritjof. *Las conexiones ocultas*. Anagrama. 2003.
- Prigogine, Ilya. *El nacimiento del tiempo*. Tusquets Editores. Barcelona, 1991.
- Dossey, Larry. *Tiempo, espacio y medicina*. Kairós. Barcelona, 1986.
- Lenkersdorf, Carlos. *Cosmovisión maya*. Editado por CeAcatl. México, 1999.
- Capra, Fritjof. *El punto crucial*. Ed. Estaciones. Argentina, 1992
- Morín, Edgar. *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Cátedra. Colección Teorema. Madrid, 1998.
- Barrow, John D. *El libro de la nada*. Ed. Crítica. Barcelona, 2001.
- Maturana, Humberto. Varela, Francisco. *El Árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1996.
- Capra, Fritjof. *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama. 1998.
- Boff, Leonardo. www.koinonina, 14 noviembre de 2003.
- Eco, Umberto. *El nombre de la rosa*. Ed Lumen. Barcelona, 1982.
- Boff, Leonardo. *¿Qué es el espíritu?* www.koinonina. 2003.
- Whitman, Walt. *Hojas de hierba*. Libros Río Nuevo, Barcelona, 1992.
- Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Ed. Gedisa, España, 2000. En el texto original se utiliza hombres y no humanos ni personas.
- Morín, Edgar. *Los 7 saberes necesarios para la educación del futuro*. Paidós Studio Barcelona 2001.
- Flachsland, Cecilia. *Pierre Bordieu y el capital simbólico*. Intelectuales. Campo de Ideas SL. Madrid, 2003.
- Castoriadis, Cornelius. *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa, Barcelona, 1998.
- Tello, Nerio. *Castoriadis y el imaginario radical*. Campo de ideas. Madrid 2003
- Menéndez, Eduardo. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Ed. Bellaterra, Barcelona, 2000.
- Morín, Edgar. *El paradigma perdido*. Kairós. Barcelona, 1996
- LeShan y Margenau. *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh*. Ed. Gedisa. 1985.
- Ak’abal, Humberto. *Guardián de la caída de agua*. Serviprensa Centroamericana. Guatemala, 1993.



Nuestro pasado reciente que es presente

Vivimos gracias a nuestros abuelos (y abuelas)

Y llegamos a este pedacito del mundo que llamamos Guatemala.

El “Vivimos gracias a nuestro abuelos (y abuelas)” sigue siendo la mejor escuela para la mayoría de la población, aprendida y ampliada generación tras generación, para sobrevivir, para dar significados a los diferentes aspectos de la vida personal, familiar, comunitaria, espacial y temporal, significar los padecimientos y afrontarlos hasta sanarlos, si se puede, y ser parte de los procesos histórico sociales del momento.

En el campo de la salud, apelamos al mito del “Siete Guacamayo” o “Nuestras Siete Vergüenzas” que por su soberbia, acaba siendo muerto por los abuelos y abuelas curanderos. La soberbia como sustento de la discriminación acaba muerta en el Pop Wuj. Pero las huellas de la guacamaya son todavía presentes en Guatemala, por lo que ni la guacamaya ha muerto del todo, ni los abuelos y abuelas han acabado su trabajo.

Y la lucha y resistencia vendrá simbolizada por el fuego, por esas brasas que las mujeres de la resistencia cargaban en sus viejas ollas, debajo de los aguaceros, los bombardeos y las persecuciones del ejército para hacer posible el alimento, la tortilla, el tamal, el totoposte... la vida.

El pasado que es presente

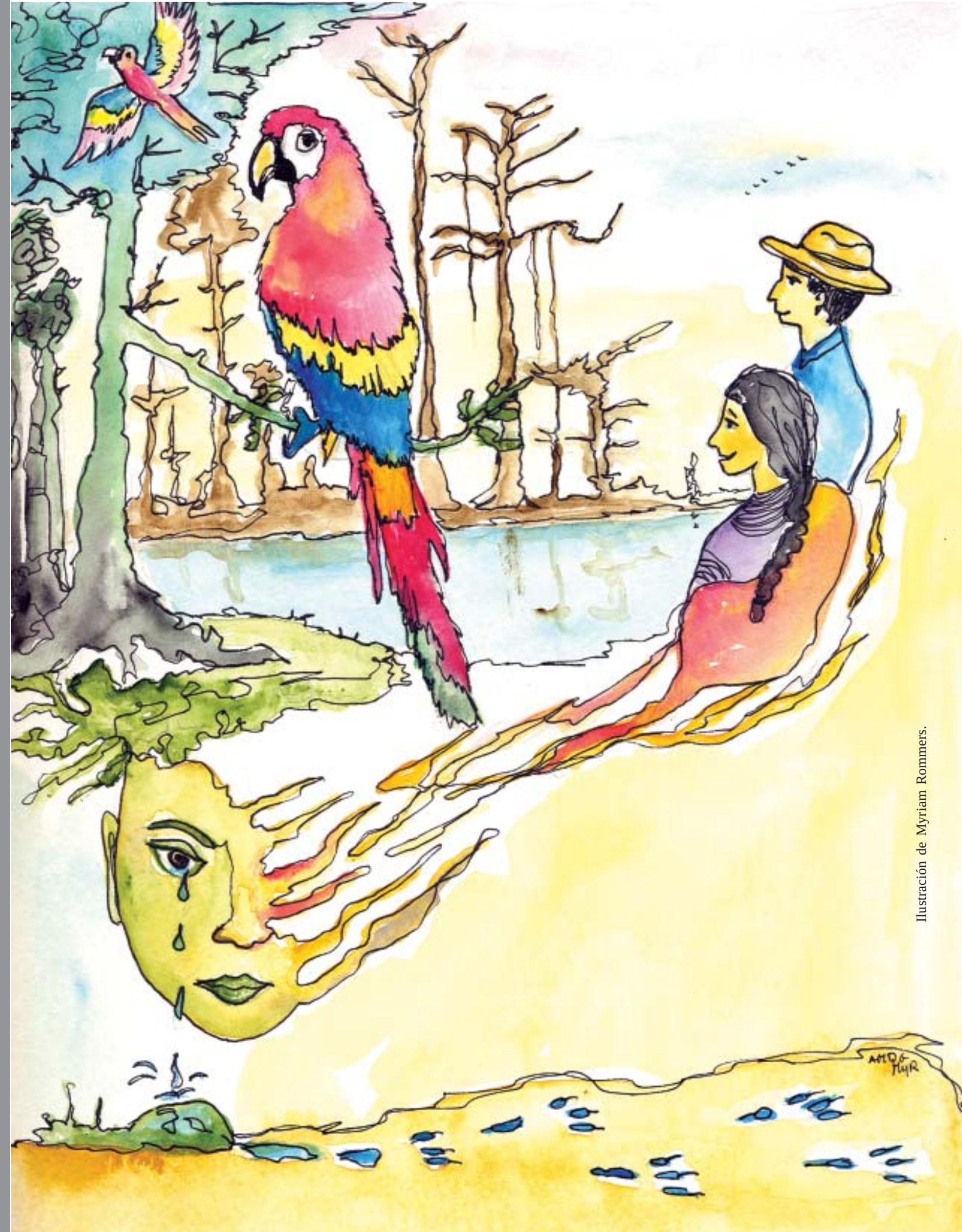


Ilustración de Myriam Rommers.



Aquí el pasado sigue vivo, no sólo para los turistas que creen regresar a tiempos pasados cuando visitan Tikal, Maximón o Chichicastenango, sino en la cotidianidad del trabajo en las fincas, maquilas, trabajo doméstico, donde los sindicatos “pasaron de noche” (no se conocen), en las relaciones entre los licenciados y los otros, los trabajadores de salud y la población, entre el personal de las instituciones y los promotores, entre el que va en carro y “no ve” el charco de agua con el que mojará al de a pié, entre el Estado y la ciudadanía. Guatemala sigue siendo una encomienda, la finca de unos pocos, la sucursal de las multinacionales.

Hay entre las y los campesinos indígenas, una frase muy socorrida, que como los proverbios chinos, los refranes castellanos o los cuentos breves de Augusto Monterroso, son un concentrado de sabiduría popular: “Vivimos gracias a nuestros abuelos” y a las abuelas, porque en el campo de la salud son ellas, las expertas cuidadoras y curadoras. Es una expresión que se escucha con frecuencia, especialmente cuando es necesario atender a un enfermo/enferma. El puesto o centro de salud está tan lejos... no sólo en kilómetros, sino en las actitudes de sus trabajadores, en sus categorías de interpretación y tratamiento de la enfermedad, en su atención centrada en la enfermedad que olvida permanentemente al enfermo... que nos hace ver cómo a través de ese pasado, “los abuelos” que siguen vivos la población desarrolla sus lógicas de sobrevivencia y resistencia.

Pero igualmente, la clase dominante, tiene muy presente su historia y por ello, siguen pensando y actuando como que Guatemala es de ellos. Y en sus lógicas de reproducción y mantenimiento como clase, encuentran justificación científica, lingüística, religiosa, económica... para legitimarse o en último caso, militar para legalizarse en el poder.

La historia reciente de Guatemala la relatamos en tres etapas: la época de dominación k'iche', la colonial y la liberal a través de los procesos de salud, enfermedad, atención, de la discriminación político-social y de la resistencia de los pueblos.



Comunidades de Población en Resistencia del Ixcán cargan la brasa en una olla, salvando el fuego de una incursión del ejército.



EL PODER DEL REINO K'ICHE'

La mujer médico es mujer de experiencia, de confianza, de saber, ella es el buen consejo...

La muerte de la soberbia por nuestros abuelos curanderos

En ese entonces había poca claridad sobre la tierra, no había Sol. Y había uno que se engrandecía, se llamaba Siete Guacamayo. Y dijo: Yo seré grande sobre la gente construída, formada; seré su Sol, su luz, mejor dicho su Luna. Grande es mi iluminación, soy su camino, mejor dicho su amuleto para ganar, porque escamas son mis ojos, son brillantes, destello sus esmeraldas, mis dientes cuajados de piedras como el cielo, mi nariz brilla de lejos como la Luna, y escama es mi vista, ilumina la superficie de la tierra cuando salgo de mi trono. Así pues, siempre seré Sol, seré Luna para las verdaderas criaturas.

Pero no era cierto, el Siete Guacamayo no era el Sol, nada más se jactaba de sus plumas, de sus escamas... A causa de que vio mal la soberbia ante el Espíritu del Cielo, dijo entonces el hijo, Cerbatanero, Shbalanké: No es bueno que exista porque no vivirán las gentes aquí sobre la tierra.

Shbalanké atalayó a Siete Guacamayo debajo del árbol... Llegó entonces Siete Guacamayo y fue derecho sobre su comida que era el nance, entonces un Cerbatanero, Shbalanké le tiró con cerbatana, fue derecho a la mandíbula, gritó y se vino del árbol, cayó al suelo... Se fue Nuestras Siete Vergüenzas deteniéndose la mandíbula, con dolor de los dientes y se llevó el brazo...

Estaba recostado Siete Guacamayo frente a su vivienda cuando pasó la abuela, el abuelo... Chillaba el señor del dolor de dientes, sólo a grandes penas comía y hablaba. ¿Qué hacéis? ¿Qué curáis? —dijo.

—Sólo extraemos animalitos de los dientes; curamos el globo del ojo, remendamos huesos, señor —dijeron entonces.

—Está bien, curadme mis dientes, de veras me duelen todos los días; no me entra nada de sueño con mi ojo; es que tiró con cerbatana un malhechor...

Le sacaron entonces los dientes del Siete Guacamayo; los cambiaron por maíz blanco; bien brillaba el maíz en la boca, pero pronto le decayó el semblante, ya no pareció el Señor; terminaron de sacarle los dientes de esmeralda que le cuajaban en la boca. Le aflojaron el ojo y terminaron de sacarle las escamas, no sintió dolor. Ya sólo a tientas andaba cuando le quitaron el motivo de su orgullo. Y murió Nuestras Siete Vergüenzas. Así que era médico quien se apoderó de sus esmeraldas virtuosas que lo protegían aquí sobre la superficie de la tierra.

El símbolo protector de la abuela y el símbolo protector del abuelo fueron quienes hicieron esto. Sólo para matar a Siete Guacamayo fue que hicieron esto, malo les pareció el enorgullecimiento de Siete Guacamayo. Fue únicamente por la palabra del Espíritu del Cielo que él cumplió esto.

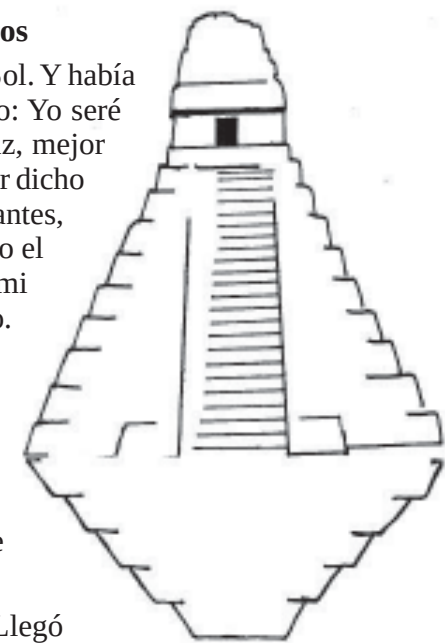


Ilustración de Santiago Bastos.





La salud como equilibrio

El sistema filosófico maya se basaba en que las personas eran parte integrante e interactuante del cosmos, que incluía a la naturaleza y a la sociedad. Todas las actividades de la persona repercutían en las otras personas, familia, comunidad, naturaleza y viceversa. Había una gran relación entre las partes y el todo y la persona era y es, un todo interconectado.

La persona poseía el *ool*, una fuerza de la vida, y el *pixán*, aliento o soplo de vida. El *ool* débil era y sigue siendo susceptible al susto y ojo ante un *ool* fuerte. También puede salir del cuerpo en los sueños y cuando la persona muere se disipa en el ambiente como un aire caliente que le da energía. Por el contrario, el *pixán*, el aliento, sólo sale con la muerte.

La salud será comprendida como un estado de equilibrio y la enfermedad como su ruptura. La persona, la familia, sociedad, naturaleza buscan el equilibrio frente a elementos internos y externos que lo alteran. Los factores más importantes que pueden alterar el equilibrio son dietéticos, climáticos, infecciosos, constitucionales, emocionales, energéticos y el propio organismo, la familia, la comunidad, la naturaleza y las distintas divinidades.

Ese pasado se hace vivo en el concepto de salud expresado por Leopoldo Méndez, ajq’ij, guía espiritual, cuidador del día. “estar bien con uno mismo, con la familia, con la comunidad y en armonía con la naturaleza y el cosmos., porque ¿cómo voy a estar sano si no lo está mi comunidad, la naturaleza?”

En el Código Florentino, las cualidades de los curanderos son las de:

“...El buen médico es un diagnosticador, un hombre experimentado, un conocedor de las hierbas, de las piedras, de los árboles, de las raíces. Posee la observación, la experiencia, la prudencia. Es moderado en sus indicaciones. Procura la salud, restaura a la gente, hace entablillados, vuelve a colocar bien sus huesos, los purga, les da vomitivos, los abre con una lanceta, les hace incisiones, les hace costuras, los hace revivir, los envuelve en cenizas”	“...La mujer médico conoce bien las hierbas, las raíces, los árboles, las piedras, ella es muy experta en estos temas, ella es la que sabe el resultado de sus observaciones, ella es mujer de experiencia, de confianza, de saber, ella es el buen consejo...”
---	---



Organización social

Sólo personas de nobles cunas, aquellas que descendían de los primeros gobernantes vivían en los palacios de los centros fortificados. Al lado de los palacios estaban los asentamientos que constituían el hogar de los varios linajes reales, cada uno con una casa del linaje a la que llamaban Casa grande. Los miembros de estas Casas grandes desempeñaban funciones importantes en el gobierno del Estado y estaban exentos de la labor en los campos. Esos nobles eran *ajaw*, el del collar, y gozaban de privilegios como usar trajes de algodón, (los otros usaban vestidos de un tejido ordinario hecho de maguey), jugar el juego de pelota ceremonial, comerciar con lugares distantes, comer cierta clase de carne prohibida para la gente del común, etc. Sólo los señores comían carne y bebían cacao.

Aquellos que vivían en los caseríos, eran campesinos del común. Estaban también organizados en linajes patriarcales, cada uno de los cuales correspondía probablemente a uno de los caseríos. Se les llama *Amaq’*, parcialidad, por su asentamiento esparcido.

También había esclavos, en cantidades relativamente pequeñas, que vivían en los hogares y las tierras de la clase noble gobernante. A menudo se trataba de una condición temporal, en la que se caía debido a deudas u otras penalidades.

Pero también había esclavos por capturas de guerra. Las personas principales, que prendían en la guerra eran sacrificados a sus dioses y después los comían para asombrar, poner miedo a los enemigos y porque de este modo su poder sagrado podía ser asimilado. Los vasallos capturados no eran sacrificados inmediatamente y se incorporaban a la servidumbre con la denominación de *tz’i’*, perro, *winaqitz*, persona de collar, por la probable asociación de que ambos iban a ser sacrificados.

Aunque señores y vasallos se afiliaban a patrilinajes distintos, compartían no obstante una afiliación hacia otro grupo. Este grupo era el *chinamit*, lugar cercado. Los miembros de un *chinamit* estaban debajo de un apellido y de un cacique, aunque recogen a cualquiera que se quiera llegar a este linaje y hermandad de gente. Llevaban el nombre del linaje señorial, aunque no eran necesariamente parientes patrilineales. Cada patrilinaje principal daba nombre a un barrio, *chinamit*, que incluía a muchos vasallos. Cada *chinamit* contenía varios patrilinajes de vasallos que se sujetaban al jefe de la Casa grande respectiva.

El cuerpo humano, el cuerpo familiar y comunitario, a modo de microcosmos, querían reflejar el ideal de equilibrio, armonía que representaba el universo. Las Casas grandes con los ajaw, los amaq’ con los campesinos y además los winaqitz, compartían esa visión del orden universal. Pero esta naturalización de las diferencias y desigualdades no era obstáculo para que se rompiera con las constantes guerras y rebeliones entre los diferentes gobernantes y pueblos k’iche’, achí, kakchiquel, tzutujil o mam.



Ilustración de Ricardo Pérez



LA COLONIA

Aparte somos nosotros y aparte los naturales

Todos somos hijos de Dios, pero los otros, siervos por naturaleza

Dos “oleadas” de colonialismo impulsadas por las metrópolis recorrieron el continente y el planeta. La primera en el siglo XVI con la invasión y conquista de América con referencias ideológicas, religiosas y aristotélicas y la segunda en el siglo XIX con la referencia ideológica de los ideales ilustrados. Dos oleadas que contenían por un lado la justificación de las prácticas discriminatorias y a su vez, sus antítesis.

En el siglo XVI, los españoles justificaron la conquista con los planteamientos de Aristóteles, aceptando Fray Bartolomé de Las Casas y Sepúlveda de que hay siervos por naturaleza, coincidiendo con respecto al negro africano, y difiriendo en su aplicación al indio. Para Las Casas: “Manifiesto es, que estas gentes, en todas estas Indias, las hallamos en pueblos y grandes pueblos poblados, que es señal y argumento grande de la razón; hallámoslas pacíficas y en sus repúblicas ordenadas y que cada uno de los vecinos tenía y gozaba de su hacienda, casa y estados” mientras que para Sepúlveda: “Con perfecto derecho, los españoles imperan sobre estos bárbaros del Nuevo Mundo e islas adyacentes, los cuales en prudencia, ingenio, virtud y humanidad son tan inferiores a los españoles como los niños a los adultos y las mujeres a los varones, habiendo entre ellos tanta diferencia como la que va de gentes fieras y crueles, a gentes clementísimas... y estoy por decir que de monos a hombres”.

Esta primera oleada, justificatoria de la conquista, circulaba junto a su antítesis: los ideales de que todos somos hijos de Dios y por lo tanto, hermanos.

En 1538, el Obispo de Guatemala, Francisco Marroquín, recibió instrucciones de España para que agrupara a los indígenas en poblados, en donde se les pudiera controlar y someter mejor a las contribuciones y trabajo forzado. Marroquín logró cumplir con las instrucciones recibidas únicamente después de halagar y engañar a los nativos que habían buscado refugio de los españoles en las montañas, cuevas y barrancos.

La congregación (reducción de indios) terminó para 1550, pero su impacto fué extenso y de largo término. Las reducciones implantaron una pieza clave de la estructura colonial: los pueblos de indios. Por un lado facilitó a los frailes la tarea evangélica... y les permitió organizar la mano de obra para tareas tales como la construcción de iglesias,... recolección de tributos y control y distribución de la mano de obra...la congregación dejó tierra libre para los cultivos españoles y su ganado. Por otra parte, se forzó a la amalgama a aldeas y clanes diferentes entre sí, pueblos que tenían cada uno, su idiosincrasia, sus especializaciones y sus peculiaridades religiosas y económicas. Debieron de aprender a vivir juntos y con los españoles.

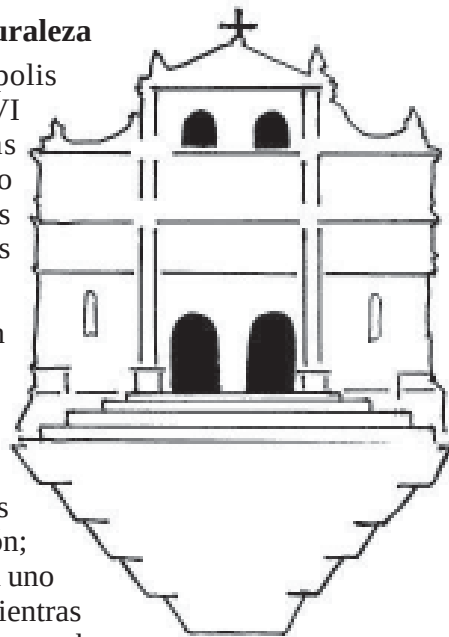


Ilustración de Santiago Bastos.

La resistencia

Una parte de la población, logró escapar de los españoles y formar los pajuiles. Aldeas donde vivían grupos de familias, viviendo organizadamente al margen de la explotación colonial. Se hallaban situados en lugares poco visibles, principalmente en barrancas y valles aislados, ya que era preciso ocultar no solamente las chozas y jacales sino también los cultivos.... Una característica era su provisionalidad, la cual respondía a dos circunstancias: primera, la perspectiva de tener que abandonarlos al ser descubiertos; y segunda: la certeza de que serían destruidos por la autoridad cuando aquello ocurriera.

Los indígenas no tomaron de modo pasivo la cultura española, más bien fueron hilando fino en una textura, cuyos designios externos eran españoles, pero cuya urdimbre y trama eran mayas. La resistencia tampoco fue enteramente pacífica; las fuentes coloniales contienen numerosas referencias sobre abiertas rebeliones de la población nativa. En general, las revueltas se restringían a un solo pueblo y a menudo a un solo segmento del mismo.

La clase gobernante prehispánica continuó ejerciendo influencia dentro de los pueblos. Los alcaldes y regidores de esos pueblos no eran elegidos, sino más bien, las funciones se convirtieron en servicios rotativos (cargos), para los cuales, los hombres eran designados por los ancianos de los clanes y linajes.

Las “tropas de asalto”

Con la llegada de los españoles, llegaron también las enfermedades a una población que en su aislamiento continental, no había desarrollado defensas. La primera enfermedad en llegar pudo haber sido la viruela en los años 1519-1520, fueron auténticas “tropas de asalto” de los españoles que debilitaron a la población y facilitaron su conquista. Falleció de un tercio a la mitad de la población enferma. A la viruela le siguieron la peste, el sarampión, etcétera.

Entre los años 1520 y 1680, la población indígena de la región de los Cuchumatanes, en los actuales departamentos de Huehuetenango, Totonicapán y Quiché, se redujo aproximadamente de 260,000 a sólo 16,000 personas. La disminución de la población en los primeros 160 años de conquista fue catastrófica. La población indígena no había desarrollado defensas para las enfermedades como el sarampión, paperas, peste, viruela y esto unido a la desnutrición y a las condiciones de sobreexplotación impuestas por los conquistadores, provocó casi la desaparición de la población, dado que la mortalidad fue extremadamente alta.

En las ciudades, fueron fundados hospitales por la acción real del Cabildo y de la Audiencia, aunque la mayor parte eran de origen religioso y se establecieron —... en relación con los hospitales para indios— no solamente con fines terapéuticos, sino por intereses de tipo económico, político y religioso.

La beneficencia pública consistía en el cuidado y socorro de los indigentes, pobres o desvalidos, a través de varias instituciones: casas de huérfanos y desamparados, asilos de párvulos y ancianos, casas cunas, institutos de ciegos y sordomudos, manicomios y hospitales. Durante la Colonia, estas instituciones (principalmente hospitales) fueron lugares de refugio donde se ejercía la caridad cristiana como parte del aparato de control del Estado.

CON LA REFORMA LIBERAL

Todos somos iguales ante la ley

La universal dignidad del ser humano socavada por el trabajo forzado

La segunda oleada colonial fue protagonizada por los liberales ilustrados y cafetaleros que en contra del postulado ilustrado de la universal dignidad del ser humano impusieron el trabajo forzado. Basándose en el viejo argumento de que la agricultura guatemalteca se encontraba en situación de abandono a causa de la pereza del campesinado, sancionaron una ley, el 17 de marzo de 1830, por medio de la cual se obligaba a trabajar en las haciendas y labores a todas aquellas personas que no tuvieran bienes en propiedad, así como a los miembros de las comunidades campesinas.

Basándose en el viejo argumento de que la agricultura guatemalteca se encontraba en situación de abandono a causa de la pereza del campesinado, el 17 de marzo de 1830 fue sancionada una ley, por medio de la cual se obligaba a trabajar en las haciendas y labores a todas aquellas personas que no tuvieran bienes en propiedad, así como a los miembros de las comunidades campesinas.

Al iniciarse la caficultura, las autoridades estatales ordenaron a los corregidores departamentales que, por medio de “mandamientos” pusieran los pueblos indígenas a disposición de los caficultores más cercanos, la cantidad de hombres que solicitaran para llevar a cabo los trabajos que requerían las plantaciones.

Con el Reglamento de Jornaleros emitido el 3 de abril de 1877 y el Reglamento del servicio de Trabajadores Agrícolas del 27 de abril de 1884 se institucionalizó el trabajo forzado que existía en Guatemala desde la dominación española y que después de la Independencia, tanto liberales como conservadores habían mantenido vigente, como “un mal necesario” para el desarrollo de la agricultura. Quien no tuviera el libretto era considerado “vago” y sujeto a multa en metálico y a su inmediato envío al trabajo en obras públicas o a alguna plantación, donde quedaba consignado en calidad de deudor del finquero que pagara la multa.

El rechazo y la resistencia de los indígenas a la prestación de sus servicios personales se debía a que no querían abandonar sus cultivos particulares por atender las siembras y plantaciones de personas extrañas, pero especialmente, a que sabían por la experiencia de siglos de explotación, que serían sometidos a malos tratos y a pagas miserables. Esta actitud del campesinado reforzó la opinión racista de la clase dominante, de que el indígena, por naturaleza, era haragán y enemigo del trabajo y que solamente a través del trabajo forzado podía incorporársele a la agricultura capitalista.

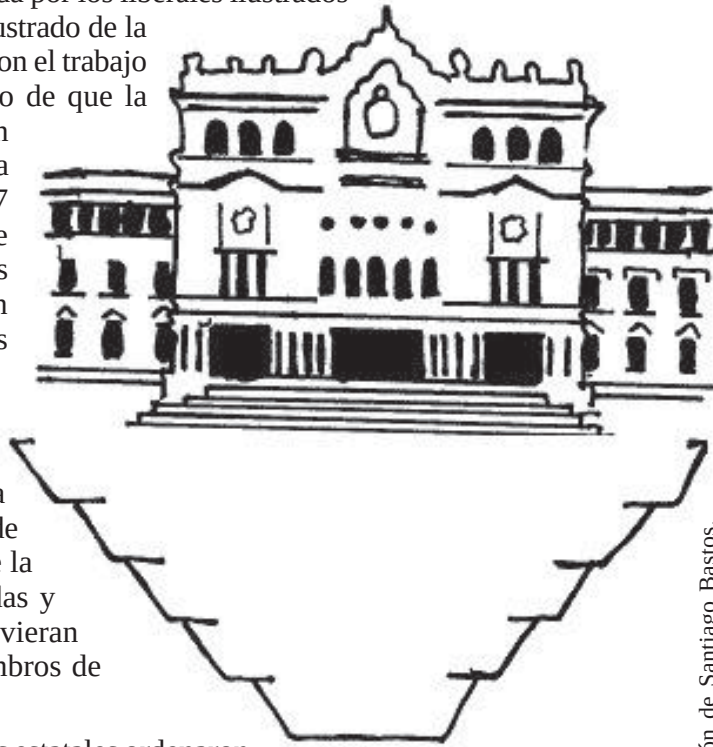


Ilustración de Santiago Bastos.

Las rebeliones abiertas de los indígenas se hicieron más frecuentes y sangrientas en el régimen republicano, tras la independencia de España. Las más serias fueron en los periodos liberales, debido a que éstos, buscaron la destrucción de las comunidades indígenas y su sobreexplotación.

“La gente es necesaria para nuestros trabajos y para sostener las grandes fincas que estamos formando”. La manipulación del lenguaje ha sido siempre el lado fuerte de los finqueros y lo presentaban como los grandes “esfuerzos” que hacían para asentar colonos dentro de sus fincas, a quienes ofrecían tierras de cultivo para que no murieran de hambre... La Iglesia tenía la misión de enseñarle a los campesinos a ser sumisos y respetar a los poderosos, o como lo expresaban los finqueros, la de “proveer a su moralidad”.

Además del servicio de mandamientos en las fincas, los campesinos indígenas estaban obligados a trabajar en los caminos y obras públicas del gobierno.

Los liberales guatemaltecos socavaron por razones ideológicas, económicas y de operatividad del Estado las normas constitucionales universalistas por medio de leyes secundarias en materia de trabajo, tierra, educación, ciudadanía, etc., lo que permitió una continuidad disfrazada de la política segregadora adoptada previamente por los conservadores.

La universal dignidad del ser humano de los ilustrados... quedó para después.

De la beneficencia a la asistencia

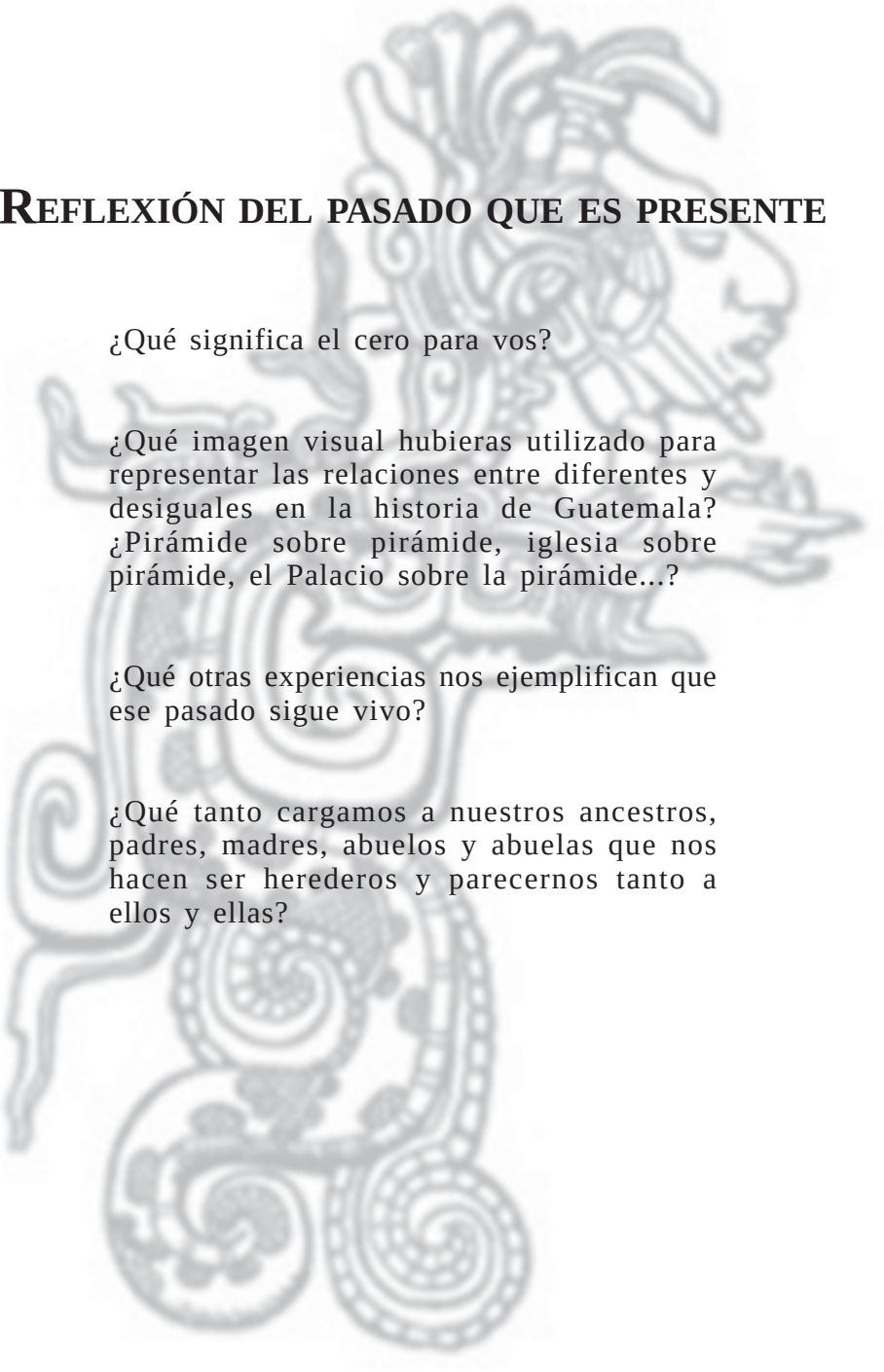
En el campo de la salud, con la revolución del 20 de octubre de 1944, la beneficencia se transformó en asistencia social, indicando que la misma categoría social a la que se dirigían estos servicios había cambiado, ya que de pobres o menesterosos se reconocía ahora un grupo de desempleados. Los beneficios...no cambiaron de manera sustancial con la nueva terminología de asistencia social, ya que en un principio sólo implicaba que la caridad pasaba a ser una obligación del Estado. ...En este tipo de actividad, la prioridad no estaba en la recuperación o mantenimiento de la fuerza de trabajo sino en la disminución de las tensiones sociales.

La asistencia pública quedó consagrada en la constitución de 1945: “El concepto actual de la asistencia pública basado en el principio de la seguridad colectiva constituye una obligación pública, puesto que los seres económicamente débiles son acreedores al cuidado de aquellos que tienen a su cargo procurar el bienestar de las mayorías desvalidas. A la luz de estas ideas es una obligación cívica proteger en forma eficaz a la población menesterosa para garantizar la integridad de la nación y la paz social”.



Bibliografía en orden de consulta

- *Popol Vuh*. Traducción de Adrián I. Chávez. Ed. Liga Maya, Guatemala, 1997.
- Recinos, Adrian. *Los Anales del Cakchiquel*. Guatemala. 1953.
- Recinos, Adrián. “Popol Vuh”. Citado en Melville, *Tierra y poder en Guatemala*. EDUCA, 1982.
- “Código Florentino”. *The People*, de Charles R. Dibble and Arthur J.O. Anderson. Book 10. Santa Fe, Nuevo México, School of Amerian Research, 1961.
- Hernán García; Antonio Sierra; Gilberto Balam. *Medicina maya tradicional. Confrontación con el sistema conceptual chino*. México. 1996.
- Carmack, Robert. *Historia social de los K’iche’*s. *Kik’aslemaal le K’iche’aab’*. Cholsamaj, Guatemala, 2001.
- Etxeberría, Xavier. *Ética de la diferencia. En el marco se la Antropología cultural*. Universidad de Deusto, Bilbao, 1997.
- Las Casas, Bartolome. *Historia de Las Indias*, III, p. 3348. Sevilla.
- Sepúlveda. “Democrates alter, sive justis belli causis apud indios”. Citado en Etxeberría, Xavier. *Ética de la diferencia. En el marco se la Antropología cultural*. Universidad de Deusto, Bilbao, 1997.
- Castellanos Cambranes, Julio. *Café y campesinos. Los orígenes de la economía de plantación moderna en Guatemala, 1853-1897*. Editorial Universitaria. USAC, 1095.
- Macleod, Murdo. *Historia socioeconómica de la América Central española, 1520-1720*. University of California Press. Ed. Piedra Santa, Guatemala, 1990.
- Lovell, George. *Conquista y cambio cultural. La sierra de los Cuchumatanes de Guatemala 1500-1821*. CIRMA, Antigua Guatemala.
- García, J.C. “Capítulo 7: La medicina estatal en América Latina (1880-1930)”. En *Pensamiento social en salud en América Latina*. OPS. Interamericana. McGraw-Hill, México, 1994.
- Taracena y Cols. *Etnicidad, estado y nación en Guatemala, 1808-1944*. Vol. 1. CIRMA, Antigua Guatemala, 2002.
- González Garza. *Higiene y medicina del trabajo*. Tesis, Monterrey, N.L., 1945. Citado por García, J.C, en “Pensamiento social en salud en América Latina”. OPS, Interamericana. McGraw-Hill, México, 1994



REFLEXIÓN DEL PASADO QUE ES PRESENTE

¿Qué significa el cero para vos?

¿Qué imagen visual hubieras utilizado para representar las relaciones entre diferentes y desiguales en la historia de Guatemala?
¿Pirámide sobre pirámide, iglesia sobre pirámide, el Palacio sobre la pirámide...?

¿Qué otras experiencias nos ejemplifican que ese pasado sigue vivo?

¿Qué tanto cargamos a nuestros ancestros, padres, madres, abuelos y abuelas que nos hacen ser herederos y parecernos tanto a ellos y ellas?

●●● El presente que es ahora

*En este país pequeño todo queda lejos.
la comida, las letras, la ropa... (AK'ABAL)*

*salvo los promotores y las promotoras de salud
las comadronas y curanderos,
las cuidadoras y curadoras del hogar*

Contexto y primeros pasos de los promotores de salud

Antes y después de los Acuerdos de Paz

Las condiciones en las que nacieron los promotores de salud en la década de los 60 y 70, han ido modificándose, más en aspectos políticos, económicos e ideológicos que en una ampliación real de la atención de salud desde el Estado, pero los cambios están ahí e inciden en los promotores.

Los Acuerdos de Paz han sido un cambio importante en la relación entre la sociedad civil y el Estado. Por años, el Ministerio de Salud vio con recelo a los promotores de salud, ONG y a la Iglesia católica, y los identificó en buena medida con la insurgencia. De igual manera, un sector de promotores de salud y de trabajadores de las ONG e Iglesia, identificaron al Ministerio con una extensión del Estado contrainsurgente.

Con los Acuerdos de Paz, no ha cambiado suficientemente el autoritarismo de las autoridades del Ministerio de Salud, ni mejorado su transparencia, ni su apego a la misión rectora del Ministerio puede ser excusa para no escuchar otras voces de guatemaltecos y guatemaltecas, que como ciudadanos y trabajadores de salud tienen aportes que compartir. Una clave está en que ahora reconocemos al Ministerio como la institución estatal a la cual debemos dirigir nuestros esfuerzos para exigir el derecho a la salud y el tipo de atención que queremos. Antes, fue impensable.

Por ello, ¿cuáles han sido las condiciones en las que nacieron, crecieron y se extendieron los promotores de salud y cuáles son las condiciones actuales? La idea es conocer el contexto internacional, nacional, comunitario y las experiencias pioneras con promotores y promotoras de salud, la experiencia de Jacaltenango en Huehuetenango, con las hermanas Maryknoll y el del Proyecto de Desarrollo de Chimaltenango con Carrol Behrhorst y posteriormente acercarnos al presente y futuro.

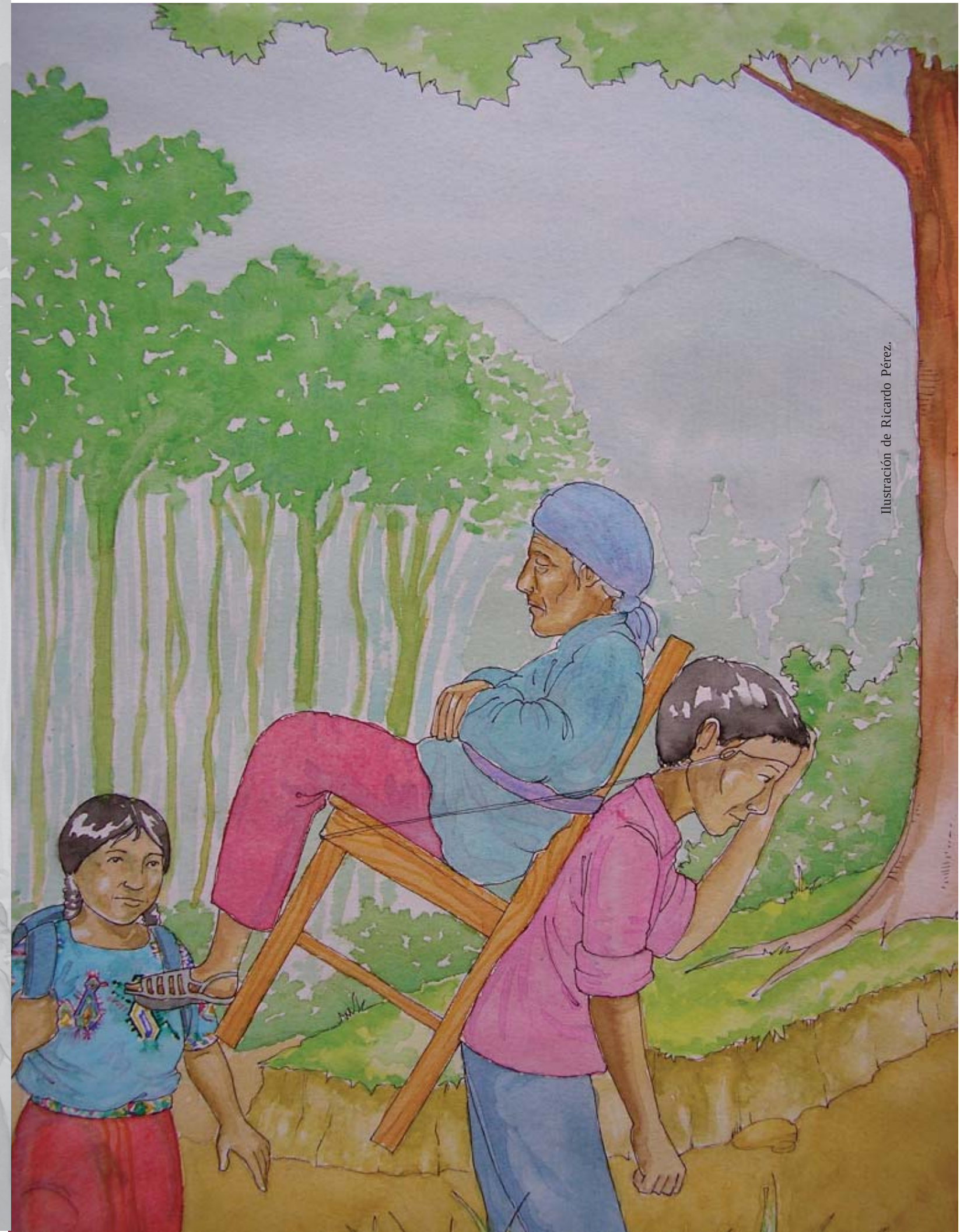


Ilustración de Ricardo Pérez.



LOS PROMOTORES DE SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y COMUNITARIO (1950 A 2005)

El nacimiento de las y los promotores de salud en la década de los 60 fue un acontecimiento que se dio en numerosos países que compartían condiciones políticas diferentes, revoluciones y dictaduras, pero pueblos que compartían necesidades y el afán de mejorar sus condiciones de vida.

Se trata de poner contexto al texto y poder entender el porqué arraigó la propuesta de promotores de salud, ¿por qué no hubo antes promotores?, ¿por qué hubieron de llegar personas de otros países a proponerlo? Nos trajeron el mensaje, lo sembraron y creció hasta cubrir toda Guatemala.

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Antes y después de Alma Ata

Frío para algunos y caliente para otros

Las décadas de los años 50-60 se caracterizaron a nivel internacional por la “Guerra Fría” entre Estados Unidos de América (EUA) y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URRS), con repartos inestables de áreas de influencia, la carrera armamentista y unas políticas represivas para los pueblos que pretendían llevar transformaciones sociales no acordes con las políticas de ambos imperios. El frío diplomático entre los EUA y la URSS se convertía en calientes guerras en Corea, Indonesia, Argelia, Congo y los numerosos países colonizados del Tercer Mundo que tras años de lucha llevaron a cabo sus independencias nacionales y algunos entraron en revoluciones sociales.

Gill Walt (1990) refiriéndose a la década de los 50, utiliza el término “descubrimiento” para mostrar la toma de conciencia del Primer Mundo de las desigualdades entre los países desarrollados y los subdesarrollados. El abordaje de estas desigualdades llevó a plantear la necesidad de la participación comunitaria en el campo del desarrollo y de la salud, en la que fueron referentes los logros de las experiencias de las y los médicos descalzos en China continental.

En el contexto internacional de salud y más específicamente en el americano, hubo un cambio notable el 1 de enero de 1959 con el triunfo de la revolución cubana. Este acontecimiento va influir notablemente en la política de EUA para su “América de los americanos” y en las políticas sociales y de salud para todo el continente.

Del estudio de John Fiedler, “La política de salud en América Latina...El caso de Guatemala” (1985) destacamos:

...entre finales de los años 40 y mediados de los 50, en los países de América Latina, habían mejorado notablemente los niveles de salud. Se reflejaron en la esperanza de vida, en la reducción severa y en la prevalencia de ciertas enfermedades. Entre 1956 y 1966, la mortalidad decreció 48% para niños menores de cinco años por enfermedades infecciosas, 26% para las respiratorias y 44% para gastroenteritis y enfermedades digestivas. En Guatemala, sin embargo, persistieron los graves riesgos de morbi-mortalidad, particularmente para las gastroenteritis.

Entre 1960-70 se implementaron por una buena parte de los estados, el Estado fuerte con planificación del desarrollo, intervención económica y algunas políticas sociales. Y en 1961, impulsado por los EUA, se celebró bajo el impacto de la revolución cubana y

con la presencia del Che Guevara, la Conferencia y Carta de Punta del Este en Uruguay. En ella se elaboró un Plan de Desarrollo de 10 años para América Latina y entre las recomendaciones la elaboración de Planes Nacionales de Salud. La mayoría de los países siguiendo las recomendaciones, elaboraron planes de salud a partir de 1964 y en Guatemala no se llevaron a cabo hasta 1974.

En 1972, se realizó la Tercera Reunión de Ministros de Salud de América Latina: Propositiones de cambio y Estrategias de salud para 1971-80. En ella hubo consenso y reconocimiento en que la mayoría de las mejoras en los índices de salud se debían a las mejoras de salud en la población urbana que tiene mejor acceso a los servicios de salud... mientras el 25% de la población seguía sin acceso a los servicios formales de salud.

Como resultado de todo ello:

Se adoptó una variedad de programas de extensión de cuidados primarios de salud, con diferentes énfasis en: participación comunitaria incluyendo el entrenamiento de trabajadores locales de salud y nutrición; una reforma y una reestructuración organizativa para reducir la duplicación de servicios y mejorar la coordinación y eficiencia; reorganización y desarrollo de una jerarquía en la provisión de cuidados incorporando la regionalización de funciones; mejoras en la administración como la introducción de un adecuado sistema de información, coordinación y supervisión, programación y evaluación; desarrollo de recursos humanos y materiales, especialmente el entrenamiento y efectiva utilización de personal auxiliar; desarrollo de recursos financieros.

Será en los años 60 que desde organismos internacionales, nacionales y no gubernamentales se promueve internacionalmente la propuesta de promotores y promotoras de salud, que autores como Walt (1990) consideran una respuesta a “la confluencia de los cambios en las ideas sobre el poder, la salud y el desarrollo, las insuficiencias del modelo biomédico, el fuerte crecimiento poblacional, la participación comunitaria entendida como autocuidado y las políticas de los organismos internacionales”. De resultas de ello, cada país desarrollará diferentes experiencias, gubernamentales o no, en la que el personal comunitario se involucra en la atención de salud y en la que la figura de las y los promotores de salud será la imagen fuerza.

En 1974, Canadá, presentó el informe “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses”, más conocido como informe Lalonde, nombre del entonces ministro de salud, donde se destaca a través de los “campos de la salud” que ésta desborda el estrecho campo de los servicios, ensamblando los condicionantes de salud de la atención sanitaria, la biología humana, los estilos de vida y el entorno geográfico y socioeconómico.

Posteriormente, en la sede de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, en 1977 se definieron las metas políticas de “Salud Para Todos en el año 2000” y al año siguiente, en la ciudad de Alma Ata, en el actual Kazajstán, la Estrategia de Atención Primaria de Salud con la Declaración de Alma Ata que fue firmada por la Organización Mundial de la Salud –OMS– y gobiernos de más de 100 países entre ellos Guatemala, estando presentes: el Dr. Roquelino Resinos, Ministro de salud, el Dr. Julio de León por la Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina y el Dr. Carroll Behrhorst entre otros.

En la Declaración de Alma Ata (1978) se contempla:

La necesidad urgente de que todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo de la comunidad internacional se movilicen para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Se reitera que la salud, estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado posible de salud es un



objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es política, social y económicamente inaceptable. El pueblo tiene el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.

En años posteriores, otras Conferencias desarrollarán la Atención Primaria de Salud, así en la Conferencia de Ottawa, “Promoción de la Salud” (1986), la Conferencia de Bogotá, “Promoción de la Salud y Equidad” (1992), etc. y destacamos otras, como la específica sobre los médicos tradicionales en la Conferencia de Beijing (1991) y dos sobre las necesidades y propuestas de los pueblos indios de América como la Conferencia de Winnipeg (1993) y el Documento SAPIA (1994).

En 1993, el Banco Mundial, en un golpe de estado internacional, desplaza a la Organización Mundial de la salud, OMS, en la definición de políticas de salud a través del informe “Invertir en salud” (1993). Investigadores como Ugalde y Jackson (1998) se preguntan: ¿Qué hace un Banco dirigiendo la salud?.

La salud sale del campo de los derechos humanos y sociales y entra en el del mercado.

EL CONTEXTO NACIONAL

Cuando la política es la no política de salud (VERDUGO, 2003)

Antes y después de los Acuerdos de Paz

El paso de la beneficencia a la asistencia se dio con el “Decreto número 46 de la Junta Revolucionaria, al crearse la Secretaría de Salud Pública, con fecha de 26 de diciembre de 1944, de la que el Dr. Federico Mesa fue su primer secretario; y la posterior creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–, por Decreto número 43 del Congreso de la República, el 13 de marzo de 1945” (Girón, 1964). Ese mismo año, la nueva Constitución de la República proclamará: “Es obligación del Estado procurar el bienestar de sus habitantes”.

“En 1946, se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–, por Acuerdo Legislativo número 295 y en el mismo año, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP–. En 1954, se crea la División de Servicios Rurales de Salud Pública del MSPAS con el apoyo de la OMS y UNICEF” (Girón, 1964).

En junio de 1952 fue aprobada y promulgada la Ley de Reforma Agraria del gobierno de Árbenz (Decreto número 900), la medida sanitaria más importante de la historia de nuestro país a favor de la salud de las mayorías, que desencadenó que el gobierno de EUA y las fuerzas oscurantistas, en ese tiempo hegemónicas por la Iglesia católica y oligarquía cafetalera, provocaran la caída del gobierno de Jacobo Árbenz y el regreso de las injusticias que nos enferman.

En los años 60-70, el Mercado Común Centroamericano, de la mano de presidentes generales en el avance hacia gobiernos militares, hace suyo el desarrollismo que llevó a una mayor concentración de la riqueza. “El Producto Interno Bruto creció el 5% anual, pero aumentó el porcentaje de pobres.



Más riqueza no significó menor exclusión social” (Fiedler, 1985). En estos años y como parte de la política impulsada por EUA. se desarrollaron en 1963 las “Jornadas de Alianza para el Progreso en Guatemala” con Programas de Unidades Móviles en Áreas Rurales –PUMAR– especialmente en la zona central del país, Xela y Nueva Concepción y también los de erradicación de la Malaria y de Alimentos para la Paz. Es hasta 1972 que el MSPAS inició el entrenamiento de Promotores de salud con el apoyo UNICEF.

Para autores como Fiedler (1985), “en el Plan de 1978-82, el MSPAS planifica formalmente la Atención Primaria de Salud –APS–, pero no sustancialmente, pues no cambia la estructura de los servicios, más bien, sólo agrega tareas, de ahí que hubiera una *additive reforma*, sin metas, objetivos ni prioridades. Lo que nos lleva a decir que nacionalmente no se aplicó la APS”.

Para el Dr. Héctor Nuila, primer director del programa rural del Ejercicio Profesional Supervisado –EPS– de medicina y en la actualidad secretario general de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, URNG: “la APS no llegó en vacío, pues todo lo que hacía el EPS se vio reflejado en la estrategia de APS. No lo inventamos pero tampoco nos era ajeno, pero sí la formulación de APS dio certidumbres a lo que estábamos realizando... No había política de salud ni la hay. Nunca la ha habido. En esos años 70, la política en Materno Infantil era en un 80% control natal. El MSPAS apuntalaba la institucionalidad de un Estado contrainsurgente. Directamente no, pero sí indirectamente jugaba un rol contrainsurgente. Los Acuerdos de Paz nos abren otro marco de referencia, otra relación con el Estado y la posibilidad de hacer demandas y acciones” que no necesariamente son reprimidas.

Entre “1954-82, cuando la política es la no política de salud... a finales de los 70, ya se reconocía el modelo de desarrollo guatemalteco como concentrador en lo económico y excluyente en lo social... de este periodo, especialmente 1978-1981, son las crecientes inversiones en infraestructura en salud, coincidentes con el planteamiento económico de inversión estatal para la reactivación económica. En ese marco histórico, se da una creciente polarización política y social, que deriva a la guerra de más de treinta años que padeció el país” (Verdugo Urréjola, 2003).

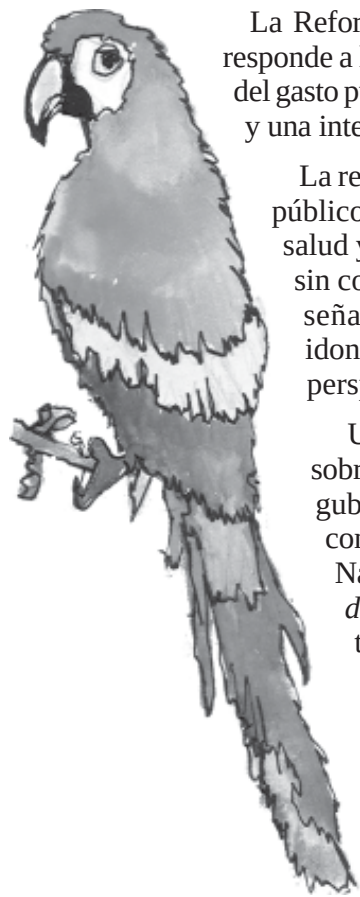
En el estudio de Verdugo (2005a) sobre la Reforma del sector salud se constata que:

El Partido de Avanzada Nacional –PAN– emprendió la Reforma justificándola como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz, especialmente lo referente al capítulo de salud del Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. En dicho Acuerdo se plantea, entre otras cosas, la priorización de la lucha contra la desnutrición, del saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente la materno-infantil. Y, como metas precisas, se acordaron las siguientes:

1) alcanzar el 50% del gasto en salud para la atención preventiva; 2) la reducción en un 50% de la mortalidad infantil y materna para el año 2000; y, 3) mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión, para el año 2000.

No obstante, la priorización realizada y las metas suscritas en los Acuerdos de Paz —a excepción del numeral 2—, estaban anteriormente pactadas con el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– como parte de los resultados esperados del Componente de Reorganización del Sistema de Atención en Salud del Programa Sectorial de Salud del año 1994 (MSPAS, 1994). En ese sentido, los Acuerdos de Paz, en su capítulo de salud, al sólo mencionar la necesidad de hacer una reforma de salud, pero no plantear las líneas básicas en las que se debería sustentar y los mecanismos democráticos para su formulación e implementación, sólo parecieron legitimar un proceso que se había iniciado en 1991-1992 con el Estudio Básico del Sector Salud.





La Reforma del sector y del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– responde a las políticas impuestas por el Banco Mundial en 1993 con focalización del gasto público hacia los pobres, paquetes básicos de bajo costo y alta eficiencia... y una interpretación encubierta de la salud como bien privado.

La reforma comprende los tres niveles de atención y la apertura a la mezcla público-privada y se inició en el primer nivel: “el modelo comunitario de salud y su articulación al primer nivel de atención del SIAS, fue formulado sin consulta a las organizaciones históricas de salud comunitaria y ha sido señalado de innumerables deficiencias que ponen en entredicho su idoneidad, los aspectos básicos de su implementación, sus resultados y perspectivas a futuro” (Verdugo, 2005b).

Un aspecto positivo que vino con el SIAS fue la apertura del debate sobre el derecho a la salud entre el MSPAS y diversas organizaciones no gubernamentales, pastorales de salud y asociaciones de promotores y comadronas que cuestionaron la reforma coaligándose en la Instancia Nacional de Salud –INS–, y que en la editorial de su revista *Portadores de sueños* (2005) plantean que “el altruismo y la beneficencia como tales jamás podrían considerarse como peligrosas si contribuyeran a reforzar las acciones del Estado, pero lo son cuando empiezan a ser consideradas como una forma de política social”, además de que “la defensa de la vida y la salud, en tanto derechos naturales, exige vernos como ciudadanos del Estado y no como meros clientes del mercado”.

EL CONTEXTO COMUNITARIO

Las nuevas propuestas religiosas siempre han estado unidas a las sanaciones

Tiempo de cambios

En la década revolucionaria (1944-54), “sí hubo un despertar de profunda importancia para muchos... Podría mejor llamarse un *despertar ideológico*, ya que equivalió a una comprensión de que ciertos papeles y estatus anteriormente aceptados dentro del sistema social ya no estaban regidos por las mismas reglas y que repentinamente se abrieron nuevos canales para la expresión y la satisfacción de necesidades. La serie hasta ahora establecida de relaciones entre el líder político y el campesino, entre el patrón y el trabajador, entre el indígena y el ladino no cambió de repente, pero súbitamente llegó a ser posible introducir algún cambio en ella” (Adams, 1957).

El uso del término comunidad para poder acceder a la protección y legalización de la propiedad en común de la tierra en zonas del Altiplano y Oriente fue aceptado por el Estado en 1946...

Asimismo el Decreto 900, Ley de Reforma Agraria del 12 de junio de 1952, dejó constancia de su deseo de proteger las *tierras comunales indígenas*. Por ley, los conflictos de tierras entre municipalidades y comunidades agrarias se resolverían siempre a favor de las comunidades. De igual forma, si el conflicto surgía entre particulares y las comunidades en torno a tierras no cultivadas, afectables o no, se resolverán a favor de éstas” (Taracena, 2004).

En el último estudio del Instituto Nacional de Estadística –INE–, hay en Guatemala 12,000 comunidades con menos de 2,000 habitantes.

De una manera sintética y a través de dos propuestas explicativas complementarias apuntamos aspectos de los cambios desarrollados entre los años 40 y finales de los años 70. Cada propuesta explicativa enfatiza aspectos diferentes de los que resultaron cambios fundamentales, especialmente para la población indígena, que hasta entonces había vivido mayoritariamente en fincas y comunidades campesinas.

Los cambios comunitarios entre 1940-1978

Explicación desde el proceso político o de las oportunidades políticas

En la década democrática (1944-1954), el fin de las barreras étnicas en el gobierno municipal otorgó la posibilidad de disputar este espacio de poder a los ladinos locales.

El derecho a voto (inicialmente sólo para los hombres) y la participación en partidos políticos.

La Acción Católica –AC– puso las bases para la transformación de la religiosidad y las estructuras internas del poder comunitario.

Cambios en la relación con otras organizaciones de la sociedad guatemalteca como sindicatos y organizaciones populares.

Aumento de las necesidades sentidas, la conciencia de lo injusto de su pobreza, la identidad indígena/maya con una consiguiente mayor participación política.

Explicación desde la movilidad de recursos

La mayor escolarización permitió el acceso a trabajos como el de maestro, de fuerte carga simbólica, y amplió el dominio del castellano a sectores mayoritarios indígenas.

El final gradual del trabajo forzado posibilitó un relativo crecimiento económico y se concatenó con la modernización de la agricultura.

Menor dependencia del trabajo estacional en las fincas.

Aunque en escasa medida se amplió la diversificación de trabajos: comercio, industria.

Se reforzaron las relaciones salariales

Diversificación de liderazgos y paso de poder de ancianos a los adultos jóvenes.

Valoración del tiempo como recurso económico.

Mayor estratificación socioeconómica ligada a la diversificación social y económica.

Mayor diversidad ideológica ligada a los partidos y grupos religiosos.

Ampliación territorial de la presencia indígena permanente a Costa Sur, Franja Transversal del Norte, Petén y ciudades.

Para Bastos y Camus (2003) es con la Revolución de Octubre de 1944 que en Guatemala se inician “los cambios de la modernización económica y social que tuvo un impacto importante en el sentido de ciudadanización de los guatemaltecos aunque sin tener en cuenta a los indígenas



como tales. Algunas de las transformaciones políticas que sí afectaron a los indígenas fueron: el fin definitivo del trabajo forzado, la posibilidad de acceso a los cargos municipales y la organización de sindicatos y sobre todo de los comités agrarios... La contrarrevolución de 1954 frenó algunos de estos avances pero a lo largo de los 50 y 60 el proceso de modernización socioeconómico continuó extendiéndose...”.

Como expresa Taracena (2004) en su estudio, “la Acción Católica acabó convirtiéndose en el canal por medio del cual las comunidades indígenas empezaban a encontrar fórmulas modernas de organización. La punta de lanza eran los catequistas, cuya labor era fuente de conflicto tanto con las autoridades indígenas como con las autoridades ladinas locales... los catequistas alentaron muchas veces a convertirse en colonizadores de tierras estatales... y dejar de ser trabajadores estacionales”.

Los cambios religiosos fueron la punta del *iceberg* de otros cambios. El elemento religioso era clave por su importancia en la vida de las comunidades indígenas. Böckler y Herbert (1995) documentan que “desde el inicio de 1967 hasta junio de 1969, hemos registrado 24 conflictos violentos entre estos dos grupos, cofradías *versus* nuevos grupos católicos”.

Con la Acción Católica no sólo aparecieron los catequistas sino que también promotores de salud y también estos, como parte de una de las partes, nacieron en choque con los zahoríes, curanderos, al igual que el catequista con el cofrade, el joven con el anciano, el cooperativista, las ligas campesinas contra ... todos compitieron en ideas y prácticas, en las luchas de poder y hegemonía en unas comunidades que “despertaban” y participaban en los cambios sociales, económicos, políticos e ideológicos como antes no se había conocido. Los nuevos promotores y los históricos curanderos, zahoríes, fueron sujetos activos de una revolución no tan silenciosa que transformó el Altiplano y su relación con el Estado.

En el estudio de Matilde González (2002) que abarca más de 100 años en la vida de la comunidad sambartoleña (San Bartolomé Jocotenango), se reflejan algunos de estos cambios, en los que la salud juega un rol importante:

Padres y Hermanas, ante los graves problemas de salud que afectaban a la gente de sus parroquias, fueron ocupándose de la asistencia en salud. En su intento, promovieron el uso de la medicina occidental, la cual gracias a su rápido efecto contribuyó a controlar muchas enfermedades, pero también generó dependencia y en algunos casos sustitución de las prácticas de la medicina tradicional... Promovieron los antibióticos y las vitaminas inyectadas, generando entre la población el mito de “la aguja y la jeringa”. La salvación era la inyección, jesa sí curaba, esa sí quitaba la enfermedad¡.

El poder del Padre sustituyó al poder de los sajorines. El éxito en la curación de los enfermos fue uno de los factores que más contribuyó a que este nuevo movimiento ganara credibilidad en la comunidad sambartoleña. Una mayoría de personas hizo referencia a un proceso de conversión a la Acción Católica, AC, ligado a la resolución de una enfermedad.

... los miembros de AC veían al Padre como el hombre que sabía curar las enfermedades y ayudaba a la gente, la mayoría de las veces eran las madres (las Hermanas religiosas) quienes asistían y curaban a los enfermos... Aunque eran ellas... su trabajo no siempre era percibido o valorado en esta comunidad y/o movimiento liderado por hombres. Para los catequistas, predicadores de la palabra y demás miembros de la AC, las madres eran las mujeres... eran las asistentes de ese hombre que sabía administrar la fe, la salud y la vida... la eficacia y rapidez con la que el Padre y/o sus “asistentes” salvaban la vida, era una señal de la existencia de un poder superior, de un Dios capaz de ¿sustituir? o ¿complementar? los poderes del santo Mundo y de los Ancestros invocados por el sajorín. Ésta era una religión útil, su eficacia permitía lograr la vida.



Con los cambios se ampliaron las desigualdades socioeconómicas al interior de las comunidades pero manteniendo la identidad comunitaria. Esta identidad “conlleva en Guatemala, las formas de entender y de comportarse en las relaciones entre comunitarios y externos” (Bastos, 2000).

El terremoto del 76, con miles de muertos y destrucción, especialmente en el Altiplano, motivó también un terremoto social de ayuda y reconstrucción, de nacimiento de la conciencia de miles de indígenas y no indígenas que se encontraron en la solidaridad. Florecieron las organizaciones sociales y políticas, siendo, al poco tiempo, la respuesta del Estado la represión masiva. Las masacres y los desplazamientos de población, las patrullas de autodefensa civil, la resistencia y el refugio marcaron la historia de los 80.

Los Acuerdos de Paz, un parteaguas en la historia reciente del país no han resuelto los problemas principales que justificaron la guerra y la salida a la problemática socioeconómica está siendo la emigración masiva a los EUA. Somos un país que, al no poder ofrecer a la mayoría de sus ciudadanos y ciudadanas, unas mínimas condiciones de vida, obliga a sus habitantes a emigrar para el norte. El proyecto de país, pasa por salirse de él. Las remesas de dólares de los emigrantes en los EUA generan otras oportunidades y desventajas, entre éstas la feminización de las comunidades y las disfuncionalidades familiares, una mayor estratificación económica al interior de las comunidades...

El cumplimiento de los Acuerdos de Paz como agenda de la transformación social que Guatemala necesita, sigue pendiente.

Contexto del los años 50 al momento actual: resumen de las ideas principales

Internacional	Nacional	Comunitario
Frío diplomático y guerras calientes	Creación en 1945 del Ministerio de Salud y en 1946 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	Cambios profundos a nivel comunitario, sólo comparables a las producidas por la invasión española, a nivel sociopolítico, ideológico, económico y religioso.
Revolución cubana (1959)		
Participación comunitaria	1952-54: Reforma Agraria.	Transformación de las estructuras internas de poder comunitario y diversificación de los liderazgos comunitarios.
Alianza para el Progreso (EEUU, a partir de los años 60)	Mercado Común Centroamericano (décadas de 60 y 70)	
Salud para Todos en el año 2000 (Ginebra, 1977)	Reforma aditiva (década de los 70-80)	Reforzamiento de las relaciones salariales.
Atención Primaria de Salud y Declaración de Alma Ata (1978)	Reforma del Sector Salud y Sistema Integral de Atención en Salud (1997).	Cambios en las relaciones de las organizaciones comunitarias con sindicatos, organizaciones populares, organizaciones políticas y el Estado.
Invertir en salud (BM, 1993)		Mayor estratificación socio-económica e ideológica en las comunidades.





Bibliografía en orden de consulta

- Walt, Gill; CHW in National Programmes. *¿Just another of hands?.* Philadelphia. EEUU. 1990
- Fiedler, John. *Latin American health policy and additive reform: The case of Guatemala.* International Journal of health service. Volume 15, Number 2, 1985.
- Ugalde, Antonio. Jackson, Jeffrey. “Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica”. En: *Cuadernos Médico Sociales.* Número 73, mayo 1998. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, CESS. Rosario, Argentina.
- Verdugo Urréjola, Juan Carlos. “Historia reciente de la política y Reforma de salud en Guatemala”. En: *Portadores de sueños.* No. 5, enero-marzo 2003. Guatemala.
- Girón, Dr. Manuel Antonio. *Medicina Social.* Ed Universitaria. Guatemala, 1964
- Verdugo, Juan Carlos. *La Política y Reforma del Sector Salud en Guatemala, 1986-2000. Del estado desperfecto al mercado imperfecto.* Guatemala, 2005a.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). *Programa Sectorial de Salud.* Guatemala, 1994.
- Verdugo, Juan Carlos. *Análisis de la implementación de Primer Nivel de Atención del SIAS, en Guatemala.* Documento técnico. Instancia Nacional de Salud, MEMISA. Guatemala, 2005b.
- INS. “Editorial”. *Portadores de sueños.* Guatemala, Año 4, número 12, enero-marzo 2005.
- Adams, Richard (Stokes Newbold, pseud.). “Receptivity to Communism Fomented Agitation in Rural Guatemala”. En: *Economic Development and Culture Change*, N° 4 (July 1957), pp 361. EUA.
- Taracena Arriola, Arturo. Cols. *Etnicidad, estado y nación en Guatemala, 1944-1985.* CIRMA. Antigua Guatemala, 2004.
- Bastos, Santiago. Camus, Manuela. *El movimiento maya en Perspectiva.* FLACSO. Guatemala, 2003.
- Guzmán Böckler, Carlos; Herbert, Jean-Loup. *Guatemala: una interpretación histórico-social.* Ed Cholsamaj, Guatemala, 1995.
- González, Matilde. *Se cambió el tiempo. Conflicto y poder en territorio k’iche’. 1880-1996.* AVANCSO. Cuadernos de investigación # 17. Guatemala, 2002.
- Bastos, Santiago. *Cultura, pobreza y diferencia étnica en la ciudad de Guatemala.* Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, CIESAS-UdeG. Guadalajara, México, 2000.

**EXPERIENCIAS INTERNACIONALES:
CHINA, TANZANIA Y MÉXICO.
EVALUACIONES**

*La elección no está entre más o menos sofisticación de servicios
sino entre poco o nada (Heggenhougen, 1987)*

Prácticamente en todos los países, especialmente del Tercer Mundo, nos encontramos con personal comunitario que integrado en los programas gubernamentales o no, desarrolla actividades en pro de su comunidad en el campo de la salud. Aunque las experiencias iniciaron antes de 1978, tras la Conferencia de Alma Ata y la formulación de la Atención Primaria de Salud, se generalizaron. Por su número e impacto en la salud pública destacamos a nivel internacional (Walt, 1990): “China (1968) con 650.000 promotores (para otros autores la cifra es de 3 millones), la India (1977) con 390,700, Sri Lanka (1976) con 100,000, Tanzania (década de los 60) con 2,000, Colombia (1969) 5,000, e Indonesia (1976-77) con un millón de mujeres como líderes en nutrición”.

De las tres experiencias enunciadas, las de China y Tanzania son gubernamentales y ambas se dieron en procesos de construcción del socialismo; y, la de México una experiencia no gubernamental, en la que ha sido promotor David Werner, el autor del libro *Donde no hay Doctor* que para quienes trabajan en la salud comunitaria es, “la biblia de los promotores de salud”.

Los médicos descalzos de China

Enrique Stein y Anita Jorgensen, en *La organización para el cambio social en salud* comentan la experiencia de China antes y después de 1949.

En 1949, China contaba con 600 millones de habitantes que periódicamente sufrían hambrunas y desastres por inundaciones y rupturas de diques, epidemias que diezmaban a la la población, con mortalidad infantil en Shangai de 160 por mil, una expectativa de vida de 40 años y un sistema oficial de salud inexistente.

¿Qué pasó con la revolución? En 1961, en un simposio organizado por la Asociación norteamericana para el avance de la ciencia, el Dr. William Y. Chen hizo el informe del Servicio de Salud Pública de los EUA y constata que para 1958, la tuberculosis había descendido notablemente. desaparecidas la peste bubónica, el cólera y la viruela, controlados el tifus, la fiebre recurrente y otras enfermedades infecciosas. Había sido un éxito el control de las principales enfermedades parasitarias y en particular el paludismo. Se registraron 36 millones de pacientes curados de anquilostomiasis. La mortinatalidad se había reducido en algunas regiones de 300 por mil a 22 por mil.

¿Qué había pasado en menos de 10 años? Tres millones de médicos descalzos (personal local), como médicos obreros en las fábricas y amas de casa como médicos “guardias rojas” de las barriadas urbanas habían entrado en acción y... desbordado a los 40,000 médicos universitarios existentes antes de la revolución.



Para Muriel Skeet (1984):

Cuando China trataba de ampliar la cobertura de atención de salud para alcanzar a la totalidad de la población se emprendió el programa de agentes de salud locales, los médicos descalzos. Los seleccionados poseían una buena instrucción general y recibían un adiestramiento de 4 meses antes de volver a la aldea provistos del equipo básico y de los conocimientos necesarios para atender las necesidades de salud de sus convecinos y periodos de adiestramiento durante los 3 años siguientes. Estos “médicos descalzos” contaban con el apoyo de equipos médicos móviles o en clínicas que al mismo tiempo les podían ofrecer asesoramiento y atender a los pacientes que referían. El sistema comprendía una infraestructura apropiada, con referencias para enfermos y supervisión, criterios consensuados para la selección de los candidatos y medios de vida y trabajo que les permitían ejercer en la práctica lo que habían aprendido.

La selección de los primeros médicos descalzos que pasaban parte de su jornada trabajando en los campos y el resto en la acción sanitaria se hacía por su “inteligencia, nivel de instrucción general (todos habían acabado su bachillerato), su deseo de llegar a ser médicos y su altruismo”. Los médicos descalzos tenían por su labor la misma remuneración que sus convecinos que trabajaban en labores agrícolas o industriales.

Las circunstancias de la época no permitían conocer la eficacia del sistema y las diferentes maneras de enfocar los problemas de salud que se dieron en relación a la importancia teórica de las iniciativas locales. Sólo se oía hablar de la eficacia de la campaña para erradicar las cuatro principales plagas, de las mejoras en el saneamiento, de las cooperativas de servicios médicos, de la erradicación de la esquistosomiasis, de la regularización de la natalidad, de la revalorización de su milenaria farmacopea, y de la acción de los médicos descalzos cuya acción permitía hacer llegar la atención a toda la población. La información filtrada contribuía a idealizar el modelo chino.

Uno de los elementos que más llamó la atención occidental era la campaña de “La salud por el pueblo” aunque muy pocos trataron de profundizar y de definir en qué consistía ese “pueblo”.

En una publicación colectiva en la que participa David Werner (2000) se reconocen los logros de los médicos descalzos: “La iniciativa de salud basada en la comunidad más grande y probablemente también la más aclamada fue el programa de médicos descalzos en China, que surgieron de un movimiento de liberación nacional y fueron incorporados al sistema nacional de salud de la República Popular. Como parte de un proceso de desarrollo revolucionario, buscaba que fueran cubiertas las necesidades básicas del pueblo y millones de personas fueron movilizadas a participar. La campaña incluía mejoras integrales en la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental... Como resultado, varias enfermedades fueron prácticamente erradicadas, a la vez que la mortalidad infantil cayó de manera significativa”.

Una de las conclusiones sobre el éxito logrado en China en el campo de la salud es que no se debió a una acción aislada de los médicos descalzos que desarrollaban actividades preventivas, curativas y educativas, con remuneración y apoyo de un equipo de profesionales, sino que fue el resultado de todo un proceso de participación masiva que cambió las condiciones de vida de la población.

Tanzania, el socialismo africano y los ayudantes de médico de la aldea

En la década de los 50, en la mayoría de los países africanos, “la política de salud iba dirigida a la formación de médicos y enfermeras, a hospitales y centros de salud, en los llamados centros de excelencia. En los años 60 se abrieron los centros y se inician actividades preventivas. Diez años después se valoró que los costos y efectividad de los servicios eran cuestionables y comenzaron experiencias con promotores. Para los años 80, la mayoría de los países africanos contaban con promotores de salud en sus programas de Atención Primaria de Salud” (Heggenhougen, 1987).

Uno de los asesores de la planificación sanitaria en los años 70, en Tanzania, fue el norteamericano Oscar Gish (1975, 1990) del que destacamos aspectos ligados a los promotores de salud o ayudante médicos de aldea:

Tanzania es un país del África Oriental. Una parte de su territorio es continental e incluye la antigua Tanganika, que con las islas de Zanzíbar y de Zemba, constituyen la actual Tanzania. Tiene 930,000 km² y (en los años 70) una población estimada en 13, 500,000 habitantes de los cuales casi el 95% es rural. Existen 120 tribus, siendo el grupo más numerosos los sukumas, con un millón de personas. El 1% de los residentes en el país no son africanos. La mitad de la población es menor de 15 años. La mitad de la población profesa creencias africanas tradicionales, una cuarta parte son musulmanes y la otra cuarta parte cristianos.

La independencia de Tanganika se logró en 1961 siendo uno de los países más pobres del mundo. En 1964 se une a las islas de Zanzíbar y Bemba independizadas en 1963 y conformaron Tanzania. Todavía doce años después de su independencia, Tanzania seguía siendo uno de los países menos desarrollados del mundo. En el momento de la independencia había doce médicos con ciudadanía tanzana, número que ascendió a 123 en 1970. Los otros 366 médicos eran extranjeros.

Todo análisis de la política tanzana debe referirse a la Declaración de Arusha, de febrero de 1967, con la proclamación de sus perspectivas socialistas y donde la población dispersa ha sido agrupada en ujamaa, término swahili, traducida como socialismo pero cuyo sentido es más de familia o el proceso de trabajar y vivir juntos. El ujamaa como concepto de aldeas ha llegado a significar a la vez, la unión de poblaciones dispersas y un método social de trabajo, tanto a nivel de aldea como a nivel nacional.

Las estadísticas sanitarias, en los primeros años de los 70, muestran que la mayor parte de la morbi-mortalidad resulta de enfermedades que son relativamente fáciles de tratar y prevenir. Las enfermedades infantiles más comunes y fáciles de prevenir dan una tasa de mortalidad infantil calculada en 160 por cada 1000 nacimientos para menores de 1 año y de 120 por 1000 para las edades de 1 a 5 años.

En el plan de salud de 1972, que estaría en vigor hasta 1980, se estableció no construir ningún hospital más y sí 25 centros de salud anuales con 14 camas para llegar a la meta de un centro por cada 50,000 habitantes y 100 dispensarios al año para llegar a uno por cada 6,500 habitantes del área rural, todo ello para el año 1980.



Oscar Gish. (Meredith Fort).



Lulus K. Nyerere, presidente de Tanzania en la Conferencia Bienal de la Tanganyika African Nacional Union –TANU– el partido en el gobierno (1973) declaró: “Debemos estar resueltos a sostener una política nacional y a no dejarnos tentar, otra vez, por la propuesta de un hospital de grandes proporciones, con todos los altos costos que impone; al menos, no hasta que cada uno de nuestros ciudadanos tenga pronto acceso a los servicios médicos básicos”.

Los servicios de aldea. Los programas de preparación para los aldeanos no siempre han tenido éxito, y la razón básica es que en la aldea, los trabajadores de salud generalmente no reciben salario y se espera que sirvan en el marco de su aldea movidos tan sólo por sentido del deber. Por desgracia, en las condiciones de la mayor parte... a menudo resulta imposible al trabajador de la salud aldeano trabajar sobre semejantes bases.

Sea como fuere, la preparación de estos tipos de ayudantes de salud en las aldeas ha sido escasa en muchos lugares y relativamente pocos se han producido, con la obvia excepción de los “médicos descalzos” de China. Sin embargo, es posible preparar a esas personas y algunos programas han tenido éxito. La preparación generalmente debe ser de corta duración, de tres a seis meses. Los candidatos deben ser seleccionados de esas aldeas a las que deben retornar. La preparación debe subrayar el aspecto preventivo y de promoción de salud... sin embargo, los educandos deben ser capaces de curar las enfermedades menores, ofrecer primeros auxilios para casos más graves y hacer lo que puedan para referirlos a los médicos.

Estos ayudantes médicos que trabajan en aldeas ujamaa son jóvenes y reciben una preparación de uno a varios meses en los hospitales distritales o regionales y luego vuelven a las aldeas y ocupan un lugar en la comunidad. La preparación de estos ayudantes solía ser bastante caprichosa y se debía a la capacidad elemental y el desconocimiento de la mayoría de los ministros de salud para actuar a nivel de aldea. En Tanzania requerirá mayor conciencia política antes de que sea posible preparar y utilizar con éxito a los muchos miles de trabajadores no pagados del nivel de aldea, necesarios para encabezar sus propias comunidades en campañas preventivas y de promoción de la salud.

El argumento a favor de la medicina preventiva es abrumador y sin embargo pocos ministerios de salud dedican más que una fracción de su presupuesto a actividades preventivas o de promoción de la salud. Gran parte de las discusiones hasta hoy han tenido como punto de partida la necesidad de llevar servicios de salud a las poblaciones rurales, planteándolo en términos de atención curativa en oposición a la preventiva. Sin embargo, estas discusiones están íntimamente interconectadas. Es virtualmente imposible lanzar una campaña eficaz de salud preventiva en regiones rurales a falta de una infraestructura rural de salud. Tan difícil es imaginar poblaciones rurales, u otras, que aceptaran actividades preventivas de salud en ausencia de trabajo curativo, como imaginar una sociedad que pudiera prescindir de las actividades de salud preventivas sin reorientar sus servicios curativos hacia la masa de población rural.

Los practicantes de la medicina tradicional. Un estudio demostró que en la capital, Dar es Salaam había cerca de 700 médicos practicantes de la medicina tradicional, de tiempo completo, lo que significaba uno por cada 400 miembros de la población de la ciudad. Atendían un promedio de seis pacientes diarios. La estimación de médicos tradicionales en el país era de 35-40,000 practicantes, aunque algunos sólo eran a tiempo parcial.

No hay un país africano que haya formulado un enfoque razonable hacia estos curanderos tradicionales y tampoco Tanzania ha logrado grandes progresos. A comienzo de los 70, una organización de ellos fue reconocida por el gobierno, pero el experimento resultó

mal y le retiró ese reconocimiento. La excepción en algunos países ha sido la partera tradicional. Se reconoce, en general, que el practicante tradicional podría ser inmediatamente útil en el cuidado de los enfermos mentales.

El problema básico con los practicantes tradicionales, para los gestores del Ministerio de salud, es definir y maximizar la parte de la labor de ese grupo tradicional que puede ser de utilidad para la población rural entre la cual suelen vivir y cuya confianza han conservado.

Algunas conclusiones. Es en el nivel de la aldea donde existen las mayores posibilidades para un rápido progreso en el desarrollo de la salud. Pero no hay ministerios de salud que sepan como desarrollar los servicios de salud con base local, de hecho en el mundo hay muy pocos ejemplos de tales servicios, aunque ciertos informes de China indican que al menos han logrado ciertos progresos. Los fracasos del sector salud y de los planificadores del gobierno pueden deberse a que no tengan la suficiente sabiduría y habilidad que se les atribuye, o al menos no sea aplicable a los problemas locales de la aldea.

Lo habitual de los ministerios es preparar un personal que ingrese en el servicio civil y obtenga salarios sobre una base mensual, pero hay obvias limitaciones a las posibilidades de este personal para tratar los inmensos problemas de cuidado de la salud en las aldeas del Tercer Mundo. Antes bien, lo que se necesita es un sentido de participación de las poblaciones de aldea, incluyendo a quienes son seleccionados para actividades específicas de salud. Se necesitan personas de la aldea que salgan a prepararse y que regresen a aportar siendo parte del funcionamiento cotidiano de la aldea. No hay manera de colocar en las nóminas ministeriales al gran número de personas que se necesita para tales tareas, por tanto deben continuar cultivando sus propios alimentos, mientras son compensados con recursos de la comunidad por el tiempo que dedican a sus actividades de cuidados de la salud. El verdadero problema no es sólo considerar la estructura ideal, sino las recomendaciones para el logro de tal estructura particular en el marco de sociedad que están colocadas en el engranaje de salarios, ascenso en la carrera profesional y emigración de la aldea a la ciudad. La cuestión es como crear otras motivaciones a los dirigentes nacionales y aldeanos es probablemente la más importante para el futuro del desarrollo social, económico como el de salud y sus servicios.

En la segunda edición inglesa (1978), agrega una posdata de la que extractamos estos elementos:

Los ayudantes de médicos de aldea han ido aumentando en número y hoy (1978), se cuenta con 2,000 de estos ayudantes y hay planes para preparar 900 por año para lograr tener 6,000 y asegurar uno de ellos en cada una de las aldeas que no tengan centro de salud. Son seleccionados por sus compañeros aldeanos, deben ser casados, saber leer, ser residentes permanentes de la aldea, y ser conocidos y respetados por su comunidad. Efectúan actividades de trabajo normales en el campo y las sanitarias como ayudantes. Son preparados durante 3 meses en los hospitales de distrito. El gobierno se hace cargo de los gastos de su preparación y después, de su abastecimiento. Dan tratamiento para enfermedades menores y primeros auxilios para heridas. Pero su deber más importante es ayudar a reducir las enfermedades que pueden prevenirse, sobre todo por medio de la educación en salud nutricional y de higiene ambiental. La referencia de los enfermos a los funcionarios de salud sigue siendo una importante dificultad que no será fácil de resolver en el futuro próximo.

Otro estudioso de la experiencia tanzana es Heggenhougen (1987), que al referirse a los promotores de salud dice:

Se ha procurado que los promotores seleccionados contaran con el apoyo de los líderes comunitarios, aunque estaba el riesgo de nepotismo si lo elegían las autoridades locales.



Para evitarlo se recomendaba tener reuniones y discusiones comunitarias antes de la selección. Para las capacitaciones, el lugar de entrenamiento tenía sus pros y sus contras, igual eran importantes el tiempo de duración de las capacitaciones, los temas y quien los impartía. La educación continuada reduce la sensación de aislamiento, motiva y desarrolla habilidades. Se ha observado que el seguimiento ayuda a implementar actividades preventivas

Es importante hacer la consideración de no igualar promotores con Atención Primaria de Salud, pues no son superhombres ni supermujeres. Para la mayoría de países del Tercer Mundo, no es viable a corto-mediano plazo la alternativa occidental y es en el Tercer Mundo que han tenido prominencia los programas de promotores. La elección no está entre más ó menos sofisticación de servicios sino entre poco sofisticado y nada. Los promotores pueden llegar a ser parte del primer nivel de atención como extensión de los servicios oficiales de salud y se destaca como importante que las y los trabajadores de salud del staff ministerial, de las comunidades y de los propios promotores tengan claro el rol de éstos, la necesidad de mejorar las condiciones de vida, mejorar la coordinación entre gobierno y comunidades y aumentar/balancear los recursos entre urbano y rural, curativo y preventivo, gobierno central y local, profesionales y comunitarios.

Una experiencia cercana, en geografía e influencias: el proyecto Piaxtla en Ajoya, México

La experiencia de Ajoya, la influencia de David Werner a través de *Donde no hay doctor* y de Werner y Bill Bower con *Aprendiendo a promover la salud* son notables. Es raro no encontrar alguno de estos libros, en las casas de los promotores de salud, en las estanterías de las clínicas comunitarias y de las ONG de salud. El proyecto Piaxtla, en Ajoya, con su metodología de educación popular, los materiales educativos desarrollados y la calidad de participación de la población, son un ejemplo de la calidad de atención y del empoderamiento comunitario a través del trabajo en salud.

El siguiente texto se compone de extractos de la introducción que realizan David Werner y Bill Bower en el libro *Aprendiendo a promover la salud* y es también un reconocimiento a su trabajo:

El proyecto Piaxtla es un pequeño programa de salud comunitaria en la Sierra Madre Occidental de México. El proyecto presta servicios a más de 100 comunidades y ranchos, algunos de ellos están a dos días de camino en mula o a pie de la clínica central de Ajoya. Hoy es dirigido totalmente por campesinos locales.

En 1964, David Werner, biólogo que trabajaba de maestro en un colegio de secundaria, andaba por la Sierra Madre observando pájaros y plantas. Le impresionaron la amistad y autosuficiencia de la gente de la sierra pero también sus graves problemas de salud. Aunque no tenía ninguna capacitación médica, le pareció que su experiencia científica y las habilidades e inventivas de los campesinos podían combinarse para responder mejor a las necesidades en salud. Fue así que después de un breve aprendizaje en una sala de emergencias de un hospital de los EUA y la producción de cuadros de pájaros para sacar fondos, volvió. David se quedó diez años hasta que ya no lo necesitaron, cuando salirse era mejor para dejar el programa a los campesinos.

Inicialmente el enfoque fue curativo pues era lo que quería la gente. Con el tiempo, el equipo logró un alto grado de habilidad médica. Aunque la mayoría del grupo ha tenido poca escuela, lograban resolver la mayor parte de problemas de salud. Para problemas graves, más allá de sus capacidades, canalizan los enfermos a la ciudad más cercana.

Sin embargo, aunque se respondía a las necesidades de atención curativa, las mismas



enfermedades se presentaban una y otra vez. Fue así que la gente empezó a preocuparse más de la prevención. Vacunaciones, construcción de letrinas, clases de nutrición, planificación familiar y huertas familiares. Pero con el tiempo la gente empezó a darse cuenta de que ni estas medidas podían resolver las causas fundamentales de la mala salud, así que poco a poco el enfoque del equipo se hizo más social y hasta político.

Hoy, el equipo de salud cree que su primera tarea es ayudar a los pobres a ganar confianza en sí mismos, y los conocimientos y habilidades que necesitan para defender sus justos intereses. Entre otras cosas, los promotores han tenido que evaluar su manera de enseñar y trabajar con la gente, y desarrollar nuevos métodos que le ayuden a valorar su propia experiencia y mirar críticamente por sí mismos lo que se les enseña y dice.

Werner recoge el aprendizaje de sus experiencias en *Aprendiendo a Promover la Salud* en donde dice que “las características comunes de programas comunitarios definidos como exitosos son: Orígenes modestos, locales y en lenta expansión descentralizada. Participación de la gente local en cada fase del programa: en la determinación de problemas y prioridades, planificación, ejecución, evaluación y, en todo momento, toma de decisiones importantes. Un enfoque que considere la planificación como un proceso de aprendizaje, propugnando la planificación continúa frente a la planificación predeterminada inamovible. Líderes cuya primera responsabilidad es hacia los pobres. La buena salud sólo se logra mejorando la situación general en que viven los pobres desde una óptica de autosuficiencia y autoresponsabilidad”.

Una de las últimas veces que David Werner estuvo en Guatemala fue en un Foro de conmemoración del 25 Aniversario de ASECSA (mayo 2003), realizado en Chimaltenango. Sus palabras destacaron que “el cuidado de la salud no es sólo un derecho, sino una responsabilidad de todos y que la misión del promotor sigue siendo: compartir conocimientos y compasión. Conocer sus límites. Seguir aprendiendo. Practique lo que enseñe. Trabaje primero por la gente y no por el dinero. Ayude a otros a pensar en la realidad presente y en el futuro. Trabaje con curanderos y parteras y NO contra ellos. Aproveche los recursos locales. El recurso más provechoso para la gente es la gente misma”.

En el estudio colectivo de Werner *et al* (2000) se refleja el sentido del compromiso que para un importante sector de trabajadores de salud ha tenido el trabajo con las y los promotores de salud, el que éstos y éstas fueran agentes de cambio social:

Durante los años 60 y 70 grupos comprometidos de promotores de salud y organizadores de la comunidad comenzaron a establecer las bases de lo que se acabó llamando Programas de Salud Basados en la Comunidad. Estas iniciativas populares participativas y concienciadoras surgieron en unas cuantas regiones, como Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Sudáfrica, India, Bangladesh y Filipinas.

La mayoría de estos programas comenzaron como una respuesta humanitaria a las tremendas necesidades sin cubrir, con unos objetivos más humanitarios que políticos. Pero la explotación institucionalizada y la violación rutinaria de los derechos básicos de las personas pobres contribuían con tanta claridad a la falta de salud y a las altas tasas de mortalidad (especialmente en los niños) que muchos de estos programas basados en la comunidad incorporaron componentes sociopolíticos. En algunas regiones (Filipinas, Centroamérica y Sudáfrica) una amplia variedad de programas de salud comunitarios pequeños y aislados comenzaron a formar tímidas alianzas que poco a poco crecieron hasta hacerse movimientos de base muy amplia que unían salud, justicia social y derechos humanos básicos.





En Nicaragua (bajo el gobierno de Anastasio Somoza), Filipinas (bajo el gobierno de Ferdinand Marcos) y Sudáfrica (bajo la ley del apartheid), las enormes desigualdades sociales y las violaciones sistemáticas de los derechos humanos contribuyeron al pésimo estado de salud de una mayoría marginada. Y en cada uno de estos países, el potente movimiento comunitario por la salud tuvo un papel clave en la «concienciación» y el desarrollo de la capacidad de resolución de problemas y de organización que permitió al pueblo levantarse y derrocar a estos regímenes despóticos.

En la misma línea ideológica, de empoderamiento comunitario a través del trabajo de salud está la Declaración de “Moisés Ghandi” en el Foro “La salud en manos del pueblo”, de promotores y agentes de salud, realizado del 21 al 24 de febrero de 1997 entre las bases zapatistas, en la que destacamos:

La salud es el bienestar del pueblo y del individuo. Es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres, poder luchar por una patria nueva donde los pobres e indígenas se puedan determinar autónomamente...Es poder tener buena vida.

Nuestra situación actual es que los medicamentos, las clínicas, los programas de vacunación y otros, se convierten en campo de batalla y en instrumentos de los partidos políticos, los militares, paramilitares, sectas religiosas, instituciones gubernamentales de salud... y otros agentes que intervienen dividiendo a las comunidades, ofreciendo becas y sueldos e intentando destruir el trabajo de las y los promotores de salud.

Como promotores de salud reconocemos que tenemos una tarea importante en la recuperación de nuestra cultura y la valoración de nuestra dignidad como aportes para la prevención y curación de las enfermedades. Insistimos en la necesidad de compartir los conocimientos con hueseros, curanderos, iloles (médicos tradicionales) y parteras.

Declaramos que la salud debe estar en manos del pueblo, sólo así se garantizará que llegue a todos y todas. El pueblo es capaz de cuidar su salud y tomar sus propias decisiones, que la comunidad debe participar en la elaboración de las políticas de salud, debe tomar las decisiones y vigilar que se cumplan.

Declaramos la exigencia de que en los centros de salud se de un trato humano y respetuoso, que cada centro cuente con traductores, con atención las 24 horas, que se tenga acceso al segundo nivel de atención para todos y todas, que se cuente con albergues cercanos y alimentación para familiares de enfermos...

Hay problemas de salud que son políticos, el EZLN exige al gobierno que nos de la salud, pero el gobierno nos da planificación familiar...”

“Por una salud en manos del pueblo”

Moisés Ghandi, Región Autónoma Tzotz Choj, Chiapas, 24 de febrero de 1997.



Evaluaciones internacionales de las experiencias de promotores de salud

Los esquemas de evaluaciones internacionales sobre las experiencias de promotores, como el Esquema de Nueva Delhi (1978) y el de Ofusu Amaah (1983) coinciden en que son claves: el clarificar las funciones del personal (se recomienda sea reducido y conocido por la comunidad), el proceso de selección (con participación comunitaria), las capacitaciones (claras las competencias e importante donde se desarrollan), la administración que incluye medicinas y honorarios, el desempeño con monitoreo y abrir la carrera profesional para el personal comunitario.

De los aspectos evaluados, destacamos tres que consideramos críticos:

- la remuneración de las y los promotores,
- la integración de la medicina tradicional y moderna, y
- el futuro de las y los promotores.

Sobre la remuneración, las experiencias van desde la gratuidad al pago por el gobierno, por las comunidades o en forma mixta. “En las experiencias de promotores integrados en los programas nacionales de salud, la necesidad del pago ya no la discute nadie. Ante la falta de pago, los promotores limitan su tiempo de trabajo o abandonan; se reafirma la necesidad del pago si el tiempo requerido para desarrollar su trabajo lleva una parte significativa del día, pero no se recomienda el pago por servicios (pago de consulta) pues ello lleva a inducir el trabajo curativo; algunos incentivan el trabajo preventivo” (New Delhi, 1978). En otras (Ofusu-Amaah, 1983), “la remuneración es una motivación importante para asegurar el interés de las y los promotores en sus actividades; la remuneración suele estar en función del tiempo de trabajo cuando lo paga el gobierno; en forma de pago por servicio, seguro médico o porcentaje de la venta de medicamentos cuando paga la comunidad; y otros incentivos han sido la exención del servicio militar (Yemen) o el pago por resultados favorables en saneamiento”.

La remuneración tiene sus ventajas y desventajas. Entre las ventajas está la citada de disminución del abandono del servicio. Entre las desventajas se ha señalado el “menor compromiso de la comunidad con el promotor, pues lo ven como funcionario del gobierno y disminuye con ello también el compromiso del promotor” (Ofusu-Amaah, 1983), y “en el caso de pago por servicio se incentiva el trabajo curativo” (Kahssay, 1998). Otras veces, los problemas se deben a “retrasos en los pagos” (New Delhi, 1978). El debate está, si la remuneración la paga directamente el gobierno, a través de la gestión comunitaria, a través de ambos o de otras formas

En relación con la integración de la medicina tradicional y moderna, “es a menudo contemplada en las capacitaciones de los promotores, en términos generales. Pero es necesario examinar cómo se lleva a la práctica. Los curanderos son a menudo altamente respetados en sus comunidades, por lo que sus opiniones suelen ser importantes y es conveniente tener buenas relaciones con ellos y ellas. Hay muchos aspectos positivos en el uso de curanderos como promotores” (Kahssay, 1998), así “en actividades preventivas” (Ofosu-Amaah, 1983). Tiene también sus desventajas y grandes dificultades, que tienen que ver con las dificultades de integrar o relacionar a las personas de sistemas/modelos de salud diferentes.

Y en cuanto al futuro de promotores, Ofusu Amaah, considera que los promotores podrían resolver tres de los mayores impedimentos de la APS (Ofosu-Amaah, 1983): “El acceso a la atención curativa, preventiva y educativa pues los costos a través de profesionales serían prohibitivos. La mejora de las relaciones entre los servicios de salud y la población por ser parte de la comunidad. Tener influencia en las conductas de salud”.

Para Didier Bassin (1999), “el modelo de los *médicos descalzos* corresponde al modelo de desprofesionalización. Se buscaba contrarrestar a los médicos elitistas que como clase profesional carecían de interés y voluntad para ponerse al servicio de las clases desfavorecidas. Ese modelo



fue seguido en la India con un ambicioso programa nacional de formación de 140,000 voluntarios. Este modelo fue que la APS en 1978 intentó universalizar y llevó frecuentemente a identificar dicha política con el agente de salud comunitario, quien en realidad debiera ser un instrumento de la misma, pero se confundió el fin y lo que no era más que uno de los medios para alcanzarlo”.

Siempre con Bassin, “los factores explicativos del fracaso de la APS en múltiples países como Nepal, Zambia o Bolivia han sido el desfase entre la formación dada a los agentes de salud centradas en actividades preventivas y la propia percepción de la población de sus necesidades en términos de atención curativa. La impropia utilización de los agentes al ser usadas como fuentes de prestigio e interés. El escaso reconocimiento de los agentes por parte de la población, dotados de conocimientos limitados y sin disponibilidad de medicamentos. Los frecuentes abandonos del lugar de trabajo por dichos agentes” por lo que concluye recomendando que “los especialistas en desarrollo comunitario harían bien en pasar más tiempo en tratar de comprender cómo funciona la comunidad y menos tiempo en intentar organizarla ellos mismos. El desconocimiento de las estructuras de la sociedad y el rechazo a tener en cuenta la lógica de los actores... es una especie de ceguera sociológica”.

Eduardo Menéndez cita a Kroeger y Barbira-Freedman y comenta: “se esperaba de los promotores no sólo un papel médico sino de organizador y transformador social. Si bien esta expectativa ha decaído, el promotor sigue siendo un recurso válido para la APS pero cada vez es más asistencial. Hay que enseñar a enseñar, hay que formar promotores que sepan organizar pero en la práctica lo que destaca es la improvisación y espontaneidad”

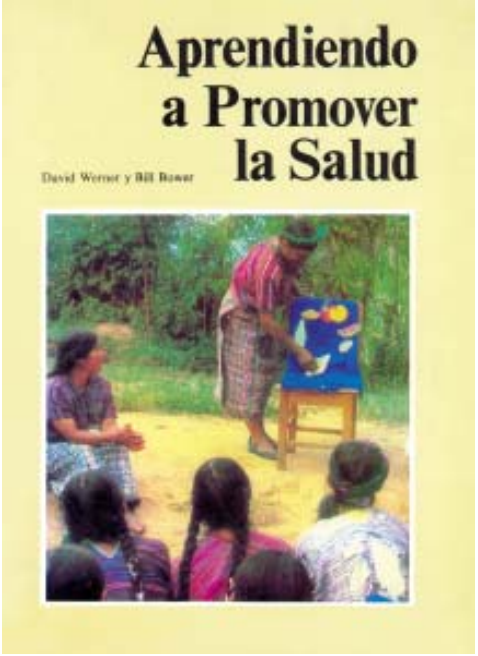
En general, las evaluaciones internacionales no se cuestionan la importancia de los promotores pero sí la implementación de los programas (Kahssay, 1998) así como la necesidad de evaluar el rol y efectividad de los promotores en la APS. Para Heggenhougen (1987) “el problema no está en si hay promotor o no, sino en la selección, capacitación, interacciones, programas, si el promotor responde a las demandas de la comunidad y ésta apoya al promotor”.

En el documento final de la reunión de investigadores, patrocinada por OMS, “Fortalecimiento en el desempeño de los promotores”, se concluye que “no se han desarrollado todos los potenciales de los promotores como uno de los pilares de Salud Para Todos”.



Bibliografía en orden de consulta

- Heggenhougen, Kris; Vaughan, Patrick; Muhondwa, Eustace; Rutabanzibwa-Ngaiza, J. *Community Health Workers. The Tanzanian experience*. Oxford University Press. England. 1987.
- Walt, Gill (Edited by). *Community Health Workers in National Programmes. Just another of hands?* Open University Press. Milton Keynes. Philadelphia. EEUU, 1990.
- Skeet, Muriel. Foro Mundial de la Salud, Vol. 5 (1984). *El agente de salud de la comunidad: ¿motor o freno de la atención primaria de salud?* Ginebra, 1994.
- Werner, David. Sanders, David. Weston, Jason. Babb, Steve. Rodriguez, Bill. *Fracasos y logros históricos del modelo occidental de medicina en el Tercer Mundo*. 2000.
- Gish, Oscar. *Planning te Health Sector. The Tanzanian Experience*. 1975. Croom Helm Ltd, Londres, 1ª edición en inglés.
- Gish, Oscar. *La planificación del sector salud. La experiencia de Tanzania*. Biblioteca de la Salud, FCE. México, 1990. 1ª edición en castellano.
- Nyerere, Julios. Presidente de Tanzania. Discurso en la Conferencia Bienal de la Tanganyka African Nacional Unión, TANU. 1973.
- Lloyd Swantz. Tesis no publicada. Univ. De Dar es Salaam. Citado en Gish, Oscar. *La planificación del sector salud. La experiencia de Tanzania*. Biblioteca de la Salud. FCE. México, 1990. 1ª edición en castellano
- Werner, David. *Donde no hay doctor*. Fundación Hesperian. Ed. Pax-México. 1ª edición 1973.
- Werner, David. Bower, Bill. *Aprendiendo a promover la salud*. Fundación Hesperian. 1ª edición 1984.
- Declaración de “Moisés Ghandi” en el Foro “La salud en manos del Pueblo”. Moisés Ghandi, Región Autónoma Tzotz Choj, Chiapas, 24 de febrero de 1997.
- *An evalution of Community Health Workers´ scheme, a collaborative study*. National Institute of Health and Familiy Welfare. New Delhi. India. 1978.
- Ofosu-Amaah, Virginia. *National experience in the use of Community Health Workers*. WHO offset Publication N° 71. WHO. Geneva. 1983
- Kahssay, Haile Mariam; Taylor, Mary; Berman, Peter. *Community Health Workers: the way forward*. WHO. Geneva. 1998
- Bassin, Didier. *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua: 1978-1998*. Ed. Instituto Mora. México 1999



Dos experiencias pioneras en Guatemala:

Jacaltenango (Maryknoll),

“la promoción de la vida humana”

y Behrhorst en Chimaltenango,

“salud para el pueblo”.

*A como el coyote, el gato montés,
el chocoyo y el cuervo nos trajeron el maíz,
las y los pioneros sembraron
la semilla de promotores de salud.*

Contexto y primeros pasos de los
promotores de salud



Ilustración de Ricardo Pérez.

HERMANAS MARYKNOLL EN JACALTENANGO, HUEHUETENANGO.

La promoción de la vida humana

Las hermanas y hermanos de la congregación Maryknoll llegaron a Guatemala a los pocos años de que la orden fuera expulsada de China, que iniciaba una revolución comunista y a solicitud del obispo de la diócesis de Huehuetenango. “Llegaron en 1957, instalándose en Jacaltenango. Además de la labor religiosa iniciaron con actividades como la formación de educadores de la población y más tarde con promotores de salud” (Díez, 1988).

Las hermanas y hermanos fundaron escuelas, clínicas pero lo más destacado fue el hospital de Jacaltenango y los programas de salud con las comadronas y promotores de salud en donde fue estrella el programa de control y erradicación de la tuberculosis.

Pionera y alma de todo ello fue Madre Rose Cordis, Dorothy Erickson. Había nacido en Boston, EUA, en 1918 e ingresó en la comunidad misionera Maryknoll en 1937 donde adoptó el nombre religioso de Madre Rose Cordis. Se recibió de médica y en 1952 estuvo de misionera en Bolivia, donde por ocho años trabajó en hospitales rurales. En febrero de 1961 llegó a Guatemala y fue nombrada directora del hospital de Jacaltenango, cargo que presidió por 31 años hasta su fallecimiento el 10 de febrero de 1992 (Montejo, 1992).

La Hermana Juana Buellesbach, de la congregación Maryknoll y compañera de trabajo de la Madre desde los primeros años, recuerda que “Madre Rose, llegó en 1961 e inició el trabajo en salud a invitación del obispo de Huehuetenango y de la gente de Jacal que llenaron pliegos de firmas y de huellas dactilares solicitando la construcción de un hospital. Madre Rose me había dicho *yo te voy a solicitar para que vengas a trabajar conmigo* y antes de acabar el hospital llegué yo”.

En un texto homenaje a Madre Rose, Víctor Montejo (1992) escribe:

El hospital fue construido con el material y mano de obra proporcionada por el pueblo de Jacaltenango y la orden obtuvo los fondos para los instrumentos y material médico-quirúrgico necesario. La Madre Rose logró la visita periódica de especialistas norteamericanos que año por año vinieron a prestar sus servicios voluntarios al hospital. También se preocupó del aspecto cultural e histórico del pueblo de Jacaltenango (Niman Konhob') y en el hospital dedicó un salón completo al “museo jakalteco”, donde se guardan muchos objetos valiosos de la cultura maya, documentos eclesiásticos, registros de pagos de tributos y de las epidemias que azotaron a la región de los Cuchumatanes durante el periodo colonial.

Por su labor ejemplar y humanitaria recibió en vida muchos reconocimientos y homenajes. En 1985 fue galardonada con la Cruz Pro Ecclesia et Pontífice, concedido por el Vaticano. En 1987, la Orden del Hermano Pedro por el gobierno de Guatemala y ese mismo año fue nombrada hija predilecta del pueblo de Jacaltenango.



Ilustraciones de Ricardo Pérez

La Hermana Juana Buellesbach:

Trabajamos coordinadamente y alternaba con Madre Rose, mitad de tiempo en las aldeas y mitad de tiempo en el hospital. Al cabo de un tiempo pensamos ¡qué vale una visita cada tanto tiempo! y me dirigí a ella y le dije: debemos adiestrar gente, ¡qué vale llegar de vez en cuando a las comunidades, mejor adiestremos a personas para las clínicas parroquiales!. Sabíamos de la existencia de los médicos descalzos chinos pero no estaba en nuestro pensamiento, no soy consciente de que ello influyera en nuestra propuesta de trabajo. Fuimos los primeros en el país, era 1963, y pensamos en llamarles promotores de salud. Al poco tiempo tuvimos el primer encuentro con Behrhorst, que no había iniciado el trabajo con promotores. En Huehuetenango ayudó que todos teníamos más o menos las mismas ideas. Algunos sacerdotes no respetaron y otros sí e intentamos incorporar los valores indígenas que son más cristianos que el... La idea siempre fue servir a la comunidad porque si no vivimos para servir, no servimos para vivir. Tras el terremoto del 76, un sector de promotores se politizó y otro siguió igual.

Les hacíamos una primera entrega gratis de medicamentos y debía funcionar como fondo revolvente. Les acompañamos en el inventario y contabilidad de la farmacia. También supervisábamos los libros de consulta. Los supervisores eran los propios promotores que rotaban cada tres años para evitar caciquismos. Los promotores no son médicos pero sí son capaces de hacer trabajo preventivo y curativo, porque no vale hervir agua si ya está el enfermo con diarrea, se es más receptivo si primero



tratamos y así evaluará la importancia de la prevención. Es importante que sepan sus capacidades pero también sus limitaciones. En el trabajo es necesaria la supervisión, el acompañamiento. A nivel organizativo, en el tiempo que estuve en Jacaltenango no hubo directiva de promotores.

María Luisa Cabrera, en “Otra historia por contar...”(1995), destaca que “el programa de formación fue novedoso no sólo en su concepción sino también en la metodología implementada. Cuando comenzó el programa en 1983, el promedio de escolaridad de los campesinos que se formaban como promotores de salud era de 1-2 años, es decir, semianalfabetos, y en muchos casos monolingües... A finales de los años 80, el promedio de escolaridad había ascendido hasta los 4-5 años, pudiendo ya entonces distribuirlo (el libro *Donde no hay doctor*) entre los promotores con un buen nivel de adiestramiento y enseñarles a manejarlo. Dos novedades más fueron introducidas por este programa. Una fue implementar el control de calidad sobre el diagnóstico y el tratamiento que daban los promotores en cada clínica local... la otra novedad consistió en adiestrar a la primera generación de promotores como los supervisores y educadores de las siguientes promociones de promotores”.

En los cursos de Jacaltenango, se desarrolló la metodología de educación popular y para la Hna. Marie-Paule Broekmans que en 1977 estaba conociendo las experiencias de Behrhorst y otras, al llegar a Jacaltenango comentó: “me enamoré de la forma en que daban los cursos”.

En el estudio de 23 ONG que trabajan con promotores de salud, Díez (1988) destaca:

Existe un hospital de 60 camas y el Centro de Recuperación Nutricional de Jacaltenango con capacidad para acoger hasta 150 niños. El Programa de promotores cuenta con 350 promotores activos y 35 supervisores que trabajan en las clínicas parroquiales a nivel municipal. Hay un Equipo central móvil formado por cuatro personas: dos promotores supervisores y dos miembros de la Congregación, una de las cuales es la directora médica del Programa.

Cuando el supervisor local considera que el promotor ha superado la “práctica supervisada” se le proporciona una carta de autorización explicando sus actividades y firmada por el comandante de la Zona militar, gobernador departamental, jefe de Área de salud, directora del Programa de Promotores de salud de Jacaltenango, el jefe de la Policía Nacional de Huehuetenango y el jefe regional de la Policía de Hacienda. En la misma se solicita que los portadores de la carta no sean utilizados para desempeñar cargos que interrumpan sus servicios de salud.

Las capacitaciones se formalizaron a partir de 1967 y al finalizarlas recibe un carnet del MSPAS y se le entrega un lote de medicinas e instrumentos en forma de préstamo sin interés alguno. Tiene un año para cancelar y se debe abonar mensualmente.

Madre Rose concedió una entrevista a *El Regional* de Jacaltenango, que fue publicada en agosto de 1991. Lastimosamente ya no se encuentra ningún ejemplar del mismo en el Hospital de Jacal ni en las Hemerotecas de Quetzaltenango o Guatemala. Para la Hna. Marileva (2001) de la Pastoral de salud de Huehuetenango, cuando “en 1993, las hermanas Maryknoll cumpliendo los plazos previstos se retiraron del hospital de Jacaltenango, el hospital perdió su proyección comunitaria”.

En 1978, la Hna. Juana, tras 15 años en Jacaltenango, se trasladó a Petén, otra de las áreas de trabajo de la Congregación. En los años 80, pasó a la diócesis de San Marcos en donde sigue desarrollando un intenso trabajo con promotores de salud. “En el año 2002 hubo un encuentro de promotores de Huehuetenango en el que participé y fue una gran alegría encontrarme con promotores que yo formé en Jacal y que seguían con la misma entrega de entonces”.

Gonzalo Ross, promotor histórico de Jacaltenango, compartió su experiencia en el “Foro sobre el futuro de promotores” que realizó la Instancia Nacional de Salud, INS el 21 de febrero del 2002:

Como respuesta a las siguientes condiciones en el departamento de Huehuetenango: la extrema pobreza, las frecuentes enfermedades infectocontagiosas, los altos índices de mortalidad, la ausencia de servicios oficiales de salud, las grandes distancias y dificultad de los caminos para llegar a un hospital y la falta de personas para trabajar en la promoción de la salud se formó el Programa Médico Diocesano. Fue un esfuerzo conjunto de las comunidades, la diócesis, la orden Maryknoll y los promotores de salud.

Al inicio... con la llegada de la Misión Maryknoll a Huehuetenango se instalan los primeros dispensarios en algunas parroquias y se capacita personal para que los atienda.

Con la llegada de la Dra. Dorothy Erickson, Madre Rose Cordis, se iniciaron las visitas domiciliarias a nivel urbano, para consultas a enfermos y en 1961, se formó un comité pro-construcción del hospital en el municipio de Jacaltenango. Todos los jacaltecos, urbanos y rurales, aportaron no menos de 25 días en mano de obra así como la madera necesaria. Un año más tarde se inauguró el hospital.

En 1963, llegaron dos hermanas doctoras más, Juana Buellesbach y María Tomasa. Se amplió el trabajo con jornadas médicas y ese mismo año se inició la capacitación de promotores de salud. Eran personas elegidas en las comunidades y provenían de los municipios de Huehuetenango. El hospital se hizo cargo del programa de vacunación para la población infantil de toda la región Huista. Los promotores participaron activamente en las jornadas de vacunación. En 1967, quedó establecida la organización de promotores de salud de la diócesis de Huehuetenango. La función prioritaria era convocar a la gente de su comunidad para reflexionar sobre las causas de los problemas de salud y encontrarle solución a las mismas.

La finalidad del trabajo era: La promoción de la vida humana.

¿Y del futuro de las y los promotores de salud? Hay que luchar por la reivindicación del trabajo que por tantos años viene realizando el promotor de salud. Apoyar todo esfuerzo que tenga como prioridad la Atención Primaria de Salud como lo define la declaración de Alma Ata y establecer criterios para evitar la competencia y la rivalidad entre los Programas que trabajan con promotores de salud.

Para la Hna. Juana siempre crítica y práctica: “Llevar la idea de promotores al Ministerio fue un error, pues ellos agarraron la idea pero no agarraron el espíritu, la formación y el seguimiento. Oíamos de promotores con el MSPAS pero... casi violaron la idea de lo que estábamos intentando hacer. En el MSPAS no se ve movimiento, sólo papelería, mi esperanza era la Instancia Nacional de Salud y el trabajo que iban a hacer de exigir al MSPAS. No lo están haciendo y me he alejado pues mi tiempo es escaso”.

De las lecciones aprendidas en sus más de 40 años trabajando con promotores de salud en Guatemala, destaca “la capacidad de la gente. La gente de campo no tenía ni tiene oportunidades de estudiar ni de mejorar su vida pero no es posible imaginarse lo que se aprende con la gente pobre, qué tanto nos enseñan en su convivencia, en el compromiso con su gente, el tiempo que dan y su compartir. El compromiso con su propia gente es mayor que cualquier otra cosa, la mística cristiana sale de ellos. Es muy importante el seguimiento, acompañamiento, supervisión de los promotores”.

EL PROYECTO DE DESARROLLO DE CHIMALTENANGO Y CARROLL BEHRHORST

Salud para el pueblo

En *Health by the people* (Salud para el pueblo), libro presentado en la OMS-Ginebra en 1975, tres años antes de la formulación de la Atención Primaria de Salud, Carroll Behrhorst es el autor del capítulo: “The Chimaltenango development project in Guatemala” y por su interés destacamos algunos extractos del mismo:

Al comienzo del trabajo en 1962, mis prioridades fueron curativas. Por tres meses caminé por las calles de la ciudad (Chimaltenango) ganándome la confianza de la gente. Allí rentamos un edificio, a 25 dólares al mes y abrimos la clínica. El primer día llegaron 125 pacientes.

Doce años después, éstas (prioridades) han cambiado. El listado refleja las opiniones y sentimientos de la gente a la que servimos: La justicia social y económica, la tenencia de la tierra, la producción agrícola y su comercialización, el control poblacional, la malnutrición, el camino de la salud (educación en salud) son más prioritarios que la medicina curativa.

No nos tomó mucho tiempo darnos cuenta que estábamos intentando vaciar si...no el Océano Atlántico, sí buena parte de un lago con una cucharita médica. ¡Dios mío, que hermosa cucharita!

Después de ver varios niños desnutridos de la aldea de San Jacinto, a ocho Km. de la ciudad de Chimaltenango, fui a visitarlos en sus casas y observé que sólo comían tortillas y frijoles. No tenían suficiente tierra para sembrar, era mala y estaban rodeados de fincas que producían en beneficio de los patrones ausentes. La gente necesitaba ir a trabajar a las fincas de café de la Costa del Pacífico y regresaban de tierra caliente con enfermedades tropicales y a menudo tuberculosis. De un estudio que hicimos en San Jacinto, 105 de 450 habitantes tenían tuberculosis activa.

Tuvimos claro que no se resolvía con tratamientos personales, como al niño Jorge, se necesitaba un cambio drástico en la aldea. Con apoyo de un miembro de Peace Corps que trabajaba en la clínica, Wayne Haage, los fines de semana nos llegábamos a la aldea y ganándonos la confianza de la gente, trabajamos métodos de mejorar la tierra y proyectos de gallinas. Un huevo cada día, era el slogan. El pago o reposición hacía nosotros fue en huevos.

Nuestros trabajadores de salud y de extensión de programas llevaron a San Jacinto los programas de salud, nutrición y técnicas agrícolas. A través de fondos revolventes donados por fundaciones internacionales fueron consiguiendo más tierra. Hoy, San Jacinto, es una aldea razonablemente saludable y económicamente viable. No hacemos caridad. Ellos pagan los servicios que quieren. Necesitamos transformar un millón de San Jacintos en el mundo.

En 1973 se construyó un modesto hospital, en el que los familiares preparaban la comida de sus enfermos y les daban los cuidados básicos. Ello no sólo abarataba el costo sino que lo hacía más humano. El costo total por paciente, incluida la medicina, equivalía a tres dólares por día. Recibimos a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y también les ofrecíamos servicios de transporte a modo de ambulancia.



Hospital Behrhorst, 1970.

Ilustración de Ricardo Pérez.

Pero la experiencia nos mostró que la mayoría de los pacientes no necesitan un doctor sofisticado. Nos planteamos los promotores de salud como imprescindibles pues al ser de su propia gente aceptaban mejor la medicina moderna, la salud pública y el desarrollo de otros servicios comunitarios necesarios. Ellos comenzaron a reconocer y tratar problemas médicos comunes. En los últimos años (antes de 1975) eran ya más de 70 promotores de salud en 50 comunidades.

Es de vital importancia la selección de las personas. Al principio aceptábamos las personas recomendadas por el sacerdote local o por algún voluntario de los Cuerpos de Paz. Aprendimos que debe ser la comunidad quien elija los promotores y un comité de salud. El promotor representa a su comunidad y la comunidad es responsable por él y de su disciplina, puede mantenerlo o hacerle que dimita.

Para las capacitaciones, los promotores llegan los fines de semana al hospital y pasan un día entero con nosotros. Pasan la visita médica con supervisión del doctor y aprenden a detectar, tratar y prevenir la enfermedad. Ver un paciente es más efectivo que seis horas de lectura. Panfletos, seminarios, libros, películas, etc., tienen su lugar, pero no

substituyen a esta demostración. También realizamos el seguimiento del trabajo de los promotores, preguntando como mira al paciente, tratamiento, recomendaciones, prevención en caso de recurrencia del problema.

El supervisor de promotores es Carlos Xoquic, uno de los promotores con más antigüedad en el programa y que está a tiempo completo. Cuando tiene alguna duda, consulta al doctor o a otro profesional.

Dos curanderos, quienes combinan la medicina tradicional y moderna, fueron elegidos para mejorar su servicio y llegaron a ser promotores de nuestro programa. Otro curandero, abiertamente colaboraba con nosotros, refiriéndonos casos inusuales a nuestra clínica, y nosotros a él cuando necesitamos seguimiento e inyecciones.

Los promotores disponen de medicinas de mínimo riesgo. La medicina es más barata que en las farmacias, pues no es negocio. Los medicamentos los vendemos a la cooperativa de medicamentos, con una ganancia para el hospital del 10%. A su vez, la cooperativa la vende a los promotores ganando otro 10%. Hay una lista de precios en la cooperativa de la comunidad y el promotor puede cobrar 50 centavos por su trabajo. No se refuerza la motivación económica, pero sí es un estímulo y mejoran su actitud. El promotor aumentó su autoseguridad tras las capacitaciones y ninguno de ellos recibe pago de la clínica. Ellos saben los límites de su capacitación y entonces refieren el enfermo al hospital.

Nuestros promotores son los catalizadores comunitarios pues además del trabajo curativo, realizan vacunaciones, tratamiento y control de tuberculosis, proyectos de agua, programas de estudio, planificación familiar, extensión agrícola, introducción de fertilizantes, nuevas siembras y mejores semillas, proyectos agropecuarios de pollos y otros. Menos de la mitad de su capacitación es la medicina curativa, el resto se dedica al servicio integral de la comunidad.

Otros programas son el mejoramiento agrícola, que fue una extensión del trabajo de salud que inició en 1965, y que otorgaba créditos. Desde 1970 tenemos un programa ULEW (tierra en cakchiquel) para la compra de tierra con préstamos de bajo interés. Inicialmente, los programas agrícolas eran dirigidos hacia los hombres y en 1972 se inició el trabajo con mujeres en nutrición, higiene, costura, huertas familiares y proyectos de pollos. Todo el trabajo se realizaba por mujeres cakchiqueles y en su idioma. La planificación familiar se hizo con toda la delicadeza del tema y era a través de enfermeras cakchiqueles. El tener muchos hijos es parte de su sobrevivencia, dada la alta mortalidad.

¿Qué tanto hemos cumplido?

A 19 años de iniciado el programa, Carroll Behrhorst, en una entrevista de Ulli Seltzer (1983), se pregunta:

¿Qué tanto hemos cumplido? Hemos ampliado el personal médico. Estamos trabajando cada vez más con las plantas medicinales locales aunque es un problema constante con los doctores.

Ha sido gratificante el trabajo con los promotores pero hemos tenido algunos problemas, algunos se han excedido en sus tratamientos, en sus cobros, no han dedicado suficientes esfuerzos a la comunidad. Se están previniendo esos excesos. Un promotor debe mantener un aceptable calidad de cuidados y tratamientos, vender la medicina de la cooperativa y no la suya propia.

Algunos hablan del capitalismo, al haber un pago individual por servicio y que quien pague sea la comunidad, no individualmente. Suena bonito en principio, pero no conocen

a la población del altiplano. Los cakchiqueles son hábiles, con agudo sentido empresarial y opinan que cualquier cosa que merezca la pena debe ser pagada o ganada. En estas condiciones el pago directo por paciente es el sistema preferido.

Después del terremoto de 1976, el costo de los medicamentos hizo inaccesibles estos a mucha población. Los servicios médicos los pagaban ellos mismos, pero para los medicamentos se introdujo un sistema de crédito, siendo exitoso por la honestidad, responsabilidad y respeto que son parte de la cultura local tradicional.

El staff en 1978 es de 100 personas, incluidos los promotores de salud. Siento que llegó el momento de que participen en el proceso de decisiones. Se han establecido dos estructuras: el Consejo Coordinador de Empleados con ocho trabajadores, uno por cada sector y el Departamento de Educación para ayudar al staff en éste proceso.

Para Marco Tulio Gutiérrez, director de ASECSA en los años 80 y buen conocedor de la Behrhorst, el trabajo desarrollado por la Fundación abarcaba “trabajo preventivo con promotores y comadronas, un hospital, materno-infantil (al estilo de las “clínicas del niño sano” de los luteranos en la cuenca del Motagua), la extensión agrícola y nutricional a semejanza de Vecinos Mundiales, compra de tierra (de ella nació la Asociación Ulew), y coordinaciones con diferentes asociaciones como la Federación de Comercio y Mercadeo El Quetzal –FECOMERQ–, la cooperativa de crédito y ahorro –KATOKI–, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA–, antes de tener su personería jurídica. Todo ello llevó a constituir el *Proyecto de desarrollo de Chimaltenango*, un proyecto a nivel departamental donde también participaban Vecinos Mundiales y ASECSA. En 1978-79 nació Saneamiento Rural de Chimaltenango –SARUCH–, con la Fundación Behrhorst, Agua del Pueblo y el MSPAS. El esfuerzo sobrevivió hasta los 80”.



Dr. Behrhorst con promotores de salud. (Fundación Behrhorst).

En el estudio del Dr. Díez (1988), sobre los promotores de la Behrhorst relata lo siguiente:

En 1964, se inició con la capacitación del primer grupo de promotores, llamados entonces “extensionistas médicos”, en un intento de multiplicar para poder alcanzar a más gente con servicios curativos. A partir de 1970 se dio más énfasis al liderazgo local del promotor. En 1979 de 72 promotores capacitados, 40 seguían activos y algunos de ellos con 14 años en servicio. En 1980 se suspendieron los programas en las aldeas.

En 1970, sólo 10 de los 35 promotores fueron elegidos por la comunidad mientras que en la nueva etapa, 1987, es en principio la comunidad quien elige al promotor.

Tras su trabajo agrícola de subsistencia, dedican a la asistencia un promedio de tres horas diarias. Una minoría trabaja a tiempo completo en la clínica. Se les ha criticado que trabajan como “pequeños doctores”. Existe un supervisor a tiempo completo que visita dos veces al mes a cada promotor en su lugar de trabajo y la supervisión se apoya con sesiones semanales en el hospital. Las referencias son a la clínica Behrhorst de Chimaltenango o al hospital de Antigua.

La mayoría dispone de un pequeño botiquín en sus casas y todos poseen estetoscopio, algunos esfigmo, otorrino, equipo de sutura y otros materiales. Hasta 1980 existía una cooperativa de promotores para la gestión de medicamentos, ahorita lo lleva la clínica de Chimaltenango. Hay pago por consulta y se agrega 10% al precio del medicamento para hacerlo sostenible y que crezca un poquito.

Entre los problemas se citan la falta de legalización del promotor, careciendo de una constancia del MSPAS, lo que provoca inseguridad, se pretende equilibrar las actividades curativas con las preventivas y promocionales, se quiere institucionalizar el registro de actividades del promotor y algunos promotores se han desligado del Programa.

El Dr. Daniel Salazar (2005) trabajó directamente con el Dr. Behrhorst de 1982 a 1987. Estuvo fuera de la Fundación por la crisis de los 90 y regresó en 1994, siendo su director desde 1997, y nos relata:

A Behrhorst le gustaban los mayas-cakchiqueles porque en sus palabras era la gente más sincera que había conocido y la que mejor sabe manejar el dolor, pues decían es la naturaleza la que tiene que ver con ello. Aceptaban sus dolencias como parte de la naturaleza. Siempre nos decía, no llegué a enseñar sino a aprender de ellos y recomendando a los profesionales que si quieren conocer a la comunidad lo primero que deben hacer es desprofesionalizarse.

Valoró mucho la atención familiar y el acompañamiento que daban las familias a los enfermos, por ello abrió el hospital a los familiares y formó el Hospital Hospedaje, donde no sólo podían quedarse sino que se deben quedar pues van a lavar la ropa del enfermo y le van a hacer su comida. A veces debajo del catre del enfermo se encontraban los tercios de leña y hasta un pollo en espera de ser sacrificado. Los familiares dormían en las camas vacías o en el suelo alrededor del enfermo. El actual hospital se inauguró en los 70 y resistió al terremoto, la ampliación fue en 1978.

Los promotores vieron como una oportunidad el ser promotor. Se hizo una cooperativa de promotores con una farmacia para la clínica y promotores. Se les daba crédito y tenían un pequeño porcentaje de ganancia. Fue muy cuidadoso de sólo manejar medicina básica que no comprometiera a los pacientes, nada de esteroides... La penicilina era el antibiótico de primera elección y se les explicaban los efectos secundarios. Al principio, Behrhorst participaba directamente en las capacitaciones y su mensaje era de servicio, no lucrativo.

El Dr. Salazar coincide con el Dr. Luis Octavio Ángel, ex miembro de la Junta Directiva de la Fundación y responsable de la capacitación en atención preventiva y nutrición de los promotores, que una diferencia con el MSPAS era que “mientras los promotores de la Behrhorst eran 75 % preventivos y 25 % curativos y además la Fundación se diversificó y atendía muchas necesidades de los campesinos, tenían acceso a créditos, tierra... (con lo que se ganaba su confianza), el MSPAS no tenía nada de eso y eran 100% preventivos”.

Otra de las personas que conocía bien la Fundación, señala las diferencias con Jacaltenango que: “en la Behrhorst se ligaba salud con agricultura pero la acción del promotor era meramente asistencialista con proyección y visión local, mientras las Maryknoll formaron una asociación de aproximadamente 400 promotores, eso sí, muy pegados a la Iglesia, pero con actividades no sólo asistenciales, pues analizaban la situación del municipio, del departamento... Pero en el período 1978-1979, en la Behrhorst se iniciaron los cursos de martes y jueves, los del martes eran conservadores, querían aprender a inyectar...y los del jueves se introdujeron elementos de funcionamiento del Estado, la realidad nacional...”.

Entre las motivaciones de los promotores para compensar su trabajo estaba “aprender, el descubrir nuevos conocimientos y los secretos del curar” (Dr. Salazar) o “las ganancias con la venta de medicamentos, además se les abrían a los promotores relaciones con otras personas y el acceso a otros proyectos e incluso trabajos” (Dr. Luis Octavio Ángel).

Problemas

Uno de los problemas que enfrentó el Dr. Behrhorst fue con los médicos de Chimaltenango, “hubo celo profesional... se opusieron porque vieron que se transmitía el secreto de la medicina a personal no profesional... pero para los promotores era maravilloso acceder a los secretos de la medicina. El voluntariado era parte de ese pago al descubrimiento...Para los doctores el tópico eran las yatrogenias, las enfermedades producidas por los médicos y/o los medicamentos, pero con Carroll se manejaban medicamentos esenciales y no se permitía el manejo de otros medicamentos. Los que lo hicieron, fueron expulsados” ((Salazar, 2005).

Para el Dr. Luis Octavio Ángel, “en el MSPAS no querían ver a Carroll Behrhorst. Lograba las mejores coberturas de vacunación debido a la capacidad de su gente para relacionarse con la población y la confianza que daban pues además de inmunizar atendían a los enfermos, pero también él se preocupaba por la tierra, agua potable, etcétera. En 1972, el MSPAS inició la vacunación contra el sarampión y la manejamos mucho con la gente de Behrhorst pues (la vacuna) daba más reacción y requería que la población tuviera la confianza suficiente a los vacunadores”.

Pero los problemas más graves comienzan en los duros años 80. En “Salud para el pueblo” el propio Carroll Behrhorst relata que “cuando llegó la *tormenta política* (a principios de los 80),



Dr. Behrhorst. (Fundación Behrhorst).



nuestra institución que siempre fue *apolítica* y de abierto trabajo con la población, logró mantener los programas en las comunidades, pero reducidos, pues los promotores de salud fueron vistos como sospechosos y desarrollaron su trabajo con riesgo para sus vidas”.

El Dr. Luis Octavio Ángel que vivió de cerca la experiencia, por ser director del Programa de Salud Comunitaria de la USAC-MSPAS en Chimaltenango y luego miembro de la Junta Directiva de la Fundación de 1981 al 85, considera “que hubo un Behrhorst humanitario y a partir del 80, un Behrhorst asustado. Behrhorst viajó a los EUA en enero de 1980 y el vicepresidente de la JD era Harris Whitbeck que pasó a ser el presidente. De él estaba la sospecha de que colaboró con el ejército. Algunos de los promotores se fueron a la guerrilla y otros fueron muertos. Era un problema serio”.

Marco Tulio Gutiérrez, recuerda aquellos difíciles años: “Hay un Carroll antes de, *lleno de amor*, y otro después del 31 de enero del 80 y sobre todo en el 82. Cambió como persona. Carroll era, *buen corazón pero sin posición política*. Hasta 1980, la Fundación tenía una Junta Directiva que estaba en los EUA y se estaba gestando formar otra en Guatemala. El 30 de enero, Carroll estaba en los EUA cuando se le avisó que la policía tenía el listado de visitas del grupo campesino (que tomó la Embajada de España) y estaba su nombre. La Fundación Behrhorst se había extendido a Uspantán y Vicente Menchú había sido uno de los promotores. Carroll regresó urgentemente a Guatemala, pero no llegó a Chimaltenango, los futuros miembros de la Junta Directiva lo retuvieron en la ciudad de Guatemala. Allí estuvo varios meses y la nueva Junta estuvo formada por la extrema derecha, en la que algunos miembros se aliaron con el Ministerio de Defensa y de Gobernación y relanzaron las Coordinadoras Interinstitucionales que habían funcionado para el terremoto. Algunas personas de Visión Mundial, de la Fundación Behrhorst y de Cristian Children Fond se aliaron con el ejército y se fueron al *triángulo ixil* a dar asistencia y participar en los planes de contrainsurgencia”.

No fueron las instituciones sino algunos personeros que ocupaban puestos importantes, los que a título individual, aprovecharon la imagen institucional de Visión Mundial, de la clínica Behrhorst y de Cristian Children Fond, para avalar políticas que eran la antítesis del quehacer de esas instituciones.

David Stoll (1991) también aborda el tema:

Para probar que había control y seguridad, y podían regresar los agentes comunales, Ríos Montt nombró a un miembro del directorio de la organización Behrhorst como su representante personal en el trabajo de beneficencia... En julio de 1982, la iglesia El Verbo, la organización Behrhorst y varios traductores del Instituto Lingüístico de Verano –ILV–, organizaron la Fundación de Ayuda a los Pueblos Indígenas –FUNDAPI–. La Behrhorst y el ILV servirían como agentes de campo y El Verbo proveería personal de la capital y recaudaría fondos en los EUA.

Muy pronto, FUNDAPI comenzó a llevar visitantes hacia un lugar en el que podía mostrarles de primera mano el cómo es realmente, en vibrante contraste con el cuadro que pintaban los refugiados, la prensa, las agrupaciones de derechos humanos y las organizaciones revolucionarias. No importa cuán brutal hubiera sido el ejército antes de Ríos Montt, les decía FUNDAPI, las guerrillas eran las que habían provocado la violencia. Y no había prueba de que Ríos Montt hubiera ordenado alguna atrocidad, afirmaban los personeros de FUNDAPI. La FUNDAPI dio a los visitantes una verdadera versión de la guerra en su principal teatro, el territorio maya-ixil del norte de Quiché.

Los problemas no acabaron y en los 90 otro conflicto dividió a la Junta Directiva y a los trabajadores. “El motivo, hacer de la clínica una empresa lucrativa o seguir igual, como no lucrativa. Los trabajadores se dividieron en 25 de cada lado... Hubo un gestor en la clínica que sembró la semilla de la discordia, diciendo que lo que hacía el Dr. Behrhorst ya era suficiente y que se debía buscar otro sistema para ayudar a la gente, que debía ser más lucrativo. Su pensamiento era cambiar los principios y de trabajar con la gente desposeída, para hacer de la clínica un negocio. Había una gran ingenuidad en el doctor Behrhorst al pensar que los empresarios guatemaltecos que invitó a formar parte de la Junta Directiva tenían su mismo corazón” (Dr. Salazar, 2005).

“Los estatutos de la Fundación eran muy abiertos y entraban por la confianza que les tenía el doctor Behrhorst. El grupo que dirigía entonces la Fundación dio la espalda al doctor Behrhorst y le cerraron la oficina. Muchos son gente muy conocida de la política actual. La Fundación Behrhorst (de EUA) cortó los financiamientos y hubo que vender parte del patrimonio para indemnizar a los trabajadores. Hubo vista pública en Chimaltenango pero los dirigentes del grupo contrario a Behrhorst no se presentaron y fueron perdiendo posiciones y finalmente abandonaron la Fundación. En pleno conflicto, el 7 de mayo de 1990, murió el Dr. Carroll Behrhorst y su féretro no llegó a la clínica, se quedó en el parque de Chimaltenango. Fue enterrado en la aldea Chimasat de Santa Cruz Balanyá” (Dr. Salazar, 2005).

Aunque vino con la Iglesia Luterana, estuvo “contra las tendencias de las Iglesias que ofrecen un servicio a favor de una ideología espiritual”. Decía a la gente (Salazar, 2005) “cuiden la Fundación como si fuera su casa”, “era muy práctico, no le gustaban mucho las teorías sino la práctica”, “estaba enamorado de la gente, lleno de amor a la humanidad...”

Las recomendaciones de Carroll Behrhorst (1975) para experiencias similares fueron:

- La salud pública debe iniciar por el diálogo con la gente, en cómo consideran su situación y sus necesidades. Las personas tienen sus propias formas de entender la vida y el buen médico primero escucha.
- Cualquier técnico es extranjero entre la gente pobre campesina. Mientras el técnico tiene ciertas comodidades, el otro lucha diariamente para vivir y esas diferencias explican las diferentes percepciones. Los cambios que se les proponen deben ser bien argumentados, pues deben convencerse sino...
- Cuidado con los “altos estándares” que suben costos y están fuera del alcance de los pobres. Calidad no es igual a alto costo. La mayoría de las enfermedades comunes son fáciles de tratar y no se necesita alta tecnología. Si no se responde a problemas básicos preventivos no se debe gastar en alta tecnología.



Dr. Behrhorst platicando con el promotor de salud Carlos Xoquic. (Fundación Behrhorst).



- Las actividades curativas tienen poco impacto y deben llevar actividades preventivas e higiene, pero no es suficiente. También debe incluir desarrollo económico y político, mejora en las técnicas agrícolas, acceso a tierra, etc., sino el éxito será modesto.
- Los programas deben intervenir en el poder local como las cooperativas, pero no en los grupos políticos partidarios. Las cooperativas no son la panacea pero es un primer paso.
- Es elemental, escuchar a la gente, apreciarlos, amarlos, ganar su confianza, estar con ellos y tener tiempo para preguntar: ¿Cuáles son tus necesidades? ¿Qué podemos hacer para ayudarte?.
- Antes de dar aspirinas deben estar funcionando los Comités de salud, para que dirijan y supervisen el trabajo. El trabajo debe responder a las tradiciones locales.
- Los programas deben afectar lo mínimo a la familia de los promotores y no se les debe sacar de la comunidad.
- Los promotores deben aprender de manera práctica con los mismos enfermos. Deben dar tratamientos sintomáticos y no en base a diagnósticos, así disminuyen los errores y... las enfermedades leves acaban curándose solas. Deben saber qué sí y qué no pueden curar. Es esencial la supervisión, la educación continua y la forma debe adaptarse a las condiciones locales.
- Los servicios médicos curativos deben ser autosostenibles, deben ser pagados por la gente y sólo excepcionalmente dar crédito para el pago.

En palabras de Carlos Xoquic, promotor de salud, maestro y supervisor de promotores:

Curar sin atacar sus causas es un error. Una malnutrición se puede curar en el hospital, pero al regresar a su comunidad volverá a enfermarse; si la enfermedad es resultado de problemas económicos, la solución está más difícil (Seltzer, 1983).

La Fundación Guatemalteca para el Desarrollo “Carroll Behrhorst”, celebró este año las Bodas de Plata (1980-2005).

Las experiencias de Jacaltenango y Behrhorst tuvieron proyección internacional y fueron parte del aporte guatemalteco a la formulación de la Atención Primaria de Salud.

Bibliografía en orden de consulta

– Díez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. MSF, 1998

– Montejo, Víctor. *Sirviendo al pueblo: la vida ejemplar de Madre Rosa Cordis*. Mesoamérica 23 (junio de 1992). CIRMA, Guatemala.

– Cabrera, Maria Luisa. *Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala*. ASECSA, Guatemala, 1995.

– Ross, Gonzalo. Promotor de salud. “Foro sobre el futuro de promotores” de la Instancia Nacional de Salud. Guatemala, 21 de febrero 2002.

– Behrhorst, Carrol: “The Chimaltenango Development Project in Guatemala”, in Kenneth W. Newell, ed., *Health by the people* (Geneve: World Health Organisation, WHO, 1975)

– Seltzer, Ulli. *Health in the Guatemalan Highlands*. Introducción del Dr. Carroll Behrhorst. University of Washington Press, EEUU, 1983.

– Stoll, David. “Evangelistas, guerrilla y ejército: el triángulo ixil bajo el poder de Ríos Montt”. En *Cosechas de violencia*. Compilador: Robert Carmack. Ed. FLACSO, Guatemala, 1991.



**REFLEXIÓN DEL CONTEXTO Y PRIMEROS PASOS
DE LOS PROMOTORES DE SALUD**

¿Qué aspectos comunes y diferentes presenta el contexto de los años 60 con el actual?

¿Cuáles fueron los aspectos claves que posibilitaron la germinación y crecimiento de las promotoras y promotores de salud en Guatemala?

¿Qué claves nos aportan las experiencias de los años 60 y 70 de Jacaltenango y Chimaltenango, para resultar tan exitosas?

Diferentes experiencias y aportes de las y los promotores

Servir a la comunidad.

El presente que es ahora



Ilustración de Ricardo Pérez.



TRES GENERACIONES DE PROMOTORES Y CUATRO PERIODOS HISTÓRICOS

Hace más de 40 años que nacieron las y los primeros promotores de salud en Guatemala y desde los primeros pasos a la actualidad me atrevo a plantear que en líneas generales, salvando algunas historias regionales, ha habido tres generaciones de promotores y cuatro periodos históricos.

La primera generación correspondería al periodo 1963-1976, hegemonizada por el discurso religioso del “amor al prójimo” y que Begoña Aretxaga (f), antropóloga vasca, tras relatarle diferentes historias de los promotores, concluyó que su rol desbordaba el campo de la salud y que una buena parte de los promotores desarrolló el rol de “intermediarios sociales”, entre la comunidad y las instituciones, entre las y los comunitarios con las personas de fuera de la comunidad.

El periodo se quiebra con el terremoto de febrero del 76 y se amplía el número de promotores así como las motivaciones y discursos de los promotores, combinando lo religioso y lo sociopolítico. La emergencia llevó a ampliar la formación de los promotores de salud, que incluiría aspectos preventivos, de primeros auxilios, curativos y organizativos. En este periodo proliferan las ONG sanitarias y de reconstrucción. En varias cabeceras municipales del Altiplano Central se construyen clínicas y hospitales regentados por grupos religiosos y solidarios internacionales que posteriormente desarrollan programas de promotores de salud en una perspectiva a más largo plazo para responder a las necesidades permanentes de la población y es que “la emergencia es la regla de los pobres, lo contrario es excepción” en las palabras de Walter Benjamín.

El terremoto no sólo trajo muerte y destrucción sino que fue también un terremoto social, que no dejó indiferentes a los jóvenes, estudiantes, sindicalistas, campesinos y grupos religiosos. Se inició una fuerte movilización social que llevó a ampliar las motivaciones entre los promotores y un sector de ellos, se sumó a las reivindicaciones sociales. Las luchas sociales y políticas son respondidas con la represión, siendo la masacre de Panzós en abril de 1978, el inicio del último genocidio en Guatemala.

A partir del 79-80, el ejército y paramilitares considerarán a las y los promotores como afines a la insurgencia, “todos son guerrilleros” y el ser promotor se convierte en “factor de riesgo”. Los promotores valorarán mucho el contar con un carnet del Ministerio de Salud para justificar su trabajo y necesitarán del salvoconducto del comisionado militar para movilizarse.

La experiencia de esta primera generación tuvo un final traumático entre 1979 y 1985. Muchos son asesinados, exiliados, desplazados internos... y en esta caracterización de épocas y generaciones, se propone que con la llegada del gobierno de la Democracia Cristiana, en enero de 1986, se abre un nuevo periodo, nuevas posibilidades, aunque no ceda la represión.

Con el apoyo de las congregaciones religiosas y de las ONG surgidas con el terremoto y otras nuevas se retoman los desplazamientos de promotores a los centros de capacitación y los nuevos procesos organizativos. Se abre un periodo que lleva de nuevo a la multiplicación de promotores de salud por todo el país con base en las necesidades familiares y comunitarias nunca resueltas en salud. Las motivaciones principales estarán, en el deseo de aprender y atender a su familia, con una identidad de “servicio gratuito” que viene del periodo anterior.

Para algunas personas y grupos, el Ministerio de Salud será considerado “extensión” del Estado contrainsurgente y la vía de promotores llega a visualizarse como una alternativa más al Ministerio de Salud que a los profesionales, algunos de los cuales trabajan en los Programas de promotores.



Los Acuerdos de Paz, son el parteaguas del tercer periodo de promotores. No es lo mismo un MSPAS de un Estado contrainsurgente que un MSPAS, extensión de un gobierno que ha firmado los Acuerdos de Paz y es responsable de la atención en salud de su ciudadanía. La propuesta del gobierno será el Sistema Integral de Atención en Salud, que aunque venía siendo preparada en secreto junto al Banco Interamericano de Desarrollo desde el 90, se publicita en 1997 como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz. La propuesta neoliberal de salud se convertirá en “papa caliente” para ONG y promotores, pues plantea un modelo de salud comunitaria en donde hay lugar para las ONG, a través de convenios público-privados, y para el personal comunitario pero no como promotores y asociaciones, sino por medio de los guardianes de salud, luego vigilantes, con un estipendio de Q 50.00 mensuales, sin ningún tipo de asociación horizontal sino que por el contrario, sujetos a la estructura vertical del modelo como antítesis de la autonomía del personal comunitario y contra la promoción de salud, entendida como empoderamiento comunitario.

Los promotores de salud entran en crisis existencial, fundamentalmente por las necesidades vitales que llevan a que más de un millón de guatemaltecos y guatemaltecas estén trabajando en la actualidad en los EUA y ser desmotivante el trabajo gratuito. Una minoría de promotores comienza a verse como transitorios y que el MSPAS debe asumir la atención de salud. Otros promotores, los más jóvenes, valoran los cursos de capacitación como paso previo a la profesionalización como técnicos en farmacia o auxiliares de enfermería. Y paralelamente, varias asociaciones de promotores van dando pasitos en el monitoreo de servicios de salud e incidencia política para hacer efectivo el derecho a la atención de salud.

Tres generaciones y cuatro periodos históricos			
1ª generación		2ª generación	3ª generación
1963-1976	1976 -85	1986-96	1997-2005
Identidad religiosa e intermediarios sociales.	La gran enfermedad: del terremoto a las masacres.	La salida al claro y la dependencia de las ONG.	La generación del SIAS y de búsqueda laboral.
Del inicio de promotores al terremoto de la madrugada del 4 de febrero de 1976.	Del terremoto al gobierno de la Democracia Cristiana –DC–.	Del gobierno de la DC a los Acuerdos de Paz.	Los Acuerdos de Paz, el SIAS y el derecho a la atención de salud.
De los primeros promotores a la consolidación de los Programas de salud.	Etapas de organización social que acaba en genocidio.	Resurgen los promotores paralelamente a la disminución de represión en el campo.	Crisis existencial de las y los promotores de salud.



Las voces de las y los promotores de salud

Aprender sirviendo y servir aprendiendo

Los protagonistas del libro son las y los promotores de salud que desde su nacimiento a la actualidad, han vivido en un salón de espejos donde se mira en uno, la modernización en que entraron las y los comunitarios en la segunda mitad del siglo XX y que se refleja a través de los cambios en el proceso salud, enfermedad y atención, en otro espejo, esa mayoría de la población que lucha por la sobrevivencia, “con el agua al cuello” o en el estado de emergencia permanente y en otro, un reflejo de la reproducción histórica de las relaciones entre diferentes y desiguales a través del campo de la salud.

Las y los promotores de salud no son entes abstractos, sino que son hombres y mujeres de carne y hueso, tienen nombres, familias y sueños. Lo que no tienen son oportunidades para hacer realidad sus proyectos de vida, sus sueños.

Diferentes experiencias y aportes

Ilustración de Ricardo Pérez.





¿Quiénes son?

Las y los promotores se identifican en el área rural como “campesinos y campesinas en servicio de salud, voluntario a la comunidad” y en la capital, como “mujeres de las áreas precarias de la capital en servicio de salud voluntario a nuestras colonias y barrios”.

María Luisa Cabrera, en *Otra historia por contar. Promotores de salud de Guatemala* (1995) se pregunta “¿cuál es la identidad que los hace definirse como promotores? Pensamos que sólo aquella que se adquiere por su formación técnica, aunque sea a niveles básicos, es lo que define su pertenencia al mundo de la salud comunitaria” y desde una perspectiva sociológica, Sheldon Annis (1980) plantea que “el promotor es más bien una expresión de la creciente necesidad que tiene la aldea de aprender más y obtener más del mundo exterior”, destacando así el ser una figura nueva que responde a la resolución de necesidades.

El espacio de construcción de la identidad se realiza a través de los cursos de capacitación, el conocimiento y habilidades técnicas adquiridos del modelo biomédico, su quehacer en la comunidades en sus múltiples desempeños, el uso en primera instancia de la “medicina química o de farmacia” y en segundo lugar de la “medicina natural”, la participación en asociaciones de promotores... También desde la comunidad y diferentes instituciones que los diferencia de los curanderos y otras tipologías de médicos comunitarios.

Para formular su Plan Quinquenal (1991-96) y caracterizar a los promotores, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud realizó una encuesta entre 98 promotores de diferentes Programa Socios y entre los resultados destacamos que:

El 91.5% de los promotores estaba entre los 21 y 44 años, 25% eran mujeres y 75% hombres, el 30% sin pareja, una mayoría amplia con primaria de escolaridad, todos hablan el idioma maya local, mayoritariamente son católicos y entre sus actividades está que 2/3 dan consulta y tratan un promedio de tres enfermos diarios, la mitad utiliza medicina química y la otra mitad medicina natural, conocen las enfermedades tradicionales y saben tratarlas, en general atienden en su casa (la del promotor), no atienden embarazadas y 1/3 de ellos llevan registro de la atención curativa, la mitad tiene termómetro, 10% estetoscopio y la mayoría dan charlas educativas.

El 30% de los promotores cobraba por los servicios curativos, mientras que 70% nunca o en muy pocas ocasiones lo hace. Los horarios de atención fueron respondidos por 60 promotores y 25 de ellos dan consulta en la mañana o en la tarde, antes o después de ir al trabajo en el campo, diez sólo en las mañanas, siete sólo por las tardes y 18 están disponibles todo el día.

A las capacitaciones, los que menos asisten son los más jóvenes, entre 17 y 20 años, a pesar de que aparentemente les es más fácil ausentarse de casa, pero el inconveniente es que creen que la comunidad no les va hacer caso por ser jóvenes. Hay mas dificultades en las mujeres para acudir a los cursos, en las solteras, porque sus papás no las dejan salir y en las casadas por las obligaciones con los hijos o los maridos celosos. Algunos promotores son muy activos en los cursos pero no lo son en la comunidad. Las mujeres en las comunidades prefieren consultar con promotoras de salud si es por enfermedades relacionadas con ellas.

Algunos promotores por necesidades de las instituciones y por sus competencias sociales y/o técnicas han sido contratados por las ONG/Pastorales por un periodo variable de tiempo. En general son promotores que se les contrata para facilitar cursos de medicina natural, dental... o de medicina general. A pesar de estar asalariados en este periodo de tiempo no pierden la identidad de promotores de salud pues su condición asalariada es temporal.



¿Qué nos hizo ser promotores de salud?

Es una pregunta que hemos ido realizando para conocer las motivaciones y en la que participaron cientos de promotores en grupos focales, asambleas, encuentros, entrevistas individuales y encuestas personales o mientras participaban en los cursos de capacitación y que para mantener la privacidad, no se solicitaba el nombre pero sí aspectos personales como sexo, casado/a o soltero/a, con y sin hijos e hijas, lugar de nacimiento y residencia, etnia, nivel educativo, trabajo por el que genera sus ingresos económicos, otras habilidades laborales.

Las motivaciones en sus propias palabras fueron: “ayudar a mi familia”, “por la salud y mejora de mi comunidad”, “porque tengo deseos de aprender”, “por amor a Dios y al prójimo, porque Jesús dijo: Yo he venido a servir y el que quiera ser el primero, sea el servidor de los demás” “porque me eligieron en la comunidad”, “por el deseo de mejorar mi situación económica”, “por la necesidad de las comunidades: la falta de letrización, la falta de agua potable, organización, y, para promover la atención primaria de salud”, “por la voluntad de mejorar las condiciones en que nos encontramos por falta de asistencia del Ministerio de Salud”, “por la conciencia de estar al servicio de la comunidad y con el apoyo de la misma”, “el deseo de aprender para compartir lo que es la medicina natural, para ayudar a las personas de escasos recursos”, “ver la necesidad de la comunidad, por la falta de atención de los centros de salud y hospitales del gobierno”, “ver muchas enfermedades y cómo prevenir esas enfermedades”, “no había doctores ni enfermeras y había necesidad de los promotores para apoyar a la gente. La gente vio la necesidad de prevenir las enfermedades. El centro de salud estaba lejos y no tenía capacidad de cubrir”, “sentir uno mismo el problemas de los demás”.

No se observaron diferencias en las respuestas entre regiones ni entre hombres y mujeres. Las respuestas contemplaron los siguientes bloques de motivaciones: superación individual expresada en el deseo de aprender; el servicio a la comunidad desde una mística religiosa, desde la solidaridad y conciencia de que pudo evitarse la muerte de un familiar; por el deseo de cambiar las condiciones económicas y de vida de la comunidad, además de buscar mejoras en los ingresos familiares.

Aun cuando en las encuestas y talleres se expresa el deseo de mejorar la situación económica, ésta no pasó de un deseo. Las experiencias de trabajo con promotores que han contado con botiquines, generalmente han promovido un porcentaje de ganancia por la venta de medicamentos tanto como autosostenibilidad como estímulo hacia los promotores. En los últimos años, la mejora de los ingresos ha estado también ligada a que algunos son contratados por las ONG/Pastorales como promotores multiplicadores, capacitadores o para otras tareas, a la solicitud de becas por los más jóvenes para poder seguir estudiando y llegar a ser auxiliares de enfermería y otros como facilitadores comunitarios en el SIAS de primer nivel o en la extensión de cobertura con Prestadoras del SIAS.

Las motivaciones que han resultado más fuertes y que hacen que las y los promotores se mantengan a pesar de los contratiempos han sido fundamentalmente dos: la mística religiosa, “es palabra de Dios, amar y servir al prójimo” y la de quienes fueron “tocados” por la muerte de un familiar cercano, en general un hijo/hija pequeños y que toman conciencia de que pudo evitarse con cuidados básicos como bajar la fiebre, suministrar suero oral, un antibiótico...

Otros aspectos que son claves en la permanencia en el trabajo de las y los promotores de salud es el acompañamiento en sus comunidades por otros promotores de sus asociaciones, por promotores contratados por las instituciones o por los profesionales que hacen más llevadera la tarea de ser promotor.



Las y los promotores reales, ¿qué hacen?

El trabajo de los promotores tiene como imagen ideal transmitida a través de las capacitaciones y asambleas, el de realizar un “trabajo integral en salud y ser líder comunitario en pro del desarrollo comunitario”. Para el logro de esta “misión” se requeriría definir qué entendemos por trabajo integral y por otro lado, que tampoco es necesario que todos sean líderes comunitarios. Esta “misión imposible” pudiera ser fuente de frustraciones entre lo ideal y lo real, pero el personal comunitario es claro en reconocer que uno es el discurso y otra la realidad pura y dura.

En los perfiles de competencias, los objetivos de las capacitaciones, se recogen toda una serie de actividades a realizar por los promotores que caracterizan lo que se entiende por trabajo integral, actividades educativas, preventivas, curativas y de desarrollo comunitario para lo cual en los temarios se contempla prevención y curación de enfermedades comunes, inmunizaciones, primeros auxilios, medicina natural, liderazgo, organización comunitaria y cursos especiales de acupuntura, agricultura orgánica, salud oral, salud mental...



Promotor de salud. (Frank Taylor).

Por su parte, Sheldon Annis (1980), en un estudio muy interesante sobre los servicios de salud en los departamentos de Sololá, Totonicapán y San Marcos para AID-MSPAS reconoce que:

Todavía hay más curanderos, espiritistas, chimanes/brujos que manipulan el destino humano a nivel sobrenatural, sobadores e “inyeccionistas” que promotores de salud del MSPAS y de otras instituciones.

A grosso modo hay un promotor por cada 1000 habitantes y de ellos 2/3 trabajan con el MSPAS. De todos ellos, están activos 425 en los tres departamentos con un aproximado de 4.8 promotores activos por cada puesto de salud. Los promotores activos con el MSPAS por 1000 habitantes son de 2.3 en Sololá, 9.6 en Totonicapán y 5.1 en San Marcos. De otras instituciones, 1.8 en Sololá, 2.9 en Toto y 2.0 en San Marcos.

Las actividades que desarrollan los promotores según los dirigentes comunitarios de más a menos: inyeccionista, ayudante en vacunaciones, primeros auxilios, promotor de letrinas, pláticas de salud y nutrición, organizador de comités de salud, vacuna animales y planificación familiar, ésta con puntuación mínima.

Las capacitaciones varían enormemente de unos cuantos días a una relación de años con el equipo de salud de una organización privada. La mayoría hace su capacitación por fases, un día cada semana, una semana al mes o un curso complementario cada seis meses después del curso inicial. Casi todos han recibido por lo menos de 20 a 30 días de capacitación. La mayor parte de la capacitación la realizan los técnicos de salud rural o los médicos interesados. Las organizaciones privadas tienden a emplear el plan de estudios elaborado por las Maryknoll en Jacaltenango.

En su mayor parte tienen equipo para inyecciones. Algunos tienen termómetros y equipo de primeros auxilios. Unos cuantos tienen y venden medicinas de patente. Muy pocos tienen manuales o información escrita y algunos tienen afiches proporcionados por el MSPAS. El promedio de inyecciones es de 25 a 35 mensuales cobrando de 10 a 25 centavos por inyección. Regularmente ponen inyecciones de vitamina B-12, B-1, extracto de hígado y otros tipos de vitaminas y reconstituyentes.

No existe una estructura formal de supervisión, más bien cada situación se adapta a las características del médico, enfermera, trabajador social o técnicos en salud rural.

Las demandas de los promotores son más adiestramiento, sobre todo en medicina curativa, un sueldo u otro tipo de incentivo económico y un puesto de salud, letrinas, caminos, alimentos y medicamentos.

La diferencia de demandas con los dirigentes comunitarios es notable pues para estos de más a menos, primero son el agua entubada, los caminos, la escuela, las letrinas, reforestación, puentes, electricidad y finalmente el puesto de salud. Este queda en octavo lugar en Sololá, noveno en Totonicapán y sexto en San Marcos.

La formación que reciben y el trabajo que desempeñan, en gran medida, están mediatizados por las condiciones locales y por la ONG/Pastoral de apoyo. Así en comunidades refugiadas, retornadas y de resistencia como en áreas de colonización, Petén e Ixcán, además, del trabajo preventivo es muy notable la capacidad diagnóstica, de tratamiento farmacológico, de atención dental y mental, respondiendo no sólo a las necesidades de la población sino sobre todo a que las ONG que les acompañan son más abiertas a que los promotores puedan desempeñar actividades curativas al reconocer que la necesidad sentida de la población es inicialmente curativa.

En el resto de comunidades del país, salvo excepciones, las ONG y Pastorales enfatizan más el trabajo preventivo sobre el curativo, pero siempre se cuenta con botiquines de medicamentos esenciales que trabajan de la siguiente manera. El primer lote de medicamentos puede ser donación o compra en préstamo, que debe ser vendido a la población con un pequeño margen de ganancia para asegurar la sostenibilidad del botiquín; con los ingresos obtenidos se va reponiendo el botiquín e incluso aumenta o por el contrario es frecuente que disminuya, pues se dan los medicamentos en préstamo a los enfermos y a los meses se acaban y no hay dinero para la reposición. Las limitaciones económicas de la población para la compra de medicamentos “químicos o de farmacia” ha potenciado en muchos lugares que los promotores se hayan interesado en trabajar con la medicina natural.

La necesidad sentida de la población es la atención curativa y el promotor tiene claro que su legitimidad y reconocimiento pasan por la capacidad resolutoria ante las enfermedades. Quien no cura, no sirve, tanto sea promotor o SIAS. Los guardianes de salud que trabajaron en 1998-99 tuvieron que oír muchas veces “el SIAS no sirve, porque no cura”, porque los guardianes no curaban. La legitimidad que se logra a través de la atención curativa ha llevado a que el referente



Promotora haciendo prácticas de primeros auxilios, Palin 1992. (ASEDE).

más visible del promotor sea el médico. Para la atención de enfermedades comunes y de primeros auxilios, se requiere de conocimientos básicos y algunas habilidades técnicas, y en el trabajo de campo eso ha llevado a que algunos promotores consideren que pueden hacer lo mismo que el médico comunitario que sólo dispone de escasos recursos diagnósticos y terapéuticos y medio en serio medio en broma, se lleguen a denominar “doctorcitos”.

Los médicos bien saben que el “poder” en el modelo de atención oficial, está en la capacidad de diagnosticar, tratar y curar, y que son ellos/ellas quienes tienen la llave de la vida, ya que la otra llave, la del más allá, la tienen los sacerdotes y pastores. El poder de curar es siempre más visible que el de prevenir o educar.

Es difícil ser escuchado en el trabajo educativo de salud cuando no va emparejado a la resolución de necesidades inmediatas y sentidas. El trabajo educativo ha ido decayendo a una charla repetitiva, magistral y monótona, que aburre a la mayoría y que termina muchas veces con el “eso ya lo sabemos”, “eso ya lo hemos oído 20 veces” o “lo sabemos pero no hay agua, no hay alimentación o no podemos guardar el reposo que nos dicen”.

En algunas Pastorales de salud se hace la diferenciación entre el promotor educativo y curativo y hay Pastorales de enfermos cuyo quehacer es visitar y acompañar a los enfermos. Los catequistas, pastores realizan también desde su perspectiva religiosa, consciente o inconscientemente, un trabajo que tiene efectos notables sobre la salud de la población.

Los promotores que antes del SIAS, colaboraron con el Ministerio de Salud, han sido identificados muchas veces como mensajeros, pues traen los avisos, cargadores de termos... y han sido poco reconocidos por la población por su rol tan poco resolutivo.

La diversidad es pues una característica en el trabajo real de las y los promotores de salud y esta heterogeneidad tiene que ver fundamentalmente con las instituciones que les acompañan, pues son sus criterios los que se imponen en las capacitaciones y en los recursos de que van a disponer los promotores para desarrollar su trabajo.

Los promotores ideales: las distancias a la realidad y las necesidades sentidas

Es interesante el perfil del promotor ideal establecido por ASECSA, que es con toda seguridad la mayor institución en Guatemala trabajando en la capacitación de promotoras y promotores de salud. En el Plan quinquenal 1991-1996, presenta un documento de investigación que pretende superar las contradicciones entre la formación y el trabajo que desarrollan los Programas Socios y los promotores.

Para los dirigentes de los Programas Socios lo que un promotor debe saber en el área preventiva son aspectos básicos de higiene, nutrición, salud oral, psicología, agropecuarios, investigar y diagnosticar problemas comunitarios y poder dar charlas a la comunidad. En el área curativa, primeros auxilios, diagnosticar y tratar las enfermedades comunes, conocer las ventajas y desventajas de la medicina de farmacia y natural, llevar control estadístico de los enfermos y enfermedades atendidas.

Entre las actividades a desarrollar están las visitas domiciliarias, charlas de salud, de higiene personal, oral y ambiental, educar a la gente en el uso de recursos naturales, investigar las necesidades y problemas de los comunitarios, trabajar por el desarrollo integral de la niñez, organización de comités y de la comunidad, elaboración de proyectos y hacer conciencia de la realidad que vive la comunidad en la salud.

En el área de cualidades que debe tener un promotor: el respeto a la dignidad humana, tener principios éticos, educación integral (educación popular), conocimientos administrativos y de la comunidad (idioma, creencias, religión, realidad nacional...).

En los talleres, asambleas de promotores... expresan un gran listado de necesidades: más capacitaciones, más recursos, más actividades de salud... Este listado interminable de actividades responde más a un listado de necesidades que a las posibilidades reales del promotor, pues desbordan su capacitación, los recursos y el tiempo disponible.

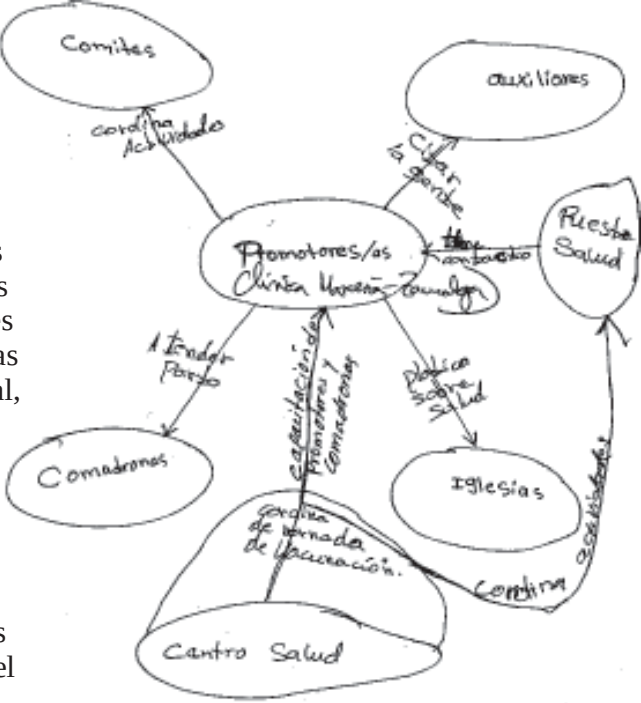
En el Encuentro nacional de promotores de 1998 en Chimaltenango, a la pregunta de “¿Qué más deseamos promover para mejorar la salud de las comunidades?”, hubo demandas dirigidas a tareas a desarrollar por los promotores y otras para el Ministerio de Salud. Las dirigidas hacia ellos mismo fueron: “Educación ambiental, organización comunitaria, recuperar la medicina tradicional, educación en todos los aspectos de salud, más capacitaciones para los promotores. Abaratar los costos de los medicamentos, promover el uso de medicamentos naturales, compartir los conocimientos con la comunidad para poder prevenir las enfermedades. Gestionar proyectos de saneamiento ambiental, productivos, infraestructura y otros. Promover el desarrollo de la comunidad mediante la organización. Velar por la salud comunitaria”

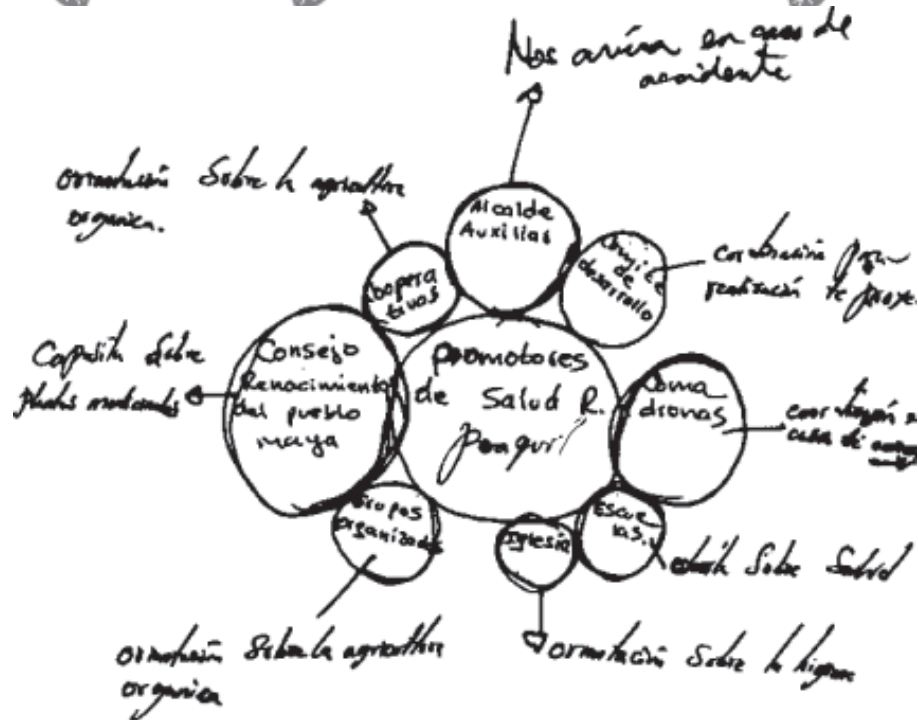
Las relacionadas con el MSPAS fueron: “No dejar a la gente atrás, que se hagan centros de salud, que haya vacunaciones. Concienciar sobre la mala utilización de los fondos del gobierno. Exigir al Ministerio de Salud que cumpla con los servicios en salud, generalizado a toda la población y con buenos horarios de trabajo. Coordinar con otras ONG que trabajan en el área. Promover la cultura maya. Organización a todos los niveles para poder exigir nuestros derechos. Lograr una salud integral. Humanizar al personal que trabaja en salud”.

En las demandas se expresan más las necesidades sentidas por los promotores que por las y los comunitarios. La enfermedad es la prioridad de la población. La salud como la alimentación, la producción, los ingresos económicos, la vivienda, el agua, la educación... sí son prioridad para todos los grupos comunitarios pero se expresan de manera diferencial entre mujeres y hombres. Las mujeres, y en particular las madres, son las que priorizan la atención curativa, mientras que los hombres están más preocupados de los proyectos productivos y de infraestructura.

Las necesidades básicas de la población no están cubiertas, por lo que en una visión amplia del trabajo de salud, para Gervasio Atz, ex presidente de ASECSA y director de Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo de San Martín Jilotepeque –APROSADSE–: “El trabajo del promotor no tiene tope y tiene mucho trabajo para adelante. Tiene futuro. Lo que hace falta es que se identifique con ese trabajo de promoción de la salud”.

La integralidad es difícil abarcarla desde una visión sectorial aislada, salud o educación o..., es más un trabajo intersectorial, por ello, para conocer las relaciones que los promotores y sus asociaciones establecen con otros grupos organizados en las comunidades, a nivel municipal o departamental, realizamos con varias asociaciones los Diagramas de Venn. Los criterios de selección de los diagramas ha sido el de aquellos que estuvieran más claros para ser trasladados al libro, dado que algunos eran auténticos laberintos. El primer diagrama, de la Clínica Maxeña de Zacualpa visualiza las relaciones que se establecen con otros grupos de salud, con los alcaldes auxiliares y comités (de desarrollo) y en el





caso de la Asociación de promotores de San José Poaquil, de manera similar con los grupos de salud, cooperativas, comités, alcaldes auxiliares, iglesias y grupos de renacimiento maya. En general, todas las asociaciones tienen algún tipo de coordinación, puntual o permanente, con variedad de grupos locales. En la coordinación nacional en general es con ASECSA o con las Pastorales de salud de la Iglesia Católica.

Las relaciones con el MSPAS, de sus trabajadores salud, han dependido sobremanera de los criterios de los trabajadores del centro o puesto de salud. El resultado es que las relaciones han cambiado diametralmente según quién fuera el director o directora del centro de salud o del personal de enfermería.

Reivindicaciones de las y los promotores

La primera y permanente reivindicación histórica ha sido “ser tomados en cuenta”, que tanto la comunidad como el Ministerio de Salud reconozcan a los promotores y a sus asociaciones. Por parte de la comunidad, las dificultades han estado ligadas a desacuerdos de la comunidad con alguno de los promotores y no con las necesidades de contar con promotores y el que estén asociados. En el caso del MSPAS, las dificultades han estado en visiones políticas diferentes sobre el rol de los promotores y de sus asociaciones.

Otras demandas han sido dirigidas claramente hacia el MSPAS, como el derecho de la población a la atención gratuita en salud. Otras veces, las demandas han sido de más recursos, más capacitaciones o de apoyo económico que muchas veces iba dirigido a las ONG, MSPAS o a las comunidades.

Las reivindicaciones han sido recogidas en diferentes talleres a lo largo del país y sus resultados expresan una sintonía entre la asociación de promotores y la ONG de acompañamiento. La identificación está ligada a la visión del rol del MSPAS y del Estado.

En las asociaciones de promotores de las regiones de colonización de Ixcán y Petén, así como de los promotores de las comunidades de población en resistencia y retornados plantean demandas



más políticas como “que el Estado nos reconozca y apoye económicamente” (Ixcán, 1999), “participar en los consejos departamentales de salud” (APROSACOP, 1999), “ser técnicos reconocidos con buena capacitación y aplicar nuestros conocimientos en las comunidades” (AGRUMS-ETESC, 1999). En otras regiones como Alta Verapaz son demandas más asistenciales: “mejorar nuestros estudios con el apoyo de la ONG”, “que nos den diploma de reconocimiento”, “tener beca de estudio o apoyo económico para las capacitaciones”, “seguimiento de las capacitaciones”, “tener alguna ganancia con la venta de medicamentos” (Alta Verapaz, 1998-99). En las asociaciones ligadas a la Iglesia, varía según la pastoral de apoyo.

También en la misma región y según los antecedentes históricos se expresan las diferencias como en el encuentro realizado en Fray Bartolomé de Las Casas entre promotores retornados y residentes (1995), en donde mientras los retornados tenían presente la atención recibida en México pensaban en repetir la experiencia en Guatemala y contar con el apoyo de varias ONG internacionales, para los promotores residentes, la atención dependía de sus propios recursos y eran escasas las demandas. Coincidían en “hacer una organización de retornados y residentes, todos juntos” y “mayor participación comunitaria en los trabajos de salud” (Encuentro en la FTN, 1995).

En Baja Verapaz se expresaban así: “necesitamos formar una asociación de promotores y comadronas con objetivos y criterios” (Baja Verapaz, 1999).

Sobre la visión del MSPAS y Estado, los promotores participantes en el Encuentro Nacional de Promotores en 1999, representando a las asociaciones más politizadas, consideraron que: “Hay falta de cumplimiento de los Acuerdos de Paz”, “falta de atención del MSPAS”, “si referimos pacientes al hospital, no los atienden”, “los puestos de salud no tienen medicinas”, “los doctores y enfermeros no reconocen nuestro trabajo y tratan mal a los pacientes”, “no se reconoce al promotor por el servicio que presta a la comunidad, no hay salario y sólo sirve de distribuidor de volantes y afiches”.

Y mientras, los promotores en Petén (APROSACOP, 1999), demandan un “Estado social con responsabilidades fuertes y gratuitas en salud y educación” y expresan que “la salud es responsabilidad de todos y todas pero también del Estado”, para los del altiplano, el Estado brilla por su ausencia y no tuvieron demandas. Por otro lado, las comunidades de población en resistencia del Ixcán expresaban en 1999, una gran desconfianza hacia las autoridad del Estado y del Ministerio de salud. En Baja Verapaz, mientras unos planteaban que “al gobierno, MSPAS y promotores les corresponde solucionar los problemas de salud con el apoyo de las organizaciones internacionales” para otro grupo, “ASECSA debe ser el Ministerio de Salud” (Baja Verapaz, 1999).

En una asamblea de ASECSA realizada en Chimaltenango, en marzo de 1998, bajo el título de “Una reflexión sobre 20 años de trabajo de ASECSA. Pasado, Presente y Futuro”, y en relación con las y los promotores se planteaba:

La necesidad de clarificar quienes son los promotores, su heterogeneidad de intereses, compartir las inquietudes, dudas y debilidades para formular un proyecto de futuro de promotores a mediano-largo plazo. A corto plazo, se consideró necesario seguir trabajando la asistencia, por ser necesidad de la población pero hay que avanzar promoviendo y apoyando a las asociaciones de promotores con métodos democráticos, con capacidad crítica y con contenidos políticos, reivindicativos y propositivos, con una amplia visión de salud e incidiendo en sus determinantes a través del desarrollo comunitario, sistematizar las experiencias de salud comunitaria y de medicina tradicional para desarrollar propuestas desde las experiencias comunitarias y que el seguimiento de promotores se realice desde sus propias organizaciones.





En cuanto al futuro, se visualizó una diversidad de opciones desde la situación actual de voluntarios y con diferentes especializaciones a su profesionalización, como auxiliares o técnicos en salud rural, no estando reñido con su conciencia social. Se reconoció que una de las debilidades en la actual situación de los promotores es su seguimiento en el trabajo y la formación continua, dando respuesta a su “soledad en el trabajo” de una manera organizada y ampliando sus capacitaciones a métodos de trabajo, técnicas educativas, actividades con mujeres y escolares, y trabajo en Comités de Salud para coordinar proyectos de desarrollo comunitario retomando los criterios de Atención Primaria de Salud, en especial de integralidad e intersectorialidad promoviendo la participación cualitativa de grupos comunitarios.

¿Cuáles son los problemas?

Haciendo una síntesis de lo recogido a lo largo de más de 20 años y con aproximadamente 1,500 promotores de diferentes regiones del país, concluyo en tres tipos básicos de problemas:

Los problemas económicos se expresaron a través de “la vida está cara”, “se gana poco, todo está caro y no se cubren las necesidades familiares a como se quisiera, peor de promotor”, “cada vez aumentan las necesidades y aquí no se gana nada”.

El agravio comparativo por medio de “el trabajo de promotor no goza de suficiente reconocimiento, salvo en pocos casos”, “mientras trabajo por la comunidad, el resto trabaja en su interés personal”, “hay una gran responsabilidad en el trabajo y son más las críticas que los reconocimientos”, “la comunidad no apoya y en cambio exige mucho”.

Y como tercero, la soledad del promotor: “los problemas son para mí solito, no hay quien apoye”, “la comunidad exige mucho, tengo que saber de todo y no estoy capacitado para lo que me piden”, “acabada la capacitación, nadie viene a visitarme. A los capacitadores no los vuelvo a ver”, “el mayor apoyo lo encuentro en otros promotores y en nuestra asociación”.

En el estudio de 23 Programas de Salud rural realizados por el Dr. Ismael Díez (1988), los problemas detectados fueron:

La Asociación de Promotores, Bola de Oro, en el municipio de Chimaltenango, destaca que la confianza hacia los promotores es variable y mejora al observar resultados positivos en los tratamientos. Los problemas detectados son la falta de apoyo y supervisión, los pocos recursos económicos que dificultan a menudo la compra de medicamentos, la escasez de materiales educativos y la insuficiente organización interna

Para la Asociación de Comadronas y Promotores de Comalapa, los problemas que plantean los promotores son económicos, la falta de apoyo y confianza por parte de sus comunidades y el desplazamiento en busca de otras tierras así como el servicio militar. Otros problemas son la falta de confianza a los promotores en algunas comunidades, también existe dificultad en la aceptación de la comunidad de los proyectos emprendidos por los promotores, la supervisión no es adecuada. Consideran que no se ha incentivado suficientemente al promotor. Un promotor pone el ejemplo de que “el promotor es como un carro, un carro puede transportar a mucha gente, pero para ello necesita un poco de gasolina. Igualmente, un promotor puede servir a mucha gente, pero para ello precisa que se le incentive, se le estimule y apoye continuamente”.

En el caso del Proyecto del Movimiento Guatemalteco de Reconstrucción Rural, en la montaña de Santa María Xalapán, del municipio de Jalapa, que inició sus actividades con promotores en 1979, el sentir generalizado de los promotores es que el trabajo realizado no les compensa pues deteriora el sustento familiar por lo que han disminuido el número de



horas que le dedican a salud, para dedicarse a otros trabajos que les proporcionan más beneficio. Afirman que no han abandonado completamente porque les gusta y porque la comunidad les necesita, llegando incluso a buscarlos gentes de aldeas vecinas.

Para las Asociaciones de Promotores del Ixcán, solamente en el área cuatro de Playa Grande, se dispensó a los promotores de los trabajos comunitarios y de los turnos de autodefensa civil. Las causas voluntarias de abandono se deben a la escasa disponibilidad de tiempo y problemas de desplazamiento a otras comunidades, sobre todo en los jóvenes, el abandono por matrimonio en el caso de las mujeres y por problemas de comunicación y rivalidades entre los promotores. Otras veces la salida de la tarea ha sido forzada en caso de robo de medicamentos o botiquín y por falta de confianza de la comunidad. El tema económico no se considera causa principal de los abandonos.

Afrontamientos a algunos problemas

Otra forma de conocer a las y los promotores es a través del afrontamiento de sus problemas personales/familiares; del trabajo del promotor; en relación con la comunidad y con ONG y MSPAS. Se resumen en:

Entre los personales lo expresado ha sido: cansancio con el tiempo, falta de estímulos económicos, pierden su tiempo de trabajo propio para atender a la gente de la comunidad y el tiempo que dedican al trabajo de salud, afecta negativamente en los ingresos familiares. La forma de afrontamiento ha sido ganar un poquito con la venta de medicamentos.

Como promotores sienten que su trabajo es muy amplio y los conocimientos limitados. Otras veces la falta de medicamentos y de equipos de diagnóstico que han conocido en los cursos o que han tenido alguna vez. También el de los promotores que son vistos como negociantes de medicamentos. La pérdida de interés en el trabajo cuando el énfasis es preventivo. Las formas de afrontamiento han sido: más capacitaciones, el apoyo de los profesionales de la ONG y de las pastorales con sus visitas, el seguimiento al trabajo y a las capacitaciones, así como la capacitación de nuevos promotores.

Entre los problemas con las y los comunitarios están que “nadie nos apoya en la comunidad”, contradicciones con la comunidad, el no reconocimiento del promotor y la falta de confianza en él. Las formas de afrontamiento son apelar a la conciencia, mejorar la organización y que en la selección del promotor participe la comunidad.

A nivel institucional “que el MSPAS no nos toma en cuenta” y que “no hay reconocimiento económico” por ONG, Pastorales de Salud o el MSPAS. Para la mayoría el afrontamiento pasa por la organización y la lucha a largo plazo.

En otros problemas, el principal manifestado por los promotores achí (Baja Verapaz, 1999) que trabajan en fincas es: “la despreocupación del administrador por la salud de los trabajadores” y “la falta de atención médica en las fincas”. Las soluciones encontradas han sido la de “formar comités para gestionar los servicios de salud, los botiquines, y otra pudiera ser que los promotores migrantes temporales puedan ser reconocidos como promotores y pagados”

En comunidades achí de Baja Verapaz (1999) han sido problemas “la falta de identificación del promotor, la falta de organización en la comunidad y la poca importancia otorgada al trabajo en salud, la emigración y la importancia de la mujer en el trabajo en salud y en lo organizativo”.

En El Chol y San Miguel Chacaj (Baja Verapaz, 1999) las promotoras plantean “el rechazo hacia ellas, la falta de prácticas, la falta de confianza de la comunidad y el no contar con el





material adecuado” y las soluciones visualizadas pasan por “buscar apoyo con otras instituciones, apoyo económico para prepararse más y tener más capacitaciones”.

Los guardianes de salud de Rabinal (1999) plantearon como problemas: “que el centro de salud no atiende a los pacientes que llegan, pues tienen limitados los horarios y los números de consulta, no dan medicinas a los enfermos. En la comunidad, la poca participación comunitaria, la falta de orientación a la juventud y en planificación familiar. Y en ellos, la falta de educación formal”. Las soluciones van por “trabajar la organización comunitaria, la capacitación de promotores, la concientización de todos, orientar a la juventud, alfabetización y trabajar conjuntamente las ONG, MSPAS, promotores y comadronas”.

Para los promotores que trabajan en la medicina natural, los problemas están en que “muchos ya no creen en las plantas medicinales y lleva mucho tiempo hacer las preparaciones” y la solución ha sido “una organización de ancianos y jóvenes para dar a conocer las costumbres de los antepasados”.

Para los promotores de la Pastoral de San Marcos, los problemas deben afrontarse “a través del diálogo, con la formación en los cursos, conciencia y mensajes bíblicos”. Para los directivos de APROSADSE (1999), en San Martín Jilotepeque, el centro de salud nunca los ha querido reconocer y el SIAS tampoco toma en cuenta a los promotores.

Hambre de aprender. Cartones, diplomas, carnets y clausuras

Algo que no pasa desapercibido para “un extranjero” que conviva con la población guatemalteca de entre 20 y 30 años de la clase media baja urbana y campesina es su “hambre de aprender”. Un importante sector de la población sigue las escuelas radiofónicas, las escuelas nocturnas, de fin de semana... mientras que decenas de miles de niños en edad escolar no tienen acceso a la primaria. Un país con Premio Nobel de Literatura, Miguel Ángel Asturias, y un 40% de su población analfabeta. Son el escudo y quetzal, cara y cruz de una misma moneda.



Clausura de la Promoción de Promotores de salud de 1998 en Chimaltenango. (ASECSA).



Para muchos campesinos y campesinas, los cursos de promotores de salud se han convertido en “su escuela de adultos”. El afán de estudiar, quitándose horas de sueño, haciendo compatible sus múltiples trabajos de sobrevivencia con el estudio de salud u otros, es impresionante. El agradecimiento que expresan a las instituciones que facilitan los cursos así como hacia las y los facilitadores de los mismos es también impresionante. Y estos cursos de promotores no les van a resolver su situación económica pero como dicen “va servir a mi familia y está mi deseo de aprender”.

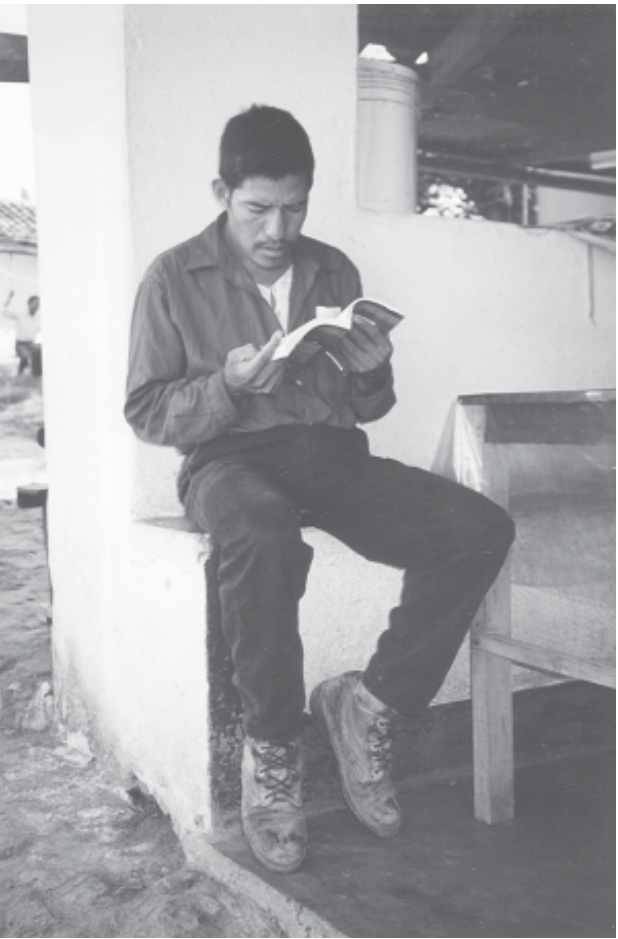
Para Manuel Benítez, promotor de Limón Sur y de ACSMI (Loyda Sánchez, 1999), “mi lapicero ha sido el campo” pero “la vocación mía es enseñar para que la otra vez no me vaya a buscar hasta donde estoy sino que la busque (medicina natural) porque la tiene más cerca. Si yo estoy a diez o veinte kilómetros, a como están los pasajes dentro de nuestras comunidades, sale caro”.

El hambre de aprender tiene una continuidad con la importancia otorgada al “cartón”, el diploma y a las clausuras de los cursos. Los actos solemnes de clausura, independientemente del curso realizado, tienen su cenit en la entrega del diploma que los acredita como promotores de primero, segundo, tercero y cuarto nivel. A la clausura llega la familia completa, padres y madres, esposa, esposo, hijos... muchas veces desde aldeas lejanas que les lleva 1 o 2 días de camino. La clausura conlleva elección de madrina de la promoción, un padrino de curso, un acto de entrega de diplomas con presencia de familiares y facilitadores y el fiestón. El promotor o promotora con sus mejores galas entrará desfilando tras la bandera nacional e himno. Las fotos recogiendo el diploma, las lágrimas, la emoción del título, del diploma, del “cartón”. El diploma ocupará un lugar especial en una de las paredes de la casa junto a las más importantes fotos de la familia.

En Guatemala, la importancia del diploma se extiende a la población urbana con sus anillos de graduación y el reconocimiento al... licenciado. Geertz considera que para determinados grupos socioculturales, el diploma es una “especie de amuleto, un talismán”.

La contrapartida está en Magdalena García de FUNDAESPRO cuando “a veces piensa una, que sólo con título puede hacer las cosas y nosotras hemos visto que no, que nosotras también podemos hacer”, o en el “no tengo gran cartón” de la Hna. Marie-Paule Broekmans con 40 años de trabajo en Jocotán.

Otro elemento es la exigencia del carnet. Es parte del reconocimiento exigido permanentemente por los promotores al MSPAS. Tras el reconocimiento está también la seguridad de contar con una institución que respalde su trabajo. En las décadas de los 80-90, el carnet era también una carta de presentación ante el ejército y las patrullas de



Promotor estudiando. (Frank Taylor).





Clausura de la promoción de promotores de 1999 en Chimaltenango. (ASECSA).

autodefensa civil para justificar el desplazamiento a los cursos y un trabajo de salud por el que fácilmente podían ser acusados de guerrilleros como se relata en Memoria del Ixcán (REMHI 2000):

En el caso de Miguel Sales, un vecino de Mayaland asegura que el ejército lo mató a causa de ser promotor de salud. Al parecer Miguel era uno de los alumnos aventajados de la Dra. Juana, religiosa Maryknoll, y le llevaron un soldado muy mal herido: Él sabía suturar y lo curó, muy bien lo curó. Cuenta que el coronel de Playa Grande, sorprendido, preguntó:

- ¿Quién te hizo este trabajo? Ese trabajo es de doctor.

- Pues un promotor.

- Ah, sí?. Ese es muy bueno para suturar a los guerrilleros. Y a la siguiente noche lo secuestraron a Miguel Sales

El carnet tiene diferentes valoraciones, para el promotor es sobre todo reconocimiento institucional y cierta seguridad en épocas difíciles, pero es a veces motivo de división al ser “promotor de la ONG que le proporcionó el carnet” y, aunque se reconozca como promotor de la comunidad, puede generar ambigüedades y conflictos entre el personal de las diferentes ONG como en Chisec con el “son de mi ONG y ellos no van a ir a vuestros cursos” o “no me los vas a quitar” (MDM-E, 1995).

Aportes sociosanitarios de las y los promotores

Cualquier evaluación o sistematización que profundice en los aportes de las y los promotores de salud en las comunidades debe desbordar enfoques parciales que se limiten a sus aportes a mejorar la morbi-mortalidad. Son algo más, representan lo que en la construcción de identidades, Sheldon Annis (1980) denomina “expresión de la creciente necesidad que tiene la aldea de aprender más y obtener más del mundo exterior” y por tanto, son actores en los cambios comunitarios habidos en los últimos 40 años y en la historia no sólo sanitaria sino socio-política de Guatemala.

El accionar de las y los promotores no puede ser separado de las personas, por lo que es imposible separar los aportes de muchos promotores en su trabajo de salud con los aportes de muchos como líderes comunitarios, “agentes de cambio” o quienes aparentemente “poco aportan”. Todos y todas son parte de un *tsunami* de cambios comunitarios.

Adelantamos flashes de dos informes que serán más desarrollados en el capítulo del “MSPAS y promotores” y que reflejan lo poco estudiado del tema. En el Informe de Memorias del INDAPS (1977-79) se reconoce que es “poca la información y no se ha estudiado, pero los esfuerzos son impresionantes si consideramos las dificultades” y OMS (1978): “No hay evidencia de que los esfuerzos de promotores hayan reducido la enfermedad y muerte en las áreas rurales de Guatemala. Hay evidencia empírica de que han mejorado pero poco se puede hacer ante las condiciones de vida de la población”.

Cualquier evaluación seria debe contemplar algo más que indicadores que dependen de las condiciones de vida, de las condiciones estructurales que poco han cambiado, pero que “sí han podido aliviar un poco el sufrimiento de la gente y sobre todo evitar el paso a la muerte”, además de aportar “nuevos hábitos de higiene... nuevas actitudes personales hacia lo nuevo, a expresarse y dialogar, a participar en grupos no sólo religiosos... recuperar la dignidad, superar la inferioridad social de sentirse campesinos, defender sus derechos, experimentar la igualdad y tener confianza y seguridad en sí mismos” (Cabrera, 1995).

Y en el área curativa, es difícil evaluar, pues en un campo donde los indicadores oficiales de morbi-mortalidad no informan más que de la punta de un *iceberg* en donde el subregistro es notable. Es obvio el acompañamiento sicosocial al sufrimiento crónico, sus mejoritos y aspirinitas, y la tranquilidad que aporta saber que aunque “en este país pequeño todo queda lejos” (Ak’abal), siempre hay cerca un promotor de salud, una comadrona, un curandero, un *balbastix*, un *ilonel*, *ajq’ij*...

Para Sheldon Annis (1980) “no podemos sobreestimar el impacto de los promotores en la morbilidad pero no podemos subestimar que ha ganado amplia aceptación como personal intermediario entre la aldea y las instituciones externas. Es una poderosa fuerza en potencia para difundir innovaciones y cambio de actitudes. Refleja también la cada vez mayor capacidad de la aldea de expresar sus demandas frente a las burocracias”.

Diferencias entre promotores y vigilantes de salud

Ante la imposición del MSPAS de desaparecer a los promotores y de imponer los guardianes y ahora vigilantes de salud, queremos destacar las diferencias de fondo en esta decisión.

Para Marco Tulio Gutiérrez, ex director de ASECSA está claro: “¿Cómo va ser el promotor similar al guardián de salud? ¿Dónde está la fragilidad de mis queridos promotores?. Si no estás empoderado de tu trabajo, de tu acción social, política,... puedes ser guardián pero no promotor”.

El espíritu que impregna a una buena parte de ONG/Pastorales, aunque a veces se quede sólo en discurso el “aumentar las capacidades y la toma de decisiones por las y los comunitarios”, es claramente diferencial con el espíritu de la figura del guardián o vigilante con un perfil subalterno desde el nacimiento en función de los planes y metas que van estableciendo las ONG prestadoras de servicios y en última instancia el MSPAS.

El estipendio al personal comunitario, guardián y vigilante, en la extensión de cobertura ha sido fuente de contradicciones no sólo para los promotores, sino también para las ONG que no



firmaron convenios con el MSPAS. Decir promotores y reconocimiento económico siempre es motivo de fuertes polémicas, así en un taller realizado por la Instancia Nacional de Salud para la formulación de la propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos” (Memoria de formulación de propuesta con promotores, 2001), para unos “dada la situación económica, los Q50 son suficiente motivación en nuestras comunidades donde la gente no gana casi nada” y “nosotros estamos viendo que es un estímulo”, para otros “es una limosna, no dignifica”. Mientras que para unos “la salida está en la profesionalización, pero no todos tienen el mismo nivel de capacitación, por lo que unos podrán asalariarse y otros seguirán de voluntarios haciendo lo que puedan por la comunidad”, para otros es vital “la salida es tener personal a tiempo parcial, sin dejar su milpa para no distorsionar su espíritu comunitario”. Y es que “el promotor que se profesionaliza pasa a ser técnico, por lo que es mejor que sean rotativos y no se descampesinicen” (Director de ONG, 2001). Al final, al margen de las discusiones, la salida “para muchos promotores y comadronas, guardianes y vigilantes está siendo emigrar a los EUA”.



Promotor de salud y líder comunitario. (ASECSA).

Entre el promotor “ideal” consciente de las injusticias que nos enferman y que se organiza para dar atención preventiva, curativa, la promoción de salud...apoyar la organización comunitaria y forman asociaciones autónomas de promotores... , hay su distancia al guardián/vigilante que nace en una estructura vertical en función de los planes y metas institucionales... y más en su nacimiento con una directiva ministerial que se enfrenta frontalmente a las asociaciones de promotores. Pero ante las necesidades no resueltas, es de esperar que en un futuro cercano, los guardianes y vigilantes que comparten las mismas necesidades y problemas que los promotores, campesinos..., aún cuando ni el MSPAS ni muchas ONG lo deseen, puedan organizarse horizontalmente y presentar sus demandas como grupo y como comunidades.



Bibliografía en orden de consulta

- Bastos, Santiago. *Cultura, Pobreza y Desigualdades Étnicas en Ciudad de Guatemala*. Tesis Doctoral en antropología social. CIESAS. Guadalajara, 2000.
- Benjamín, Walter. *Tesis sobre filosofía de la historia*. 1959.
- Cabrera, María Luisa. *Otra historia por contar*. ASECSA. Guatemala, 1995.
- Annis, Sheldon. *Estudio de los servicios de salud en los departamentos de Sololá, Totonicapán y San Marcos, para el préstamo propuesto entre AID y el MSPAS*. 15 enero de 1980.
- ASECSA. *Estudio de promotores para formulación del Plan quinquenal (1991-1996)*. Chimaltenango.
- Memoria del Encuentro Nacional de Promotores de Salud, Chimaltenango, octubre 1998.
- Memoria de la Asamblea de la Asociación de promotores y comadronas de Petén, APROSACOP, octubre 1999.
- Memoria del taller de PLE y Sistematización de EAPSEC-AGRUMS-ETESC, agosto 1999.
- Memoria de tres talleres con promotores de diferentes niveles. ASECSA. 1998-99.
- Memoria del Encuentro de Asociaciones de Promotores, retornados y residentes de la Franja Transversal del Norte de Alta Verapaz, enero 1995.
- Memoria de taller de SIAS en Primavera del Ixcán. 1999.
- Memoria de Asamblea de Promotores y Comadronas de Baja Verapaz. ASECSA noviembre 1999.
- Memoria de *Una reflexión sobre 20 años de trabajo de ASECSA. Pasado, Presente y Futuro*. Chimaltenango, 1998.
- Díez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. Médicos Sin Fronteras. Guatemala, 1988.
- Memoria del Primer Encuentro departamental de Promotores y Comadronas de Baja Verapaz, nov. 1999.
- Taller con Junta Directiva de APROSADSE, en San Martín Jilotepeque, noviembre 1999.
- Conversaciones con Loyda Sánchez. Médicos del Mundo Francia, noviembre de 1999.
- Diócesis de Quiché. *Memoria del Ixcán. (1966-1992). Ixcán, Tierra, guerra y esperanza*. Informe REMHI, abril 2000.
- Informes de Médicos del Mundo España, 1994-1997.
- Memorias del INDAPS. Quiriguá, Guatemala, 1977-79.
- OMS. Publicación científica 278. 1978.
- Ak’abal, Humberto. *Ajkem Tzij. Tejedor de palabras*. Cholsamaj, Guatemala.
- Memoria del taller sobre promotores para la formulación de “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente -bases y lineamientos-”. INS, Chimaltenango. 8 de marzo, 2001.



Promotores de salud “bajo la montaña”

LAS COMUNIDADES DE POBLACIÓN EN RESISTENCIA DEL IXCÁN

Resistir para vivir

Ana Simón Pascual

Vivía con mis papás y diez hermanos y hermanas en una comunidad de CPR llamada “Rogelio”. Nosotros somos q’anjob’al.

Tenía 13 años en 1986 cuando comencé a trabajar de promotora de salud. Mis motivaciones eran aprender y conocer más. Mi trabajo consistía en tratar a los enfermos, hacer control prenatal, inyectar y hacer curaciones, educación en salud, prevención de enfermedades, también exodoncias y reparación de caries.

Los problemas que teníamos eran más por la escasez de recursos. La gente era muy colaboradora, había buena comunicación y a pesar de ser menor de edad me tenían confianza. Yo me sentía segura de lo que estaba haciendo.

Nunca se me olvidará la primera persona que se me murió, fue poco después de un curso de parteras y se murió una señora mam en el parto. Fue durante la ofensiva militar del 87-88, el ejército estaba cerca, se oían los disparos, pero nos dio tiempo a enterrarla. Su niño fue adoptado por una familia q’anjobal. Eso me dio temor de ver un parto,... después me ha tocado varias veces y han ido bien.

Ahorita soy auxiliar de enfermería con especialidad en enfermedades de transmisión sexual.

Tengo tres hijos, el mayor se llama Tono y es el lloròn de la foto. El segundo Secundino, en posición de tinaja y el tercero Eduardo, atascándose de camote.

Diferentes experiencias y aportes





Mujer ixil con retrato de su marido asesinado.
(Jonathan Moller).

Para salvar sus vidas de la “tierra arrasada” de los gobiernos de los generales Romeo Lucas, Efraín Ríos Montt y del ejército guatemalteco, en los años 81-82, decenas de miles de guatemaltecos y guatemaltecas, mayoritariamente campesinos indígenas, se refugiaron en las frontera mexicana (Chiapas, Campeche y Quintana Roo) y hondureña (San José El Tesoro), cientos de miles se desplazaron por el interior de la República, otros se alzaron con la guerrilla y ... 23,000 personas (CIDH, 1994) resistieron organizadamente “bajo la montaña”, las Comunidades de Población en Resistencia, CPR.

La mayor parte de la población campesina del Altiplano quedó bajo control del ejército, debiendo más de medio millón de hombres, organizarse “voluntariamente” (en ese pasado que es presente), en las Patrullas de Autodefensa Civil, decenas de miles fueron masacrados y otros miles de familias capturadas por el ejército, por considerárseles “enemigas” y trasladadas a las “aldeas modelo” de los “polos de desarrollo” de Chisec, triángulo ixil y Nentón, para ser “reeducadas”.

La siguiente historia narra el trabajo de salud de la población en resistencia del Ixcán, similar a las comunidades de población en resistencia de la Sierra (Chajul) y a las aldeas clandestinas de Petén, haciendo la observación que la situación más extrema se vivió en la Sierra, donde la ropa se hizo harapos, la onza de sal llegó a valer Q 6.00 y el hambre y la tristeza acabaron con la vida de decenas de personas. Pero en todas ellas, las y los promotores de salud estuvieron presentes, activos, acompañando a sus vecinos, paisanos y paisanas.

Las CPR tuvieron como antecedentes, *aunque nadie en la montaña supiera de ellos*, a los pajuiles/pajuides de los indígenas de la Colonia española y a los palenques de los negros esclavos.

Todos ellos cuidaron el fuego de la resistencia y no lo dejaron morir.

Un relato en la comunidad de resistencia de Los Lirios, 1991, Ixcán Grande

“En el año 1982, con los ejércitos vino la Gran Enfermedad, un Gran Susto, la población se enfermó” (Informante Clave, IC, 1). La realidad superó la imaginación, la muerte de los seres queridos, familiares, amigos y amigas, vecinos; quemados, tiroteados, destazados... hizo difícil vivir con este sufrimiento. La propia vida en peligro por “los ejércitos”, el hambre y finalmente la falta de deseo de vivir, llevó a la muerte a cientos de personas y a condiciones penosas a cientos de miles. No se encontraba explicación a lo sucedido.

Una pequeña, pero significativa parte de la población, 23,000 personas, hizo de la selva y la sierra su casa. Lo impensable, “sólo los animales pueden vivir en la montaña, será por unos meses”, así se expresaba la población, se convirtió en hogar por 14 años. La población inicialmente dispersa,



Mujeres de las CPR del Ixcán repartiendo alimentos del trabajo colectivo.

se cubrió “bajo la montaña” y se hizo “montaña”. La selva y los cerros con su difícil acceso se convirtieron en fortalezas y el abundante agua facilitó la formación de varias decenas de pequeños asentamientos, de comunidades en resistencia.

“Al principio no creíamos que se pudiera vivir bajo la montaña, ¿acaso éramos animales pues? Pero aprendimos y pudimos vivir más de diez años. Al principio comimos de las siembras y trojas de los hermanos y hermanas que murieron o se fueron al refugio y que los ejércitos no quemaron, pero al año siguiente ya tuvimos nuestras propias siembras. En el primer año, caminamos de un lado a otro, los ejércitos nos perseguían día y noche, mucha gente murió de hambre, enfermedad y otros capturados que allí mismo los masacraron. Los primeros grupos llevaban el nombre de alguno de sus líderes como *Ruiz*, *Shulín* y cuando nos juntamos varios grupos, se fueron formando comunidades. Los nombres de las comunidades iban cambiando a cada rato por seguridad, una comunidad se llamó *Menchú*, que luego fue *Pimienta*, 410 (significando el 4 de octubre por el día que se trasladaron allí), otros fueron *Costa Cuca*, *Matagalpa*, *Los Limones*, *Trapiches*, *sector 40*... decenas de comunidades que cada cierto tiempo cambiaban de nombre (IC, 2).

“Al inicio del trabajo de salud, (en1983), éramos dos compañeras mam que visitábamos las comunidades dando orientaciones de higiene, de nutrición y educación en salud. Teníamos unas pocas medicinas y la población usaba entonces mucho sus conocimientos y las plantas. En 1984 o 1985 se organizaron promotores de salud y después en el 86 había promotores en cada comunidad, comadronas organizadas y se hacían capacitaciones” (IC, 3).

“Antes de la ofensiva del ejército en el 87, cuando el gobierno se reunió en Esquipulas, eran alrededor de 25 comunidades en resistencia en el Ixcán y en todas había promotores y comadronas. Había un solo partero pero sí varias mujeres eran promotoras. Ya con la ofensiva, las comunidades se agruparon en seis o siete comunidades grandes pues era difícil tener vigilancia en tantas comunidades y que la gente saliera a los trabajadores. Al agruparse, eran menos comunidades a visitar y eso facilitó el trabajo del equipo de salud. En cada comunidad había tres o cuatro promotores y cuatro o cinco comadronas.

El primer equipo móvil de salud estuvo formado por dos patojos y dos patojas de entre 14-16 años, eran los responsables de coordinar con las autoridades del Comité de Emergencia de



Parcelarios del Ixcán –CEPI–, que era la máxima autoridad de las CPR del Ixcán. También de coordinar, supervisar y visitar a los promotores de cada comunidad mensualmente. La población los respetaba bastante. Se hacían reuniones mensuales de dos días del equipo coordinador de salud con un promotor representante de cada comunidad, se evaluaba el trabajo desarrollado, los problemas enfrentados, como darles seguimiento y estudiar de los enfermos que teníamos dudas. En cada comunidad había un botiquín con medicamentos básicos.

Cada año y medio se hacía un curso de una o dos semanas para capacitar a nuevos promotores de salud. Sus edades estaban entre 11 y 40 años. Mucha gente decía que los jóvenes tenían la cabeza más abierta y así podían quedarse con las nuevas ideas y que mejor se capacitaran a esto, pues a ellos les costaba mucho aprender. En las capacitaciones se recurría mucho a las prácticas, haciendo visitas a los enfermos en las *champtitas* (casas) o trayendo a un enfermo a las sesiones del curso, así un tuberculoso contaba su testimonio de enfermedad, una madre explicaba la diarrea de su niño, etcétera.

La población confió en los jóvenes y niños, algunos con 11 años ya fueron responsables de la salud de comunidades de 50 y 100 familias. Recomendaban a la gente cuidados de salud y tratamientos para sus enfermedades, platicaban con las autoridades y afrontaban los problemas y las críticas. Esto era lo más duro. La población evaluaba al promotor por sus destrezas y actitudes y no por su edad.

La elección de promotores iba desde quien se ofrecía con el deseo de aprender, a quienes eran nombrados en asamblea comunitaria, algunos contra su voluntad, ante la necesidad de contar con personas que atendieran a las y los enfermos. Todas las personas cumplían tarde o temprano, de forma rotativa, alguna tarea en la comunidad como comité, promotor, etc. Todo era rotativo salvo ser maestro, catequista y de preferencia que el promotor lo fuera por el mayor tiempo posible. Lo que más les costaba a los promotores, sobre todo a los jóvenes eran las críticas, a veces justificadas, otras no, y al rato se escuchaba: “se me bajó la moral” y la respuesta del resto “se me bajó el morral”. Era el anuncio de la renuncia a seguir de promotor.

Desde 1987, cuando la vida en las CPR “se normalizó” con sus torneos de fútbol, fiestas patronales, celebraciones religiosas, se regularizó la chascada (el trabajo individual), los promotores especialmente los que eran padres de familia, tuvieron demandas ante la comunidad y autoridades ante lo que vivieron como “agravio comparativo”. La queja era de que mientras el resto de los hombres ya había acabado su jornada de trabajo colectivo, su vigilancia, su tiempo de clase... e iban a la *chascada*, ellos seguían hasta las 4 o 6 de la tarde atendiendo la clínica y no podían avanzar en su trabajo particular. La ofensiva del 87-88 que duró 6 meses, congeló las demandas pero acabando la ofensiva, se convirtió en gran problema para los promotores de salud” (IC, 4).

“El trabajo de los promotores y comadronas era reconocido como el trabajo colectivo que realizaba toda la población y por tanto voluntario y gratuito igual que el resto. Ser maestro, promotor, catequista, miembro del comité... tenía el mismo reconocimiento que ir a volar machete todas las mañanas. El producto del trabajo colectivo se repartía entre todas las familias, proporcionalmente al número de sus miembros, e independiente del número de personas que aportaran al trabajo. Así ancianos, viudas, huérfanos, enfermos... tenían asegurada su alimentación y los servicios sociales. Muchos de “los sin tierra” de las CPR, recordaban su anterior pobreza y consideraban que ahorita vivían mejor” (IC, 5).

“La mayoría de enfermedades que atendíamos eran infecciones respiratorias, infecciones y parasitosis digestivas, enfermedades de la piel y heridas por accidentes. Los medicamentos no se cobraban pues eran donados al igual que la ropa y otros recursos industriales. Tuvimos varios ahogados de los que no siempre se recuperaron sus cuerpos pues aparecían río abajo en territorio mexicano. Hubo algunos heridos por el ejército, varios muertos por los bombardeos y asesinados por el ejército al ser capturados. Sabíamos suturar y poner sueros. Varias mujeres murieron en los partos, más o menos una cada 2 años y casi siempre por hemorragia después de tener al chiquito. Tuvimos personas que después de algún



Promotor de las CPR de la Sierra. (Jonathan Moller).

“A partir de 1989-90 tuvimos varias capacitaciones dentales por promotores refugiados en México y aprendimos a hacer extracciones, limpieza de sarro, reparación de caries. Al principio era artesanal, a puro gancho, con unas pocas pinzas. Luego tuvimos unas bombas de aire con un torno con las que limpiábamos la caries y hacíamos el relleno de la cavidad. No teníamos electricidad, ni diesel y estas máquinas funcionaban *a puro frijol*, a golpe de nuestros brazos bombeando el aire” (IC, 6).

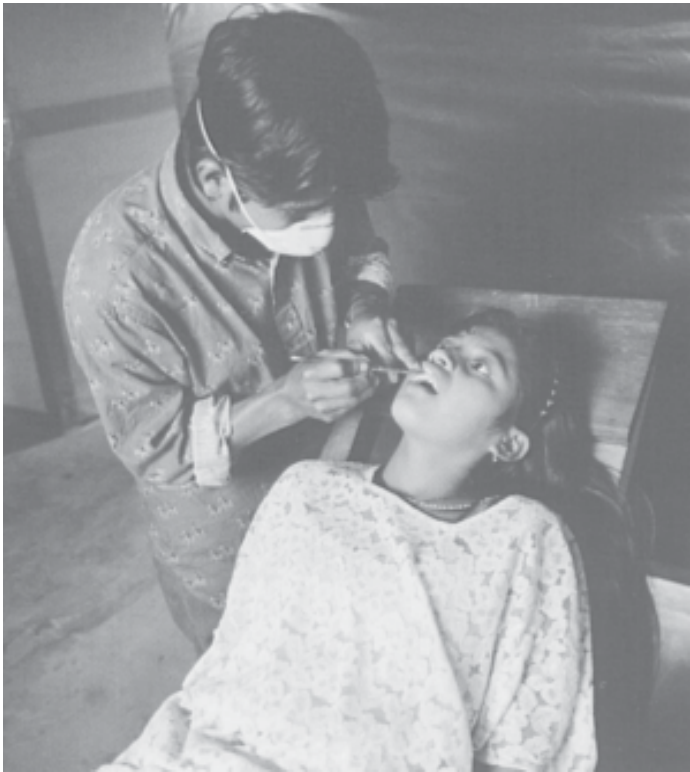
“Un compañero de la comunidad de resistencia de *Costa Cuca* que era herrero y arreglaba ollas, ante la necesidad de muchas personas que no tenían dientes y se les dificultaba el comer cosas un poco duras, sólo comían tortilla suave, se las arregló para fundir pesos mexicanos y con moldes de yeso hizo las primeras prótesis dentales. Algunas quedaron algo flojas pero ayudaban bastante a poder *comer de todo*. Lo gracioso era que los dientes los hacía bien pequeños, como granos de arroz, y *cada placa tenía hasta 25 dientes*. Pero ¡cómo servían! y lo contenta que se ponía la gente.

También en esas fechas tuvimos cursos de acupuntura. A veces faltaban algunos medicamentos y la acupuntura nos ayudó bastante sobre todo para personas con jaqueca, gastritis, asma... Llevaba mucho tiempo atender a cada enfermo y eran bastantes, pero los enfermos mejoraban y no había gasto de recursos. No lo usábamos con toda la gente, sino cuando no teníamos el medicamento o mirábamos que no ayudaba la medicina química. Sabemos que la acupuntura luego se subió a las CPR de la Sierra. Al principio, lo vimos como algo mágico y pensamos que la gente no le iba a tener confianza, pero unos porque mejoraron y otros porque decían *en mi pueblo también lo hacían con los colmillos de las culebra*, fue muy aceptado” (IC, 6).

gran susto, por un bombardeo o choque con el ejército, *oían voces de gente que les querían matar* y al despertarse miraban un gran camino por el que corrían por horas y se perdían. Los íbamos a buscar, a veces no les encontrábamos y a los días ellos solitos regresaban completamente desfigurados por los zancudos y las espinas. Habían corrido entre la montaña y dormido en las gambas de los árboles, sin fuego, ni comida... A otros que se perdieron en la selva, más mujeres y que vivieron uno y dos meses perdidas, aprendieron a pescar con las manos, eran *más rápidas que los pescados*” (IC, 5).

“A finales de los 80 tuvimos una fuerte epidemia de sarampión. Teníamos a los niños vacunados, pero la enfermedad no respetó, decían que era el *sarampión negro*. Mucha gente se enfermó, niños y adultos, se pasaban hasta tres semanas sin comer y se complicaban con bronconeumonía. Murieron varias personas y hubieran sido más si no llega a ser por nosotros los promotores que mantuvimos a los enfermos inyectando sueros intravenosos y otros cuidados hasta que mejoraban o en espera de que llegaran los médicos” (IC-5).





Promotor dental de las CPR. (Jonathan Moller).

realizado en el año, desde enfermos atendidos a las personas muertas en el año, cursos...”(IC, 5).

“En los cursos de promotores o de comadronas, en las noches se contaban historias de vida, testimonios, y una de las noches una comadrona contó ésta su historia. Estaba alegre porque a pesar de los soldados, era feliz, pues su marido ya no tomaba y no le pegaba. También estaba alegre, pero se puso a llorar cuando contó que en el trabajo de comadrona tomó conciencia de que era una persona, que había vivido siempre para los demás, sus papás, hermanos, marido, hijos, siempre la llamaban por la esposa de Juan y ahorita en cambio, la llamaban por su nombre, Sebastiana. *Antes era madre y esposa, ahora también soy Sebastiana*. Se había descubierto como persona, existía por sí misma. Todas las comadronas se pusieron a llorar. Nadie aguantó. Todas habían vivido lo mismo. Para las comadronas era envidiable la libertad que tenían ahorita sus hijas para elegir marido, *no como antes*” (IC, 7).

Reflexión final

La *tierra arrasada* significó para la población del Ixcán, un *shock*, por la pérdida *incomprensible, fuera del alcance humano* de seres queridos y de los recursos materiales que disponían tras toda una vida de trabajo, por el riesgo personal y familiar. Con la organización de la población en CPR, “*en diciembre 83 fue formado el Comité, un avance para el pueblo en la lucha popular...*” (letra de canción), el reto fue VIVIR ante el acoso del ejército con sus bombardeos, cañonazos y columnas de soldados que cada cierto tiempo entraban en el área a cortar la milpa, destruir las viviendas, escuelas, capillas y trojas, capturar a la población lo que implicaba el desplazamiento periódico de la población y el reinicio en otro lugar de la selva.

En estas condiciones, la población logró desarrollar una red de promotores y comadronas con una alta capacidad resolutive. Contó con el apoyo de la solidaridad internacional en medicamentos y capacitaciones, mientras que el acompañamiento al equipo de salud y la atención de referencias

“Tuvimos varios muertos por el ejército. Al menos tres promotores, cayeron en diferentes fechas, cuando iban por *las picas* (caminos en la montaña) de una comunidad a otra. Al capturarlos, ahí mismo los mataban. A Rodrigo, de 15 años, mam, lo agarraron y le sacaron los ojos, luego lo dejaron colgado para meternos miedo. Otros dos que mataron ya eran señores mayores. Los dejaron tirados en el camino.

La población que murió de enfermedad más fueron por diarreas, bronconeumonías, otros ¡a saber! eran enfermedades que no conocíamos, varios por mordeduras de culebras y otros ahogados cuando daban vuelta los cayucos al cruzar los ríos en la noche. Algunas personas no sabían nadar y se murieron al dar vuelta el cayuco.

Cada mes de diciembre, se tenía una Asamblea ordinaria de las CPR, y ahí informábamos de todo el trabajo

era apoyada por el Ejército Guerrillero de los Pobres, EGP. Las motivaciones de promotores fueron por un lado el aprender a curar y la conciencia de la necesidad de su trabajo. Cuando la presencia del ejército empezó a ser más esporádica, la vida se “normalizaba”, los promotores presentaron demandas ante el agravio comparativo que suponía no tener el mismo acceso, por los horarios, que los otros trabajadores a la chascada, los trabajaderos individuales. El agravio nunca fue resuelto.

La necesidad y apertura de la población, confirmó la tesis de David Werner (1981), de que “agentes de salud locales con escolaridad mínima podían desempeñar con notable competencia una gran diversidad de funciones que abarcaban tanto la medicina curativa como preventiva (...) llegando a la conclusión de que las grandes variaciones en cuanto a la diversidad y el tipo de funciones realizadas por los agentes de salud de los Programas (organizaciones) dependían más de las actitudes preconcebidas y las tendencias de los planificadores de los programas, los consultores e instructores que de las posibilidades de los agentes locales de salud”.

Resistir para vivir.
(La consigna principal en las Comunidades de Población en Resistencia)

Uno lo bota, otro lo levanta
Uno destruye la milpa, nosotros volvimos a sembrar
Nos quemaron las casas y volvimos a levantar.
Eso es resistencia.

Hubo resistencia porque hubo gente que nos quería acabar,
la resistencia no es una cosa fácil, costó mucho.
La resistencia quiere valor, es una luz profética.
Fue un regalo de Dios conocer la resistencia.
Cuando el pobre crea en el pobre, será la liberación.

Marcelino López, catequista de las CPR (2005)

Bibliografía en orden de consulta

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe Especial sobre la situación de los derechos humanos de las llamadas “Comunidades de Población en Resistencia” en Guatemala*. OEA/Ser.L/V/II.86, Doc. 5 rev. 1, 16 de junio de 1994, en sec. II.
- IC. Informantes claves.
- OMS. David Werner. *El agente de salud de aldea: ¿lacayo o libertador?*. Foro Mundial de la Salud, 2 (I): 54-63 (1981).
- López, Marcelino. Foro y acto cultural: “Resistencias: ayer, hoy y mañana”, en ocasión de la conmemoración de los 15 años del asesinato de Myrna Mack y de la salida a la luz pública de las Comunidades de Población en Resistencia de la Sierra. Evento realizado el 7 de septiembre del 2005 en el Paraninfo de la USAC en Zona 1 de la ciudad capital.

Promotores de salud en una comunidad retornada, Xamán o Aurora 8 de Octubre (Chisec)

En Guatemala será diferente

Francisco Sebastián

Me llamo Francisco Sebastián, soy q'anjob'al y nací en una aldea de parte del municipio de San Rafael La Independencia en el año de 1952. Éramos muchos hermanos. Allí crecí y por la necesidad de trabajar me trasladé al Ixcán, a Zunil. Estuve seis años. La parcela era de 200 cuerdas. Cuando surgió el grave problema de la guerra, me surgió una queja y me acusaron que era guerrillero. Los soldados me secuestraron y me llevaron al destacamento. Fue la voluntad de Dios de que me liberaron, pero por el miedo, salí con toda mi familia al refugio a México.



Éramos bastante la gente en la colonia Niños Héroes, de Las Margaritas y me nombraron promotor. En ese tiempo no podía hablar el español. Estoy completamente en cero en medicinas, en plantas. No tenía ninguna capacitación, Allí conocí cómo es la salud y la enfermedad con las pláticas de las enfermeras y médicos que llegaban cada 15 días. En Santa Margarita Azul saqué el curso y hubo una gran fiesta cuando la clausura.

COMAR, la Iglesia llegaban a preguntar si estábamos organizados y quién era el promotor de salud. Y me preguntaban qué enfermedades tenían los niños, las mujeres,... Los refugiados teníamos botiquín y no había separación entre refugiados y mexicanos. No hay nada problemas, le hicimos esfuerzo.

Si sacábamos enfermos costaba cinco horas para cargar hasta la carretera, hasta Maravilla Tenejapa. Estando allí se enfermó mi esposa Angelina. Fue una enfermedad muy horrible. Tres veces le saqué al hospital y sufrí bastante. Algunos que tenían conciencia me ayudaron. Me dijeron que era tuberculosis de huesos pero como no curaba le llevé a una



Ilustración de Myriam Rommers.

curandera. Luego la llevé al kilómetro 15, donde estaba un promotor bien capacitado pero no conocía donde estaba. Agarré un camino y caminé, ella se quejaba de dolor y empezó a llover, la bajé y estuvimos bien tristes, lloramos. Otra vez la cargué con el mecapal y al ratito oí el canto de un gallo, se escuchaba lejos y teníamos que romper la montaña, seguir un camino de la gente y llegamos a cuatro caminos, oí ruido de gente y ladrido de perro, pero mi pescuezo ya no alcanzaba. Allí rompí mis pantalones y me quedé sin nada. Gasté todo mi dinero y mi esposa no se curó.

Mi niña pequeña se quedó en Niños Héroes y mamaba, creció de prestado pues tuve que pedir chiche a las mujeres. Les daba atole como pago por la chiche.

Mi esposa recibió tratamiento de tuberculosis pero no mejoró. Pero al retorno, al llegar a Guatemala, al mes tiró el bordón, se mejoró.

Me dio miedo de regresar a Zunil pues allí vivía la gente que me denunció, tal vez surgen problemas, y me apunté con la gente que no tenía tierras. Así perdí mi derecho en Zunil y vine primero a “Victoria 20 de Enero” y luego a Xamán.

Me gustó mucho trabajar en salud. Sentí lo que a mí me pasó y acepté trabajar de promotor para ayudar a la gente. Con mucho gusto recibí los cursos y mi trabajo de promotor. En Xamán había un proyecto de Médicos del Mundo España y salí más capacitado. El proyecto se vino para abajo e hice el esfuerzo de hacer un botiquín particular.



El nacimiento de una nueva comunidad

La comunidad de “Aurora 8 de Octubre”, tuvo su origen en la búsqueda de tierras de un grupo de retornados de la comunidad “Victoria 20 de Enero”, Ixcán. El terreno de “Victoria” fue asignado a 250 familias, y otras 250 familias quedaron provisionalmente allí hasta que encontraran tierras adonde ir a vivir o se desplazaran a sus parcelas quienes eran propietarios. Un grupo de líderes representando a 210 familias sin tierra, recorrió los departamentos de Quiché, Petén y Alta Verapaz y finalmente se decidieron por la finca Xamán, en Chisec.

Los conflictos internos de los retornados, especialmente de sus representantes en las Comisiones Permanentes, CCPP, con su consiguiente división en 1993-94, redujo el grupo de Victoria dispuesto a trasladarse a la finca de Xamán a 110 familias. La organización estatal FORELAP, con quien se negociaba las fincas para retornados, exigía que fueran 250 los socios de la cooperativa por lo que los líderes del grupo de retornados liderado por Don Juan Coc, debió negociar la integración de 90 familias todavía refugiadas en Quintana Roo y 50 familias de la aldea Ixcamán, que ocupaban ilegalmente un extremo de la finca. No se permitió la entrada en la cooperativa de las familias colonas residentes en la finca.

El traslado de los retornados de Victoria a Xamán se realizó en octubre de 1994, llegando dos semanas después los retornados de Quintana Roo y en los primeros meses del 95, el grupo de Ixcamán. La población de la nueva comunidad era de aproximadamente 1,600 habitantes.

El grupo dispuesto a hacer de Xamán, transformada en comunidad “Aurora 8 de Octubre” y de su cooperativa La Unión Maya, una empresa rentable y sustentadora del desarrollo comunitario, estaba liderada por Don Juan Coc, un q’eqchi’ de gran carisma que había sido en los años 60-70, catequista, comité pro-mejoramiento, comité de escuela, colaborador voluntario de malaria, promotor: “recibí tres cursos de promotor de salud, saqué mi diploma” (Yoldi, 2002), comisionado militar, torturado por el ejército: “...pero no sabía yo nada que había calumnia contra mí. Estuve nueve días y nueve noches, pero día y noche pura salvaje torturas. A los nueve días fue comprobado que es pura mentira y hasta ahí me dejaron libre, pero yo no podía caminar y un año estuve tirado en cama sin levantar” (Yoldi, 2002) y posteriormente capturado por la guerrilla y otros nueve días amarrado a un palo (árbol). A finales de los 80 y principios de los 90, fue uno de los líderes de los refugiados en México favorable al retorno y uno de los firmantes de los “Acuerdos del 8 de Octubre” de 1992 entre el gobierno guatemalteco representado por la Comisión Especial de Ayuda a los Refugiados –CEAR–, y Comisiones Permanentes como representantes de los refugiados guatemaltecos en México. Era la primera vez en la historia del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados –ACNUR–, que se negociaba un retorno de refugiados entre el gobierno y representantes de la población civil y no con las organizaciones insurgentes político-militares. La muerte por leucemia de don Juan Coc, a finales de enero del 1995, cuatro meses después de que la población se asentara en la finca de Xamán, dificultó la unidad y consenso del grupo cooperativo formado por *q’eqchi’*, *mam*, *q’anjob’al* y unas pocas familias *k’iche’*, *ixil* y *kaqchikel*.

Hay aves que cruzan el pantano y no manchan, el plumaje de Juan Coc, q’eqchi’, era de esos. Y por eso sufrió de quienes no pudieron hacer de su persona, un agente de la represión y de la muerte (Alfonso Bauer Paiz) (Yoldi, 1996).

El proyecto cooperativo empresarial, con funcionamiento colectivo y una pequeña parcelación para trabajo individual se vino abajo y a los cuatro años, la finca estaba totalmente parcelada incluyendo la hulera y una gran extensión de selva propiedad de la cooperativa.

En este contexto se desarrolla la historia del proyecto de promotores de Aurora. El grupo estaba conformado por siete hombres (socios de la cooperativa) y una promotora. Todos ellos retornados, y la mitad con varios años de trabajo como promotores en el refugio, unos en Chiapas y otros en Quintana Roo.



Las experiencias de promotores de Chiapas y de Quintana Roo de donde provenían eran diferentes, y se expresaba en diferentes formas organizacionales para el trabajo diario del promotor. Esto y liderazgos personalistas habían llevado en “Victoria 20 de Enero” a la ruptura del grupo de promotores en el momento de integrarse, con la salida de los promotores provenientes de Quintana Roo.

El modelo organizacional chiapaneco llevaba a que en la clínica de “Victoria” hubiera cuatro o cinco promotores trabajando diariamente a tiempo completo. Rotaban cada dos días entre un grupo de aproximadamente 20 promotores. En el trabajo de la clínica, mientras uno daba los números para consulta y tomaba signos vitales, otro daba la consulta, otro estaba en la farmacia, otro realizaba la extracción de gota gruesa para la detección de malaria, otro hacía visita a enfermos a domicilio o charlas educativas.

La experiencia en Quintana era que un promotor, máximo dos, debían cubrir toda la demanda de un día completo en el campamento/comunidad de refugiados. También se rotaba, pero el grupo de promotores era pequeño. La capacitación se dirigía a hacer de los pocos promotores, “especialistas” en atención curativa y preventiva.

Los promotores con estas diferentes experiencias chocaron en la concreción del trabajo en las nuevas comunidades retornadas. Al principio, en la euforia del retorno, “el retorno es lucha”, muchos promotores participaron en las actividades, pero en la medida que no había apoyo económico para ellos y a su vez, las nuevas comunidades requerían múltiples actividades para levantar la infraestructura y el sostenimiento de la familia, fueron cediendo del empuje inicial y quedando menos en el trabajo. Diferentes ONG apoyaron en las capacitaciones y su seguimiento, en la clínica y actividades organizativas y fueron un estímulo a muchos para continuar en su trabajo de promotor.

En Xamán, desde el principio se consensuó entre promotores y Médicos del Mundo España –MDM-E–, la ONG que trabajó con ellos, que lo más viable era que los promotores rotaran por parejas en la clínica y por dos días seguidos.

Los promotores que conocieron a don Juan Coc en México, recordaban constantemente sus palabras como representante de las CCPP: “Una cosa es México y otra Guatemala. *En Guatemala, será diferente*. Allí habrá reconocimiento económico”. Esto para don Juan era parte de un proyecto más ambicioso, el proyecto de una cooperativa empresarial, que visualizaba como reto y ejemplo para el logro del desarrollo comunitario. “Nuestros padres nunca salieron de la pobreza porque trabajaban en individual, nosotros tenemos que juntarnos y producir más” eran sus palabras. Esto estimuló a los promotores, con el apoyo de MDM-E, a un fuerte cabildeo con los miembros de la comunidad, y en especial, con los líderes de la cooperativa para su reconocimiento económico como la mejor garantía para asegurar la continuidad del proyecto de salud.

Otro aspecto clave del trabajo de promotores y MDM-E fue facilitar a través de la atención en salud, la comunicación de los retornados con las comunidades vecinas. Tomando en cuenta, que a mediados del año 94, el ejército había visitado a las comunidades vecinas sugiriendo cerraran los caminos para evitar la entrada de los retornados, “guerrilleros”, era evidente que el proyecto de salud podía tender la mano entre retornados y vecinos, y que estos vieran ventajas en la llegada de sus nuevos vecinos.

También los líderes de la cooperativa realizaron visitas a las autoridades de las comunidades para presentarse y dejar mensajes como la necesidad de trabajar conjuntamente proyectos de desarrollo.

La telaraña de relaciones se fue tejiendo desde los diferentes sectores como los líderes cooperativos con las autoridades comunitarias, la clínica de Aurora atendiendo a enfermos de las comunidades vecinas, en las tiendas vecinas a través de las compras, las visitas entre catequistas, los torneos de fútbol, mayoría q’eqchi’ de Aurora comunicándose con sus pares vecinos, etc.,





fueron creando amistades y rompiéndose los estereotipos mutuos de “guerrilleros” y “patrulleros” y neutralizando los mensajes del ejército.

Como parte de ese acercamiento, a mediados de enero de 1995, tres meses después de conformarse la nueva comunidad de Aurora y dos meses después de formarse otra comunidad retornada Nueva Libertad, en Fray Bartolomé de Las Casas, se realizó un encuentro (MDM-E, 1995) promovido por la ASECSA y MDM-E, entre tres asociaciones de promotores residentes y tres de promotores retornados. Todos ellos de la Franja Transversal del Norte, también conocida como “la Franja de los coroneles”, por sus extensas propiedades en ella y donde varias fincas para el asentamiento de los retornados fueron compradas al general retirado y ex presidente Romeo Lucas García.

Los grupos de promotores retornados eran los de Aurora y Nueva Libertad y los asentados en San José El Tesoro Yalpemech, que habían estado refugiados en Honduras y eran originarios de Izabal. Ellos llevaban un par de años en el lugar tras negociaciones en las que habían participado el gobierno y la Iglesia Católica.

Los promotores residentes, que nunca habían salido al refugio, representaban a las asociaciones de Kamol Kawilal y de Bolomcó, ambas del municipio Fray Bartolomé y la Asociación de Promotores de Salud de Chahal.

El intercambio se desarrolló en un ambiente fraterno y tranquilo, superando los temores de un grupo de promotores retornados que expresaron en privado sus temores a encontrarse con ex patrulleros. En ella se mostraron las diferentes experiencias vividas y expectativas en el trabajo de salud. Los residentes expresaban un gran listado de necesidades y sus formas de resolución eran los recursos locales, el apoyo de la Iglesia Católica y de ASECSA. Los retornados destacaron sus demandas en el respeto a los derechos humanos, un listado de recursos y condiciones para una vida digna y contar con el apoyo de organizaciones internacionales.

Los residentes atendían sus enfermos fuera de horarios laborales, tempranito o tras el trabajo en el campo, los retornados rotaban en las clínicas por parejas con horarios que los ocupaban todo el día. Las diferencias en cuanto a medicamentos, apoyo en referencias hospitalarias, etc. eran expresión de sus diferentes historias y diferentes expectativas con respecto a los apoyos nacionales e internacionales.

Los residentes eran q’eqchi’ y los retornados de al menos ocho etnias, además de que los promotores retornados del Tesoro eran mayoritariamente mujeres y no indígenas.

Este encuentro facilitó que las siguientes capacitaciones pudieran ser conjuntas y se estrecharan lazos de amistad y de trabajo en salud entre unos y otros promotores, que con los retornos iban a ser vecinos.

Sostenibilidad del proyecto de salud

En Aurora y para avanzar en la continuidad y sostenibilidad del trabajo de salud que se estaba realizando, se consensuó entre promotores, autoridades y MDM-E, el escalonamiento progresivo en el cobro de medicamentos. En el segundo semestre de 1995 se inició el cobro, Q2.00 por tratamiento, y aumentos progresivos del 25% cada semestre hasta llegar al cobro del 100% en el último semestre del proyecto. El objetivo era garantizar la sostenibilidad de la farmacia al acabar el proyecto de cuatro años (MDM-E, 1996).

Inicialmente, ese fondo sirvió para dar un apoyo económico a los promotores, similar al salario de la cooperativa, Q15.00 por su día de trabajo en la clínica.



Se hizo un gran esfuerzo en formación teórica y práctica de los promotores, para que éstos, al salir MDM-E estuvieran en las mejores condiciones para realizar un buen trabajo y paralelamente se evaluaron opciones para asegurar la sostenibilidad que incluía el reconocimiento económico de los promotores.

Los promotores evaluaron tres opciones: una asociación bajo supervisión de la cooperativa y requiriendo del aval de ésta para solicitar proyectos; una asociación autónoma de promotores pero con la obligación de informar a la comunidad de sus actividades, y una tercera, que la cooperativa asumiera el trabajo del promotor como día de trabajo en la cooperativa.

La propuesta de trabajo de los promotores comprendía un programa curativo y preventivo que incluía consulta, atención dental (exodoncias y reparación de caries) y de laboratorio, inmunizaciones y un jardín y procesamiento de plantas medicinales. También un programa educativo y de promoción con plantas medicinales, nutrición, saneamiento, salud escolar y salud mental. Proponían un horario de consulta diario de 8:00 a.m. a 16:00 horas y los domingos de 8:00 a 10:00 horas. El pago al promotor sería de Q15 diarios (dos dólares por día de trabajo). Por otro lado, cada promotor atendería las emergencias de su barrio y el pago de ellas estaría en Q2.00 por hora y Q15.00 por noche completa.

Se realizaron varias reuniones entre promotores, comadronas y trabajadores de MDM-E, queriendo demostrar a los líderes de la cooperativa y de los grupos organizados de la comunidad: alcalde auxiliar, líderes de barrios, mujeres, catequistas, jóvenes, etc., las ventajas económicas y sanitarias de tener promotores reconocidos económicamente. Se hicieron cuentas de gasto y tiempo que supondría ir a Playa Grande, el centro de salud más cercano, y de las ventajas de una pronta atención curativa, así como la realización de actividades preventivas, etcétera.

A lo largo del año 1996, los promotores realizaron una huelga de varios días, ausentándose de la clínica, para presionar por el reconocimiento económico. Los trabajadores de MDM-E aseguraron la atención, pero con demoras en la atención, poniendo en evidencia la ausencia de los promotores y reconociendo la importancia del trabajo de los mismos.

Otra exigencia fue el reconocimiento del tiempo de capacitaciones como mano de obra en los trabajos comunitarios. Hasta entonces venían realizando este trabajo comunitario y tras largas negociaciones con los líderes de la cooperativa, el tema fue llevado a las asambleas de los tres barrios de la comunidad, siendo aprobada la solicitud de los promotores.

También en el 96, se dieron los primeros pasos con los promotores de las comunidades vecinas para conformar una asociación conjunta que se legalizó en 1997 como Asociación de



Promotores de salud de Aurora 8 de Octubre. (José Luis Albizu).





Servicios de salud Integral –ASERSI–, y que posteriormente se integró en la Asociación Comunitaria de Salud del Municipio del Ixcán –ACSMI.

En la última etapa, ya sin MDM-E, “quedamos tres promotores y teníamos una farmacia con medicamentos de ACSMI. Los enfermos no cancelaban el pago y quedaron miles de quetzales sin pagar. Los medicamentos fueron para atrás. Los promotores pagaban su turno con el ingreso de farmacia y como no había entradas suficientes, fue quedando poco y finalmente nos repartimos entre los tres, el pushito de medicamentos que quedaban. La gente decía que los promotores de la clínica robaron los medicamentos. Las autoridades no apoyaban y la población no pagaba los medicamentos y se fue terminando el proyecto. Yo he seguido con un botiquín, pero ya como negocio privado” (Francisco Sebastián, promotor de salud).

A los cuatro años del asentamiento, la cooperativa fue perdiendo peso ante la creciente parcelación y con la salida de MDM-E se acabó el apoyo externo al proyecto de salud. Al poco tiempo, los promotores renunciaron y la clínica se cerró.

Para un miembro de la primera Junta Directiva de la cooperativa, “los promotores de salud decían que no se puede trabajar un día completo sin ganar nada, ni medio día de jornal y mientras el resto de la gente trabajando en su beneficio personal. Tenían razón, no se puede trabajar de gratis pero la gente no tenía dinero para pagar”. “En la educación, los miembros del Comité de padres de familia les hacíamos su trabajo de campo a los promotores de educación, pero no había pago en dinero. Ellos estaban negociando con instituciones y una les daba ni medio salario, pero era esa la lucha, ser maestros y ser reconocidos por el Ministerio. El Comité de padres apoyó. Ellos lograron después de años su salario y su reconocimiento por el Ministerio, aunque siempre hay problemas”. Para otro miembro de la Junta Directiva el proyecto fracasó porque “no se puede trabajar gratis, pues es el Ministerio de Salud quien tiene que apoyar”.

Para Francisco Sebastián, promotor de salud:

El proyecto de salud de los promotores de Xamán y de MDM-E fracasó primeramente porque la Junta Directiva y los alcaldes auxiliares no pusieron de su parte para ayudar a los promotores. También porque no había acuerdo entre los promotores.

Hace poco tiempo nombraron por solicitud del Ministerio a los vigilantes de salud, pero ¡yo no lo acepto! ¿acaso no voy a comer?. Era un deber del MSPAS no dejar perder el trabajo que hizo MDM y lo dejaron que se perdiera. Si me jalar, tengo derecho al menos a un mínimo de sueldo, no me pueden jugar como si no tuviera ningún conocimiento, ni jalar del pelo. Me pueden jalar pero con un derecho. El trabajo del MSPAS es sólo por las vacunaciones y croquis... Estoy dispuesto a trabajar pero es compromiso de la autoridad que se le reconozca a uno su conocimiento y su derecho.

El MSPAS ha abierto un puesto de salud en Pozo Seco, a una hora a pie de la comunidad y media hora en carro, donde se da consulta, pero donde la población comenta: “se mantiene cerrado o sin medicamentos” y “cuando hay médico, da números, nos pone mala cara y casi no hay medicamentos, sólo nos da receta. Cuando se enferma mi familia, yo mejor me voy con los médicos de la petrolera en Rubelsanto y si tienen el medicamento que necesito, me dan gratis”. A hora y media en carro está el centro de salud tipo “A” de Playa Grande, en la antigua zona militar que cuenta con más de 200 enterramientos clandestinos.



Los promotores de salud y la masacre de Xamán.

El 5 de octubre de 1995, el ejército entró a la comunidad con la excusa de solicitar “invitación” para estar presentes en la conmemoración del primer aniversario de la comunidad y provocó la muerte de once personas incluidos dos niños y 27 heridos, entre la población. El hecho conmocionó a la población de Aurora y también a las comunidades vecinas y tuvo repercusiones importantes como la dimisión del Ministro de Defensa y la paralización temporal de las negociaciones para los Acuerdos de Paz y de los retornos previstos.

Dentro de la comunidad, algunos grupos organizados reaccionaron inmediatamente. Los promotores y trabajadores de MDM-E atendieron a los heridos evitando con ello y con su rápida evacuación el que hubiera más muertos. Los promotores de derechos humanos rápidamente denunciaron el hecho y se prepararon para enfrentar en juicio al ejército, y los catequistas acompañaron con sus oraciones y pláticas a los familiares y comunidad en general.

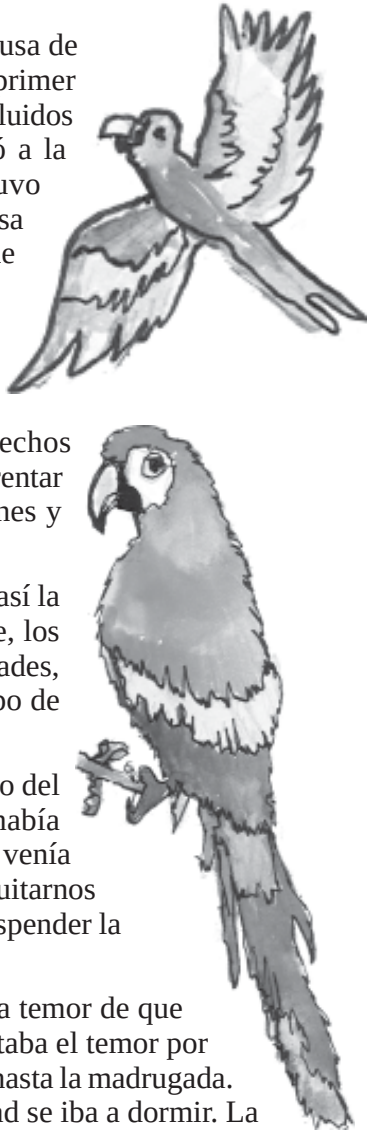
Otros grupos comunitarios quedaron paralizados por el impacto, así la Junta Directiva de la cooperativa, de la que murió su vicepresidente, los maestros que perdieron a tres de sus miembros (dos de otras comunidades, pues estaba habiendo un encuentro de maestros retornados), el grupo de mujeres y jóvenes organizados, etcétera.

Tres días después de la masacre se celebraba el primer aniversario del nacimiento de la comunidad. La Comisión de festejos, que ya había realizado gastos en cerveza y en contratar un grupo musical que venía desde Huehuetenango, lo tenía claro: “La vida sigue y tenemos que quitarnos la pena. Esos malditos no nos pueden quitar la fiesta, no se puede suspender la fiesta”.

La fiesta ayudó a afrontar el sufrimiento y darse valor pues había temor de que regresara el ejército “a acabar su trabajo”. Durante la noche, aumentaba el temor por lo que “todos juntos tenemos menos miedo” y el baile se prolongaba hasta la madrugada. Con el amanecer se perdía el miedo y con el cansancio, la comunidad se iba a dormir. La fiesta fue acompañada de decenas de visitantes de las comunidades vecinas y lejanas, con su presencia y sus palabras de solidaridad en las actividades de recuerdo y denuncia de lo injusto de los asesinatos.

En los días, semanas y meses siguientes, los promotores redoblaron esfuerzos para atender a los 15 heridos que no requirieron evacuación, en acompañar a los heridos, familiares, escolares y maestros, mujeres, etc. (Cabrera, 1998).

Los heridos fueron interrogados en las primeras noches de internamiento y vigilados a la salida del Hospital San Juan de Dios por hombres armados, por lo que todos estuvieron de acuerdo que el mejor lugar para recuperarse era la comunidad. Los promotores fueron capacitados para ello y desarrollaron un plan de rehabilitación física y psíquica de los heridos que regresaban del hospital San Juan de Dios de la capital.





Reflexiones finales

“*En Guatemala será diferente*”, no fue posible por las dificultades económicas de la población y de la cooperativa pero sobre todo por la “indiferencia” de las/ los comunitarios y la oposición de la Junta Directiva de la cooperativa a hacerlo, a pesar de que los estatutos obligaban a la atención de los trabajadores.

La población estiró su “indiferencia o inactividad” a las demandas de los promotores, en espera de que aguantaran u otros pudieran en todo caso sustituirlos. El resultado fue la renuncia, y que las familias aumentaran sus gastos por transporte, tiempo, comodidad y riesgos sanitarios, al reducir la salud a la consulta y medicación de los enfermos, sea en las farmacias privadas o puestos de salud lejanos, y la ausencia de trabajo preventivo.

Hay conciencia de que el MSPAS es el responsable de la atención en salud, pero no es prioritaria... al menos para los hombres. La prioridad es educativa y los promotores de educación de la comunidad, ya todos profesionalizados, con los padres y madres de alumnos han logrado una escuela primaria de doce aulas, y un Instituto Básico que funciona casi completamente con maestros de la comunidad e instalada en la antigua clínica.

La escuela se construyó sobre “el bordito” de la masacre, así lo exigió la financiera... o lo hacen ahorita o pierden el proyecto, perdiéndose algunas de las pruebas... Un monolito los recuerda a todos y todas. “Para que nuestros hijos no olviden”.

Bibliografía en orden de consulta

- Yoldi, Pilar. *Don Juan Coc. Príncipe Q’eqch’í* (1945-1995). FRMT, Guatemala, 1996.
- Informe semestral de Médicos del Mundo España, octubre de 1994-marzo 1995. Proyecto ECHO de la Unión Europea.
- Memoria del Encuentro de Asociaciones de Promotores de FTM-Alta Verapaz, retornados y residentes, enero 1995.
- Informe semestral de Médicos del Mundo España, noviembre de 1995- junio de 1996. Proyecto DG1 de la UE.
- Cabrera, María Luisa. Martín Beristain, Carlos. Albizu, José Luis. *En esa tarde perdimos el sentido*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado, Guatemala, 1998.



Llegada de retornados a Fray Bartolomé de Las Casas. Noviembre de 1994. (Médicos del Mundo España).



Las y los promotores de salud en las fincas

Una “tarea” más de dificultades

Doña Pilar Ramírez

(En el momento de la entrevista era presidenta de la Junta Directiva de ASECSA y capacitadora de la Asociación de Promotores y Comadronas de Pochuta –APSADEC–).

Nací en Palencia, luego viví en la finca La Florida donde conocí a mi futuro esposo. Cuando despidieron a mi papá nos fuimos a Antigua. Allí me vino a buscar mi esposo que me ha apoyado siempre. Ahora vivo en el caserío San Antonio El Noj de Pochuta.

En mi comunidad no había nadie que viera por los enfermos. Me dio el “colerín” y no había quien me pudiera ayudar. Mi cuñada Ileana me llevó a su casa y me cuidó. También me enfermé de la vesícula y me puse muy mal, vi la necesidad y de que cuando queríamos una inyección buscábamos a un señor, don Enrique. También a don Primitivo Rodríguez, era anciano el señor pero era médico de caballos y vacas, era como veterinario y como sabía vacunar animales también lo buscábamos para inyecciones, sueros. Le teníamos confianza, pues tenía experiencia en cuidar no sólo a animales, también a la gente y sabía de plantas.

Las mujeres me buscaban para leer las recetas y me dijeron: “Usted que puede leer y escribir, puede aprender”. Y así empecé en el puesto de salud y fue muy motivador con el interés de mejorar en la familia y en la comunidad. Luego, las hermanas del Centro Nutricional –CERNE–, me enviaron a ASECSA, Chimaltenango, para recibir los cuatro años de promotora de salud.

Nos organizamos primero por las letrinas de pozo negro, luego el agua entubada. El lema era “No le damos agua a la gente que no haga letrina”. Después fue la energía eléctrica y ahorita los drenajes.

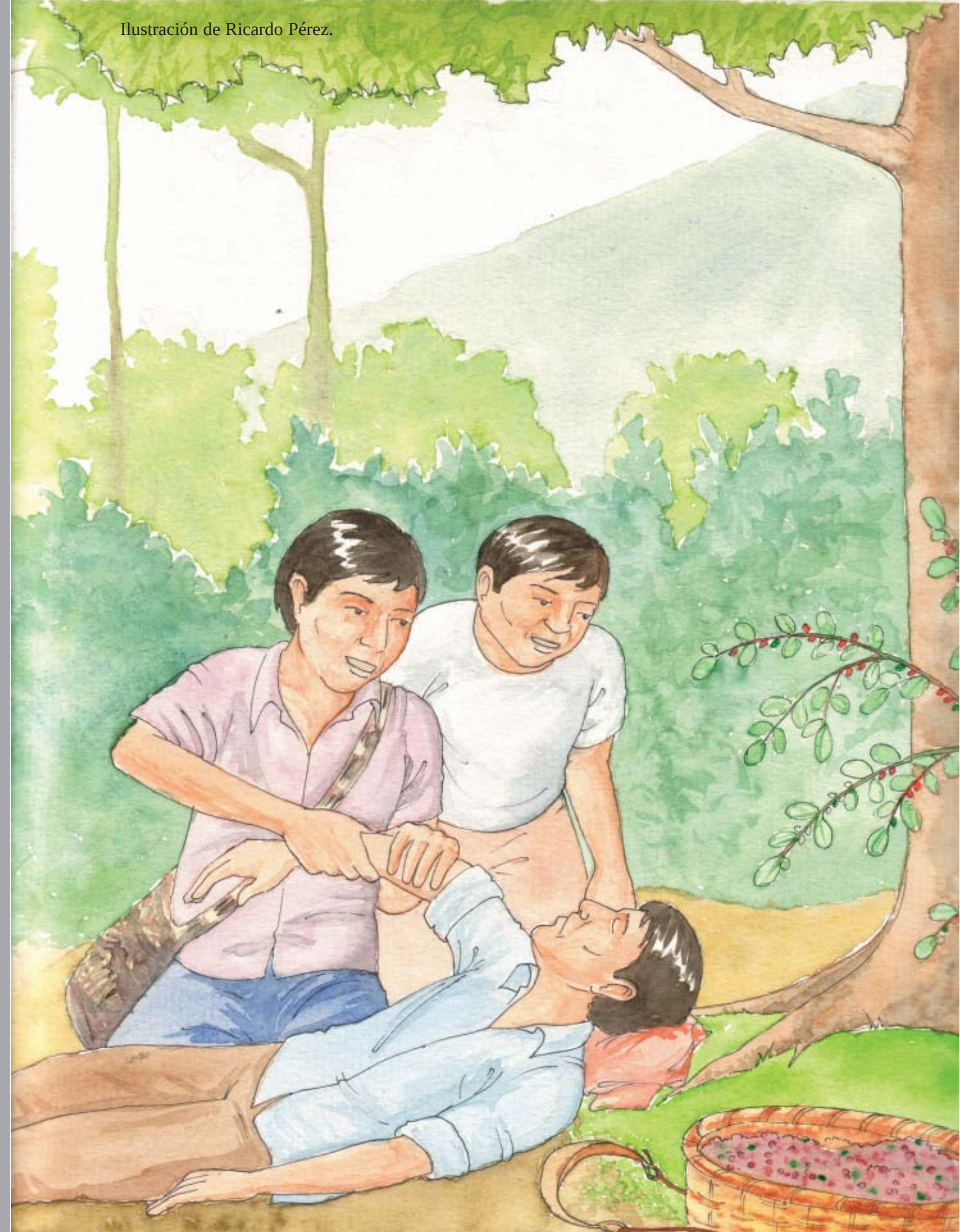
El libro *Donde no hay doctor* ha sido en mi caso como la Biblia.

Odio el guaro. No me gusta el olor del alcohol y una vez me vinieron a traer por un señor que se había caído de la cama y estaba completamente borracho. Tenía un paro cardíaco y no tenía con qué... así que le hice el boca-boca.

Tengo tres hijos vivos y uno muerto, además tengo cuatro nietos. Los abuelos de mi marido eran sordomudos y tuvieron 19 hijos que oían y hablaban normal. Hemos conseguido una ambulancia para las emergencias, pues las emergencias las mandaba al alcalde (de Pochuta) que es mi esposo.

Quienes conocen a Doña Pilar, saben es una mujer extraordinaria, y con Ileana, su cuñada, y don Valentín, forman un equipo de primera categoría.

Ilustración de Ricardo Pérez.





Quien no conoce la vida en las fincas, no llega a entender un país

En el año 1982, uno de los autores de este libro trabajó en las fincas de café, privadas y estatales de Matagalpa, Nicaragua, en donde con la revolución se habían creado escuelas y botiquines y en las cocinas, a la dieta de frijoles y arroz, se había agregado un pedazo de carne o de queso, una vez a la semana, la tortilla “de una cuarta” seguía haciendo de plato y cuchara siendo el vaso de plástico el único elemento industrial ...había desaparecido el maltrato... pero las galeras seguían siendo aquellas del tiempo del trabajo forzado. Una de ellas, pintada de negro tenía un pasillo central de cuatro metros de ancho, suelo de tierra, un solo bombillo como a diez metros de altura colgado en el techo de lámina, a los lados se extendían los cubículos a modo de enjambre, 50 cubículos a cada lado, metro y medio de largo y ancho y tres metros de profundidad, alineadas en diez por largo y cinco de altura, a los que se subía por una escalera de mano. En ellas se instalaban las familias con sus niños en los meses que duraba el corte de café. Allí en medio de la oscuridad, a la luz de la linterna y candela se atendían los partos.

Otras galeras, las nuevas, eran de 20 metros de largo con pasillo de dos metros y a sus lados, dos niveles de tablas que se extendían a lo largo de toda la galera. Cada familia parcelaba su lote de tablas por medio de un nylon. Los partos seguían y siempre en las noches.

En medio de la oscuridad, algunas noches sonaban los violines de los cortadores de café de las brigadas rojinegras de los jóvenes de Managua. La gente estaba contenta, un poco a la expectativa pues aquello era demasiado bonito para ser realidad. Era un sueño, era la revolución. No duró mucho, la “contra” de Reagan pronto hizo del sueño, pesadilla.

En Guatemala, las fincas cafetaleras cuentan con casitas individuales de piedra o madera para las familias de los mozos colonos y... ALTO. Prohibido el paso. Propiedad privada. Es tan difícil entrar en una finca en Guatemala como que un rico entre en el reino...de las galeras. A finales de los 80, cuentan las leyendas que había que disfrazarse de sacerdote para poder entrar, el acento español ayudaba para ello.

A las y los promotores de salud en las fincas, las analizaremos desde tres hilos que a veces se entrelazan, la organizada con apoyo externo por instituciones como Iglesias, ONG, MSPAS, reconociendo diferencias entre ellas; otras de base, por las familias de los mozos colonos (trabajadores permanentes en la fincas) y las comunidades aledañas y una tercera, organizada por los patrones en Programas como Agrosalud.

Las fincas y la Iglesia Católica en Santiago Atitlán.

En relación con el trabajo de salud en las fincas, desarrollado por el Programa de salud de la Iglesia Católica de Santiago Atitlán, María Luisa Cabrera en “Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala” (1995) relata lo siguiente:

El programa de salud de la Iglesia católica en Santiago Atitlán se inició a mediados de los años 70 y se desarrolló en todo el municipio, donde la mayoría de la población, tzutujil, estaba en extrema pobreza, analfabeta y del que una buena parte eran colonos en fincas cafetaleras de propietarios no indígenas.

En los primeros años, cuando el programa de salud daba sus primeros pasos, el equipo de salud de la Iglesia lograba entrar a las fincas por intervención del párroco que mediaba con los finqueros. Se apelaba a los sentimientos cristianos de los finqueros para que se permitiera desde el programa dar servicios mínimos de salud para los trabajadores, logrando que algunos finqueros asumieran parte de los costos del programa. En otras fincas nunca se logró entrar.



Entre los finqueros y la Cámara del Agro se ejercían fuerte presión para consensuar e imponer las condiciones laborales de los trabajadores, como no pagar el salario mínimo y que ningún finquero se atreviera a cambiarlos.

El programa fue creciendo en dos líneas de trabajo. La capacitación de promotores y el programa de recuperación nutricional infantil que promovió la organización de mujeres tzutujiles.

La capacitación de promotores indígenas convulsionó al mundo ladino municipal al igualarlo en “capacidad, humanidad y oportunidad”... a la vez que los finqueros impidieron que los trabajadores temporales, cuadrilleros que llegaban a los cortes, participaran en las capacitaciones.

En el programa nutricional, la fuerza motriz que multiplicó las expectativas y demandas fue el deseo de las madres de recuperar a sus hijos que mayoritariamente estaban con algún grado –en general alto–, de desnutrición. Las madres se convirtieron en las gestoras del proyecto y de sus fondos. Se introdujeron pequeños cambios en los hábitos de higiene, alimentación y en el uso de alimentos disponibles en el área o accesibles al jornal. Los centros de recuperación nutricional se estructuraron en torno a las madres de los primeros niños recuperados y su participación sentó las bases de las siguientes iniciativas donde las mujeres rompieron su silencio secular y protagonizaron sus reclamos con una presencia discreta pero organizada.

El efecto de este proceso fue el aumento de la conciencia social de los trabajadores de las fincas y sus familias así como de los campesinos de las comunidades minifundistas.

En el año 1978, Llegó al área un programa del Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá –INCAP–, con un gran financiamiento de AID-USA. Se proponía estudiar e incidir en la desnutrición de la población infantil de las fincas y comunidades. Ofrecían un modelo de trabajo jerarquizado, con clínicas y recursos en cada finca. A corto plazo, el resultado fue la disminución de la participación de las bases en la gestión de sus problemas de salud.

En los 80, la represión directa afectó al equipo pastoral con el asesinato de uno de los sacerdotes y de cientos de personas de la región, además del exilio de dirigentes del Programa y el desplazamiento de varios promotores para salvar sus vidas. El programa continuó trabajando aún en los años más duros de la guerra pero con un perfil más limitado.

Complementando lo anterior, el estudio del Dr. Díez (1988) retoma algunos aspectos anteriores y aporta otros nuevos:

El programa de salud estaba dirigido por la Misión Católica de Oklahoma y en 1975 da comienzo el Programa Integrado de Salud del Proyecto CONCERN Internacional de Santiago Atitlán, San Pedro y San Juan La Laguna. El proyecto cubre la clínica Santiaguito, dos centros nutricionales, una farmacia, un programa de promotores y un programa de detección de tuberculosos en colaboración con el MSPAS.

Existen dos tipos de Colaboradores Voluntarios, el de promotores y madres. Hay once promotores de salud de Santiago y otros tanto para San Pedro y San Juan, de los que sólo cuatro desarrollan acciones curativas por pertenecer a aldeas de difícil acceso. El otro voluntariado es de Comités de madres para la recuperación nutricional de los niños que por ahorita sólo funcionan en Santiago. El conjunto de promotores se reúne una vez al mes con el personal de Concern. Varía el lugar de reunión para que no sean siempre los mismos los que se desplacen. La supervisión a las dos clínicas se hace una vez a la semana, en que uno de los médicos pasa la jornada completa con el promotor.



Las bajas están en un 35% entre promotores y 15% en los comités de madres promotoras y se deben a la falta de seguimiento y el hecho de haber encontrado trabajo fuera de la comunidad. No se registra como importante la reivindicación económica como causas de baja.

En 1986 se inició el Programa de Supervivencia Familiar mediante promotores con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad debida a enfermedades prevenibles por vacunación, diarreicas, nutricionales, neonatales o por embarazos demasiado cercanos mediante promotores. Se descartó la intención inicial de crear “facilitadores comunitarios” a modo de supervisores para integrarse a la estrategia de canalización del MSPAS.

También se realiza trabajo educativo con los farmacéuticos, debido a que casi el 70% de la gente, cuando tiene un problema de salud se dirige en primer lugar a las farmacias.

Las promotoras de salud de las fincas y comunidades de Pochuta

Pochuta, es un municipio de la Boca Costa de Chimaltenango, productor de café y caña de azúcar, con una mayoría de población cakchiquel que viven como colonos en las fincas.



Taller de promotoras y promotores de salud. (ASECSA).

Pilar Ramírez, promotora de salud, comadróna, ex presidenta de ASECSA y lideresa local, nos relata

En 1988 cuando comenzó a llegar a las capacitaciones de salud, la mayoría de los promotores venían de las fincas pues entonces no había casi comunidades en Pochuta. Empezamos 20 promotores, cuando llegó el Técnico de Salud Rural, TSR. En el 89 entró otro grupo de 20. El MSPAS pagaba Q20 por día y cursos de 20 días. Era un pistasal para nosotras.

Para que un promotor de la finca fuera al curso tenía que ir el TSR a hablar con el administrador y con la condición de que no le quitara su día y el séptimo. El administrador nombraba al trabajador que debía ir al curso. El promotor no era libre para decidir: “o vá o vá”, quiera o no quiera. Al inicio se cumplió pero cuando el MSPAS les pidió de informar y llegar una vez cada mes y de ver por el saneamiento... ya no siguieron. Los patronos les reconocieron los 20 días del curso pero luego ya no les apoyaron, así se fueron quedando más mujeres. Poco a poco el TSR, de salud pasó a hablar de lo socioeconómico, de lo injusto de su salario y del trabajo y en el 91 terminó. Los

administradores no permitieron más que los trabajadores llegaran a las capacitaciones del MSPAS. Desde entonces se trabajó sólo con mujeres, pues los hombres que iban a las capacitaciones perdían su día de trabajo y el séptimo día (el domingo). Aún así, hubo algún hombre en lo de promotor, pero la mayoría ya fueron mujeres.

Uno de los primeros trabajos del grupo de promotores fue presentar proyectos de letrinas y a los administradores de cada finca se les pidió letrinas, allá no se sabe quienes son los dueños pues hay personas que dan los nombres. Un grupo de Houston nos apoyó. Se formó una Junta Directiva de promotores y con el apoyo del alcalde salían las letrinas a Q25.00. Los finqueros no apoyaron e incluso hicieron “cartas negras” pues decían que los promotores incitaban a organizar sindicatos y no se les daba trabajo. Cuando la gente empezaba a despertar despedían a las familias. A Félix Tamat, promotor en la finca San Carlos Miramar, que juntó 20 personas y se presentaron al mero dueño a solicitar las letrinas, la respuesta fue: “Vinistes de redentor y salís crucificado. Estás despedido y mañana mismo desocupas la casa”.

Otro promotor, Mateo Alvarado, que perdía sus días por ir a las capacitaciones, trabajó en las fincas Concepción, California... deambuló por las fincas y siempre apoyando en la salud de la gente, al fin se enfermó de hepatitis y decía “el promotor está para todos, pero nadie por uno”. Ya no siguió.

En este trabajo de letrinización, educamos a la gente, pues su costumbre era ir al monte. Cuando el conflicto de la guerrilla, los patronos cercaron los centros de la finca y con ello la gente tuvo que usar las letrinas pues ya no podían ir al cafetal. Santo remedio.

Como parte del trabajo, también era detectar y tratar a los tuberculosos, dar consulta a los enfermos. Si los promotores eran hombres, en las mañanas iban al trabajo en la finca y en la tarde veían a los enfermos. Tenían un cuartito para consulta, los medicamentos los daba el centro de salud y con un listadito, otros pocos nos compraban los finqueros que eran buenos. No se cobraba o era mínimo para reponer el botiquín. En algunas fincas conseguimos que a las galeras les pusieran paredes y las viviendas fueran más para gente. También trabajamos en educación para mejorar la alimentación de las familias.

Al principio en las fincas... ¡cómo nos costó! Gente renuente a vacunarse, tenían miedo por los efectos de las vacunas. Los patronos casi no permitían entrar. Para las vacunas teníamos que ponernos de acuerdo con el alcalde auxiliar, el administrador y el centro de salud. Se programaban, se enviaba el aviso y en la fecha se llegaba y a los que no querían, los íbamos a buscar a su casa. Más de una vez nos recibieron con “ustedes vienen a dejarnos el mal, la fiebre, a los niños no les van a vacunar y si van a seguir con su necedad aquí está el machete”.

En las campañas de oncocercosis se obligaba a toda la gente y teníamos que buscar las bolitas de la filaria en todo el cuerpo. Los patronos obligaban y las mujeres se escapaban pues muchas veces les metían la mano por todos lados, desnudaban a la gente y a las señoras no les gustaba, se escapaban al río, pero como el patrón obligaba... también obligaban en los exámenes de pulmón cuando llegaban en un gran camión a la finca.

En la finca La Torre, varios años pasó que no pagaban las quincenas a los colonos desde el mes de febrero, llegaba marzo, llegaba abril y Semana Santa y ya no podían hacer para la fiesta. Es el tiempo que dan la tierra para prepararla para la siembra de maíz, chipilín, hierbas... pero hasta julio/agosto no cosechaban, así que pasaban calamidades. Hoy todavía no hay quien atienda allí y hace poco tuvimos que subir seguido para atender a una postoperada a la que se le abrió la herida. Los planilleros, esos pobres muchachos hacían maravillas en La Torre y sus anexos.

Con las dificultades de los hombres para ser promotores, ahorita somos todas mujeres y no contamos con apoyo de las fincas. Hemos formado un grupo de promotoras y comadronas presentes en casi todas las fincas y caseríos de Pochuta. Nuestra organización se llama Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo Comunitario –APSADEC– y las comadronas están coordinadas en el Centro de Recuperación Nutricional –CERNE– que gestionan las religiosas de la Caridad.

En 1999, teníamos 20 promotoras diplomadas, con cuarto curso de ASECSA. A otras las llamamos encargadas por ser apoyo de las promotoras. El trabajo es educativo y curativo y para esto contamos con varios botiquines. Las diplomadas reciben un apoyo de Q 25.00 mensuales (Taller de SIAS, 1999).

En una finca lo que más se hace es ver por el saneamiento básico, que esté todo limpio, las vacunaciones de los niños, el control de las embarazadas, que lleguen al centro de salud, que tomen su hierro y ácido fólico, el crecimiento y desarrollo de los niños. Nosotras, promotoras, lo hacemos.

Es un problema que cuando detectamos un desnutrido, el centro de salud lo más que nos da es un frasquito de hierro. No tenemos incaparina ni atoles, pero les damos consejería. Consejería nos dice el MSPAS, pero cómo consejería si no tienen recursos. Eso lo hemos luchado desde el centro nutricional, CERNE.

En este 2005, hemos logrado que la muni disponga de ambulancia para las emergencias y responda a nuestras llamadas.

Ser promotora de salud, “ay Dios”, una gran preocupación por el bienestar de cada familia... por el mejoramiento de las viviendas. Pero ha cambiado bastante la situación de cada familia. Cuando llegué, esa comunidad estaba completamente perdida, pero por estar puyando a cada ratito, la comunidad ha cambiado bastante y ahorita tenemos saneamiento, letrinas, agua entubada, electricidad y hasta molino de nixtamal. Fui un ejemplo para otras mujeres a pesar de que alguna me decía: “eso es cosa de locas, si la gente no agradece”. Yo le respondía “pero el Colacho nos está viendo”. Ahorita ella es promotora y ha conseguido bastantes proyectos para su comunidad. Nuestros proyectos se financian con el aporte local y el aporte económico de fuera.

Desplazados internos en las fincas de la Boca Costa

En los años 80-82, cuando las masacres estaban en su apogeo “cientos de miles de personas abandonaron sus lugares de origen hacia otras zonas de Guatemala” (CIDH-OEA, 2001). Pascual Pérez, quiché, era patojo cuando con su familia huyó de San Bartolomé Jocotenango y con otros nombres se escondieron en las fincas de la Boca Costa y Costa Sur.

Empezamos a buscar trabajo en las fincas, primero cortando y limpiando algodón. Los patrones no pagaban bien, no daban tortilla suficiente y el frijol shuco, no bien cocido. Nos movíamos como cuadrilla. En ese tiempo no había promotores en las fincas. Como allí, ¡qué calor hacía!, pensaron en buscar trabajo en tierra fría. En la finca Sacbiná, es corte de café y nos daban unos trabajos grandes, una tarea lo sacábamos en tres días pues el café tenía pura montaña y allí tampoco había atención de salud. Teníamos que ir a un médico privado, de nuestro bolsillo, el patrón no pagaba. Nosotros no decíamos quienes éramos, sólo nosotros sabíamos. Trabajamos como tres o cuatro años, de 1983 a 86. Llegaba la quincena y no nos daba la paga, así estuvimos todo el tiempo. La comida, nosotros sembramos en la finca, sembramos milpa. Al ver que no paga el patrón, sembramos nuestra milpa. El patrón prometió pagar pero llega la

semana y el administrador dice no llegó la paga. Así hacían con todos, parejo. Finca Sacbiná. Trabajamos por gusto, de regalado y mi padre habló con el administrador y éste dijo no se van, le puso fecha para el pago pero nosotros nos aburríamos y quedó pendiente.

El grupo pensó que como no había paga, con una amiga nos fuimos a San Lucas Tolimán. En San Lucas el cafetal es de campesinos, es propio, no es finca y aquí sí cambió la cosa, aquí si pagaban semanal. Ya no sufrimos.

Cuando yo crecí, me eligieron como promotor de la Asociación para la Educación y el Desarrollo –ASEDE– y trabajaba con mi gente en prevenir la enfermedad. Empecé a trabajar en el cantón donde vivía y luego nos dieron un botiquín para atender alguna enfermedad.

Luego participé en un equipo itinerante, de seis personas, íbamos tres promotores, una comadrona, una doctora y un chofer. Trabajamos de 1992 a 1994. Dábamos charlas en las fincas, por Retalhuleu; en finca San Luis, finca Espina por Mazate, La Máquina, muchas fincas. En estas fincas también había desplazados. No había nada de salud, nosotros fuimos a dar un apoyo. Hablamos con el administrador y nos dejó entrar, hay unos que nos rechazaron y otros bienvenidos.

En las fincas ya no había curanderos, en ese día no había yerberos, curanderos, se murieron. Había promotores, pero no hacían el trabajo que nosotros hacíamos, ellos sólo están, el promotor no trabajaba, sólo tenía nombre. Cuando hay vacunación, son sólo los enfermeros quienes vacunaban. Hicimos grupos de promotores pero no siguieron y nosotros íbamos a trabajar.

Nosotros planificábamos nuestro trabajo: charlas, desparasitaciones, salud oral... y teníamos nuestro papel de donde estábamos cada día. Primero damos plática sobre los tres tipos de lombrices y les mostrábamos cómo son y las señas que dan... preguntamos a la gente si tiene dudas y luego damos desparasitación. Ellos entienden, porque han visto y saben que hay que tener higiene y lavarse las manos. Un día prevención, otro día consulta, cada día se cambiaba.

En las fincas, los desplazados se conocían y se comunicaban entre ellos y no con los otros trabajadores. Nosotros llegábamos a ver a todos, invitábamos a una charla, una desparasitación. Les dejábamos la invitación a los maestros, ahí unos que había, unos que no... daban a los niños y avisaban a sus papás.

Los problemas de salud que había eran muchos parásitos, amebas, de pulmones, hongos de los pies. Se morían niños y adultos. Atendimos una anciana que tenía tuberculosis y ya no curó las medicinas que tomaba, ya era avanzada la enfermedad y no lograron, se murió. La gente no quería plantas, le tenía más confianza a las medicinas.

Estábamos un día en cada finca y a la semana regresábamos. Cada semana una vez. Había mucha enfermedad y había que llegar seguido.

Yo era colaborador, no se ganaba, no tenía salario. Me daban comida y pasaje, era lo único. No tenía familia y era joven. Era una colaboración.

Me dejó mucha experiencia, allí aprendí muchas clases de enfermedad, como son las señas, los síntomas. A mí me da lástima como vivía la gente, yo también lo viví y por eso sentía, pues yo había sentido ese mismo sufrimiento y con ganas apoyé en ese trabajo. Luego busqué mi mujer y cancelé mi trabajo. Ahora trabajo con mi comunidad y sigo, siempre viene gente y yo le ayudo.





El Patronato Agrosalud en las fincas de la Costa Sur y Alta Verapaz

Tras el estudio realizado por el Dr. Brown, en 1977, sobre las fincas de café, algodón y caña de azúcar (Díez, 1988), los cafetaleros formaron en 1979 el “Patronato para el mejoramiento de la salud de los trabajadores agrícolas, Agrosalud” con los siguientes objetivos: Colaborar con finqueros y trabajadores para mejorar la calidad de la salud; Identificar los mayores problemas de salud y las condiciones del ambiente de la finca; Analizar si los procesos y procedimientos ya existentes en las fincas son apropiados e incorporarlos a la nueva estrategia de salud; Organizar e implementar planes para mejorar la salud; Desarrollar y mantener un sistema continuo de evaluación paralelo a la planificación y coordinación.

Llegada la fecha de entrevista, el director de Agrosalud, Licenciado Quiñones canceló la misma por... pero la secretaria Leslie Alonso, amablemente me hizo entrega de los informes de actividades y respondió algunas preguntas.

“En el 2004, Agrosalud cubrió a 8,989 habitantes, 5,786 adultos y 3,203 menores de 12 años, por medio de 22 puestos de salud en fincas de la Costa Sur, tres en Alta Verapaz y uno en Petén atendiendo 27 fincas cafetaleras en su mayoría, pero también hay bananeras y huleras. Adicionalmente se prestó atención a 9,107 trabajadores migratorios y voluntarios. Los servicios están orientados a la prevención y promoción de la salud de los trabajadores y sus familias, con énfasis a los niños y mujeres embarazadas. Los servicios y medicamentos se proveen en la propia localidad” (Agrosalud, 2004).

“El promotor es elegido por el patrón o administrador y recibe un salario por ello. Desconozco su cuantía. Agrosalud capacita a los promotores durante un mes, en el primer año, con prácticas en hospital y con readiestramiento cada año. Tenemos cuatro supervisores, técnicos en salud, que visitan al promotor dos veces al mes y una educadora para estimulación temprana infantil. Hay un doctor para todas las fincas y cada finca cuenta con un promotor que desarrolla los programas con el apoyo del supervisor. El promotor refiere los pacientes con una ficha al IGSS o centro de salud. Los patrones sostienen Agrosalud y proporcionan los medicamentos” (Lesly Alonso, 2005). .

“Los promotores son nuevos, intermedios y avanzados según los adiestramientos recibidos. El curso inicial es de seis semanas y desarrollan aspectos de medicina curativa, primeros auxilios e inmunizaciones. El siguiente año, tiene una capacitación de una o dos semanas. La formación se complementa con las visitas personales del supervisor, del médico asesor y coordinador. Su libro de referencia es el *Donde no hay doctor* de David Werner. Al promotor se le proporciona un carnet acreditativo expedido por Agrosalud” (Díez, 1988).

Para Lesly Alonso, entre las motivaciones para ser promotores está “que les gusta aprender y tienen iniciativa, tienen entre 23 y 35 años y son mita-mita hombres y mujeres. Hay promotores que son también maestros y otros sólo promotores de salud. Trabajan de 7-8 a.m. a 4-5 p.m. Los mayores problemas son cuando hay epidemias o enfermos graves”.

“Una experiencia positiva fue cuando los promotores avanzados siguieron un laboratorio vivencial de reeducación y remotivación, insistiendo en la necesidad de trabajar no sólo lo curativo. Uno de los pilares para el éxito del trabajo son los supervisores. Cada uno tiene bajo su responsabilidad cuatro o cinco fincas que las visita semanalmente evaluando el registro de morbilidad, inventariando las medicinas, apoyo y asesoría. El médico asesor visita cada tres meses a cada promotor, vigilando sobre todo la coherencia entre diagnóstico y tratamiento. Se trabaja en medicina preventiva con inmunizaciones, desparasitaciones y educación, medicina curativa y correcciones de medio ambiente” (Díez, 2005).

A estos programas, Lesly Alonso agrega “nutrición y estimulación temprana a través de la educadora, orientación familiar, salud bucal, dos campañas de desparasitación al año y el saneamiento ambiental”



Reflexiones finales

Por largos años, las dificultades para trabajar salud y conocer la cotidianidad en las fincas han sido notables. Muestra de ello son los pocos estudios, que corresponden a AID o investigadores de los EUA y cuyos informes pocas veces se traducen del inglés y ni llegan a ser conocidos en Guatemala. Aquí son vedados y en cambio en las universidades de Austin y otras, están abiertos al público.

La experiencia de promotores en las fincas ligados a la Iglesia o autónomos, ha sido siempre difícil, pues se está bajo sospecha de ser fuente de concientización y organización sindical. Se les vigila para que sólo se dediquen a las actividades preventivas, de inmunización y curativas.

Los finqueros son conscientes de la necesidad de atención de sus trabajadores, si quieren mantener la producción, por lo que han organizado sus propios servicios de salud, con el reconocimiento económico del promotor y una supervisión para cumplir con los planes previstos.

Bibliografía en orden de consulta

- Cabrera, María Luisa. *Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala*. ASECSA, Guatemala, 1995.
- Díez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. Médicos Sin Fronteras. Guatemala, 1988.
- Taller de SIAS con promotoras y comadronas de Pochuta. Noviembre de 1999.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. Capítulo XIV. Los derechos humanos de la población desarraigada por el enfrentamiento armado. Guatemala, 2001.
- Agrosalud. Informe General de Actividades. Enero-diciembre 2004. 30 Asamblea General Ordinaria. Guatemala, junio 2005.

Entre las experiencias de promotoras de salud en las áreas precarias de la capital, hemos destacado dos de ellas. La primera pertenece a una organización de base, la Fundación Esfuerzo y Prosperidad



PROMOTORAS DE SALUD EN LA CAPITAL

La vida es compartimiento y tenemos más satisfacciones cuando compartimos

Doña Gabriela Zamora Rodríguez: Doña Gabi

Nací en la capital, en la Avenida Elena, en zona 1; el 27 de febrero de 1937.

Antes de entrar a ser Representante del Programa Integral de Salud *–reproinsa–*, yo trabajaba por mi cuenta, como “guajera”, recogía la comida del basurero para dar de comer a los marranos y gallinas que criábamos.

Cuando se me murió el hombre y no tenía quien me ayudara, cambié de trabajo y pasé a recoger chatarra, pues las cosas pesadas eran lo que más centavitos me daban. A veces se recogían libros, aluminio, cobre y otras cositas. De donde yo vivía, caminaba jalando carreta como unas 20 cuadas..

Vivo en las barrancas y una nunca sabe si está seguro. Sólo Dios sabe.

Yo trabajaba en drenajes de nuestra colonia cuando aparecieron varias mujeres de diferentes organizaciones para invitarnos a trabajar en salud. Se apuntaron un montón pero no se presentaron en el día convenido; yo estaba zanjeando y era un lodazal, pues era tiempo de lluvias, cuando vinieron las doctoras y las trabajadoras sociales, ellas platicaron con la gente pero la gente como que era con su espalda y yo al verlas tan afligidas, ay Dios, por educación yo voy a ir. Y así fue como enrolé. Era voluntaria para cubrir la Joya 5 en La Verbena, zona 7 de la capital.

Ser responsable del programa integral de salud, *reproinsa*, me ha reportado bastante conocimientos, pues tenemos capacitaciones de toda clase. Entré con 6° grado y luego de *reproinsa* pasé a la farmacia y ahorita soy reproinsa capacitadora, *recap*, y también promotora jurídica. La gente me cuenta sus casos, les doy consejería en leyes y colaboramos con el Bufete Jurídico Popular de la Universidad de San Carlos.

Cuando principiamos, no teníamos un lugar donde estudiar. Era un saloncito de la Iglesia Católica, que en ese tiempo era pura covacha, de techo bajito que cuando pegaba el sol a mí me hacía bajar los ojos. Yo seguía atenta las capacitaciones pero las capacitadoras podían pensar que yo estaba dormida. Luego pasamos a dar los cursos en la escalinata de la capilla. Igual, cuando nos daba el sol a mí se me caían los párpados pero si me preguntaban algo, siempre podía responder, lo que demostraba que no estaba dormida.

Nunca he tenido tiempo para nada, pensando en las cosas de la casa, pero siempre encontré tiempo para los trabajos de *reproinsa*. A mí no se me quita la costumbre de trabajar.

Tuve seis hijos pero me viven sólo tres. Tengo nueve nietos que viven con sus padres y una de mis hijas vive cerquita, pero eso sí, cada quién en su casa.





que a sus promotoras denomina Representantes del Programa Integral de Salud, popularmente conocidas como *reproinsas* y la otra es la experiencia de la Fundación Esperanza y Fraternidad, una ONG ecuménica.

Las áreas precarias: los asentamientos.

En “Una experiencia de participación comunitaria en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala” (1994) de la que son autores Espinosa e Hidalgo, se relata la historia de un asentamiento histórico El Mezquital.

En marzo de 1984, unas 10,000 personas ocuparon un terreno baldío en el sur de la ciudad de Guatemala, frente a la colonia Villalobos. Fueron expulsadas por las fuerzas de seguridad y la población se desplazó hacia los barrancos situados en las inmediaciones de la colonia El Mezquital, ubicándose en unos terrenos antes rechazados por la organización estatal Banco Nacional de la Vivienda, BANVI, porque representaban un alto riesgo habitacional, pero no fue obstáculo para que al cabo de cuatro meses, 45,000 personas habitaran en el lugar. En una extensión de doce hectáreas se creó el asentamiento de El Mezquital que comprende: El Éxodo, Monte de los Olivos, Tres Banderas, El Esfuerzo y La Esperanza.

La ausencia de servicios tuvo efectos alarmantes en la salud de la población infantil, estimándose una tasa de mortalidad infantil entre 100-150 defunciones por 1,000 nacidos vivos. Para hacer frente a las dificultades, los pobladores se organizaron en comités locales que centraron su atención en dos problemas: tierra/vivienda y salud. La movilización de los pobladores se difundió en los medios de comunicación y las autoridades gubernamentales solicitaron la colaboración de diferentes organizaciones nacionales e internacionales.

Es así como en 1985, llegan las primeras ayudas externas. El carácter poco participativo y no coordinado de las primeras ayudas, así como el “asistencialismo y clientelismo” que predominó en las acciones, generó la desconfianza de los pobladores, quienes calificaron la cooperación de “oportunismo”.

Ese mismo año, UNICEF identificaba como áreas prioritarias El Mezquital, Plaza de toros, Incienso, Nueva Chinautla y La Línea del ferrocarril.

Si en 1986, existían en la capital y área metropolitana 130 asentamientos precarios, con una población aproximada de 450,000 personas, al finalizar 1991 eran 230 asentamientos con 750,000 habitantes.

La Asociación de Asentamientos Unidos, organización local que unía a los cinco asentamientos de El Mezquital tenía como prioridad la obtención de títulos de propiedad, pero la necesidad de servicios llevó a la conformación de comités de salud, que estarían conformadas por voluntarios y que finalmente quedaron constituidos sólo por mujeres. A través de ellas se perseguía resolver principalmente acciones preventivas de educación y salud. Así surge el Programa Integrado de Salud –PIS–, con el objetivo de mejorar el estado de salud y bienestar de la población de El Mezquital, a través de ampliar los servicios de salud con una activa participación comunitaria.

El PIS fue concebido como un proceso de enseñanza-aprendizaje y se convirtió en una alternativa diferente de trabajo local en las áreas precarias urbanas de la ciudad de



Guatemala. Las voluntarias del PIS se denominaron “Representantes del Programa Integrado de Salud”, “reproinsas” y produjo cambios a nivel personal en la mujer pobladora, especialmente en las reproinsas, creó ambientes de reflexión local, aumentos en las coberturas de vacunación y disminución de la prevalencia de enfermedad diarreica y disminución en las tasas de mortalidad infantil.

El equipo técnico se integró con personal de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF–: un médico, una trabajadora social, un auxiliar de enfermería y un promotor social, por Médicos Sin Fronteras-Francia, una enfermera profesional y por el Ministerio de Salud, un inspector de saneamiento ambiental.

Para el manejo administrativo de los proyectos sociales y de los recursos financieros, las reproinsas organizaron en 1989 la Fundación Esfuerzo y Prosperidad –FUNDAESPRO–, legalizada en 1990 y que para 1991 trabajaba en 47 asentamientos y colonias.

Para doña Gabi (2005), “este movimiento de reproinsas inició en el Mezquital, por la alta mortalidad de niños por tifoidea. Para todo ese gentío sólo tenían un doctor y una enfermera y fueron a pedir al Ministro de Salud”.

Otras organizaciones que han desarrollado importantes esfuerzos son la Fundación Esperanza y Fraternidad –ESFRA–, presente desde 1978 en las áreas precarias de la capital y Médicos Sin Frontera, desde finales de los 80.

Analizaremos primero la experiencia de FUNDAESPRO, como organización de base, y de la Fundación Esperanza y Fraternidad, en el perfil de ONG.

Se denomina *colonia* al grupo habitacional que legalizó la propiedad de la tierra y asentamiento a quienes ocuparon ilegalmente la tierra y están en fase de legalización.

Fundación Esfuerzo y Prosperidad –FUNDAESPRO–

Al entrar en la oficina de FUNDAESPRO, una casita en la zona 1 de la capital, “un milagro, un sueño” para doña Magdalena, “aunque cuesta sostenerla por los costes de la luz, que cobran demasiado”, un papelógrafo en una de las salas recuerda que el “objetivo es generar procesos de desarrollo integral plenamente participativos... como parte de la sociedad civil que transforma con sus acciones las condiciones de vida de los pobladores. La misión es fortalecer las capacidades organizativas y de participación y que a través de proyectos autogestionarios se genere un proceso de desarrollo humano de calidad. La visión es reconocer la capacidad de los pobladores como sujetos”.

Para doña Magdalena García, con 19 años de reproinsa y actual administradora, “FUNDAESPRO es la organización de las oportunidades, una organización de base, vital. El trabajo abarca 65 colonias de la capital y su región metropolitana, que se agrupan en 17 áreas: TOCAFO (Plaza de toros, Carmen y Forestal), Santa Fe, Mezquital. Villalobos I y II, Chinautla urbana, Chinautla rural I y II, Verbena, Champas, Tierra Nueva II, Cerro Gordo y Loma Blanca, Lomas de Santa Faz, Oralía, Candelaria, Esquipulas, Esfuerzo y Ceiba, Justo Rufino Barrios con Guajitos”.

Gladis Flores, 16 años de reproinsa y actual secretaria ejecutiva y Magdalena explican que “el trabajo se organiza por áreas y sectores con un Consejo General de Dirección y un equipo de asesoría. Y una vez al año es la asamblea general de reproinsas. En la oficina de la zona 1, se reúne dos veces al mes el Consejo General de Dirección –CGD–, formado por una coordinadora general de cada área, la representante legal y muchas veces la administradora. Se presentan los informes, las propuestas y nos ponemos de acuerdo con la vitamina A, desparasitación, vacunaciones, etcétera. Y la coordinadora de área se reúne dos veces al mes con la coordinadora





de salud de su área”.

Cada área, que puede corresponder a uno o varios asentamientos, tiene dos representantes en el Consejo y son elegidas para periodos de dos años con opción de otros dos de prórroga. Entre todas las áreas se elige a la secretaria ejecutiva y administradora que no deben ser de las ya elegidas para el Consejo. En sus 16 años de funcionamiento han realizado ocho elecciones en un ejercicio democrático. Hay una coordinadora de salud y su suplente (Espinosa, 2005).

Las reproinsas: selección, capacitaciones y trabajo

El Dr. Lair Espinosa, trabajador clave de UNICEF en la primera década del trabajo de FUNDAESPRO, “el ángel” de las reproinsas históricas, relata que “un grupo de familias elige a quién les representa, se capacita y les devuelve el conocimiento. La mayoría fueron electas, 15-20% no fueron elegidas, pero ellas pedían trabajar en ello. Para ser reproinsa debían tener hijos, aunque tuvieran 16-17 años, sino *no podían enseñar*. Empezamos teniendo algunos criterios, pero al final fueron elegidas por la gente con sus propios criterios, echaron los criterios a la... y eligieron algunas analfabetas y que nosotros viéramos como les enseñábamos. Sus sueños eran curativos, ser enfermeras de hospital...” (Espinosa, 2005).

“Después de un proceso de capacitación eran reconocidas como Representantes del Programa Integrado de Salud, *reproinsas*. Cada reproinsa se hacía cargo de 45-50 familias. El 65% de ellas tenían una edad comprendida entre los 35-50 años y el 81% se desempeñaba como ama de casa. El 54% había cursado los tres primeros grados de primaria, el 39% concluido la primaria, el 3% tenían algún grado de secundaria y el 4% analfabetas” (Espinosa e Hidalgo, 1994).

“Para trabajar como reproinsas dos o tres horas, tres días a la semana cuando estaban en las capacitaciones y luego 20 horas semanales. A los tres años baja el número de voluntarias y queda la mitad. La deserción promedio estaba en 50%. Aunque se van, se van con conocimiento. Hubo casos que se fueron a la Costa o Petén y allí siguieron de promotoras. Seguimos en la formación y pensábamos, van a seguir yéndose, pero con la organización crecieron en su identificación y se fueron menos. En otros momentos se fueron más las capacitadas como técnicas pues encontraron trabajo en otras instituciones” (Espinosa, 2005).

“A nosotras nos prepararon para prevenir no para curar. Algunas de nosotras aprendimos a inyectar, a vacunar, pero a título personal, no como FUNDAESPRO. Somos una organización de mujeres de las áreas precarias y nunca vamos a poder trabajar solas, siempre vamos a necesitar de alguien para aprender a trabajar. Se han capacitado en este periodo más de 1,000 reproinsas estando de 300 a 600 activas. La reproinsa es una mujer capacitada que abrió sus ojos y que puede hacer algo más que recibir las órdenes de su esposo. Nadie ha quedado en su casa. Creíamos que no íbamos a sobrevivir por nosotras mismas y lo hemos hecho y más. Algunas de las inactivas, lo son por haberse recibido de auxiliares, peritos contadores y están trabajando en otras instituciones” (Magdalena García, 2005).

Para Omeri de Leiva, enfermera del MSPAS que trabajó por muchos años en áreas precarias: “antes de los años 80, el MSPAS trabajaba con comadronas pero no con otras personas voluntarias. Pero cuando en 1984-85 se inicia el Programa Integral de Salud –PIS– con el apoyo de UNICEF, el Ministerio de Salud, la Coordinadora Interinstitucional de Áreas Precarias –COINAP–, las voluntarias eran 99% mujeres. El trabajo era preventivo y educativo, no se administraban medicamentos salvo el sobre de suero oral. Levantaban censos, identificaban niños... y las capacitaciones pretendían llegar al *autocuidado familiar*. Luego hubo capacitaciones en crecimiento y desarrollo infantil, tuberculosis, prenatal, enfermedades de la piel, etcétera. El trabajo lo desarrollaban sobre todo por las tardes y fines de semana. Pequeños incentivos como café y



champurradas, almuerzos y refacciones, el estipendio para el pasaje estimulaba a las participantes. También los proyectos productivos como la venta social de medicamentos, red de círculos domiciliarios, las manualidades, la alfabetización... pero fue difícil mantener los grupos cuando llegaron varias ONG como Visión Mundial y Plan Internacional que daban apoyos económicos a las voluntarias y muchas se fueron con ellos. Mucho del éxito estaba en las actitudes del personal (institucional) y en las motivaciones de las reproinsas”.

“Las reproinsas más capaces o que disponen de más tiempo se forman como reproinsas capacitadoras, recap. Las recap con metodología de educación popular replican el PIS, formulan un proyecto y buscan fondos para hacerlo realidad. Ha habido dos promociones de recap en *Salud comunitaria* y *VIH Sida*. En 1994 iniciaron el curso 30 promotoras de las que acabaron 25 como recap y siguen 17. En la formación de VIH-Sida tuvo que ver con Médicos Sin Frontera y estas recap hacían de intermediarias entre la comunidad y el hospital. El hospital vio que eran *pilas* y varias fueron contratadas por ellos” (Espinosa, 2005)

Para Doña Gabriela Zamora Rodríguez, “como reproinsa capacitadora preparo las clases para que sean dinámicas, activas, para que la gente esté atenta. Con todo esto he tenido más conocimiento. A Dios gracias tuve unos padres que fueron muy sabios, recogí mucha sabiduría aparte de la primaria. Mis padres no podían darme otras capacitaciones pues no agarraban un lápiz, pero eran muy prácticos, sabían hacer muchas cosas que me han servido, aunque ahorita se hacen diferente”.

“Las líneas de trabajo de la organización son salud, educación, centros infantiles, proyectos sociales como la venta de medicamentos, centros de atención integral, e infraestructura (agua, saneamiento, mejora de espacios...). En la formación, de primero se formaban en atención de la salud y después se especializaban en alfabetización o círculos infantiles, cursos de laboratoristas de las que salieron 25-30 técnicas y también de auxiliares de farmacia” (Espinosa, 2005). “Tenemos compañeras nuestras trabajando en infectología en el hospital Roosevelt y nos dicen que trabajamos con mucha humanidad” (Magda y Gladis).

El Dr. Lair Espinosa, sigue relatando que:

Una reproinsa “descubrió la alfabetización”...y pensó alfabetizar desde su formación de salud. De ahí nació la relación con la Coordinadora Nacional de Alfabetización –CONALFA–. No han surgido envidias entre las reproinsa y “las conalfa” pues a éstas les reconocen Q 350.00 mensuales. Pensamos que hay un reciclaje de autoridades, representantes... y esa rotación ha permitido que continúen. También la variedad de oportunidades: salud, medicamentos, alfabetización, niños, etc., las estimula a cambiar.

Cada área presenta al Consejo sus proyectos y nos encontramos con una gran variedad de éstos, pero el Consejo respeta y apoya sus decisiones pues son sus demandas, no son impuestos sino que son fruto de autodiagnósticos. Esta ha sido una fortaleza que ha facilitado la permanencia de FUNDAESPRO, unidas en la autonomía y el respeto somos más fuertes.

Hay tres representantes en el equipo de proyectos y con ellos se busca la autosostenibilidad y el servicio a la comunidad. Hay proyectos económicos como el de las farmacias, de costura y tienda comunitaria. Si hay financiamiento se da un reconocimiento a las representantes. A final de año, si quedan fondos se decide en asamblea, el ayudar a algunas personas o lo más frecuente hacen un pachangón.

Se organizaron tiendas cooperativas pero no funcionaron. Lo que sí funcionaron son las farmacias comunitarias. La primera farmacia comunitaria fue del 89 y ahorita hay alrededor de 11 con una sala de suministros. Su sostenibilidad ha sido un gran logro.

“Tenemos venta social de medicamentos, pues la gente iba a consulta con los médicos privados





y a los centros de salud y se quedaba con la receta. También convenios con CONALFA, el Instituto para la Superación de la Miseria Urbana –ISMU–, con Hogares Comunitarios para la atención integral de niños menores de seis años, Centros Infantiles. Son proyectos que han nacido de las necesidades y gestiones comunitarias y no son impuestos. Son autosostenibles y autogestionadas localmente en cada área” (Magda y Gladis, 2005).

“Las farmacias de FUNDAESPRO fueron la respuesta que las reproinsas dieron a dos situaciones presentadas, la deserción de algunas voluntarias que, presionadas por necesidades económicas familiares, dejaban el Programa de salud para emplearse en otras actividades que les reportaban algún ingreso y la constante demanda de las familias para que las reproinsas les ayudaran también con medicamentos a bajo costo” (Bravo y cols, 1995).

Motivaciones de las reproinsas

Para el Dr. Lair Espinosa es clave reconocer los antecedentes: “tomar el lugar del asentamiento es un caminito que nos va identificando que quieren cambiar sus vida. De inicio era gente joven, de 20 a 35 años que luego traen a sus papás y abuelos. Era gente *con las pilas cargadas*. El trabajo de salud se inició en el Mezquitla y se extendió a Chinautla y La Verbena”.

Para Gladis, en lo personal, han sido “las motivaciones sociales. Hubo un tiempo que sufrí porque hubo muchos enfermos y me metí a un ministerio de enfermos e íbamos a orar y se morían en mis manos. Todos se me morían. Tenía una amiga que me decía, si me enfermo ¡no me vengas a orar, pues vos los sanás de una vez, todos se mueren! Con la muerte de mi padre, terminaron los muertos, pasé de la oración por los enfermos y los primeros auxilios a capacitarme como reproinsa”. Magdalena aprendió de *un tal Jesús* (título de un libro que le impactó), “Jesucristo es el revolucionario más antiguo, fue un servidor comunitario, era un servidor, era un comunitario y a Dios le gusta la lucha, la lucha constante”.

“Son voluntarias y lo hacen por su gente, pero siempre con la esperanza de ¡ójala algún día me reconozcan y me den una canasta básica! De todos modos siempre hay beneficios que se consiguen a través de los proyectos, beneficios para su sector o su área, como pueden ser láminas, agua entubada, atención en salud. Cuando a las gentes que venían del interior de la República les preguntábamos que ¿si tuvieran oportunidad regresarían al área rural?, la respuesta era ¡no! y seguían siendo medio campesinos en el asentamiento, pues mantenían sus matitas de maíz y hasta su vaquita en el lote. La razón del no regreso al campo era por el acceso a la educación, a mi generación le toca sacrificarse y mi hijo al menos será perito contador y no como yo. Ellos sabían que se estaban hartando de lo que se harta el zope, pero se quedaban por la escolaridad de sus hijos” (Espinosa, 2005).

“*El voluntariado llena el corazón de satisfacciones pero no llena el estómago...* como reproinsas dan su tiempo, están en su casa y cuando les vienen a llamar se desplazan a atender y a veces, una misma es quien tiene que comprar el sobre de suero oral, pues no tienen ni para el sobre, pero como FUNDAESPRO no podemos regalar el medicamento. No sé si se nace, se trae o una lo aprende pero me llena mucho. La participación nos sirve, no sólo para perder el tiempo, sino que nos ayuda sicológicamente, nos ayuda a salir de las cuatro paredes, una cuenta un chiste y nos reímos, otra cuenta una tristeza y lo sentimos. Es una vivencia, una convivencia lo que tenemos aquí dentro” (Magdalena, 2005).

“Las satisfacciones son que la gente le conoce a una, vienen por dolor de cabeza o lo que sea, o las visitas que una hace... *y una se siente grande cuando la gente me reconoce y me toma en cuenta*. Somos reconocidas como representantes de la salud en esa área. Sería triste que la gente no me conociera. Las recap somos voluntarias en nuestra área y pagadas en otras áreas, pues ya



viene siendo como trabajo” (Gabriela Zamora, 2005).

“Cuando se graduaban como reproinsas, hacían una clausura majestuosa que incluía misa, invitaban a sus familiares... La mayoría no había tenido posibilidades de graduarse en la escuela, estaban en tercero o cuarto de primaria y ahorita tenían un papelito que decía fulanita de tal y lo firmaba una autoridad. Lo ponían en un cuadrito, en el altar familiar junto a los santos. Era la única vez que yo ví a toda la familia junta, los hijos con la ropa limpia, en un 80% los esposos les acompañaban reconociendo que su mujer podía hacer y ser otra cosa, no sólo lavar ropa y parir. Algunas mujeres se hacían hasta su anillo de graduación. No eran nadie y ahorita las miraban de otra manera y decían: *aunque sea esto, es un ejemplo para mis hijos, a pesar de que lavo ropa, plancho, aquí tengo mi diploma. Si yo he llegado hasta aquí, mis hijos tienen que llegar más lejos*. Todo esto mejoraba la autoestima de las mujeres” (Espinosa, 2005)

Cambios en la vida de las mujeres

Para Lair Espinosa, el primer obstáculo que encontraron las mujeres fueron sus maridos.

El 50% de las renunciadas de reproinsas fueron por la presión de maridos e hijos, “estás aprendiendooo, ¡si querés vas, pero no hay más tortillas por eso. Estás perdiendo el tiempo!” y los nuevos conocimientos no fueron del agrado de algunos maridos,”eso de que mi mujer sepa más que yo”, y peor cuando en temas de sexualidad contrariaban al marido “eso no es así”, resultaban con el “mejor ya no le digo nada a mi marido”. Las mujeres mejoraron su autoestima, las enfermedades de los niños la veían más conjuntamente pero no cambiaron los roles sexuales ni el trabajo doméstico.

En el trabajo inicial de salud, hubo varios hombres, pero rápido fue identificado como trabajo de mujeres y éstas acabaron con el “mejor lo hacemos solas”. Las juntas directivas de las organizaciones comunitarias, eran mayoritariamente hombres y preocupados de la infraestructura de los asentamientos, cuando las reproinsas se acercaron a ellos para el apoyo jurídico, éstos temieron la feminización de las organizaciones y todas las juntas directivas las rechazaron. La respuesta fue “prestar la personaría jurídica, es cosa seria, esto es cosa de hombres. ¿Usted prestaría su cédula?”. Ésto las llevó a formar FUNDAESPRO. El diálogo en la ciudad, en las familias, es confrontativo. También hubo un tiempo de conflicto con las farmacias privadas y con los centros de salud, las desacreditaban porque siendo mujeres analfabetas ¿qué iban a poder hacer? Ésto también las llevó a que se las reconociera como FUNDAESPRO.

Para Magdalena García, “FUNDAESPRO me dio la oportunidad de pensar de otra manera de ser mujer, no sólo ama de casa sino romper ese círculo y abrirme al cambio, que tenemos los mismos derechos que los hombres, trabajar en la comunidad y ser reconocida en mi trabajo. Siento un gran avance en lo que es mi vida, me siento útil”. Para Magda y Gladis “a veces piensa una que sólo con título puede hacer las cosas y nosotras hemos visto que no, que nosotras también podemos hacer. *La reproinsa es una mujer capacitada que abrió sus ojos y que puede hacer algo más que recibir las órdenes de su esposo*. Nadie ha quedado en su casa”.

Sigue el Dr. Lair Espinosa con su relato:

En la Asociación para el Avances de las Ciencias Sociales de Guatemala –AVANCSO–, se quiso evaluar qué tanto esta experiencia organizativa había cambiado la vida de las mujeres y les preguntamos qué soñaban. La mayoría habían soñado ser enfermeras, trabajar en un hospital y este proyecto les dio la posibilidad de acercarse al trabajo de salud, primero como reproinsas y después, algunas dieron el salto a auxiliares de





enfermería y algunas están trabajando en el hospital Roosevelt.

Entre las dificultades está que no ha logrado resolverse que las mujeres líderes regresen a la base. Sienten que pueden seguir desarrollándose de otro modo sin tener que regresar a lo inicial y algunas expresan “tengo nivel para otras cosas”, y otras que toparon en su desarrollo, su liderazgo lo han llevado a las congregaciones religiosas.

Por la inseguridad con la que se vive en las colonias, algunas reproinsas que estuvieron organizadas políticamente en los 80 se lamentan de ¡cómo es posible que sus familias logran sobrevivir la guerra y ahorita las maras estén matando a sus hijos!. Ante las amenazas y asesinatos, varias han optado por irse a los departamentos u a otras colonias, y es que “aquellos muchachitos, ahorita son huesos!.

Relaciones con el Ministerio de Salud

“El programa nace fuera del Ministerio de Salud y de la universidad... pero las mujeres querían el reconocimiento de las autoridades del MSPAS y no sólo de la comunidad. Era importante para que en los centros y hospitales recibieran a los pacientes. Si eran invasores no los recibían en el hospital Roosevelt, y con la firma de las reproinsas ya los recibían sin tener que mentir que eran de otro asentamiento. Así, pues, se hizo coordinación con MSPAS, USAC... “(Espinosa, 2005)

Para Magda y Gladis:

Cuando el MSPAS nos propuso integrarnos en el SIAS, nos dimos cuenta de que las reproinsas estamos capacitadas en teoría y práctica y no de seis meses sino de dos años y medio. El MSPAS daba sus charlas y las participantes recibían Q 50.00. Somos conscientes del trabajo que hacemos y de la necesidad que hay, pues la hemos sentido, es difícil orientar si no se ha vivido esa experiencia. El SIAS es menos de lo que nosotras desarrollábamos y no había responsabilidad, no se respondía a las necesidades de la gente. Planteamos que trabajábamos para nuestras comunidades de manera voluntaria pero al MSPAS le pedíamos Q 350.00 por reproinsa y además que se trabajara el PIS. Se habló con todas las compañeras y dijimos: por 50 quetzales nos van a pedir esto y lo otro y después al no haber dinero nos vamos a desintegrar, mejor no nos integramos al SIAS. Así que decidimos que como FUNDAESPRO no, pero cada reproinsa es libre de elegir.

En FUNDAESPRO nunca nos dijeron vamos a hacer esto o lo otro. Nosotras hicimos un autodiagnóstico y vimos dónde estaba la necesidad más fuerte. Yo me siento responsable de dar a las compañeras las oportunidades que yo tuvo y enseñarles lo que yo aprendí. Las recaps fueron un tiempo pagadas por el MSPAS pues saben vacunar, pero al rato les ofrecieron hacerse cargo de las vacunaciones. El MSPAS está tratando de dejar la tarea a la comunidad pero sabemos que ellos son los responsables de educación y salud, es el Estado.

A la gente del MSPAS no le gusta salir de las cuatro paredes y el trabajo comunitario lo hacen las vigilantes de salud y participando en las coordinadoras interinstitucionales podemos incidir, hacer demandas y propuestas.

Sistematizando la experiencia de FUNDAESPRO

El estudio de Espinosa e Hidalgo (1994), “caracteriza el desarrollo del trabajo y organización en tres momentos a los que se denominó, al primero, de Activismo, al segundo, de Participación y al tercero, de Independencia”:

Los elementos valorados como dinamizadores desde la perspectiva de las reproinsas



fueron en el primer momento la coordinación local, la actitud de trabajo en equipo, los beneficios directos a los pobladores y el hecho de tomar en cuenta las necesidades sentidas. En el segundo momento los beneficios directos como el agua, caminos, infraestructura local, mejora de viviendas... y en el tercer momento, los mayores conocimientos de salud y de la realidad de las áreas precarias, de autocuidado familiar, autogestión y coordinación local.

Desde la perspectiva de los técnicos fueron aspectos favorecedores, el apoyo financiero y técnico de las instituciones, la credibilidad de los técnicos e instituciones por los pobladores y la coordinación horizontal. En un segundo momento, la implementación de proyectos económicos y productivos y la extensión del programa a otras áreas precarias de la ciudad capital.

En todas las etapas, reproinsas y técnicos coincidían que fueron elementos dinamizadores, el respeto mutuo, las oportunidades de participación activa, el deseo de autoaprendizaje y el reconocimiento de la existencia de limitaciones en conocimientos y experiencias,...

Como elementos obstaculizadores, desde la perspectiva de las reproinsas, en el primer momento fueron los constantes cambios de técnicos a nivel local, el prolongado tiempo de capacitaciones, la heterogeneidad de conocimientos, algunas prácticas y actitudes de los técnicos hacia el trabajo comunitario, la dependencia financiera hacia instituciones externas de apoyo y la poca receptividad de algunos técnicos a la crítica y reconocimiento de sus limitaciones. En el segundo momento, las dificultades de los técnicos para convertirse en facilitadores de procesos locales comunitarios y en tercer momento, estuvieron en la falta de sistematización del programa, el escaso reconocimiento de los técnicos, de sus limitaciones y de sus actitudes hacia las prácticas comunitarias.

Para los técnicos, los elementos obstaculizadores del primer momento fueron la poca participación de los pobladores de forma voluntaria, las diferencias institucionales sobre la autoría del PIS, la no aceptación de algunos líderes comunales en los sectores, el poco respeto de algunas instituciones para la planificación de actividades, el mal uso de la coordinación, la poca participación en los equipos locales de algunos técnicos. En el segundo momento, la retirada de personas capacitadas a nivel comunitario como institucional, la poca credibilidad que tenía el PIS para algunos pobladores e instituciones externas, los intereses personales no acordes con los comunitarios, la escasa claridad institucional para la consolidación de procesos locales y la falta de una institución formal y legalizada a nivel comunitario. En el tercer momento, su capacitación inadecuada, la deserción de personal comunitario capacitado, la poca asesoría técnica hacia los equipos locales para la elaboración de proyectos,...

Todas y todos identificaron como obstáculo el poco apoyo administrativo a nivel local que provocó errores de comunicación y coordinación de acciones, la extrema pobreza y la falta de políticas gubernamentales hacia las áreas precarias.

Como resultados generales para los técnicos, las reproinsas desbordaron las funciones del voluntariado en salud y crearon las condiciones para tener capacidad de decisión a nivel local, buscaron opciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de los pobladores en las áreas precarias, y para las reproinsas, “nos cansamos de sólo vacunar y dar vitamina A y que los niños se sigan muriendo y enfermando. Eso es porque nuestra comunidad no ha cambiado casi nada, sigue igual, sin agua potable, con callejones de tierra, sin viviendas adecuadas sobre todo la gente sigue sin trabajo, no hay, pues, dinero para comer... tenemos que cambiar esto para no morirnos, concluyendo que





“hemos tomado una nueva conciencia de lo que somos, de lo que valemos y lo que somos capaces de alcanzar de forma organizada.... Ahora podemos soñar porque sabemos que esos sueños los podemos convertir en realidad... Y hablando de sueños ¿qué pasaría si trabajáramos para ir conquistando el poder en otros terrenos de nuestra vida y comunidad, la vivienda, el agua potable, el comercio, las fábricas,...

El Dr. Espinosa asegura que “en el tiempo que hubo estas oportunidades, de salir de su casa, a pesar de que pelearon con sus maridos, a pesar de los pesares, las reproinsas lo harían de nuevo”.

Fundación Ecuménica Guatemalteca Esperanza y Fraternidad –ESFRA–

La Fundación Esperanza y Fraternidad, surge de un grupo ecuménico, a raíz del terremoto de 1976 y obtuvo su personería jurídica por 1978. Olga Cerritos, la directora, nos apunta que han venido realizando acciones de salud en todas las áreas precarias donde han acompañado procesos. La primera experiencia en salud fue a partir de 1980, en la Colonia Sakerti zona 7, contándose con el “Centro de Mejoras de la Calidad de Vida” el que incluía la formación de promotoras de salud, atención materno infantil, atención clínica, formación y laboratorio clínico, este último en coordinación con la Facultad de Química y Farmacia de la USAC.

Las promotoras de salud formadas, realizaban educación en salud en las manzanas, referencia de personas a la clínica o centro de salud y la “canalización” que se trabajaba ligada al centro de salud del MSPAS ubicado en la Colonia Bethania, zona 7. Las promotoras de salud fueron reconocidas por el MSPAS y fue una época de mucha movilización, pues simultáneamente a estas acciones ESFRA venía apoyando la construcción de viviendas y la dotación de drenajes. Al retirarnos de Sakerti, la mayoría de promotoras de salud continuaron realizando acciones comunitarias en el campo de la salud y organización, otras continuaron su formación en enfermería.

Francis Soza, una de las responsables del trabajo con promotoras de salud, relata:

“Cuando ESFRA iniciaba el acompañamiento en nuevas áreas precarias, lo planteaba en forma integral, pues las necesidades eran diversas: de servicios, de capacitación, de organización. En ese período la atención por parte de las instituciones públicas era casi nula, por lo tanto ESFRA, respondiendo a la demanda de las asociaciones o comités de vecinos, hizo la gestión y logró el financiamiento. Se inició un trabajo intensivo en Tierra Nueva II, Chinautla; Champas, Comunal y Cerritos (cerca de Paraíso II), zona 18; en varios cantones de Canalitos y en la zona 17 (ahora zona 24); en Nuevo Amanecer zona 21 y San José El Manzano. Se desarrollaron programas de organización comunitaria para la autogestión de su desarrollo, capacitación técnico laboral a mujeres (corte y confección, cocina y repostería, manualidades), el programa de salud y medio ambiente, el cual incluyó saneamiento básico (drenaje sanitario, manejo de desechos sólidos, letrinas aboneras, estufas mejoradas, manejo ecológico de áreas de riesgo), el proyecto de nutrición materno infantil (educación nutricional, vigilancia del crecimiento y alimentación complementaria) y capacitación a promotoras de salud con énfasis en medicina natural. Paralelo a estos programas, también se formaba a los grupos en derechos humanos y género”.

El Programa de Salud, con la formación de promotoras de salud con énfasis en medicina natural, se inició en el año 1989 en Tierra Nueva I y II, Chinautla y en esto jugó un papel fundamental un trabajador de la salud excepcional, el Sr. Isabel López Valey, “don Chabelo” como le dicen las promotoras de salud, un maya-achí de Rabinal, Baja Verapaz. En este período especialmente en Tierra Nueva II, no existía un servicio de salud, las familias estaban recién asentadas, los



medicamentos de farmacia no eran accesibles a todas las familias y para apoyar se formaron personas para motivar a las familias a revalorizar el uso de las plantas medicinales en la atención de su salud. Este proyecto luego se extendió a Canalitos, Champas, San José El Manzano y Nuevo Amanecer.

En el 1996-2000 se continuó fortaleciendo su capacitación y se desarrolló paralelamente lo que llamamos el “Plan de proyección Comunitaria”, que contemplaba acciones de las promotoras de salud con las familias (vigilancia de crecimiento de niños y niñas, orientaciones a familias sobre uso de plantas medicinales) en uso y mantenimiento de drenajes (Champas y Comunal), uso de filtros de agua, letrinas aboneras, LASF y estufas mejoradas, atención a botiquines comunitarios de plantas medicinales con productos elaborados por las mismas promotoras de salud. Cada promotora tenía de 20-30 familias. El trabajo era más preventivo, sin embargo ellas pensaban en lo curativo, pues las familias demandaban o pedían consejo cuando estaban enfermas, por ello, en las reuniones de capacitación y seguimiento manifestaban su interés en “aprender a inyectar”, “poner suero” y “suturar”, esto último en comunidades donde no había centro de salud o eran lejanos.

Este plan que comprendía visitas domiciliarias y jornadas mensuales, tuvo sus mejores resultados cuando a cada promotora de salud se le proporcionó un incentivo mensual en especias (incaparina, arroz, frijol, aceite) con un costo de Q100.00, sin embargo no tuvo continuidad, pues muchas mujeres salieron a trabajar fuera del hogar (limpieza de casas, lavado de ropa y planchado), otras por la atención a su familia y que finalmente no se mantuvo el incentivo.

Las causas de deserción durante su formación fueron principalmente por trabajo fuera del hogar, lo que no les permitía asistir a las reuniones de seguimiento y en algunos casos, por la falta de apoyo de los esposos. Dos hombres iniciaron su formación como promotores de salud, pero lo dejaron cuando consiguieron trabajo, que siempre era fuera de la comunidad y ello dificultaba su participación.

“El lema del programa era *formarse para dar*, sin embargo muchas promotoras preferían formarse para trabajar en aquello que podía generarles ingresos como la elaboración en forma individual o grupal de productos medicinales a base de plantas (balsámicos, tinturas, plantas para infusiones) y productos cosméticos (shampoos, cremas). Pero siempre hay promotoras de salud que pese a su situación económica tienen ese don de servicio y continúan visitando a las familias o atendiendo enfermos, acompañando a pacientes al hospital, aunque la mayoría se desempeñan más cuidando la salud de sus hijos y atendiendo cuando las familias las demandan. También participan en acciones puntuales que los Centros de Salud del MSPAS realizan en el área como Jornadas de vacunación o Jornadas antidengue” (Soza, 2005).

También es de resaltar que en comunidades donde ESFRA ya no tiene la misma presencia, muchas promotoras de salud formadas continúan participando en acciones en beneficio a su comunidad con una visión integral, son líderes comunitarios que están motivando la participación comunitaria.

En el análisis de la experiencia de promotoras de salud (ESFRA, 1999-2000), al evaluar el uso de los nuevos conocimientos, las promotoras refirieron “haber combinado las plantas medicinales y la medicina química, pues las madres querían un efecto más rápido. Entre las limitaciones estaban que las madres buscaban apoyo cuando la enfermedad estaba avanzada, que muchas madres querían que fuera la promotora quién preparara los medicamentos naturales y que en el área urbana hay menor disponibilidad de plantas lo que limita las posibilidades de uso”.

“En el 2001, iniciamos el trabajo con 1,800 familias de Nuevo Amanecer, en zona 21, en el proyecto *Asentamiento Urbano Saludable*. Lo que más motivaba a las promotoras eran los nuevos conocimientos, llegando más promotoras cuando los temas eran nuevos, además de por *sentir la*





solidaridad del grupo. La mayoría coincidía en que estaban capacitándose porque les gustaba ayudar a los demás, por amor al prójimo y habían encontrado fuerza para sobreponerse a las adversidades a través de la oración y práctica espiritual. La prioridad de las mujeres era satisfacer sus necesidades básicas, servir a su familia, pero encontraban tiempo para dedicarlo a la salud de la comunidad. Expresaban haber sentido el deseo espontáneo de ayudar a sus vecinas y a su comunidad, como una vocación de servicio. Les gustaba la apertura, la metodología participativa, la relación horizontal de nosotras para con las promotoras y *ser tomadas en cuenta*” (Soza, 2005).

Entre ESFRA, FUNDAESPRO y otras organizaciones ha habido intercambios, pero en general no coinciden, pues trabajan en diferentes asentamientos. Por otro lado, mientras ESFRA se ha especializado en medicina natural, FUNDAESPRO ha desarrollado más la venta social de medicamentos esenciales. Ambas organizaciones, conformadas prácticamente por sólo mujeres han hecho del eje de salud en los asentamientos, medio y fin en el desarrollo de las mujeres.

“Dormí y soñé que la vida era felicidad. Desperté y vi que la vida era servicio.
Serví y descubrí que en el servicio se encuentra la felicidad” (Rabindranath Tagore).
(Cartel en la oficina de FUNDAESPRO)

Bibliografía en orden de consulta

- Espinosa, Lair. Hidalgo, Edgar. *Una experiencia de participación comunitaria en las áreas precarias de la ciudad de Guatemala*. REPROINSA, UNICEF, Guatemala, 1994.
- Bravo, Mario Alfonso. Espinosa, Lair. López Rivera, Oscar. *La farmacia comunitaria. Una experiencia autogestionaria en áreas precarias*. REPROINSA, UNICEF, Guatemala, 1995.
- ESFRA. *Experiencias de promotoras de salud en acciones de APS, como parte de su proyección comunitaria en tres comunidades de Guatemala, 1999-2000*. Mimeografiado. Guatemala, s/f.



**REFLEXIÓN SOBRE LAS DIFERENTES EXPERIENCIAS Y
APORTES DE LAS PROMOTORAS Y PROMOTORES**



¿De qué otra manera caracterizarías las generaciones de promotores y épocas históricas vividas en Guatemala desde los años 60?

¿De qué dependen las grandes variaciones en las funciones de los promotores? ¿Qué tanto se debe al contexto local, a los profesionales, promotores de salud o las y los comunitarios?

¿Qué hay detrás del común “agravio comparativo”, en los varios relatos?

¿Cómo se establecen las relaciones de poder y discurso entre promotores e instituciones?

¿Qué semejanzas y diferencias presentan los promotores y promotoras de salud del área rural y las promotoras de las áreas precarias de la capital?



Experiencias asociativas de Promotores de salud

Que nos tomen en cuenta. Que nos reconozcan.

Pablo Vicente

Soy k'iche', originario de Momostenango, Totonicapán y vivo en Manos Unidas, cooperativa de Sayaxché, que fue fundada en 1966.

En el 1972, la comunicación era por el río y era Fomento y Desarrollo Económico de Petén – FYDEP– quién veía por el desarrollo de las comunidades y estaban en Santa Elena.

En aquel tiempo, un enfermero nos visitaba una vez al mes. Había curanderos, pero mucha gente desconfiaba de ellos. También había un Comité de Servicios de los Amigos que venían de los EUA y llegaban a las comunidades. Ellos fueron quienes siendo patojo, me llevaron a capacitar en salud. Así pues soy promotor desde 1972. Me preparé y logramos varios proyectos. Luego con ayuda de otros amigos hemos formado promotores en otras comunidades.

Cuando llegamos a estas tierras, llegamos como Moisés a una Tierra Prometida. Pero salimos del altiplano, frío y sin plagas, y llegamos a Petén, al calor y las plagas, donde fue muy duro. Sobrevivimos todos unidos para superar la situación y salimos para adelante.

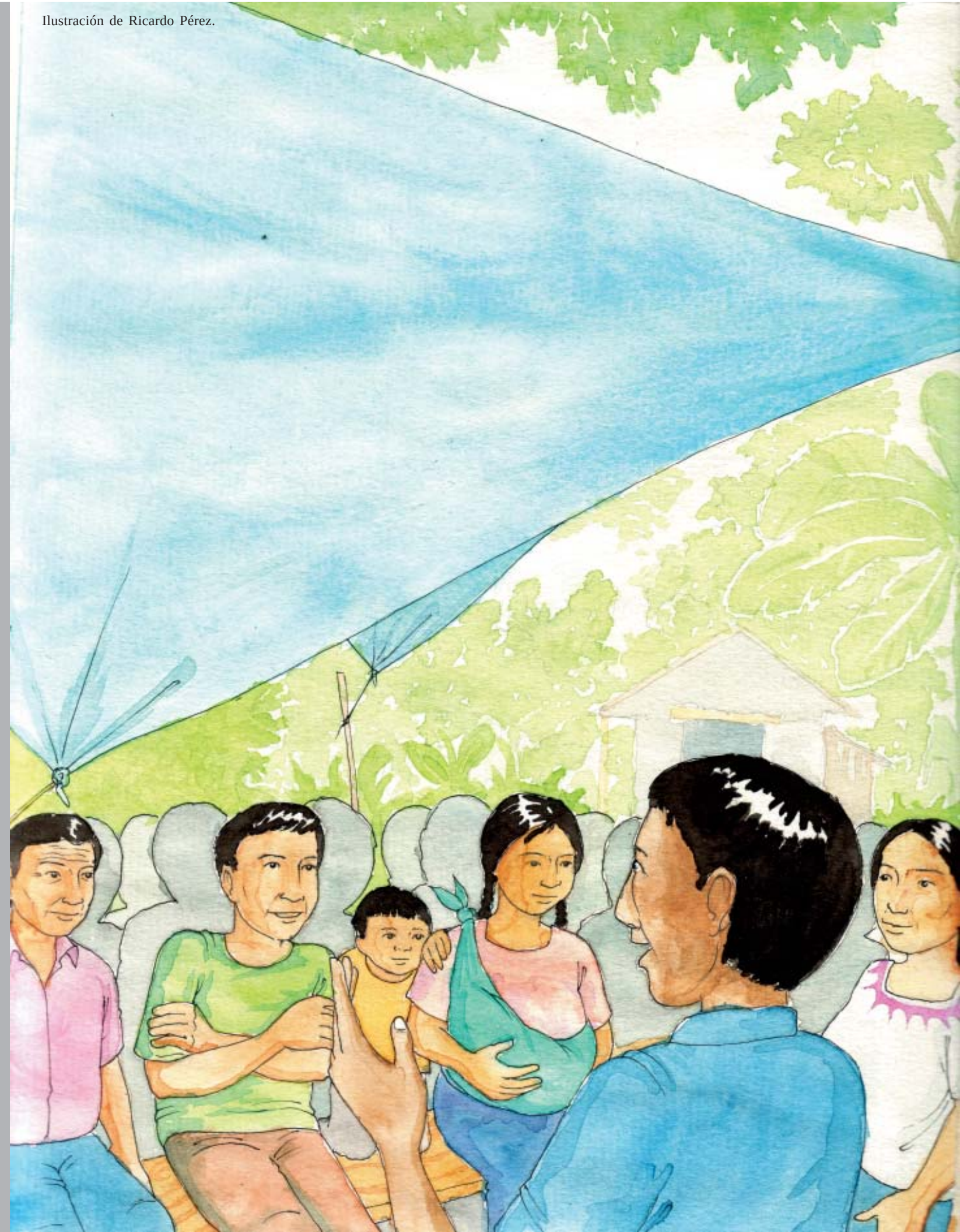
Sobrevivimos a las masacres, y una se logró evitar gracias al sacerdote. Fue un milagro de Dios.

Ahorita tengo seis hijos y cinco nietos. Estoy en la Muni y sigo en el rol de coordinador del Programa de Salud de Manos Unidas. También este año estoy de presidente de la Asociación de Promotores y Comadronas de Salud de Petén –APROSACOP.



EL PRESENTE QUE ES

Ilustración de Ricardo Pérez.





La figura del promotor va ligada al quehacer sanitario local, pero también a la organización comunitaria y a través de las capacitaciones y Programas de Salud, a los procesos organizativos más amplios, de carácter microregional, municipal, departamental, diocesano o nacional, y cuyas prioridades siempre han sido atender las necesidades de salud de la población no cubierta por las insuficiencias del Ministerio de Salud, el desarrollo comunitario y tomar conciencia de la realidad nacional, además de ser un espacio social de autoayuda ente promotores, en ausencia de acompañamiento y monitoreo institucional.

Las experiencias asociativas de los promotores de salud han sido múltiples y sería imposible recogerlas todas, por ello, se hizo una selección que muestra las expectativas, los procesos, las reivindicaciones, las facilidades y obstáculos que han afrontado. Las cinco experiencias son: La Asociación de Guatemaltecos Unidos para mejorar la salud –AGRUMS– (1988-1997) como experiencia de promotores en el refugio y retorno; la Asociación Comunitaria de Salud del Municipio del Ixcán –ACSMI– (1993-2005); la Asociación de Promotores de salud y Comadronas de Petén –APROSACOP– (1998-2005); la Asamblea de Promotores de Chimaltenango (1998) y el Movimiento Nacional de Promotores de Salud –y comadronas– (1983-2005).

Experiencias asociativas de promotores en áreas de colonización y refugio

Petén e Ixcán son un departamento y un municipio del departamento de Quiché, respectivamente, que fueron abiertos a la colonización; Petén en los años 50 y el Ixcán en los 60, cuando eran “puritita selva” que encubría decenas de ciudades mayas. Las nuevas comunidades se formaron con personas mayoritariamente jóvenes, con grandes deseos de luchar por salir de la pobreza y tener por fin su tierra. Eran procedentes en su mayoría del Oriente y Alta Verapaz los emigrados a Petén, y del Altiplano y Alta Verapaz los que poblaron el Ixcán.

Ambas regiones, compartieron en los años 70, importantes experiencias cooperativas, religiosas y políticas. En los 80, fueron “tierra arrasada” con decenas de comunidades masacradas y miles de refugiados. El trabajo de salud en México como refugiados llevó a conformar dos asociaciones: AGRUMS y la Asociación de Promotores de salud y Desarrollo Comunitario –APSADECO–, de las cuales el presente estudio sólo ha podido recabar información sobre la primera.

En la década de los 90, el trabajo de salud en el Ixcán y Petén se vió reforzado con los promotores y comadronas que retornaban de México, dando lugar a ACSMI y APROSACOP. En ambas regiones confluyeron campesinos y campesinas con importantes experiencias organizativas, agrícolas, educativas, en salud, políticas, etc., que con un acompañamiento notable de ONG y Pastorales facilitaron los procesos asociativos de salud.

Experiencias de promotores en Chimaltenango y a nivel nacional

La experiencia de la Asamblea de promotores de salud de Chimaltenango fue una llamarada de tusa en la coyuntura inicial del SIAS pero significativa en cuanto a las contradicciones entre el discurso político y la sobrevivencia de los promotores y de las ONG.

Y por último, el Movimiento Nacional de Promotores y Comadronas, que como Ave Fénix, periódicamente resurge de las voluntades de algunas y algunos promotores de salud y trabajadores de ONG y Pastorales y se topa con las limitaciones estructurales de levantar un movimiento de voluntarios pidiendo reconocimiento y mayor participación voluntaria en medio de la pobreza y de las necesidades personales y familiares.



PROMOTORES DE SALUD REFUGIADOS Y RETORNADOS. LA ASOCIACIÓN DE GUATEMALTECOS UNIDOS PARA MEJORAR LA SALUD –AGRUMS– (1988-1997)

El retorno es lucha y se lucha siempre.

Cruzando la frontera

La política de tierra arrasada en los años 1981-83, de los presidentes generales Romeo Lucas García y Efraín Ríos Montt, forzó a la población de toda la franja fronteriza con México a abandonar sus tierras y comunidades refugiándose al otro lado de la línea. En el afán de “quitar el agua al pez”, toda la franja fronteriza de Huehuetenango, Quiché y Petén quedó despoblada. En el Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (2001), se da un aproximado de 150,000 guatemaltecos/as que huyeron a México, de los cuales unos 45,000 recibieron la condición de refugiados por el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados –ACNUR–.

Cuando salí el 5 de enero, 1983 (de San Antonio Tzejá), para cruzar la frontera, iba yo con 646 personas... uno mismo tiene que ver cómo organizar toda la gente, haciendo el intento de si podemos llegar... a los 20 días llegamos en la frontera. (Don Juan Coc). (Yoldi, 1996).

El campamento de Puerto Rico, en territorio mexicano y a pocos kilómetros del Ixcán Grande, fue uno de esos lugares donde la población se concentró tras cruzar la frontera. Fueron miles de personas en muy malas condiciones de salud, “sin ganas de vivir”, que no daban crédito a lo que estaban viviendo. Cientos de niños y ancianos, “*no aguantaron*” y murieron de hambre, enfermedades y tristeza. Poco a poco, las y los sobrevivientes se levantaron y con el apoyo solidario de mucha gente, en particular de la Diócesis de San Cristobal de Las Casas y del Hospital de Comitán, retomaron la solidaridad comunitaria y la capacidad organizativa con la que 10 o 20 años antes habían levantado sus comunidades ahorita “destruidas” y reiniciaron sus vidas.

Se están haciendo gestiones (en 2005) para exhumar unos 500 enterramientos clandestinos en el campamento de Puerto Rico (México). Vamos a preguntar a los familiares que están en México si quieren enterrar cristianamente a sus familiares. Nosotros los que estamos en Guatemala, sí queremos. (Marcelino López, catequista).

A partir de ahí, y para todos los años que duró el refugio, las comunidades serían campamentos. El término “campamento” debió originarse por algunas similitudes con los campamentos guerrilleros, de chicleros, e incluso de los petroleros, como eran su provisionalidad, escondidos y por mucho tiempo ilegales.

El ejército guatemalteco incursionó repetidas veces en los campamentos, asesinando a refugiados y llevando la tierra arrasada a territorio mexicano. Su intención era forzar al gobierno mexicano a desalojar a los refugiados de la frontera. Lo logró, pues a mediados de 1984, el ejército mexicano desalojó la frontera y con especial dureza al campamento de Puerto Rico. Ante la resistencia de los refugiados a desalojar el campamento, por lo que suponía alejarse de sus tierras, el ejército mexicano entró en el campamento con lujo de fuerzas, quemando bodegas, casas, clínica y trasladando a la población capturada al Estado de Campeche. Una doctora y un periodista mexicanos que denunciaron estos hechos fueron secuestrados y semanas después liberados ante la presión nacional (mexicana) e internacional.

La población no capturada se regó por el estado de Chiapas y algunas entraron a las Comunidades de Población en Resistencia. Varios miles de refugiados ante la presión del gobierno y ejército mexicanos aceptaron ser trasladados a los estados de Campeche y Quintana Roo.





Se juntaron 36 familias dispuestas a salir (de Chajul, Ocosingo) pero la situación ya estaba muy dura, porque el campamento ya estaba cerrado por los marinos mexicanos y los federales. Salimos el 14 de septiembre a las 12 de la noche, 171 personas con todas nuestras cosas, lo que podíamos llevar sin darse cuenta los pobres marinos...Pocos años después, decidí con mi familia, mejor ir a Quintana Roo. Nos fuimos 22 familias en enero de 1987. (Don Juan Coc). (Yoldi, 1996).

Los procesos organizativos de promotores en México

Desde los años 1983 y 84, diversas instituciones, la Diócesis de San Cristobal, el hospital de Comitán y PRODUSSEP (ONG mexicana), desarrollaron capacitaciones para promotores de salud “con alto contenido concientizador y organizador” (Taller de sistematización, 1999), generándose las bases para la posterior formación de las asociaciones de promotores.

En 1985, varios promotores (Taller de sistematización, 1999) conformaron un Equipo de Apoyo para la Promoción de la Salud y Educación Comunitaria –EAPSEC–, que tenía como objetivos “promover la conciencia política a partir de las experiencias vividas, dar a conocer la lucha en Guatemala y el apoyo a las Comunidades de Población en Resistencia a través de la atención médica a los enfermos referidos y apoyar en capacitaciones y medicamentos a los promotores de la resistencia”. El equipo se disolvió con el retorno.

Y en 1988 se formó la Asociación de Guatemaltecos Unidos para Mejorar la Salud –AGRUMS–, organización de promotores de salud (Taller de sistematización, 1999) siendo “su misión, asegurar la buena atención en salud de los refugiados en México a través de las capacitaciones de promotores, contar con medicamentos y clínicas, el formar la red de promotores para el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias, y los apoyos de personas e instituciones solidarias”. Entre las conclusiones del trabajo desarrollado estuvieron: haber sido “una organización unitaria, que promovió la participación, el buen trabajo sanitario y contar con más recursos económicos que tras el retorno”. Su trabajo en el refugio fue muy amplio abarcando “saneamiento ambiental, atención médica, medicina tradicional, salud mental, odontología, materno-infantil, inmunizaciones, control de crecimiento infantil, acupuntura, rehabilitación y laboratorio clínico”. Todas estas actividades fueron posibles ya que “en el refugio se disponía de más tiempo para el trabajo de salud, pues se contaba con viáticos y alimentos” proporcionados por las instituciones.

El comite coordinador de AGRUMS cambiaba anualmente y algunas de sus limitaciones estuvieron en “la transmisión de cargos directivos, no se transmitía bien y el no contar con mejores reglamentos en la asociación... También las contradicciones con la Asociación de Promotores y Comadronas de refugiados –APROCOSGUA–, que trabajaba en Chiapas y con la URNG por la autonomía y el carácter unitario de AGRUMS” (Taller de sistematización, 1999).

AGRUMS fue reconocida por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados –ACNUR–, la Comisión Mexicana Gubernamental de Ayuda a los Refugiados –COMAR–, y por las diferentes ONG que apoyaban a los refugiados, estando integrados en el Comité Interinstitucional para la Planificación de los Retornos.

Paralelamente a AGRUMS, entre los rfugiados del Estado mexicano de Chiapas, también se formó una asociación, la Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo Comunitario que se disolvió con el retorno.

Durante los desplazamientos del retorno, AGRUMS y APROCOSGUA, priorizaron el acompañamiento sanitario en los buses y espacios acondicionados para pasar las noches. Cada bus llevaba al menos a un promotor con un botiquín sencillo, se acondicionaban lugares para atender enfermos en la tarde-noche y se cuidaba de que las condiciones sanitarias fueran adecuadas. Diferentes instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, guatemaltecas e internacionales acompañaron en estas movilizaciones.

Antes y durante el tiempo que duró el retorno, miembros de AGRUMS participaron en dos Encuentros entre promotores refugiados y no refugiados realizados en Guatemala y uno en México. Para la firma de los Acuerdos de Paz, 29 diciembre de 1996, los retornos prácticamente habían acabado y muchos de las y los promotores de AGRUMS seguían activos en las comunidades retornadas desarrollando el trabajo de salud y luchando por la atención en salud como parte de sus derechos, con el referente de la atención recibida en México a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia –SSA–, Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS-Coplamar– y del acompañamiento de ONG e instituciones internacionales.

Los líderes de la Asociación se movilizaron para hacer efectivo el Acuerdo de Población Desarraigada donde se reconocen los estudios realizados por los promotores de educación, de salud, agrícolas, derechos humanos, etc., en México. Para ello, los días 18 y 19 de septiembre de 1997 se realizó una asamblea de reencuentro de promotores/ras y comadronas tradicionales de la población retornada a Petén, Alta Verapaz, Quiché, Huehuetenango, Escuintla y Suchitepéquez (Memoria de la Asamblea, 1997). El encuentro se realizó en las instalaciones de ASECSA, Chimaltenango.

Acuerdo para el reasentamiento de las poblaciones desarraigados por el enfrentamiento armado, firmado en Oslo, Noruega, el 17 de junio de 1994.

Capítulo II. Garantías para el reasentamiento de las población desarraigada.

Numeral 5.1. Reconocer los niveles educativos formales e informarles que hayan alcanzado las personas desarraigadas, utilizando para este fin procedimientos rápidos de evaluación y/o certificación.

Númeral 5.2. Reconocer los estudios no formales de los promotores de educación y de salud y otorgarles, mediante la correspondiente evaluación, las equivalencias.

En la asamblea se dio la cifra de 235 promotores y 250 comadronas como ya retornados y trabajando en 33 comunidades. Se plantearon las dificultades en el proceso de reconocimiento, homologación y tecnificación de los estudios realizados en México y se informó de la participación de un grupo de promotores en la formulación de un Plan Específico de Educación en Salud, coordinado con promotores de derechos humanos y agropecuarios que también estaban elaborando sus planes específicos. El Plan se trabajaba desde la Asamblea Consultiva de la Población Desarraigada –ACPD–, que inicialmente fue la asesora político-legal de la población desarraigada y luego su representante.

En esta nueva etapa, retornados y repatriados de los diferentes grupos se unificaron en la Instancia Nacional de Promotores y Comadronas –INAPCOMS–, con el objetivo de fortalecer la organización y coordinación para mejorar el nivel de salud de la población que incluía el acceso a medicamentos de bajo costo y una infraestructura clínica adecuada. Su propuesta de Plan específico de Educación se concretó en la creación de la carrera de Técnicos de Salud Comunitaria Integral, “para que haya promotores de salud que sean técnicos, integrados al sistema nacional de salud, reconocidos por el MSPAS y con posibilidad de referir enfermos a los centros y hospitales”. El Plan de capacitación debía tomar en cuenta los conocimientos ya adquiridos e incluir la salud integral de la mujer y la medicina natural.

La ACPD no reconoció a INAPCOMS, sino que designó a otros promotores para impulsar el Plan específico. Para los líderes de INAPCOMS, los designados fueron “nombrados a dedo”, “no representaban a nadie, eran particulares que no representaban a ninguna asociación”, “no tenían nada que decir” y se marginaba a INAPCOMS por ser autónoma de URNG y unitaria con todas las tendencias políticas.

Para los promotores líderes de INAPCOMS, el fracaso del Plan específico estuvo en su marginación política del proceso y la consiguiente pérdida de financiamiento, ausencia de viáticos



para traslado, alimentación, que implicaba no poder acudir al proceso de negociación así como convocar encuentros y movilización de las bases de promotores.

Para Miguel Itzep, asesor de la ACPD, “el Plan de Salud se platicó en la Comisión Técnica pero el gran problema de los de salud es que quedaron como “sector”, sin respaldo de las comunidades. ACPD no contaba con financiamiento para los sectores. No hubo unidad, ni estrategia, no hubo red de promotores permanente sino “llamaradas de tusa”. Al principio los promotores llegaban a las reuniones pero al no tener financiamiento para sus traslados dejaron de llegar. Al final la Comisión de salud estuvo formada por la Fundación Guillermo Toriello y otras organizaciones, pero no por promotores de salud. Salud tuvo menos respaldo de las comunidades y ONG que los promotores de educación. Los promotores de educación tuvieron éxito porque tenían claro que querían ser maestros, por los contenidos en sus propuestas, tenían una estrategia y hubo participación de la comunidad en su propuesta de Educación.”.

Los promotores de educación trabajaron mayormente independientes de ACPD y tuvieron el apoyo de instituciones como UNESCO y otras que estuvieron a su lado por varios años. El resultado fue la profesionalización, se titularon como maestros y hoy muchos de ellos y ellas, tras una ardua lucha, lograron plazas en el Ministerio de educación.

“Uno de los errores de la ACPD fue la priorización de tierras, vivienda e infraestructura y quedaron relegados aspectos sociales como salud y educación” (Miguel Itzep, 2005). Para Silvia García, secretaria de la Asamblea Consultiva de la Población Desarraigada, en prácticamente todo el tiempo en que estuvo ésta activa, “la ACPD era el interlocutor de los ministerios y apostó por los proyectos productivos. Los promotores de educación presentaron un Plan de educación, los de salud no tanto. La mayor dificultad estuvo en la ACPD que no tuvo claro ni nunca hubo una propuesta acabada para la homologación. El MSPAS primero propuso un estudio para homologarse como auxiliares, luego pidió una propuesta y nunca hubo una acabada. Después entró la FGT y se logró la homologación para los desmovilizados. Los promotores de salud, sanitarios de unidades militares de URNG, tras un mes de capacitaciones lograron ser auxiliares de enfermería. El MSPAS fue más flexible cuando entró la URNG-FGT pues fue una decisión del gobierno. Para los promotores de salud de las comunidades el MSPAS pasó una prueba pero la mayoría no pasó. Los promotores de educación a pesar de sus divisiones tenían fuerza pero los de salud no la tuvieron”.

En los últimos años, OPS y MSPAS, han desarrollado varios cursos de un año de duración en las regiones del Ixcán e ixil, por medio de los cuales, algunos promotores y promotoras han podido graduarse de auxiliares de enfermería. El objetivo era cubrir puestos de salud en áreas de difícil acceso y sin cobertura sanitaria. Tras la titulación, muchos de ellos no tuvieron plaza y debieron pasar varios años para lograrlo.

La Instancia de Promotores y Comadronas, sin apoyo económico y político para llevar adelante el Plan específico de profesionalización, unido a que como campesinos y campesinas retornados debían combinar el trabajo de salud local y nacional, con la construcción de sus viviendas, apertura de caminos, abastecimiento de agua, siembras... con muchos menos apoyos que en el refugio, tomaron conciencia de las limitaciones vitales de su país de origen. La prioridad estaba clara, resolver las necesidades familiares y sacar adelante los proyectos comunitarios.

A pesar del fracaso del Plan específico y las dificultades de la sobrevivencia en Guatemala, promotores y comadronas retornados han creado sus asociaciones locales, han impulsado y siguen participando en esfuerzos asociativos como en ACSMI, APROSACOP y en el Movimiento Nacional de Promotores de salud.

El retorno es lucha y se lucha siempre. El retorno es lucha, no resignación.
(Consignas de la población retornada)



LA ASOCIACIÓN COMUNITARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DEL IXCÁN –ACSMI–

“La ACSMI tiene sus debilidades porque estamos pobres”
(MARCOS CASTILLO, 1999)

Ixcán, serpiente antigua, cierta gente antigua (en lengua ixil) (Jorge Luis Arriola, 1973)

El Ixcán, un territorio que en la época maya fue lugar de tránsito comercial entre el altiplano y las tierras bajas de la selva, era un un territorio deshabitado y selvático hasta que en los años 50 empezó a ser colonizado en su región sur, por familias q’eqchi’ que dejaban las fincas en las que habían nacido como la finca El Tesoro (actualmente habitada por CPR de la Sierra) en Uspantán y que para don Bartolomé Ac, hombre sabio que ahora vive en Aurora 8 de Octubre, “nuestra historia comienza con la salida de la finca, allí no éramos personas, nacimos al llegar a San Antonio (antes El Baldío y luego Tzejá), allí nos hicimos libres y comenzó nuestra vida”.

En el año 1871, Justo Rufino Barrios por méritos militares otorgó a las milicias de Chiantla, tierras selváticas en el Ixcán, cuya posesión no se hizo efectiva hasta 80 años después. Estas tierras se encuentran en el sur del Ixcán y son conocidas como Ixcán Chiquito o las comunidades del valle de la Candelaria.

En 1966, la diócesis de Huehuetenango y los sacerdotes de la misión Maryknoll promovieron entre la población pobre de Huehuetenango, con avisos por radio, la colonización de las tierras del Ixcán Grande, entre los ríos Ixcán y Xalbal, en donde se asentaron 1,500 familias organizadas en cinco cooperativas, a las que se otorgó 25 manzanas a cada familia, 17.5 Ha. Las cinco cooperativas conformaron el 1 de enero de 1970, la cooperativa de Ixcán Grande R.L.

A partir de 1980, AID e INTA apoyaron la colonización de la zona noroeste a través del “programa de colonización de Ixcán 520- T026” o Área 520. En ella se asentaron 5,000 familias a las que se les otorgó 13.6 manzanas, a cada una, 9.5 Ha.

Para 1982 se consideraba que el Ixcán alcanzó de 45,000 a 50,000 habitantes perteneciendo a los municipios de Barillas, Uspantán y Chajul. Fue hasta 1985 que se conformó como municipio con cabecera municipal en Playa Grande. Su extensión es de 1,574 Km² y se encuentra por la antigua carretera a Chisec, a 212 km de Cobán.

El municipio se convirtió desde el principio en un espacio social de confrontación entre las cooperativas autogestionarias y el afán de los gobiernos y ejército de controlar las organizaciones campesinas, contando para ello con uno de los destacamentos más grandes del país, la Zona Militar de Playa Grande. Desde 1972 era área de trabajo de una de las organizacines guerrilleras y desde 1980, un frente de guerra.

Aunque la represión más fuerte se inició tras el asesinato a mediados de 1975, de José Luis Arenas, “el tigre del Ixcán”, en la finca de La Perla en Chajul, con la desaparición de 30 campesinos cooperativistas entre junio/julio, siendo en su mayoría de la cooperativa de Xalbal, fue en los años 80 cuando adquirió, el carácter de tierra arrasada, por el genocidio. Una parte de esta historia está documentada en *Masacres de la selva* de Ricardo Falla, en las *Memorias del Ixcán* por la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado, ODHA como parte del proyecto de recuperación de la Memoria Histórica –REMHI– y en otros, que quizás algún día vean la luz del sol.





Con las masacres del Ixcán y la salida masiva a México, el ejército, el Instituto de Transformación Agraria y..., ofrecieron el Ixcán a campesinos de otros departamentos como tierras sin dueños. Marcos Castillo, presidente de ACSMI en 1999, fue una de esas personas:

Cuando estaba en mi tierra nos engañaron, una cooperativa que se llama FENACOAR, estuvo contratando gente para venir aquí al Ixcán, nos decían que aquí se daban buenos cultivos, que la tierra era buena, me dio la armonía por venir y como tenía interés en las tierras, por eso me vine con mi esposa. El gobierno a través del INTA convenció a la gente para que viniera al Ixcán y en un camión se traían las cosas y uno venía en un bus.

La intención era que aquí se poblara, para que la guerrilla no viniera acercarse. Al estar aquí nos dimos cuenta que la situación era totalmente contrario a lo que nos decían. Nosotros ignorábamos que había guerra. Como estábamos aquí y no podíamos regresar, decidimos quedarnos sin saber que más adentro de Ixcán la situación era peor, estaban los soldados y la guerrilla, aviones por todos lados. En el sur (Costa Sur), jamás habíamos visto una cosa así, pero con temor y todo llegamos a una gran galerona como de unos 50 metros de largo. Ahí veíamos a nuestros compañeros y nos platicaban ¿de dónde vienen? ¡Del sur! ¡Que bueno! porque nosotros también venimos del sur, estamos iguales.

Fue un engaño. Toda la gente que ha venido aquí al Ixcán, ha venido engañada, pero como ya estamos aquí no podemos regresar. Empezamos a cultivar lo primero el cardamomo. También en eso nos engañaron. Porque AID dio un dinero de fideicomiso para el asentamiento de la población desplazada, el banco BANRURAL en ese tiempo BANDESA. Agarró millones de quetzales que venían para eso y nos dio como un crédito. No hubo asesoría técnica, cómo se hacía o se sembraba. Por la guerra no podíamos trabajar o limpiar, el cardamomo se perdió, ya no pudimos pagar la deuda por lo que nos dieron a cada uno, nos quedamos endeudados, no podíamos pagar, sin trabajo sin qué comer. Sembrábamos cardamomo, pero no lo podíamos comer. Eso duró como tres años. La guerra no dejó cultivar maíz, frijol.

Ahí nació la idea, con muchos niños enfermos, se morían de hambre las comunidades (de) adentro, que las señoras ancianas muy enfermas. De ahí decidimos ¿que hacemos con esta gente, como hacemos, invitemos a otras comunidades?. Al llegar a una comunidad, igual forma se moría la gente, fuimos a otra comunidad y lo mismo pasaba. Dijo uno ¿mejor vamos a cubrir un grupo de gente, vamos a capacitar vamos a pedir ayuda para esta gente? e hicimos un grupo de seis comunidades venimos al INTA

Ahí preguntamos a un señor extranjero: Mire señor ¿qué vamos hacer? la gente se está muriendo, los niños están enfermos y seguimos con ese problema, ¿cuando va ir a la comunidad de nosotros?. Venimos nosotros a traerlo.

Dijo él: Ya que ustedes tienen su grupito vamos a ayudar nosotros a ustedes, ¿qué necesitan? ¿qué tienen los niños? Aquí hay medicina. Así conocí a Médicos del Mundo en el 85 y 86.

Comenzamos una reunión ya con Médicos del Mundo y dijeron que la necesidad que teníamos nosotros más el interés que tenemos nosotros, hay que formar una organización. Comenzamos con un comité de salud en cada comunidad, como si fuéramos responsables de la salud, así fue evolucionando. Recibíamos capacitación en diferentes temas, ya no sólo de promotor porque el ministerio ponía la agricultura, los bomberos daban rescate, la enfermera auxiliar del ministerio de salud nos daba primeros auxilios y médicos del mundo nos daba salud y organización. La cosa era combinada y nosotros supimos qué era ser un promotor.



Para los trabajadores de Médicos del Mundo Francia –MDM-F–, como Christian Raggioli, sus primeras experiencias fueron las de:

En la capital, poca gente sabía dónde estaba Ixcán, era una zona de guerra donde sólo nosotros fuimos a Xalbal, los primeros en ir a ver las casas quemadas. La gente que vivía en Xalbal eran nuevos colonos que venían de la Costa (Sur) para tomar las tierras de la gente que se había ido de las cooperativas a México. Cuando empezamos a trabajar en la zona del Ixcán, me sorprendió que esa gente no tenía discurso político, pero es lo que se percibía al principio, porque tenían desconfianza, sobre todo porque estaba un destacamento, habían patrullas de autodefensa y entonces no se hablaba de la situación. Sólo la idea al principio de capacitación de gente era algo subversivo, tomar la palabra en grupos en reuniones era peligroso. Al principio habían militares que venían para saber lo que se decía. pero esos cursos de capacitación eran también una manera de que retomaran la palabra que se había perdido por el miedo. Al primer curso que hicimos, los militares venían a escuchar y yo tuve que ir al destacamento para decir al oficial que los militares no tienen que venir. Lo hice como occidental.

Para el coordinador de MDM-F en esos años, Michel Forax: “se vivía una cultura del miedo. En aquella época era mucho más difícil trabajar directamente con el Centro de Salud por las mismas condiciones de guerra”. La razón era su identificación con el ejército.



Curso de plantas medicinales con promotores de salud en Pozo Seco. Chisec, 2004. (ASEDE).

En 1998, ACSMI estaba integrada por nueve asociaciones de promotores de salud

En 1984, un grupo de once promotores de Nuevo Xalbal con el apoyo de MDM-F, realizaron su primera capacitación. Al poco tiempo, ocho promotores se retiraron y se conformó otro nuevo grupo de diez, con quienes en 1985 se realizaron cuatro capacitaciones. En 1986 se mantuvieron las actividades y se formó la Asociación de Promotores de la comunidad de Xalbal –APRUXAL. Casi al mismo tiempo se formaron otras dos, la Asociación de Promotores Rurales de Salud de Playa Grande –APRUSPLAG– y la Asociación de Promotores Rurales de Salud del Área Cuatro de Ixcán –APRUSDACI–, quienes obtuvieron su personería jurídica en 1989. En el año 1998 ya





fueron nueve las asociaciones de promotores y comadronas integradas en ACSMI, siendo la última en integrarse la Asociación de Promotores de Salud Rural Integral –ASERSI–, de Chisec pero que por cercanía a Ixcán recibía allí, en ese tiempo, la atención médica.

Para el Dr. Giovanni Salazar, médico guatemalteco que trabajó en la región por varios años:”en APRUXAL estaban fundamentalmente preocupados por la salud de la gente y para poder atender a la gente, su mayor preocupación era tener medicamentos. Esta preocupación por los medicamentos tuvo mucho que ver después con el arranque de ACSMI”.

A partir de 1986, se contó con el apoyo del Centro de Salud del MSPAS a través de dos auxiliares de enfermería que acompañaron a los promotores en las capacitaciones. En 1987 se formó un Comité de salud con los promotores cursillistas con el apoyo del MSPAS y MDM-F. Con apoyo de MDM-F se construyó un depósito de medicamentos cerca del centro de salud de Playa Grande y se distribuyeron los primeros botiquines a ocho comunidades, continuándose con las mismas actividades durante 1988.

En 1992, la Cooperación Italiana convocó a una reunión a las tres asociaciones, ofreciendo una donación de medicamentos, con la idea de formar una Empresa Social de Medicamentos, cuyo objetivo era ofrecer medicamentos a bajo precio a las comunidades y disponer de un depósito para abastecer los botiquines comunitarios manejados por los promotores. Para el manejo y administración de esta propuesta, se formó un comité de salud integrado por representantes de los promotores, del MSPAS y líderes de las comunidades.

En 1993 por cuestiones legales se decidió formar una Asociación que ejecutara proyectos comunitarios de salud integrada por promotores, instituciones afines como MSPAS y Centro Materno Infantil de la Parroquia, más representantes comunitarios y municipales, eligiéndose una junta directiva provisional. En 1994 después de haber entregado e iniciado los trámites de la personería jurídica, fue rechazado siendo el argumento que ningún servidor público del gobierno podía formar parte de una asociación comunitaria.

En palabras de Marcos Castillo:

Con apoyo de Servicios Jurídicos –SERJUS–, legalizamos el Comité de salud de Ixcán, pero pensamos con ellos que mejor una asociación y le pusimos Asociación Coordinadora de Salud del Municipio del Ixcán. El presidente era un promotor, Genaro Gómez de la Asociación VII de Candelaria y el vicepresidente, jefe de Área del MSPAS. Yo estaba como secretario y el jefe de malaria como primer vocal. Era una mezcla de instituciones y cuando llegó al Ministerio de Gobernación nos rechazaron, pues una asociación comunitaria no puede tener dos personas del ministerio. Volvimos hacer otra reunión para meter a otras personas que no tenían nada que ver con el ministerio y se fue otra vez de regreso el acta. Así fue como nos salió el proceso jurídico.

Le cambiamos el nombre de Asociación Coordinadora por el de Asociación Comunitaria de Salud del Municipio del Ixcán, el nombre que tiene ahorita valedero, pero tenemos dos estatutos que hasta aquí no sabemos. Hasta hace poco descubrimos que uno era más como un fondo de solidaridad y no tenía nada que ver con promotores, tenía que ver más como una ONG. Decidimos con la Junta Directiva que habría que remodelar los estatutos pero no sabemos cuánto nos va costar, porque ahora ya se paga. antes no se pagaba (vía proyectos). Esa es más que todo la historia de ACSMI.



La farmacia de ACSMI

Marcos Castillo Moreno (1999, entrevista de Loyda Sánchez) relata así la historia de la farmacia y del inicio de ACSMI:

Prodere es una institución de las Naciones Unidas y traía un lote de medicamentos esenciales, aspirinas, mejorales y todas esas cosas y todo venía en italiano, son baratos pero vienen a granel en frascos grandes y chiquitos. Ellos no hallaban a quién darle y lo peor es que ya venían con un tiempo casi próximo por vencerse, andaban buscando a alguien que se responsabilizara de ese medicamento, porque llegara a las comunidades bien. A nosotros nos llegó la noticia de que había alguien que estaba dando los medicamentos y nosotros con la gran necesidad. Teníamos un botiquín en la comunidad pero muy poquito para poder atender la demanda y nos juntamos tres Asociaciones de promotores, en ese tiempo habían tres asociaciones ya formadas, APRUSPLAG, APRUSDACI y estaba también APRUXAL que es de la asociación siete, Xalbal y mandamos los mensajes y juntarnos para ver si la medicina llega a nosotros, compartimos la medicina cuando llegue el lote, repartimos entre las tres asociaciones. Los de PRODERE nos dijeron, mejor hagan un fondo, les voy a regalar esta medicina pero organicense las tres, hagan una sola organización. Ahí formamos una junta directiva y comenzamos a hacer asamblea las tres asociaciones

ACSMI tiene sus debilidades grandes, sentimos más que todo de lo social, nosotros hemos visto que necesita más capacitación, más recursos para poder hacer otras cosas más que tenemos pensado. A veces no tenemos para reunión de Junta Directiva, hay gastos y eso sale de la farmacia y va a llegar el tiempo en que se va a terminar porque hay mucha competencia con los medicamentos. La farmacia es rentable pero, como le digo, de ahí sacamos para hacer otros gastos de organización, mantenimiento, pago de luz, pago de agua, el contador. Para resolver esto, hemos vulteadado mucho, recurrimos a las asociaciones internacionales pero no hubo apoyo, sólo apoyo técnico de SERJUS

Necesitamos un fondo revolvente, para ampliar más la cobertura de salud. Tenemos un fondo social que no genera ninguna ganancia y el fondo rotativo de farmacia con que vendemos, nos compran y compramos, y estamos ahí revolviendo, de eso agarramos un poquito. Nosotros tenemos que hacerlo porque no hay recursos. Si tuvieramos un fondo propio ACSMI para movilización, no se tocaría la farmacia, ahí se miraría si en verdad es rentable o no. Porque es rentable, si no fuera rentable ¡qué tiempo hubiera muerto la farmacia! Pero es rentable. Compramos medicamentos y vienen los promotores a comprar, allá volvemos otra vez a traer las cosas para acá y vuelve otra vez a comprar los promotores, esta dando vuelta ese dinero y no hay necesidad de estar comiendo lo de la farmacia y podemos ampliar la farmacia para ampliar la cobertura. No somos lucrativos por eso ponemos un fondo revolvente, dejando un poquito para sobrevivir. No es lucro porque no estamos repartiendo dividendos.

Es la farmacia más grande de Ixcán y todo mundo, por lo precios que se dan accesibles, busca ahí y a veces lo que busca no lo tenemos y ese es el problema que hay. La población sí puede comprar por el momento, sólo se le incrementa el 25% , en eso se le incluye ir a comprar a Guatemala, gastos administrativos del proyecto. Son seis años de mantener de esa forma.

Nuestra idea es social, conseguir fondos por decir para un proyecto de saneamiento ambiental, de otro fondo digamos de educación y un fondo para capacitación de promotores. Vamos nosotros a lugar donde necesitan promotores se capacitan y se trabaja en eso y las organizaciones viejas que no tienen capacidad y necesitamos personal para





que se integre al ACSMI se les capacita en educación elaboración de proyectos. También se les capacita a las comadronas, se introduce la medicina tradicional y atención a los niños recién nacidos. Se intenta cubrir más a las comunidades que necesitan.

Para Manuel Benitez, presidente de ACSMI en el año 2000 (conversaciones con Loyda Sánchez, 1999):

El fracaso más grande fue de que el proyecto de la farmacia estuviera solamente en las manos de lo que antes era gerente de farmacia y yo quité,...la palabra gerente daba mucha jerarquía y no estaba sumiso bajo la junta directiva. El contador era el que guardaba toda la papelería y hubieron malos gastos, eran muy irresponsables, tomaban mucho, pérdida de medicamentos por malas compras, dinero con intereses...En mi tiempo logramos pagar los ciento veinte mil quetzales que se debían.

En un principio yo pensé que el botiquín lo controlaba la comunidad, pero al llegar uno se da cuenta que nadie controla y todo mundo hacía lo que se le daba la gana. Aunque las otras asociaciones quisieran controlarlo no pueden por el hecho que tampoco a ellos no hay quien los controle y ellos están en similares condiciones que nosotros.O sea que las comunidades han perdido el control, es decir, no hay una organización de base que controle ese beneficio de la farmacia.

Ahorita están los proyectos DECOPAZ -CECI pero junto a esos hay una competencia con CHS, una por un lado, otra por otro. Ahora se están abriendo las ventas sociales en las comunidades y esto es un buen eje para que ACSMI pudiera ser controlada por las comunidades, pero también lo están desperdiciando. Por el hecho de que cada quien absorbe a como quiera y como a mejor le sople el viento para llevar agua a su milpa, ellos sólo ven lo beneficios propios y no ven los beneficios a nivel de municipio, ni a nivel comunitario. Entonces la gente se ha dividido en diferentes grupos, porque unos van para CHS y otros para DECOPAZ, otros con los promotores. La farmacia comunal es como cualquier negocio. La farmacia, está claro que algunas asociaciones están interesados en mantenerla y otras ya no, pero son las asociaciones y no las comunidades.

Luego, ya comenzó el fenómeno –que decimos nosotros los promotores– del Plan Integral del Salud del gobierno y luego ya no hubo ninguna organización ni internacional, ni nacional que nos apoye, porque todo se lo dieron al gobierno y el gobierno, pues, trató de descentralizar poderes pero siempre dentro del ministerio, no tanto en las comunidades. Porque si fuera así como ellos dicen, descentralizamos... pero nunca le han dado a una comunidad donde hay promotores que sí estamos organizados

El proyecto inicial de ACSMI fue la farmacia, pero con 160 promotores y comadronas activos y el apoyo de OPS, MDM-F, SERJUS y de otras instituciones, redefinió sus objetivos para mejorar la salud de las comunidades a través de la Atención Primaria de Salud, integrar el trabajo de promotores y comadronas, unificar los programas de capacitación de los promotores de las diferentes asociaciones, rescatar y difundir los conocimientos de la medicina tradicional, coordinar acciones de salud con grupos de mujeres, comités de salud, comités de nutrición, Mamá Maquín, sector educación y otros; integrar más asociaciones en ACSMI, fortalecer la comunicación con instituciones nacionales e internacionales que trabajan en salud en el Ixcán e intercambiar experiencias con organizaciones afines, nacionales e internacionales.



ACSMI y la Mesa de Salud del Ixcán

En 1995 tomó posesión una nueva Junta Directiva en ACSMI que entre sus tareas tuvo la legalización de la Asociación, como organización de promotores y comadronas. Este año fue de mucha movilización, tanto para el logro de su legalización como por la participación en los Consejos de Salud del Área de Ixcán, que sin ser departamento conforma un Área de Salud.

La Dirección de Área del Ixcán –DASI–, con el apoyo de OPS, promovieron la Mesa de Salud del Ixcán, una experiencia piloto con participación de la municipalidad, promotores de salud, Iglesia Católica, ONG, ejército, etc., que pretendía coordinar el trabajo en salud para mejorarlo y no duplicar esfuerzos. La Mesa tuvo un climax de debate y participación entre 1997-99, y mientras MSPAS-OPS pretendían legitimar la “extensión de cobertura del SIAS”, los promotores estaban por ampliar los programas y adecuar la estructura organizativa a las condiciones locales, en la que las asociaciones de promotores y comadronas fueran la base de los equipos de salud. Fue un espacio de participación e incidencia política importante que por un tiempo dio a ACSMI un notable protagonismo.

Poco tiempo antes. la Organización Panamericana de la Salud, OPS, había generado un proyecto de Fondo de Solidaridad Campesina, un seguro campesino, que generó importantes reflexiones y divisiones en la Asociación, siendo al final rechazado.

Para el Dr. Miranda Gómez, director entre 1993-94 del Centro Materno Infantil de Santa Teresita en Cantabal: “la Mesa de Salud surgió como espacio de coordinación con agenda epidemiológica para recibir a los retornados, entre PRODERE, MSPAS, MDMF, Iglesia... La coordinación fue para proporcionar: vacunaciones, agua y cloración, saneamiento, alimentación, centro de atención, albergue. A veces se hablaba de un Sistema Local de Salud –SILOS–, pero en Ixcán no hubo SILOS, era un referente pero sólo de nombre. De las instituciones, la más poderosa era PRODERE, por el *pisto* y porque entre su personal había dos representantes de OPS. Se procuraba no duplicar esfuerzos pero cada organización tenía sus metas y su *pisto*”.

Para el Dr. G. Salazar (2005), “la Mesa era para ACSMI un espacio de incidencia para el SIAS, de reconocimiento del MSPAS y para el logro de medicamentos y proyectos. Los promotores retornados trajeron a los promotores que no salieron al refugio, mayor fuerza en la idea del reconocimiento formal con el MSPAS, también el comunitario (que no siempre lo tenían) y el económico.El reconocimiento económico no era lo principal, sí servir a la comunidad y apoyar a las comadronas cuando éstas tuvieran dificultades en los partos”.

Para el Dr. Cristobal Ayllón (2005), que trabajó en MDMF entre 1990-95, “para los promotores, los cartones (diplomas) eran muy importantes y lo pedían siempre que había una capacitación. Los promotores querían reconocimiento del MSPAS, tanto por dignidad como por principio. En ACSMI hubo diferentes juntas directivas, a veces tenían las ideas claras pero había un deficiente trabajo en las comunidades”.

Todos coinciden que en esa época al MSPAS se le veía muy cercano al ejército y que en la Mesa, el MSPAS buscaba “meter al redil a promotores y ONG, meterlos al SIAS”.

En el estudio del periodo 1996-2000 de ACSMI realizado por Emilio Hernández (2000) se considera que:

En los años 97-98, se mantuvo una real representación de las asociaciones pero que en el periodo 99-00 decayó la comunicación entre la Junta Directiva de ACSMI y las JD de las asociaciones, lo que la ha aislado de sus bases organizativas. La JD tenía sus propias limitaciones de análisis y fuertes limitaciones económicas para la movilización de sus





miembros para hacer efectiva la coordinación, divulgación y validación de las propuestas para la Mesa de Salud, pues su única fuente de ingresos era la venta social de medicamentos. No se tuvo la capacidad de hacer alianzas con las corporaciones municipales para negociar con el MSPAS.

Por otro lado, ACSMI mantiene la exigencia del reconocimiento de los estudios de promotores y comadronas en México y contemplados en el Acuerdo para el Reasentamiento de las Comunidades Desarraigados por el Conflicto Armado Interno.

La Mesa de Salud del Ixcán fue el espacio de coordinación y debate entre las diferentes instituciones, MSPAS, OPS, ACSMI, FGT, ONG,... lográndose evaluar y validar propuestas para fortalecer el SIAS con los servicios ampliados, tales como: Propuesta del Programa de Medicina Tradicional, Salud Bucal, Salud Mental, Salud Integral de la Mujer y Atención a Discapacitados.

Tanto MSPAS como OPS se mostraron renuentes a aceptar sugerencias formuladas por los promotores. Los trabajadores del MSPAS-OPS no tuvieron el debido proceso de inducción, lo que tampoco les ha permitido tener retroalimentación de la práctica comunitaria, generando que tanto los facilitadores institucionales –FI–, y el personal del MSPAS, por cumplir sus metas exijan a las comunidades el nombramiento de guardianes y de la metodología organizativa como condición para recibir la “extensión de cobertura”. La distancias entre las comunidades en las cuatro jurisdicciones demarcadas por la DASI, no permite mantener una adecuada supervisión y asesoría permanente a los FI, quienes por cumplir sus metas mensuales, disminuyen la prestación de los servicios, alteran sus informes y realizan asambleas poco representativas para validar sus acciones en las comunidades.

Para finales de 1998, los promotores eran conscientes que la inflexibilidad del MSPAS pasaba por excluir a los promotores que no aceptaran las condiciones de vigilantes y esto unido a los problemas financieros en la farmacia social de ACSMI, la salida de ONG de acompañamiento a promotores, la falta de alternativas que salvaran la concepción de autogestión comunitaria de promotores llevaron a la desmoralización y cansancio entrando ACSMI a mínimos.

Tras el fracaso de las negociaciones con el MSPAS, las siete asociaciones comunitarias de salud se encuentran débiles sin recursos económicos y motivación para reorientar y reactivar su trabajo en las áreas de influencia. Sólo APRUXAL, la más antigua, se ha reactivado tras una crisis administrativa, demostrando una notable capacidad de formulación y gestión de proyectos, desarrollando actividades de salud en 37 comunidades. El resto de las asociaciones mantiene un mínimo de actividades y con poca convocatoria con sus propios promotores. Las asociaciones fueron muy dependientes de personas e instituciones externas y este año es de transición o...

En resumen, el SIAS ha excluido a los promotores de los equipos de salud generando desmotivación entre los asociados tras las movilizaciones de los años previos.

El equipo ministerial de salud del gobierno del PAN, 1996-99, buscó legitimar en la Mesa de Salud del Ixcán, la propuesta del extensión de cobertura del SIAS, en el estilo autoritario de su viceministro Dr. Carlos Andrade. Una demostración de la misma fueron sus palabras cuando en una de las varias reuniones mantenidas con representantes de la Instancia Nacional de Salud por motivo del documento de la Coordinadora de Programas de salud de Petén, dejó claro que: “no hay tiempo para negociar, el tiempo político es demostrar en cuatro años las bondades del SIAS y que se mantenga”.



El estilo impositivo e inflexible tenía su continuidad en la falta de información y de clarificación de dudas al personal comunitario (en la misma condición estaban los trabajadores del MSPAS) en relación con la “extensión de cobertura y SIAS”, cuando se realizó un importante taller realizado sobre el tema en Cantabal, los días 19 y 20 de junio de 1999, donde estuvieron presentes una notable representación de promotores asociados e instituciones de salud presentes en el Ixcán y en la que fue significativa la ausencia del jefe de Área del MSPAS. De las inquietudes manifestadas en la misma surgiría el siguiente documento...

Aportes de ACSMI al Plan integral de salud del Ixcán

En “Aportes a la elaboración del Plan integral de salud del Ixcán” (1999) se reivindica el papel desempeñado por el personal comunitario de salud y se presentan al MSPAS una serie de demandas y propuestas:

ACSMI cuenta con..... 150 promotores activos y las 250 comadronas adiestradas que vienen trabajando desde hace varios años, habiendo muchos más que se han capacitado pero que por la misma necesidad dejaron de trabajar, por falta de reconocimiento y que constituyen un recurso desempleado. También hay 18 promotores dentales activos en la comunidades.

El SIAS no se concertó con las comunidades y tampoco se tomó en cuenta al personal de salud comunitario al momento de presentarlo en las comunidades. Nos sentimos sorprendidos, discriminados y aislados. No se les reconocen sus conocimientos, se les quiere quitar responsabilidad a no dejar ponerlos en práctica desaprovechando así un recurso humano válido y disponible. Tampoco se tomaron en cuenta a las asociaciones, ni se respetó su autonomía.

Después de analizar la situación en las asociaciones de ACSMI, se hace la siguiente propuesta para la incorporación del personal de salud comunitario existente al Plan Integral de salud de Ixcán: Los promotores vienen desempeñando funciones que en el SIAS se reparten entre guardianes de salud y facilitadores comunitarios. Proponemos incorporar al equipo básico de salud, realizando la comunidad las actividades actuales, más otras por negociar, sin que haya necesidad de crear la figura del guardián. Pedimos el reconocimiento económico a como tienen los facilitadores comunitarios y permitiendo que sigan todos los promotores actuales, repartiéndose el tiempo de trabajo... En las comunidades donde no hay promotores, que se capacite a nuevos o que se intente volver a captar a los que por falta de reconocimiento abandonaron el trabajo.

El promotor de salud y las comadronas adiestradas podrán seguir con el aval del ministerio las actividades arriba mencionadas, tal y como se viene haciendo desde hace 15 años y sus conocimientos según sus niveles de capacitación serán reconocidos por un carnet definitivo.

En la implementación de botiquines comunitarios, donde ya existen, bastaría reforzar los que manejan los promotores. Donde no hay, es deseable tomar en cuenta para su gestión al personal comunitario ya capacitado, para no duplicar esfuerzos. De igual manera al implementar ventas sociales es deseable tomar en cuenta en el plan las tres ventas ya existentes que son manejadas por nuestras asociaciones. A parte de los centros de convergencia, para la atención diaria de morbilidad en la comunidad, se pide un material médico mínimo en los botiquines.

Las comadronas y promotores de salud pedimos al Ministerio capacitación complementaria, en especial los promotores actuales o nuevos en salud mental, oral y



medicina tradicional, así como la supervisión de su trabajo en la comunidad.

Cuando haya oportunidad de capacitación para puestos formales, profesionalización, se pide prioridad al personal comunitario. La profesionalización es la superación de los actuales trabajadores de salud y no su sustitución por personas que no tienen su experiencia en salud comunitaria. Por la misma razón se pide dar prioridad a los promotores de salud capacitados como auxiliares de enfermería cuando se otorguen plazas en las unidades del MSPAS.

Se pide respetar en el Plan Integral de salud del Ixcán a las asociaciones de promotores y comadronas, el fortalecimiento de las mismas y de su coordinadora, ACSMI. Nuestra participación en la planificación y monitoreo de las actividades de salud, incorporar a las comadronas y los promotores al nivel de la comunidad, las asociaciones al nivel microregional y ACSMI al nivel municipal. Al nivel nacional, tienen que participar las asociaciones comunitarias de salud en la elaboración de la reforma del sector Salud.

Para Emilio Hernández (2000):

A pesar de los esfuerzos por coordinar las acciones interinstitucionales, se han producido duplicación de esfuerzos, así en Mayaland, el Fondo de Inversión Social construyó un puesto de salud donde ya funcionaba una clínica administrada por los promotores de Mayaland y Zunil, al mismo tiempo que decenas de comunidades del Ixcán no contaban con cobertura de promotores ni del MSPAS.

La implementación del SIAS, no ha mejorado el impacto en los indicadores de salud, no habiendo cambios en los indicadores de mortalidad materna, mortalidad infantil, cobertura de la vacunación y morbilidad general entre el año de 1997 y abril del 2000. A partir del 30 de junio del presente año, OPS dejará de financiar la extensión de cobertura, por lo que deberá asumir el costo total de la extensión de cobertura el MSPAS.

Las recomendaciones para la recuperación de ACSMI, son: Promover un proceso formativo organizacional de varios miembros de cada asociación en la perspectiva de ser futuros directivos de las asociaciones y de ACSMI. Favorecer programas para la autogestión de las asociaciones. Identificar espacios de acción en prestación de servicios de salud, como un medio para reactivar las diferentes asociaciones. Elaboración progresiva de metas, planes operativos y planes estratégicos en cada asociación y como ACSMI. Intercambiar experiencias con otras organizaciones que hayan desarrollado acciones positivas en condiciones similares. Lograr apoyos que puedan dar adesoramiento continuo a las asociaciones. Coordinar y buscar alianzas con las organizaciones populares del Ixcán y la muni.

En estos años, la Asociación de Comadronas, ASOCVINO, se convitió en Administradora y Prestadora de la “extensión de cobertura”... Es otra historia por contar.

LA ASOCIACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD Y COMADRONAS DE PETÉN –APROSACOP–

Por la fiscalización e incidencia de los servicios del MSPAS y ONG

La frontera agrícola

Petén, para los itzae significa isla y llamaban petenes a las islas de la laguna (Arriola, 1973). Remontándonos a principios del siglo XX, el departamento de Petén con una extensión de 35, 854 km2 tenía unos pocos miles de habitantes, campesinos y chicleros.

Para el señor José Miranda Godínez (2005), montero de chicleros en los años 40, por lo que caminaba “a rumbo” por Izabal y Petén para encontrar los lugares idóneos donde ubicar los campamentos de chicleros “cuando entré en 1939 en Petén tenía 14 años y los chicleros y contratistas mexicanos ya llevaban cinco o seis años. Había unas casitas en La Libertad, otras poquitas en San Luis, 15 casitas en San Benito y el único pueblo era Flores. No existía nadie más”.

Thomas y Marjorie Melville (1982) en su importante trabajo relatan que:

En octubre de 1945 se inició un programa de colonización en Poptún, Petén, que fue de los proyectos favoritos del presidente Arévalo pero resultó muy caro. La falta de vías de comunicación hizo aún más difícil el esfuerzo de colonización. Toda la mano de obra y el equipo se dedicaron a la construcción de carreteras, a expensas de las demás necesidades sociales de los colonos. La malaria fue otro problema grave. Para 1948, ya el gobierno había invertido varios millones de quetzales en el proyecto de Poptún, y algunos sectores empezaban a dudar de que fuera realmente aconsejable.

El 11 de junio de 1965 se promulga un decreto agrario (Número 354) que en su artículo primero: Se fija como meta de máxima prioridad, a lograrse en un plazo no mayor de 10 años, la intensificación de las colonización y aprovechamiento racional de las tierras del departamento de Petén y de todas las demás que constituyen la cuenca del Usumacinta y sus afluentes.

La colonización de Petén se había visto como solución parcial a las dificultades de tierra de Guatemala 17 años antes e incluso había sido intentada por Arévalo con poco éxito. Cuando Idígoras asumió el poder emitió una ley por la declaraba de urgencia nacional el desarrollo económico del Petén. La ley declara en su artículo Número 6: “Impulsar el incremento de la población del Petén para organizar colonias industriales, agrícolas y agropecuarias y fundar nuevas comunidades urbanas y turísticas, atendiendo a las necesidades que el desarrollo paulatino del departamento requiera. Para el efecto, el Instituto para el Fomento y Desarrollo Económico de Petén –FYDEP–, estudiará la conveniencia de traer grupos de inmigrantes de preferencia especializados en determinados cultivos, técnicos forestales, agropecuarios o industriales, con el propósito de colonizar las zonas que al efecto se determinen”. El programa nunca se llevó a cabo realmente por Idígoras, y ahora Peralta Azurdia también decidió que la colonización del Petén sería la solución al problema agrario.

En 1965 se establecieron en las riberas del Pasión en Sayaxché los primeros dos grupos de campesinos sin tierras: 90 familias que formaron la cooperativa Felicidad y otras 15 familias la cooperativa Manos Unidas de Cabricán, ésta con el apoyo de los sacerdotes de la misión Maryknoll.

En 1965, un estudio de Naciones Unidas recomendaba: “Hay dos organismos que tienen jurisdicción sobre la colonización, Fydep e Inta. Los dos planean programas de colonización con criterios completamente diferentes... “. La Comisión de Naciones Unidas optó por el Inta.

Por las luchas entre FYDEP e INTA, el Consejo de Estado fue al Petén en febrero de 1967 para ver por sí mismo lo que estaba haciendo FYDEP y se les informó del éxito del coronel Romeo Samayoa en la colonización de los ríos Pasión y Usumacinta. No les mostraron las colonias, ya que fueron únicamente a Sayaxché, y una de las razones era el terrible estado en que se encontraban. En ese tiempo existían nueve cooperativas que e encontraban sin ningún medio de comunicación con el mundo exterior, con muy poca comida y menos medicina. La enfermedad y el hambre afectaban intensamente a todas las cooperativas excepto a la de Cabricán y la gente empezó a salir con la misma velocidad con que entraban nuevos colonos.

Mientras el Consejo de Estado declaraba que las riberas de los ríos “poseían una de las áreas más adecuadas para la colonización porque la fertilidad de los márgenes del río Pasión no podía ser mejor”. Un año antes, los técnicos de la AID decían a la cooperativa de cabricán que la tierra a lo largo del río era inservible para la agricultura. El estudio de la FAO reveló la misma información.

El director de FYDEP, coronel Casasola, en 1969 declaró que “es de urgencia impostergable la pronta sanción de la ley de adjudicación de tierras, actualmente en el Congreso, a fin de terminar esa situación anómala y peligrosa de de dar reconocimiento provisorio de los asentamientos, que es como parcelar las nubes”.

Existían pocos títulos legales de propiedad directa sobre las tierras del Petén, y la mayoría de éstos datan del periodo colonial. Ninguno de los sucesivos gobiernos, hasta el de Peralta Azurdia, se había preocupado nunca por inscribir este inmenso territorio como tierra nacional. Por un lado nadie estaba seguro de lo que el país poseía ahí... había innumerables problemas fronterizos.. y la inmensa riqueza que estaba en juego. Esto llevó a la situación de que los gobiernos no eran dueños del Petén y por tanto no podían conceder títulos de propiedad legales. Por ello el coronel Oliverio Castañeda siguió entregando contratos provisionales de asentamiento, que comparó como “repartir nubes”.

El coronel Castañeda lo explicó claro en su libro, “Grandezas y miserias del Petén”: Hablemos claramente. No es cuestión de poblar Petén a cualquier precio y así contaminar desde su nacimiento un organismo que debe permanecer imperativamente sano con el fin de comunicar salud a todo el país. Un ejemplo: el analfabetismo en el Petén ha sido de los más bajos de Guatemala... pero en los últimos años ha subido al 22%. ¿Causas? Las migraciones kekchíes al municipio de San Luis, debido al fracaso económico y agrícola de Alta Verapaz. También debemos aclarar que de los 2,849 migrantes al Petén, 1908 eran indios y 941 no indios, coeficiente de retroceso, ya que por más interés que tengamos por el problema indígena, no forman el contingente humano que necesita el Petén para progresar.

En los 80, la tierra arrasada despobló una buena parte del departamento, masacrando aldeas completas y obligando a miles a refugiarse en México. El departamento era también un frente de guerra de otra de las organizaciones guerrilleras en el que los enfrentamientos se sucedieron hasta la firma de los Acuerdos de Paz.

A mediados de los 90, se inician los retornos de refugiados y la formación de nuevas comunidades. El retorno y los apoyos logrados fueron un estímulo para retomar los procesos organizativos como las asociaciones locales de promotores y comadronas, la Coordinadora de Programas de salud del departamento en 1996 y la Asociación de Promotores y Comadronas de Petén, en 1998.

Una versión popular que armó mucho revuelo.

La Coordinadora de Programas de Salud del departamento nació con el propósito de discutir colectivamente las implicaciones del nuevo modelo de salud promovido por el MSPAS, el Sistema Integral de Atención en Salud, y posteriormente estableció como objetivo formular propuestas para modificarlo en aspectos relevantes como la estructura organizativa, el perfil de los vigilantes, el sistema de seguimiento, el apoyo logístico al personal comunitario y armonizar con la medicina natural-tradicional.

La propuesta del SIAS, extensión de cobertura con paquetes básicos, los patronatos hospitalarios... movilizó a promotores y comadronas, en un primer momento en busca de información y posteriormente a la elaboración de contrapropuestas. Como parte de ese proceso, se elaboró un documento denominado *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS* (1998) como “un aporte de la Coordinadora de Programas de Salud del departamento de Petén” por diferentes ONG y asociaciones de promotores, un documento mediado y con historietas que acercaba a la población y agentes de salud comunitarios, la propuesta del SIAS y la situación de escasez de medicamentos y ausencia de personal del MSPAS en puestos de salud, las limitaciones de los centros de salud y hospitales, las cuales eran obvias pero que generó la respuesta airada del viceministro Dr. Carlos Andrade, al negarse a admitir las deficiencias: “eso eran antes, eso no pasa ahorita” y acusar de “guerrilleros de la salud” a los autores. Esto último era una amenaza... de cuyas consecuencias...



Dibujo de: *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS* (1998) como “un aporte de la Coordinadora de Programas de Salud del departamento de Petén”.

El viceministro consideró que el Frente Democrático Nueva Guatemala, FDNG, estaba detrás de los autores del documento. Las organizaciones miembros de la Instancia Nacional de Salud acuerparon a sus miembros peteneros autores del documento, por cierto muy bonito, que fueron convocados por el FDNG para solicitar información de los hechos, de los cuales el FDNG no tenía nada que ver y se tuvieron también varias reuniones con el Dr. Andrade y asesores que no llevaron a nada, pues su talante no era, para nada, dialogante. El tiempo electoral se acercaba y... el mensaje era que el MSPAS no quería críticas, el SIAS era lo mejor de lo posible.



En este contexto y trabajando en el área de Sayaxché, la organización argentina Médicos en Catástrofe –MEC–, como prestadora del “SIAS de primer nivel”, cuando el MSPAS cuestionó la prestación del servicio y anuló el contrato de esta administradora y prestadora de servicios que atendía a una buena parte de la población del suroriente de Petén.

Ante la crisis, se realizaron dos asambleas con representantes de 150 comunidades para evaluar a los MEC, al MSPAS y encontrar solución a la problemática, garantizando del mejor modo la atención de salud. Se convino que el MSPAS se hiciera cargo de los servicios y fuera fiscalizado por las comunidades, para lo cual se eligieron representantes: una comadrona, un promotor y un líder comunitario por cada uno de los cinco centros de convergencia del proyecto. “Formada en 1997 y conocida como la *Comisión de los 15*, además de fiscalizar al MSPAS garantizó la prestación de servicios en las comunidades más alejadas. Al finalizar el proyecto se consideró positiva su continuidad por el acceso del personal comunitario a la toma de decisiones en el funcionamiento y calidad de los servicios. La Comisión ha estado detrás de dos problemas que siguen sin resolverse, la mala calidad de la atención en el hospital de Sayaxché y por otro, la no consideración de las referencias de comadronas y promotores” (Croecker, 2004).

La “Comisión de los 15” ha sido un ejemplo permanente para las asociaciones de promotores y comadronas, como espacio político para la fiscalización e incidencia con el MSPAS y fue un estímulo, para la formación en 1998, de la Asociación de Promotores y Comadronas de El Petén.

APROSACOP surgió ante la necesidad de promotores, promotoras y comadronas de participar en las diferentes actividades que se realizaban en salud, a nivel departamental, y defender sus derechos. Se constituyó como organización civil, sin fines de lucro, dedicada a promover la salud integral de los habitantes de las áreas en donde los promotores y comadronas realizaban su servicio.

Para Magalí Verdugo (Crocker, 2004), presidenta de APROSACOP en uno de los primeros periodos, los objetivos eran: “fortalecer el papel de las asociaciones de promotores y comadronas en la sociedad, consolidar la transición democrática del país a través de las demandas y propuestas en salud con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población; impulsar y fortalecer a todo nivel la participación de promotores y comadronas en las decisiones que el gobierno toma en el campo de la salud; discutir y plantear ante las partes de propuestas para la solución de los problemas de salud; fomentar la formación y capacitación de las y los asociados para un mejor trabajo; impulsar y promover la profesionalización y fortalecer la participación de promotores y comadronas; cooperar con otras organizaciones nacionales e internacionales cuando los objetivos sean comunes a los de la asociación”.

La tercera asamblea de APROSACOP, que llevó el nombre de “Alianza por la Vida y la Paz de Petén”, se celebró en octubre de 1999, participando a lo largo de tres días, 120 promotores, comadronas y personal de apoyo. La misión de APROSACOP fue definida, como la de “velar por la salud de las comunidades y el desarrollo comunitario pero también, el que se tome en cuenta y reconozca a los promotores y comadronas”. Ante la pregunta de ¿qué profesionales queremos ser?, la lluvia de respuestas fue de “promotores y comadronas de calidad, facilitadores institucionales y comunitarios, auxiliares, enfermeros y doctores”. Y ante ¿el para qué de la profesionalización?, “para poder brindar un mejor servicio a las comunidades y para mejorar nuestra condición familiar, pues también tenemos que ver por nosotros. Para lograrlo, se consideró necesario consolidar la organización, formar una comisión para negociar con el MSPAS, estudiando y teniendo claro que no todos vamos a ser profesionales al mismo tiempo, por lo que requiere trabajo en equipo y coordinación”.

Los participantes informaron que 52 de ellas y ellos tenían primaria incompleta o eran analfabetas, once estaban estudiando primaria, 30 tenían la primaria completa y cuatro el básico completo, por lo que se pidió esfuerzos para avanzar en el nivel escolar y negociar con los grupos de maestros y CONALFA el apoyo a mejorar la escolarización.



Otro de los temas tratados fue el reconocimiento de los promotores y promotoras de salud, brindando capacitación y profesionalización para sus labores, y la construcción de unidades mínimas de salud completamente equipadas en las comunidades que carezcan de este servicio. Igualmente por el cumplimiento del Plan Específico de Educación de Población Desarraigada que abarca las cuatro profesionalizaciones en educación, salud, derechos humanos y agricultura; y el seguimiento al proceso de Reforma Educativa y los mecanismos establecidos para ello.

En el año 2001, los apoyos económicos y políticos de ONG y Pastorales habían disminuído y en un taller de la Junta Directiva (2001) y asesores, se razonaron las dificultades para incidir en el MSPAS, para el reconocimiento de los promotores y comadronas: “Están claras las necesidades de las comunidades, promotores y comadronas pero *no la ruta para resolver*. Los años en que se contó con fuerte apoyo de las ONG, la incidencia fue más fuerte, pero ahorita con menos respaldos está más difícil el que se nos tome en cuenta. No somos autosuficientes y seguimos necesitando apoyo de las instituciones”.



Promotores estudiando. (ASECSA).

Atención en salud, para mientras, y además la fiscalización

La asociación cuenta con una junta directiva de 13 personas, elegida cada dos años, que representa a alrededor de 100 socios activos. El plan de trabajo para el 2005 prioriza el ampliar el monitoreo a todo el departamento, mejorar la accesibilidad de medicamentos a través de farmacias comunitarias con venta social y participar en el Consejo Departamental de Salud para dar a conocer las necesidades de las comunidades y presentar propuestas de mejoramiento.

“La asociación dispone de varias farmacias comunitarias pero no se logra la sostenibilidad económica ni se tiene personal a tiempo completo para ello. También este año se monitoreó a Cristian Children, prestadora de SIAS en la ruta del Naranja, y se denunció su mal servicio” (Eduardo Velásquez, promotor de salud, directivo de la Asociación Maya-Petén de Las Cruces y ex presidente de APROSACOP) “siendo sustituido su personal médico por personal de enfermería. Hay todavía limitaciones para fiscalizar los servicios, pues el personal del MSPAS se impone en las reuniones” (Carolina Salazar, directora de ASECSA Petén).





“Los promotores siguen siendo necesarios mientras el MSPAS no resuelva los problemas. El Ministerio no tomó en cuenta a los promotores para elegir sus vigilantes y es porque los quiere sólo para sus metas, para hacer censos... cuando los problemas no se resuelven así. Un logro de este año ha sido que el MSPAS acepte capacitar a promotores en los temas que estos han solicitado” (Eduardo Velásquez, 2005).

La Asociación se ha propuesto monitorear los servicios, a nivel departamental, del MSPAS y prestadoras de la extensión de cobertura, así como de los diferentes programas en los que trabaja APROSACOP. Todo ello, como parte de la estrategia de incidencia política para mejorar la calidad de atención de los servicios. El trabajo de promotores y comadronas además de cubrir el trabajo curativo y preventivo que corresponde al MSPAS, amplía su perspectiva a la fiscalización del MSPAS, ONG y sus propias asociaciones.

LA ASAMBLEA DE PROMOTORES DE SALUD DE CHIMALTENANGO, 1998

Las demandas de los promotores pusieron en evidencia los límites del SIAS, de las ONG y de los promotores

En 1998, el debate sobre reforma del sector salud de la que el Sistema Integral de Atención en Salud era una parte del mismo y los primeros pasos de su aplicación, el primer nivel, estaban en su apogeo, llevó a la movilización de una buena parte de las y los promotores de salud, Pastorales de salud y de ONG.

La Reforma fue presentada por el gobierno como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz, todos los partidos políticos sin exclusión la avalaron, pero para las asociaciones de promotores y para la mayor parte de las Pastorales y ONG de salud, las históricas, iba contra los Acuerdos de Paz, por su carácter neoliberal.

La presentación del SIAS de primer nivel fue interpretado por muchos como el primer modelo comunitario de salud con participación comunitaria presentado por el MSPAS a lo largo de su historia. Una lectura superficial del mismo, podía llevar a esa interpretación, pues integraba en la estructura organizativa a personal comunitario, guardianes de salud y comadronas, pero era puro espejismo.

La integración del personal comunitario respondía a una estructura vertical en donde su quehacer ya estaba definido, en la que sólo cabía obedecer, nada de organización de guardianes salvo las reuniones con los facilitadores y médicos. Era la antítesis de la filosofía que alimentaba a los promotores de salud: aprender a prevenir y curar, promover la organización comunitaria y participar en la toma de decisiones en las actividades de salud. Precisamente por eso, para cambiar con todo lo que remedara a promotores, la nueva denominación era de guardianes en una estructura y funcionamiento que más parecían las controladoras Patrullas de Autodefensa Civil. En guardianes y patrulleros, el personal comunitario era un instrumento para el logro de las metas institucionales, un pasado siempre presente en que el personal comunitario es objeto y nunca sujeto.

La primera reacción al SIAS, para la inmensa mayoría de ONG, Pastorales y promotores fue de sorpresa y desconocimiento de las implicaciones que llevaba la aceptación del primer nivel y de la firma de convenios como lo demandaba el MSPAS.



Tras la represión de los 80, la mayor parte de Programas de Salud, ONG, Pastorales y asociaciones de promotores, estaban abocadas al trabajo local, con visión local, e inmersas en un fuerte activismo para responder a las necesidades de atención de la población que no era cubierta por el MSPAS. En esos años la cifra oficial era que el 50% de la población guatemalteca estaba fuera de los servicios del Ministerio y Seguro Social. Pocas personas y menos instituciones estaban en capacidad de analizar y comprender los alcances de la reforma . La presión del MSPAS a una respuesta favorable a la misma obligó a ONG, Pastorales... y promotores, primero a la búsqueda de información, salir del enconchamiento, intercambiar reflexiones y posteriormente a la necesidad de responder conjuntamente conformando en abril de 1998, una coalición política, la Instancia Nacional de Salud. En ella participaron las asociaciones de promotores y comadronas, ONG, Pastorales, representantes del sector de mujeres y un delegado de la Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas –CNOC.

En los numerosos talleres departamentales, regionales, nacionales sobre el SIAS, participaron trabajadores de las ONG, promotores de salud y otras personas interesadas, en otras sólo promotores contando para ello facilidades de las ONG y Pastorales que pusieron recursos materiales y humanos para ello. Mientras las ONG y Pastorales tomaban posicionamiento, pedir la opinión a los promotores y a las comunidades eran ganar tiempo frente al MSPAS que presionaba, pues su tiempo político era corto, le quedaban dos años de gobierno.

En este contexto de debate, uno de los departamentos más activos fue Chimaltenango. Un momento crucial fue cuando en febrero del 98, en El Tejar se realizó el primer taller de información y análisis del SIAS entre ONG del departamento y el MSPAS. Aproximadamente 40 personas debatieron por dos días, los pro y contras de la propuesta ministerial. Frente al hotel, un gran cartel de un aceite conocido se anunciaba como premonitorio, “Más por menos dinero”, que muchos identificaron como anuncio del SIAS. Al taller, le continuó un proceso de “negociación”, entre el responsable departamental del SIAS y delegados de ONG y asociaciones de promotores del departamento.

El desconocimiento y temor de las ONG a la nueva política, las amenazas abiertas de los responsables centrales de la implementación del SIAS, “los vamos a ilegalizar”, “si no le entran Uds, otros van a entrar y se quedarán sin trabajo”, llevaron a que las ONG propiciaran numerosos talleres de reflexión sobre “ventajas y desventajas del SIAS” por componentes técnico, organizativo participativo, legal y administrativo financiero.

Una de estas convocatorias, fue anunciada como asamblea departamental de promotores y promotoras de Chimaltenango (Memoria de la asamblea, 1998). Llegaron 35 promotores de 14 asociaciones, seis directores de ONG y otros trabajadores de las ONG. Los promotores concluyeron que:

El MSPAS quería ampliar la cobertura “a costilla de los promotores”, se les asignaba a los guardianes un gran trabajo sin haberles consultado y exigieron remuneración económica si iban a trabajar para el MSPAS. También que de entrarle se pudiera participar con y sin carnet de promotor del MSPAS, la inconformidad con el cambio de nombre de promotores a guardianes... y se quejaron de que ellos “no eran guardianes de chuchos”.

Del análisis de la experiencia de relaciones con el MSPAS, evaluaron las fortalezas y debilidades:

Se trabaja casi sólo en preventivo; en algunos lugares hay coordinación y en otras no; hay dificultades, pues muchas veces los puestos de salud están cerrados por falta de personal; la calidad del relacionamiento depende de las personas que estén el puesto o centro de salud; hay capacitaciones pero no seguimiento; imponen el trabajo y no nos toman en cuenta en la toma de decisiones; no respetan nuestras ideas y tampoco nos dan los recursos para el trabajo; cuesta que extiendan el carnet de





promotores; exigen responsabilidades pero sin ningún apoyo material ni económico; no dan la posibilidad de prosperar intelectualmente.

Paralelamente, consideraron que en el trabajo desarrollado independiente del MSPAS:

Trabajan en lo preventivo y curativo, las capacitaciones son más amplias, hay mayor coordinación con las ONG y se procura trabajar en proyectos integrales y de otro tipo como luz eléctrica, agua, letrinas, etc. Por lo que el paquete básico es menos de los que ya realizan en las comunidades.

Finlamente elaboraron una tabla de reivindicaciones y propuestas:

Para el MSPAS:

Una mejor atención a la población y que no continúen los maltratos y discriminaciones. Que aumenten la canasta básica de salud y el presupuesto para la extensión de cobertura. Que el MSPAS otorge el equipamiento necesario para los puestos y centros de salud. No es suficiente el personal de un médico y un facilitador institucional para atender a 10,000 habitantes.

Estamos contra la privatización de los puestos, centros de salud, y hospitales nacionales. Es necesario un salario para poder trabajar. Queremos Q1000.00 pues las tareas que se asignan van a llevar casi todo el día.

Los recursos del SIAS deben ser manejados por la comunidad a través de un Comité de Salud.

Que se valore e integre en el trabajo, la medicina tradicional y natural de las comunidades. Debe facilitarse material médico a promotores y comadronas para que realicen el trabajo en las comunidades.

Para el MSPAS y ONG:

Que los promotores sean tomados en cuenta por el MSPAS en las negociaciones y selección de la ONG para la firma del convenio. Que las ONG que no firmen sin el acuerdo de los promotores que son los que van a realizar el trabajo.

Que la población no sea sectorizada y tenga libertad para acudir al promotor y comadrona al que tenga más confianza.

El personal médico debe permanecer más tiempo en las comunidades.

A las y los promotores:

Que se forme una comisión de promotores paa seguir impulsando el análisis del SIAS en las comunidades, municipalidades y departamento, y se convoque a más promotores.

Organizar un consejo de promotores para analizar los convenios.

Un grupo se posicionó contrario al SIAS y que se impulse la organización de promotores y comadronas con el apoyo de las ONG.

En la Asamblea, se nombró una comisión de promotores que con el apoyo de las ONG, en viáticos para desplazamientos, iniciaron sus reuniones (Memoria de reuniones, 1998) para dar seguimiento a los compromisos. Una semana después de la asamblea, se tenía información de que varias ONG, no participantes en la asamblea, ya estaban firmado convenios con el MSPAS. Algunas eran de salud y otras no, como una asociación de carniceros que quería ser administradora de servicios. Era claro que en algunas, su interés era hacerse de fondos económicos y era palpable el temor de las ONG históricas a ser desplazadas de sus lugares de trabajo.

Una demanda clave de los promotores era, que las ONG no firmaran ningún convenio con el MSPAS sin el aval de los promotores, que a fin de cuentas con su trabajo voluntario iban a tener que realizar la mayor parte del trabajo. Y avalar los convenios de los ONG con el MSPAS, pasaba



por las reivindicaciones económicas de los promotores.

En las diferentes reuniones de la comisión, los representantes de los promotores mostraron sus diferencias. Uno de los delegados de los promotores era director de COKADI y como asociación, estaban abiertos a ser administradores y prestadores de servicios, otros querían ser facilitadores comunitarios y acceder al incentivo de Q350.00 mensuales, mientras que otros optaban por movilizar a los promotores del departamento, desde la autonomía de los promotores y el respaldo a la tabla reivindicativa elaborada en la Asamblea.

La comisión planificó sus reuniones para hacerlas quincenales y a su vez una serie de talleres municipales en Tecpán, Santa Apolonia, San José Poaquil, para que la reflexión se llevara a las bases y hubiera reflexión y propuestas desde un mayor número de promotores. Estos talleres nunca se realizaron, pues las ONG no las financiaron con la excusa de “no trabajamos en esos municipios”.

Las ONG históricas temieron ser desplazadas de sus lugares de trabajo por las nuevas ONG, dispuestas a ser Administradoras y/o Prestadoras. La crisis económica presionaba a las ONG a firmar convenios para su sobrevivencia. Las demandas económicas de los promotores, innegociables para el MSPAS, ataban de pies y manos a las ONG, impidiéndoles la firma de convenios. Las ONG dejaron de financiar las reuniones y desplazamientos de los líderes de los promotores y el proceso asociativo murió. La dependencia económica de los promotores a las ONG, la diversidad de intereses entre ellos... llevó a que la experiencia organizativa no llegara a final de año.

EL MOVIMIENTO NACIONAL DE PROMOTORES DE SALUD DE GUATEMALA

Por la salud comunitaria, por el derecho a la salud y a una vida digna

(lema de una de las asambleas del movimiento)

En el espíritu de un sector importante de promotores y promotoras ha estado, el que además de responder a las necesidades inmediatas y sentidas ante la enfermedad en la familia y comunidad, ser promotor de salud era y es también, participar en la transformación de las condiciones de vida, sociales, económicas, políticas que generan la mayoría de enfermedades que padecen a través de la organización y el desarrollo comunitario.

Este sector, consciente de las raíces sociopolíticas de las enfermedades ha tenido en la organización de promotores, y a veces asociados con las comadronas, uno de sus máximos objetivos. Idealmente, para muchas asociaciones de promotores y ONG, el promotor era un lider comunitario, pero no siempre lo ha sido. Probablemente unos por ser líderes se hicieron promotores. Otros se desarrollaron como promotores y posteriormente fueron líderes.

Este sector de promotores apoyado por algunas instituciones, ONG y Pastorales, han conformado desde los años 70, asociaciones locales, a veces departamentales y en varios intentos, nacionales. Tras las asociaciones locales e incluso municipales cabe pensar que la visión del trabajo puede ser asistencial pero lo que sí está claro es que promover una asociación o movimiento nacional de promotores no puede ser más que de carácter sociopolítico y/o gremial.





Varios intentos de movimiento nacional

Las primeras capacitaciones de promotores en salud rural en ASECSA eran por “jornadas de capacitación” y éstas se realizaron en Chimaltenango, Quetzaltenango y Cobán. Es a partir del año de 1983 que se inició la capacitación por niveles, “nos volamos dos años y medio haciendo consultas para formular el primer plan de estudios” (Marco Tulio Gutiérrez, 2005) y los 13 promotores de la primera promoción de cuarto nivel se recibieron en 1986.

A la vez que se daba el inicio formal de la capacitación, los promotores en salud rural –PSR–, trataron de organizarse para ir buscando la autogestión del grupo, lo que dio lugar al surgimiento de la Asociación Nacional de Promotores de Salud y Desarrollo Integral –ANAPROSADI.

Entre las motivaciones que tuvieron los promotores para el surgimiento de ANAPROSADI podemos mencionar:

- Lograr la unificación a nivel nacional de los PSR, para que se reconozca su trabajo.
- Buscar solución a la falta de recurso económico de los PSR, ya que por falta de ello no se tienen para los pasajes y comida de la familia mientras se ausentaba de la comunidad para asistir y participar en los cursos por niveles de ASECSA.
- Los PSR, después del cuarto nivel, ya no cuentan con un sistema formal de seguimiento en cursos y reuniones para poder compartir sus experiencias y para poder aumentar su capacidad técnica en salud y desarrollo integral en el Programa Socio.

Los objetivos que perseguía ANAPROSADI eran como objetivo general el promover el desarrollo socioeconómico y cultural del gremio de promotores para alcanzar mejores condiciones de vida y para el mejor desempeño de sus miembros como promotores en sus comunidades. Y entre sus objetivos específicos: Definir el papel del promotor en la comunidad. Conocer las necesidades reales de los promotores. Determinar las causas por las que algunos no logran terminar su capacitación hasta el cuarto nivel. Conocer las expectativas de los promotores. Obtener suficiente información para definir la naturaleza de la organización y su plan de trabajo. Obtener suficientes datos para definir proyectos socioeconómicos para el mejoramiento de la situación de los promotores. Determinar el método de trabajo para el funcionamiento del gremio a nivel local, regional y nacional.

Para el logro de los objetivos se formaron juntas directivas regionales y una central. Cuando ANAPROSADI se estaba consolidando como gremio y tramitando sus estatutos en 1989, inesperadamente se desorganiza como grupo de promotores.

(Memoria de seguimiento de promotores. ASECSA, 1993)

En el mismo documento se ennumeran las características del “promotor ideal” para ASECSA y ANAPROSADI: “ser personal local comunitario que a través de la Atención Primaria de Salud contribuyera al mejoramiento de la salud y situación general de vida en las comunidades; promotores que interpreten y accionen en el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista integral tomando en cuenta los aspectos socioculturales, económicos y políticos del país; que promueva la participación y organización comunitaria y que se constituya en un multiplicador de sus nuevos conocimientos en la comunidad”.

Y continúa que “para que este ideal se dé en el promotor egresado es necesario un plan estratégico con presupuesto definido para que el promotor sepa que va a contar con el apoyo moral, económico y material para desarrollar su trabajo y así poder ser agente de cambio de la comunidad, promotor educador, guía de la comunidad y en búsqueda de su autogestión”.



De las primeras ocho promociones (1986-1993) egresaron con cuarto nivel, 191 promotores provenientes de 51 Programas Socios. A todos ellos se les invitó en diciembre de 1993 al “Primer encuentro de promotores egresados” de ASECSA en donde participaron 14 promotores provenientes de diez Programas Socios.

Como una conclusión del encuentro fue que el programa de capacitación visitara a cada promotor en su comunidad con el objetivo de apoyar y acompañar moralmente al PSR en el trabajo, darle un respaldo en su comunidad y pesentar al PSR a la comunidad.

El problema central fue la necesidad del seguimiento de los promotores egresados para el que se propuso formar un equipo multidisciplinario para el acompañamiento en agricultura, medicina tradicional y educación popular, además de integrar en la formación la educación formal con primaria, básico y bachillerato. Otros planteamientos fueron la necesidad de proyectos productivos para generar apoyo económico a los promotores y buscar el relanzamiento y la autosostenibilidad de ANAPROSADI.

(Memoria de seguimiento de promotores. ASECSA, 1993).

Las causas del fracaso de ambos intentos estuvieron para Delfino Chalí y Rafael Valdisson (Taller de la INS en COKADI, 2001) en la dependencia de los promotores y de ANAPROSADI a ASECSA.

El tercer intento de formar una asociación fue como Movimiento Nacional de Promotores de salud (y comadronas) y se concretó en 1998, al calor de los talleres y asambleas de análisis y debate que generó la reforma del sector salud y en particular el SIAS, su primer nivel de atención y la sospecha de privatización de algunos servicios de salud.

Tras varios talleres regionales, algunos líderes de promotores realizaron una convocatoria nacional bajo el lema: “Por el derecho a la salud de las comunidades y los derechos de los promotores de salud”, para octubre de 1998 en el centro de capacitación de ASECSA en Chimaltenango. A la convocaroria llegaron 57 promotores representando a la mayor parte de las asociaciones de promotores del país.

En la asamblea se retomaron las ventajas y desventajas del SIAS, así como la perspectiva político-ideológica a la que respondía la reforma del sector salud. En lo particular estaban muy molestos porque el MSPAS nos lo había tomado en cuenta, aparecía una nueva figura suplantando al promotor de salud como era el guardián de la salud, éste era parte de una estructura vertical que no reconocía la existencia de organizaciones de promotores, su quehacer no respondía a las necesidades de la población ni tomaba en cuenta el saber hacer de ellos y ellas y el estipendio de Q50.00 mensuales era una desconsideración al trabajo que aportarían al MSPAS.

De la memoria de esta asamblea nacional de promotores (octubre de 1998) destaco los siguientes aspectos: Las y los promotores se preguntaron el “para qué” de organizarse a nivel nacional respondiéndose que “para tener fuerzas y defender los derechos del pueblo y no haya discriminación”, “no ser manipulados como promotores por el Ministerio e incidir en las políticas de salud”, “para unificarnos a nivel nacional y seamos reconocidos legalmente”, “poder intenvernir en la toma de decisiones y se nos reconozca económicamente por nuestro trabajo”, “es insuficiente el paquete básico del SIAS”.

Tras considerar necesaria una organización nacional reflexionaron sus fortalezas y debilidades, amenazas y oportunidades para establecer una estrategia de acción. Entre las fortalezas: “tenemos experiencia y contamos con el apoyo de nuestras comunidades”, “tenemos conocimientos en plantas medicinales, salud mental, salud dental, enfermedades comunes y primeros auxilios, en prenatal y crecimiento del niño, “experiencia en organización comunitaria”, “somos bastantes”.





Nuestras debilidades están en “no tenemos *pisto* para organizarnos y defender nuestros derechos”, “falta de conciencia”, “miedo para defender nuestros derechos”, “no hay buena comunicación ni coordinación entre nosotros”, “somos pobres y no tenemos tiempo para hacer el trabajo de promotores”, “tenemos baja escolaridad”, “vivimos lejos unos de otros y cuesta coordinarse”, “falta capacidad técnica para tener propuestas alternativas al MSPAS”.

Entre las oportunidades, el “apoyo de las ONG, Pastorales de salud, la Procuraduría de Derechos Humanos, la Misión de Naciones Unidas para Guatemala –MINUGUA– y varias municipalidades”, “los Acuerdos de Paz”, “el SIAS con sus amenazas nos sirve para organizarnos” y como amenazas: “la reforma del SIAS, la privatización de los servicios de salud y el nuevo Código de Salud”, “el MSPAS que no acepta las asociaciones de promotores” y “algunas ONG que firman convenios sin platicar con nuestras asociaciones”.

Las demandas que se plantearon fueron al MSPAS “que reconozcan el trabajo del promotor de salud”, “que respeten las organizaciones comunitarias y las asociaciones de promotores y comadronas”, “que equipen bien los centros de salud, hospitales, que haya ambulancias y den buena atención sin discriminaciones”, “que tengan más personal en los centros de salud y hospitales”, “que se respeten los valores culturales de la población”, “que los trabajadores del MSPAS hablen el idioma de la comunidad”, “ampliar el paquete básico y se incluya la medicina tradicional”, “pedimos Q450.00 para trabajar con el MSPAS y no queremos ser guardianes”.

A las ONG y Pastorales les pidieron: “apoyo económico para poder realizar encuentros de promotores”, “que nos acompañen en los encuentros”, “que nos asesoren para conocer mejor el SIAS”, “que nos tomen en cuenta antes de firmar convenios con el MSPAS”, “que en las capacitaciones de promotores se incluyan las políticas de salud, el SIAS y otras alternativas”.

La respuesta al ¿cómo vamos a organizarnos para llevar todo esto para adelante? fue formar una comisión nacional provisional, como primer paso para levantar un Movimiento Nacional de Promotores de Salud, comprometiéndose en formar comisiones municipales y departamentales para dar a conocer el movimiento en todos los municipios del país, buscar financiamientos, definir más nuestras propuestas y reivindicaciones, hacer consultas con los promotores de nuestras asociaciones y con otras.

Las líneas de acción se resumen en tres: Defender el derecho a la salud comunitaria a través de la lucha por ampliar el paquete básico de salud. El reconocimiento legal y económico de los promotores. La incidencia en las políticas de salud del MSPAS en alianza con las ONG-Pastorales de salud.

La plataforma reivindicativa en 1998 se concretó en:

- **Políticas de Salud**

La atención en salud debe ser integral, consensuada y responder a la realidad cultural y social de las comunidades. Debe integrar la medicina tradicional y natural. También incluir la salud mental y la salud oral.

Debe mejorarse el servicio, en recursos técnicos y con suficiente personal, además de con calidad humana. Deben superarse las prácticas discriminatorias contra la población indígena de bajos recursos.

El personal contratado por MSPAS y ONG para trabajar en áreas rurales debe hablar el idioma local.

La población debe tener libertad de acudir a donde le convenga, no limitado por la sectorización del MSPAS y con derecho a ser atendido desde el modelo de salud que elija.

El SIAS es impuesto y no toma en cuenta a las asociaciones de promotores y comadronas. El



SIAS genera desigualdades de atención entre las jurisdicciones y no queda claro qué entiende el MSPAS por autosostenibilidad, ni cómo se desarrolla la reforma en el 2do y 3er nivel de atención.

Que las capacitaciones a las y los promotores incluyan la perspectiva cultural, gestión y políticas de salud, formación para nuestro empoderamiento... y también reivindicaciones económicas por nuestro trabajo. No es lo mismo ser voluntario para la comunidad que para el MSPAS y las ONG del SIAS.

- **Sobre financiamiento**

Deben aumentarse los presupuestos gubernamentales en gastos sociales y en concreto en salud. Se deben garantizar las entregas trimestrales del MSPAS a las administradoras –ASS. Reconocimiento económico a los promotores con base en el trabajo y tiempo dedicado.

- **Sobre el derecho a la salud**

Las comunidades deben tomar parte con voz y voto en la selección de ONG que vaya a ser administradora –ASS–, y prestadora de servicios –PSS.

Las comunidades y los grupos comunitarios deben tener voz y voto en los Consejos Municipales de Salud, al igual que en los Consejos Departamentales y Nacional de Salud y deben ser tomados en cuenta en la definición de las políticas de salud. También deben estar informados de la gestión económica del MSPAS y ONG.

Las comunidades y grupos comunitarios son autónomos del MSPAS y ONG.

Es necesario definir una estrategia de lucha y de incidencia en la política nacional, desde una perspectiva autónoma.

El MSPAS debe reconocer a las asociaciones de promotores y comadronas y negociar con ellas su trabajo en las comunidades.

Para aumentar nuestra capacidad de negociación debemos fomentar la organización a nivel municipal, departamental y nacional de las y los promotores, así como hacer alianzas con sectores sociales afines.

Como promotores ne queremos ser un gremio que sólo ve por sus intereses sino un movimiento por la atención integral de las comunidades, por el empoderamiento y desarrollo comunitario, ser parte de un movimiento social más amplio

Trabajaremos por un foro nacional de salud con la participación de todos los actores de la misma.

(Memoria del Movimiento Nacional de promotores de salud. 1998).

Las debilidades no expresadas por las y los promotores (que serían posteriormente causa de su agonía) estaban en no reconocer su condición objetiva de pobres haciendo trabajo gratuito y su dependencia económica, informativa y en buena medida político-ideológica de las ONG-Pastorales a quienes consideraban sus aliados naturales. No fue posible cumplir con los acuerdos de la asamblea, no hubo respaldo económico de las ONG para los talleres ni el tiempo de los promotores para formar comisiones municipales y departamentales. Sólo pudo sostenerse la comisión nacional provisional pero sin la red de comisiones y aquello se convirtió en lo que un miembro destacado de ASECSA llamó “cascarón sin pies”. Tampoco se visualizaron como posibles aliadas las organizaciones campesinas, indígenas ni de mujeres posiblemente porque sus reivindicaciones no salieron del sector salud y las capacitaciones, medicamentos y apoyos... los ligaba umbilicalmente (y en dependencia) de las ONG-Iglesias.

De finales de 1999 a finales de 2000, los esfuerzos de la comisión nacional de promotores estuvo dirigido a la elaboración de su primer plan estratégico en donde se contemplaban las actividades de la junta directiva, de las comisiones de proyectos, de divulgación y de organización así como de asesoría jurídica para su legalización y ser sujeto de proyectos.





Para finales de 2000 era evidente que el movimiento no era tal, y las reuniones de los 15-20 promotores que con gran esfuerzo lograban reunirse cada tres o cuatro meses, un día antes de cada asamblea de la INS de la que eran miembros, no pasaba de preguntar a los miembros de las ONG de la INS “¿en qué nos pueden ayudar?” y la respuesta “¿en qué quieren que les apoyemos?”.

En noviembre de 2000 se realizó un taller sobre “El Movimiento Nacional de promotores y su relación con la INS”, en el que participaron 21 promotores de diferentes asociaciones y cuatro médicos de ONG miembros de la INS con diferentes posiciones sobre tema del taller. Se evaluaron las dificultades de los líderes del Movimiento en torno a clarificar objetivos movilizados para las y los promotores, a la vez que se les exigía que ello debía darse en el marco del voluntariado gratuito, y por otro de la dependencia económica a las ONG-Pastorales y la ambigüedad de éstas, en que a veces financiaban los pasajes de los promotores y otras veces no. Se consideró el salto cualitativo que significa el paso de trabajar en la comunidad, respondiendo localmente a las necesidades de la comunidad y en trabajo gratuito, a un trabajo a nivel nacional, netamente político planteando el derecho a la atención en salud y el reconocimiento de los promotores.

En el taller, las y los promotores reivindicaron su trabajo como voluntario y gratuito, y a la salida del taller, a quien esto escribe, dos de los promotores líderes solicitaron información de “coyotes” para también irse a los EUA.

La solicitud repetitiva de los líderes del Movimiento a las ONG-Pastorales de la INS fue de una oficina para la búsqueda de proyectos de financiamiento que les permitiera independizarse económicamente de las ONG y llevar a cabo su Plan estratégico. Las ONG no apoyaron la solicitud de oficina con la crítica y justificación de que debían ser un movimiento de promotores y no una nueva ONG, ofreciéndoles como había sido hasta entonces, el apoyo secretarial y de oficina, la asesoría técnica y política de la INS.

A lo largo de 2001, los esfuerzos de la Comisión estuvieron en la elaboración de un nuevo Plan estratégico que de nuevo requería de oficina y aspectos que asemejaban a una ONG.

En febrero de 2002, se realizó un foro sobre la problemática general de las y los promotores, así como el futuro del Movimiento. En el foro se constató las diferentes visiones de las ONG-Pastorales sobre los promotores, como el “es necesario conservar ese esfuerzo humano tan grande que hacen los promotores, como sacrificio”, “el reto del Movimiento no es sólo la falta de dinero sino sobre todo propuestas capaces de movilizar a los promotores que pasan por su profesionalización y el derecho a la salud”, “no se han sistematizado las experiencias de promotores desde las que se puedan hacer propuestas” etcétera.

En estos últimos años, reivindicándose como Movimiento se realizan esporádicamente asambleas y talleres de promotores de los que recupero la llamita, el fuegito que no se apaga de organizarse para encontrar soluciones a los problemas de los promotores y de la población, el intercambio de experiencias y la reflexión pero, en mi opinión, nunca habrá movimiento si no se vencen algunos obstáculos estructurales. El movimiento no será un Ave Fénix que resurge de sus cenizas, sólo será un fantasma que aparece y desaparece a conveniencia de intereses minoritarios, mientras no supere sus propios obstáculos estructurales ligados a su propia identidad y a que las ONG de salud se interesen más por el logro del derecho a la atención y menos por sus intereses particulares.

Los obstáculos estructurales

¿Es posible movilizar no sólo a varias decenas de líderes de promotores, idealistas e ideologizados, sino a centenares y miles e incluso sumar a los guardianes y vigilantes por el derecho a la salud y por el reconocimiento de su trabajo, con más capacitaciones, más tareas y más responsabilidades a cambio de que se les reconozca política y gratuitamente? En Guatemala y considerando que estamos hablando de personas pobres no es posible salvo que estemos a las puertas de una revolución social.



Promotores de salud, 1984. (ASECSA).

Entre muchos promotores, al igual que entre muchos trabajadores de ONG-Pastorales se ha visto como un ideal un movimiento de promotores con cabeza y pies, reivindicando el derecho a la salud pero no como “gremio” que es visto como “asociados viendo sólo por ellos y ellas, egoistas”. Los gremios, sindicatos de salud pueden ser también movimiento cuando además de por sus derechos como trabajadores de la salud se asocian con otros sectores y grupos y luchan por el bien común, el derecho a la atención de salud de la población. ¿Cuál es el problema? El problema es que la identidad de promotores pasa por el trabajo voluntario y gratuito y no por el derecho a la salud. Los promotores se han convertido en el fin, a costa de dejar en segundo plano la calidad de la atención.

Desde tiempos de Ubico, se reconoció que los maestros de las comunidades debían tener salario del Estado guatemalteco. ¿Y de los de salud, no es responsabilidad del Estado?.

Los promotores de educación tuvieron claro que querían ser maestros, y los promotores ¿qué quieren ser? Si se quiere seguir siendo promotor gratuito está casi todo dicho. Si queremos profesionalizarnos como los promotores de educación... ser auxiliares de enfermería, técnicos de salud rural... puede ser un camino. Y esto no puede ser visto como egoísmo. La imposibilidad genética de los promotores a tener otras oportunidades laborales y a la mejora personal y de su familia y que a su vez contribuyan a la mejor atención de salud de la población... son ideológicamente patológicas.

¿Es posible un movimiento de pobres haciendo trabajo gratuito que pidan más capacitaciones, recursos para hacer más trabajo gratuito e incluso al margen del MSPAS?

No basta con iniciar un proceso asociativo local, que avance a lo municipal, departamental, nacional e internacional, si no tiene los pies en la tierra. Y la tierra quiere decir ingresos y otras oportunidades, al margen de irse de mojados al norte. El derecho a la atención en salud tiene en las comunidades miles de personas con experiencia de trabajo preventivo, curativo y organizacional de los que el MSPAS prescinde por sus propias limitaciones ideológicas y que encuentra su



contraparte complementaria en las limitaciones ideológicas e intereses de las ONG y Pastorales. El resultado es que no se avanza en el cumplimiento del derecho a la atención en salud.

Todo camino es bueno si no sabemos a donde queremos ir

Ya lo dijo Séneca hace muchos siglos, “todos los vientos son favorables, si no sabemos a qué puerto queremos ir”, que traducido al Movimiento de promotores se concreta en:

- Lo ideal es que los procesos asociativos comiencen de abajo para arriba. El Movimiento Nacional de promotores en su tercer intento, surgió al calor de los debates del SIAS, con la presencia de una buena parte de los líderes de diferentes asociaciones y se pensó que la cabeza iba llegar a los pies y extender el movimiento pero demostró que es inviable estructuralmente un movimiento de pobres, voluntarios y gratuitos, sin reivindicaciones de profesionalización y asalarización, además dependientes económica y políticamente de las ONG-Pastorales de salud.
- Un movimiento de voluntarios y gratuitos en salud pidiendo más trabajo y recursos, siempre dentro de la gratuidad, sólo es posible en condiciones revolucionarias y con el riesgo de instrumentalizar a la población en nombre de la revolución (experiencia de brigadistas de salud como “jornaleros” de las metas institucionales del Ministerio de Salud de Nicaragua). El movimiento campesino se mueve por tierras para poder sobrevivir, el movimiento de promotores voluntarios se movilizaría por... ¿la salud de la población?
- El salto de promotor local a promotor nacional, es un salto cualitativo de necesidades inmediatas a planteamientos políticos, de la comunidad al país.
- Sólo es posible levantar un Movimiento de promotores, si en ella la imagen fuerza es la profesionalización como derecho de los promotores y como el mejor camino para asegurar la calidad y la atención en salud de la población. Los promotores de educación retornados mostraron el camino. Y deben unir fuerzas con otros sectores (campesinos, de mujeres, de pobladores, etc.), pues no sería sólo un beneficio gremial.
- Cualquier movimiento debe tomar en cuenta las sistematizaciones de la experiencias de promotores, nunca realizadas, aprendizajes desde las y los promotores y desde la propia población que tiene mucho que decir en torno al trabajo de las y los promotores. No podemos idealizar el trabajo de los promotores, tampoco condenarlo, por ello es necesario sistematizar a través de sus voces, incluída la población, para aprender de la experiencia. La sistematización seguro aportará a las propuestas de una nueva atención en salud.
- El discurso de muchas ONG no aguanta, como diría Pancho Villa a sus generales, “un cañonazo (en forma de proyecto) de 1,000 dólares”.

Bibliografía en orden de consulta

- CIIH/OEA. Capítulo XIV. *Los derechos humanos de la población desarraigada por el enfrentamiento armado*. Guatemala, 2001.
- Yoldi, Pilar. *Don Juan Coc, Príncipe Q´eqchi´ (1945-1995)*. FRMT, MDM-E, Intermon, Entrepueblos. Guatemala, 1996.
- Taller de sistematización de las experiencias de refugiados y retornados con un grupo de promotores líderes de AGRUMS. Huehuetenango, 1999.
- Memoria de la asamblea de promotores y comadronas retornados. Chimaltenango. Noviembre 1997.
- Arriola, Jorge Luis. *El libro de las geonimias de Guatemala*. Seminario de Integración Social Guatemalteca. Guatemala, 1973.
- Marcos Castillo Moreno. Conversaciones con Loyda Sánchez. Capitalización de Médicos del Mundo Francia.

REFLEXIÓN SOBRE LAS ASOCIACIONES DE PROMOTORES DE SALUD

¿Qué significados tiene la demanda dirigida a las y los comunitarios e instituciones: “Ser tomados en cuenta. Que nos reconozcan”?

“Que nos reconozcan” y ¿luego qué?

¿Es posible levantar un movimiento nacional de promotores de salud desde el voluntariado y la gratuidad?

¿Cuáles serían las reivindicaciones y propuestas para levantar un movimiento nacional de promotores ?

¿Qué futuro tienen los promotores de salud?

Instituciones y promotores de salud

Servir a la comunidad y/o servir a las instituciones

EL PRESENTE QUE ES AHORA

Composición de Oswaldo Morales con fotos de MDM-E



Ministerio de Salud, la Universidad de San Carlos y los promotores de salud

Servir a la comunidad... y servir al Ministerio de Salud

Eleuterio Pérez Pastor

Tengo 64 años, soy k'iche' y nací en la aldea Choatuj Chootiz de Nebaj. A los 22 años me fui a vivir a Lancetillo, Uspantán.

Mis primeras capacitaciones fueron como promotor de salud del Ministerio en el centro de salud de Nebaj en los años 70-71 y luego en Santa Cruz del Quiché y Uspantán.

En el 67 conocí Lancettillo y me gustó, así en el 71 me fui con la familia a vivir allí. Ya era promotor pero estaba cruda mi mente. Sabía de sobahuesos que me enseñaron los abuelos y vecinos, “soplar” que con tres sopladitas y tres con agua se curaba la quemadura. Los primeros doce años trabajé solo y sin botiquín.

En la parroquia de Lancettillo aprendí más con el padre Juan Alonso. En el 81 mataron al Padre Alonso y al igual a siete promotores de los 22 que trabajamos con el Ministerio de Salud. Ya no quería seguir pero la gente pedía y al final me dije: si me matan que me maten.

En el 82, pedimos apoyo de Q1.00 para la medicina y por la necesidad también daba zacates, plantas medicinales, y con eso salvamos mucha gente.

En el 88, el padre Rosalino me dio medicamentos y por tres años trabajé con la parroquia. Me daban 15 o 20 quetzales al mes y estoy de acuerdo. porque me gusta trabajar con la población. Organizamos dos o tres promotores y comadronas por comunidad y caminé 72 comunidades atendiendo a la gente por dos años y medio. Luego llegó ASECSA y tuvimos más capacitaciones.

El Padre trajo cuatro piedras que absorben el veneno de las culebras. Tras usarla se ponen 15 minutos en agua caliente, dos horas en leche, se lava, se seca en sombra y puede volver a usarse. Así logramos la vida de 23 pacientes.

Ahora tengo diez hijos y 28 nietos. Un hijo es promotor y colaborador de malaria.

INSTITUCIONES Y PROMOTORES DE
SALUD



Ilustración de Ricardo Pérez



“**Servir a su comunidad** es como dicen los promotores de su trabajo en salud” (INDAPS, 1979)

La primera experiencia del Ministerio de Salud con colaboradores voluntarios fue a través de la Red Nacional de Colaboradores Voluntarios de la División de Malaria (1959) y para conocer de este primer acercamiento a las comunidades por el MSPAS, destacamos del trabajo de Ismael Díez (1988) “El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos” lo siguiente:

El 5 de junio de 1956 el Congreso de la República emitió el decreto 1080, la Ley de Erradicación de la Malaria, creándose para este fin el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. Se inició el trabajo con personal asalariado pero como su cobertura territorial era mínima, se creó el colaborador voluntario –CV–, que trabajaba gratuitamente y cuya única función es la “búsqueda pasiva” de casos sospechosos de malaria. Entre 1959, año en que empezaron a funcionar y 1986, los CV realizaron el 53% de las muestras hemáticas y lograron el 73% de los casos detectados.

*Para la **selección** del CV, el “evaluador” responsable inmediato de los futuros CV se presenta a las autoridades locales y les pide le indiquen las personas capaces de hacerse cargo del Puesto de Notificación. Con la lista de precandidatos, entrevista a los adultos de la comunidad para establecer quién es el más adecuado. Por orden de aceptación visita a los elegidos y les explica los objetivos, organización, importancia del trabajo, etc. Si la persona acepta el cargo le explicará con detalle la función y actividades que va desarrollar. Se recomienda que en esta visita estén presentes el alcalde auxiliar y/o comisionado militar para dar mayor importancia a la entrevista. Se procura no elegir a líderes políticos ni religiosos o maestros, pues se pretende que permanezcan en la comunidad y que tampoco sean vendedores de medicamentos.*

Independientemente del número de habitantes, se escoge un coborador voluntario, y un colaborador auxiliar, para que en algún momento pueda sustituir al titular.

*La **capacitación** se realiza en una sóla jornada, en alguna vivienda de la comunidad y en presencia del alcalde auxiliar y el comisionado militar. Aprenden a tomar la muestra de sangre, la administración del medicamento, el llenado correcto del formulario, el empaque de la muestra para el envío al laboratorio, la lectura del resultado y la dosificación si es positivo. Las medicinas para la malaria se proporcionan gratis. Una vez está capacitado, se le proporciona un carnet acreditativo de parte de la División de Malaria y en la puerta de su vivienda se coloca el cartel de “Puesto de Notificación del Paludismo”. El CV y auxiliar son adiestrados simultáneamente, aunque las funciones del auxiliar sean en principio de canalización y divulgación de los fines de la campaña.*

Organización y monitoreo. *Se considera que el 74% del territorio total de la república es área malárica y los colaboradores voluntarios se encuentran en las comunidades mayores de 100 habitantes y carentes de puesto o centro de salud . El evaluador llegará a apoyar y supervisar el trabajo del CV aproximadamente cada tres meses, al menos durante el primer año.*

En la evaluación del programa se considera que los abandonos de CV han sido pocos y el éxito se atribuye a la perfecta definición de su función y el relativo poco tiempo que les ocupa.

Las primeras experiencias del Ministerio de Salud, MSPAS con promotores también se recogen en el estudio de Díez (1988) y destacamos:

Aunque la mayoría de la población era rural en Guatemala, fue hasta 1971, que el MSPAS levantó un Plan de Atención de Salud Rural, creando dos nuevos perfiles de personal auxiliar, los promotores de salud y los técnicos de salud rural. En 1972, el



MSPAS con el apoyo de UNICEF inicia el entrenamiento de promotores rurales para aumentar la cobertura mediante su participación activa y como parte de una estrategia de apoyo a los planes y programas.

En 1979, mediante la coordinación del MSPAS y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP–, se estableció el Sistema Integrado de Nutrición y Atención Primaria de Salud –SINAPS–, para incrementar los servicios de salud y nutrición en siete “distritos” del Oriente del país. En 1980, con el propósito de implementar un modelo educativo para el adiestramiento y supervisión del personal voluntario en áreas rurales, se inicia el proyecto Programa de Investigación del Adiestramiento de Promotores de Salud –PRINAPS–, en Xela, Sololá, San Marcos, Totonicapán y algunos distritos de Baja Verapaz y en 1982, el Programa de Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición en San Marcos, Sololá y Totonicapán. Los proyectos de técnicos de salud rural, SINAPS y PRINAPS se concibieron como experiencias piloto y fueron financiados por AID con la expectativa de poder ser extendidos al resto del país, pero no fue posible por la falta de financiamiento. El MSPAS estimaba que se habían capacitado alrededor de 3,000 promotores para 1978 y 14,300 promotores para 1987, estando 8,000 activos.

Selección. *El médico jefe de distrito seleccionaba las comunidades donde era necesario formar promotores. El técnico de salud rural se desplazaba a las mismas y se comunicaba con los líderes institucionales y comunitarios. Dado el caso, visitaba viviendas o planifica reuniones con la comunidad. Ante la propuesta de la gente y conforme a los requisitos exigidos, realizaba una selección, pasando los mejores candidatos al jefe de distrito, que asesorado por la trabajadora social realizaba la selección final.*

Los requisitos eran: ser mayor de 20 años, saber leer y escribir, ser propuesto por la comunidad y de buena reputación, haber vivido la mayor parte de su vida en la comunidad, gozar de buena salud, haber prestado su servicio militar, no ser líder político ni fanático religioso, hablar el “dialecto” de su comunidad y no tener negocio propio de pulpería, cantina, venta de medicinas...

Capacitaciones. *Las normas para el conjunto de la formación establecían un mínimo de 240 horas, pero en realidad eran de 120 a 160 horas, seis horas diarias por cuatro semanas. Las horas faltantes pasaban a la Formación Continuada y Seguimiento. El énfasis en la capacitación era en medicina preventiva y en cuanto a medicamentos se les enseñaba el uso de aspirina y mebendazol, aunque pocas veces iban a disponer de ellos. Al final del curso, se realizaba un examen y recibían un carnet acreditativo del MSPAS que debía renovarse cada año. Inicialmente, el criterio en cuanto al número era de formar un promotor por cada comunidad menor de 2,000 habitantes. En algunos casos, la idea era “formar bastantes”. La formación continua estaba a cargo del técnico de salud rural que debía visitar a 20 promotores cada seis semanas. El readiestramiento estaba normado en tres días de duración, dos veces al año.*

Para el Dr. Luis Octavio Ángel (2005), “a los voluntarios se les capacitaba en hacer suero oral, en el diagnóstico de las enfermedades más comunes y otras como malaria y tuberculosis. Los técnicos de salud rural supervisaban a los promotores. Diez años de funcionamiento del SINAPS, dieron buenos resultados, pero cuando se trataba de referir a los enfermos a los hospitales, ahí sí había problemas”.

En el estudio del Dr Isamel Díez (1988) y en torno a la problemática de los promotores ligados al MSPAS y en relación con las actividades, se señala que: “Antes de 1986, los problemas eran la falta de financiamiento para compra de material y equipo para el trabajo, la selección inadecuada de promotores, la poca operatividad del sistema de referencia y que a veces el trabajador institucional





de salud considera “inferiores” a los promotores, la poca supervisión, la falta de un sistema de información a nivel comunitario y que el promotor, a veces, desatiende a su familia. En la problemática posterior a 1987 se destaca que los Ministerios de Educación, Agricultura y Desarrollo han comenzado a pagar a los voluntarios de alfabetización, agrícolas y sociales captando a líderes comunitarios y promotores de salud y efecto de ello son la deserción de promotores para incorporarse a las instituciones que ofrecen salario, la pérdida de filosofía del trabajo voluntario y la solicitud de salario. En general, los promotores no solicitan medicamentos, excepto cuando otros en la zona lo hacen y les reporta beneficio económico”.

“Una de las posibles soluciones a la problemática enfrentada por y con los promotores era para la División de Recursos Humanos del MSPAS la formación de *Promotores Rurales Polivalente (de desarrollo integral) que convertiría al personal local en institucional y profesionalizado*” (Díez, 1988).

En 1982, (UNICEF, 1998), “una epidemia de polio afectó especialmente al departamento de Escuintla y llevó a la decisión de apoyar la estrategia de Atención Primaria de Salud a través del denominado Modelo Operativo de APS, en siete departamentos: Sacatepéquez, Santa Rosa, El Progreso, Chiquimula, Jalapa, Jutiapa y Zacapa, siendo las acciones priorizadas la terapia de rehidratación oral –TRO–, la atención precoz de enfermedades respiratorias agudas –IRA–, y la vacunación. Para que los mensajes fueran recibidos y aceptados por la población, se contó con colaboradores activos de las comunidades como promotores, comadronas, mujeres... La selección de los promotores era realizada por los trabajadores del MSPAS y la organización se establecía por áreas y sectores. Un área comprendía 40 viviendas urbanas o 25 viviendas rurales y un sector” eran doce áreas. El sector estaba a cargo de una auxiliar de enfermería y la meta era que junto a la colaboradora voluntaria, pues eran mujeres, visitaran tres veces al año a todas las familias utilizando uno o dos días a la semana. La actividad principal era la visita domiciliaria”.

“El perfil de las y los colaboradores activos de la comunidad era de acompañar al funcionario de salud en las visitas familiares, llevar mensajes educativos a las familias visitadas, informar y tratar de convencer a las familias acerca de la utilidad de la actividad, informar sobre los servicios disponibles en el Centro o Puesto de salud, colaborar en el censo y control de las familias del sector, velar porque las acciones de salud sean conocidas y utilizadas por las familias, participar en la medida de lo posible en todos los pasos metodológicos” (UNICEF, 1998).

Para Omeri de Leiva, enfermera del MSPAS y trabajadora de áreas precarias en la capital: “este Modelo lo conocimos como Canalización, y su fin primordial fue llevar un paquete de atención a las familias. Se iba de casa en casa para promover los programas y atender las necesidades. Costaba, pues a veces no había nadie en la casa, o estaban solos los niños o la abuelita no decidía si se vacunaba a los niños. Se llevaba un botiquín de acetaminofén, penibenza, sobres de suero oral, desparasitantes, vacunas. Atención Primaria de Salud, es la accesibilidad de los Programas del MSPAS a la población, y canalización era una metodología ligada a la APS. Participaron hombres y mujeres y finalmente, los voluntarios acabaron decepcionados por la falta de apoyo”.

En la evaluación del programa de formación de promotores por el MSPAS (1978) se destaca que “la población rural guatemalteca vive en alrededor de 18,000 comunidades y aldeas de menos de 2,000 habitantes por lo que es importante la formación y trabajo desarrollado por los promotores de salud. En la capacitación del MSPAS se enfatiza la medicina preventiva, pero muchos promotores quieren desarrollar la medicina curativa, así también la población. De los 3,000 promotores capacitados para 1978, sólo continuaban la mitad, pero ha habido casos particulares exitosos cuando fueron aceptados en sus comunidades, desarrollaron cuidados curativos e introdujeron proyectos específicos como agua entubada. Una de las llaves del éxito está en una adecuada supervisión que desafortunadamente ha sido casi inexistente. Los limitados resultados se explican por los fallos en la supervisión y evaluación, carencias en las capacitaciones y en la logística”.



En la Memoria del Área Comunitaria del INDAPS (1977-79), se plantea:

La dificultad para opinar del esfuerzo de los promotores por la carencia de estadísticas, de mediciones de su trabajo y como afecta a los indicadores de morbi-mortalidad. La poca información sugiere estar relacionada con la poca uniformidad de la implementación de los proyectos y desempeño de los promotores, por ello es difícil hacer generalizaciones. Sí se valora que los esfuerzos son impresionantes si consideramos las dificultades.

Los programas siempre priorizan lo preventivo y la población lo curativo. El reconocimiento de la comunidad hacia el promotor tiene mucho que ver con el mecanismo de selección y la capacidad curativa. Los promotores son más accesibles a las comunidades pero hay informes de que prefieren gente de fuera, aunque tienen poca esperanza de que los acompañen. También la importancia de la supervisión en la continuidad del promotor y en la atención preventiva y hubo consenso en el INDAPS de que donde no hay supervisión, el abandono de promotores es dos o tres veces más alto. La falta de reconocimiento económico fue causa frecuente de abandono.

En diciembre de 1979, el director del centro de capacitación del INDAPS, preguntó a los promotores sobre la la necesidad mas sentida y la respuesta fué: Necesitamos más supervisión.

Los técnicos rurales de salud señalaron que los promotores tienen una enorme falta de incentivos, estímulos y apoyo; que se da poca importancia a las actividades que realizan y a los pacientes que refieren; y se les responsabiliza por una cantidad excesiva de actividades. Se suma a ello que mientras en el MSPAS no se les da ningún estipendio, otras instituciones otorgan retribuciones económicas o en especie a sus colaboradores.

Las recomendaciones fueron: Incrementar la supervisión de los promotores con más capacitación por parte de los técnicos de salud rural, incrementar los recursos que necesitan los promotores para facilitar su trabajo y mejorar la comunicación intersectorial entre los Ministerios de Salud, Educación y Defensa.

En un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (1978), la evaluación es crítica: “No hay firme evidencia que los esfuerzos con promotores hayan reducido la morbi-mortalidad en las áreas rurales de Guatemala”.

En otro esfuerzo por evaluar la participación de los voluntarios y redefinir su papel en la APS, se realizó en 1987, en el marco del Programa de Extensión de Cobertura del Área Guatemala Sur. En el taller se caracterizaron los principales problemas de los voluntarios, entre ellos: Falta de seguimiento de sus actividades por el personal de salud, mal trato a los pacientes referidos por los voluntarios en los establecimientos de salud, desconfianza de la comunidad respecto a la capacidad del voluntario, sobrecarga de actividades, lo que origina problemas familiares (especialmente con el esposo), falta de recursos materiales y particularmente de medicamentos, baja preparación del voluntariado, ausencia de educación continua.

La realidad nacional debe constituirse “en ambiente para el aprendizaje”

(Dr. Otto Menéndez, 2001)

En los años 60-70, se desarrolló un importante esfuerzo por aproximar el quehacer de la Universidad de San Carlos, USAC, a la realidad nacional de Guatemala. Fueron protagonistas en este nuevo enfoque, las Facultades de Medicina y Odontología, sin dejar de reconocer que hubo acciones importantes en otras unidades de esa casa de estudios.

Uno de los artífices de esta experiencia fue el decano de la Facultad de Medicina (1966-70), el Dr. Julio de León Méndez (1976) para quien:



El médico que Guatemala necesita debe tener las siguientes características: que sea consciente de los problemas de la comunidad, con fuerte vocación de servicio, con preparación científica que le permita resolver problemas sin recursos de gran ciudad, que tenga habilidad e ingenio, capaz de continuar autoeducándose y que sea conductor y orientador de un grupo multidisciplinario, que dignifique la relación médico-paciente y la extienda a través de la familia a la relación médico-comunidad, conozca la dinámica y estructura de la sociedad dentro de la cual se mueve, que conozca la organización de la familia y las fuerzas que en ella actúan para conservar o perder la salud, que conozca los factores económicos que influyen sobre él mismo, su paciente y su comunidad.

Cuando la meta del cambio es producir un tipo de médico que no existe actualmente en nuestro medio, es difícil proporcionar un ejemplo al estudiante. Ejemplo muy importante para el alumno, cuya perspectiva inicial se basa en...curar al individuo enfermo.

Los cambios fueron difíciles, tanto por la oposición de una buena parte del estudiantado como de los profesores. Ronaldo Luna (1977) recoge las palabras de varios catedráticos: “Yo ya no seré el catedrático de pediatría, sino catedrático de ciencias clínicas II, ¿qué significa esto cuando vaya a EUA?, no podré decir que soy el *chairman of the departament of pediatrics*, no me van a entender” y otro profesor de gran prestigio tras ser aprobada el acta de Reformas Globales de la Facultad de Ciencias Médicas, el 17 de enero de 1969, consideró que se estaba dando “la revolución de los sargentos”.

“En 1966, con la participación de autoridades, profesores y estudiantes de la USAC, se celebró el *Primer Congreso sobre Servicio Social Universitario* de la USAC donde se declaró la necesidad de insertar a estudiantes y profesores en la realidad concreta del país, para lo cual se elaboró el diseño inicial de un programa (EPS) que lo promovía desde el principio al final del *currículum* de estudios. Las experiencias docentes con la colectividad se integraron desde el primer año de estudios formando una unidad con el periodo final del Ejercicio Profesional Supervisado, EPS. Fue la Facultad de Odontología quién comenzó con este programa de *aprender transformando* o actividades de aprendizaje-trabajo (1966), siguiéndole la Facultad de Ciencias Médicas con el programa de *Medicina integral* (1973) y el EPS hospitalario y rural (1974). Otras facultades y escuelas introdujeron posteriormente este programa en sus *currículas* de estudios” (Menéndez, 2001).

Gracias al Dr. Otto Menéndez, (odontólogo, ex profesor de la facultad de odontología y de medicina, ex director del EPS universitario y creador junto al Dr. Carlos Enriquez Pomés del EPS), tuve la fortuna de poder tener una entrevista grupal el 31 de mayo de éste año, con varios de los actores de aquella época dorada de la Facultad de Ciencias Médicas y revivir la experiencia. Participaron el Dr. Ronaldo Luna (cirujano, ex profesor de medicina y participante de la reforma curricular de medicina), el Dr. Jorge Rosal (patólogo, ex profesor de medicina y designado por el Consejo Superior como interventor en arquitectura junto al Dr. Arturo Soto Avendaño), Dr. Enrique Soto Urbina (médico, ex profesor de extensión universitaria y ex director de la revista *Perspectivas*) y el Dr. Menéndez. Con la siguiente autopregunta iniciamos la entrevista grupal:

“¿Qué hizo de especial la Facultad de Medicina? Preguntarse de qué se moría la gente y de cada una de esas 11 enfermedades prevalentes se hizo una unidad integrada (en 3º de medicina). La primera unidad, la desnutrición nos llevó a hablar de las clases sociales” (Ronaldo Luna).

“Hubo reacciones contra el nuevo currículum, tanto de los médicos tradicionales, ortodoxos, como de los estudiantes azuzados por aquéllos, con la acusación de que se estaban formando asistentes médicos” (Ronaldo Luna) o “trabajadores sociales” (Jorge Rosal,). “La profesión médica se sintió amenazada por tantos jóvenes estudiantes que no podían contestar la tradicional pregunta de ¿cuántas ramas tiene la arteria maxilar interna?, pero que entendían los fundamentos sociales de la enfermedad...” (Luna, 1982).

“Los cambios fundamentales estuvieron en el contenido, la metodología y la proyección a la población. Desde medicina, a cuyo claustro de profesores me incorporaron por haber ideado el programa de EPS, se proyectó a otras facultades. Por designación del Consejo Superior Universitario, máxima autoridad universitaria, varios profesores de medicina fueron nombrados como interventores de arquitectura, agronomía, psicología, veterinaria, etcétera. contribuyendo a la transformación curricular que se buscaba” (Otto Menéndez).

“Una de las medidas docentes-administrativas que más posibilitó los cambios académicos fue sustituir a los profesores que trabajan por ratos, *rateros*, por profesores por oposición, a medio y a tiempo completo. Estos éramos nosotros, algunos de los cuales fuimos conocidos como los doce Apóstoles. Nos llamaron así pues había cuatro profesores por cada unidad de estudio: biológicas, conductuales y clínicas” (Jorge Rosal). “Es de destacar que se introdujeron las ciencias sociales aplicadas a la salud-enfermedad desde primero... fue una revolución en la academia” (Enrique Soto Urbina).

“Paralelamente, los que trabajábamos en los hospitales como el Roosevelt, yo era jefe del departamento de patología, también llevamos los cambios allí. Teníamos conferencias con los otros departamentos del hospital y más que estudiar casos raros, hacíamos auditorías de cómo se trataba a la gente. Entre otras promovimos la mejora de relaciones entre médicos y estudiantes, abriendo la posibilidad de hacer preguntas a los jefes y que desaparecieran los *regaños*” (Rosal).

Como parte de los cambios estratégicos fue la introducción del EPS. En Guatemala (Menéndez), “quisimos hacerlo diferente a Chile (médicos de zona), El Salvador y México (año rural), haciendo que el EPS se iniciara desde el primer año y se ampliara a medida que se progresaba en los cursos de la carrera. Al final, se entendió mal y el EPS quedó como el último año, pero no era esa la idea. El EPS lo iniciamos para cambiar la universidad y la nueva interacción entre estudiantes y profesores tuvo gran impacto”.

“*El EPS nos cambió*, decían muchos estudiantes en aquella época. La Facultad llegó a contar con 13 clínicas familiares en la capital en donde los estudiantes hacían prácticas de seis meses y en ellas se impartían clases y tuvimos presencia de epesistas en 300 centros y puestos de salud, estando muchos de ellos en lugares alejados” (Luna).

En los textos publicados del Dr Julio De León (1976) se señala que:

En febrero de 1967 se inició el Internado de Medicina Preventiva y Social como parte del Internado Rotatorio y para ello previo acuerdo suscrito con el MSPAS se inició el trabajo en varios centros de salud situados en comunidades rurales. La evaluación del Programa realizado en 1967 y 1968, demostró su eficacia en cuanto a resultados positivos en las comunidades... sin embargo surgieron algunos problemas, entre ellos: El Programa del MSPAS y el académico de la Facultad de Ciencias Médicas no estaban debidamente integrados y las áreas cubiertas por los alumnos eran muy dispersas y extensas, lo que no permitía una supervisión y evaluación satisfactoria... la Facultad de Ciencias Médicas, el INCAP, el MSPAS decidieron iniciar un Programa conjunto que permitiera a los estudiantes realizar su práctica rural en un área de salud integrada. Para tal efecto se seleccionó Chimaltenango iniciándose las actividades del Programa integrado de salud, PROSA.

En 1969, el PROSA contaba con médicos del servicio de salud y profesores universitarios y pos-grado en salud pública (con énfasis en nutrición y salud materno-infantil), nutricionistas graduados, odontólogos, enfermeras graduadas, técnicos de laboratorio, comadronas graduadas, inspectores sanitarios, estudiantes de medicina, nutrición, odontología, enfermería, auxiliares de enfermería y numerosos promotores de salud además del personal de secretaría y servicios. A pesar de contar con este personal, se tropieza con el problema de que el equipo y medicina son todavía deficientes. El equipo se ha logrado en parte a través del Gobierno de Guatemala, MSPAS y comités de las comunidades que colaboran con fondos...



Mientras en los textos del Dr. De León, se nombra el PROSA, programa de salud, en palabras del Dr. Luis Octavio Ángel lo cita como PROSAC, programa de salud comunitaria. El Dr. Ángel, ex director del PROSAC, ex director de extensión de cobertura del SIAS durante el gobierno del PAN, ex director del INCAP relata que:

Se optó por un modelo que conocimos de la Universidad del Valle, de Colombia, donde trabajaban un sistema de salud con diferentes niveles y con promotores de salud y fue lo que se implementó en Chimaltenango. El primer nivel lo daban los puestos, centros de salud y los promotores de salud que primero captamos y luego capacitamos. Teníamos un estudiante de último año por 10,000 habitantes y un promotor por cada 50 familias. A los promotores los identificábamos a través de los alcaldes auxiliares, ellos sugerían y nosotros les elegíamos con criterios de escolaridad, pues había que llenar “formas” (formularios) y en el número requerido.

Lo primero que hacían los promotores era levantar un censo de población, por edades y total de cada casa. Nos interesaba sobre todo el grupo materno-infantil y los casos de desnutrición y enfermedades crónicas. La detección era hecha por los promotores. Además del censo participaban en los programas de inmunizaciones, en la detección de enfermos para referencia... y realizaban primeros auxilios. Tenían pequeños botiquines.

La metodología de entrenamiento de los promotores la traje de Colombia y la aplicamos en el SINAPS y en Chimaltenango. Elaboramos una hojas sábanas (fichas extendibles), abiertas, con el diagnóstico y seguimiento...para cada tipo de enfermedad. Una prioridad fue entrenar capacitadores, auxiliares y técnicos de salud rural, que además de capacitar hicieran el seguimiento.

En todas las instituciones, los promotores están en función de las metas institucionales, pero no sólo en el MSPAS, también en la mayoría de las ONG y en estos los proyectos ni siquiera se definen aquí. Tuvimos grandes discusiones en el MSPAS sobre la participación comunitaria con el personal técnico que había trabajado en el SINAPS pues hacía un uso tradicional de los promotores. Mi planteamiento fue de por qué no les pagábamos el salario mínimo y que asumieran responsabilidades. Que la participación comunitaria estuviera en el control social de lo que se hacía y en como se hacía... No logramos ponernos de acuerdo ni en la forma de participación ni el pago. En el MSPAS se oponían a que el personal comunitario se integrara y pudiera ascender en la jerarquía del ministerio. Hoy en día en las comunidades y con los promotores se sigue haciendo lo que dice el Ministerio. Eso es así.

El PROSAC, estuvo en todos los municipios del departamento de Chimaltenango y Comalapa fue el muni modelo donde primero funcionaron los tres niveles. Posteriormente tuvimos segundo nivel de atención con centros de salud tipo “A”, además de en Comalapa, en San Martín Jilotepeque y Tecpán. Queríamos sistemas integrados y el antecedente era una fuerte desarticulación entre centros de salud y hospitales. En aquel tiempo, el actual hospital de Chimaltenango no era hospital y creamos una unidad para atender partos de alto riesgo, niños desnutridos con el apoyo de la Kellogg.

Coordinábamos con la Behrhorst y sus promotores a donde no llegaba el Programa. Ellos atendían enfermos y nosotros no estábamos en contra de eso, pero siempre que hubiese control de ello. Sus promotores nos referían enfermos a las clínicas.

Los estudiantes tenían supervisores, hacíamos encuestas nutricionales y de salud materno-infantil. Las actividades materno-infantiles eran nuestra prioridad, pero también atendíamos a las personas con enfermedad común. Con el Programa logramos una gran cobertura de vacunación gracias a la presencia de los estudiantes.



Teníamos estudiantes de otras facultades ingeniería, medicina, veterinaria, economía... y se hicieron pozos de agua potable. Los técnicos de salud rural asumieron el trabajo de saneamiento y las auxiliares de enfermería la supervisión de promotores. Tuvimos odontólogos en al menos seis municipios y capacitaron a promotores como auxiliares de odontología, que fueron más mujeres y realizaban trabajos de limpieza dental. La relación con el MSPAS no fue buena.

Con nuestro trabajo, no había cambios estructurales pero sí mejoró la atención rápida de desnutridos agudos, no la de crónicos. También considero hubo una buena participación de los promotores y de los comités de la comunidad.

Con el terremoto de febrero del 76 se destruyó gran parte de la infraestructura pues era de adobe y los estudiantes de ingeniería las reconstruyeron más formales. Tras el terremoto, en un año comprobamos que muchos promotores cambiaron de actitud y varios de ellos se fueron del programa, su participación era más fuerte, estaba en la acción comunitaria y no sólo en las vacunaciones. Ya no se conseguían promotores.

Uno de mis primeros estudiantes fue el Dr. Hector Nuila

Para el Dr. Héctor Nuila, primer director del programa rural del EPS y en la actualidad, secretario general de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, URNG:

El Ejercicio Profesional Supervisado, EPS rural, fue posible por la saturación de plazas en la capital, que un 60% de los estudiantes podían quedar sin plaza y que AID dio una bolsa de estudios siempre que cumplieran seis meses en el área hospitalaria y seis meses en la rural. Tomando en cuenta que se formaban 30 TSR al año y con ellos pensaban cubrir el nivel comunitario y municipal y que la USAC ofrecía 150-200 EPS al año, el MSPAS apoyó inmediatamente el programa de EPS rurales.

De la noche a la mañana tuvieron 150 EPS. Se ubicaron en puestos de salud, centro de salud tipo “B” y en seis centros de salud tipo “A” como los de Tecpán, Poptún, Matelescuintla, etc. Entre EPS y estudiantes en prácticas de medicina integral teníamos unos 400 estudiantes permanentemente. El MSPAS tenía en Materno-Infantil y atención escolar una cobertura del 25%.y nosotros con los EPS y estudiantes de 5º año la ampliámos en 5%. El estudiante era docente con su comunidad y capacitaba a promotores de salud y comadronas, además de organizar actividades de promoción de salud a través de las organizaciones comunitarias.

En el terremoto del 76, hubo coincidencias administrativas y naturales pues el primer miércoles de febrero y de agosto teníamos las rotaciones de EPS y el 3 de febrero habíamos mandado a todos los estudiantes a tomar posesión, cuando el cuatro en la madrugada se produjo el terremoto con 25,000 muertos y miles de heridos teníamos cubierta el área de desastre. Nos comunicamos con ellos y les pedimos se mantuvieran en sus puestos. Desde San Antonio Ilotenango hasta el lago de Izabal pasando por Chimaltenango, los EPS cubrieron a buena parte de la población desde el mismo momento ... el ejército llegó dos o tres días después.

El terremoto ayudó a los estudiantes a tomar contacto con la realidad nacional y para muchos un cambio de actitud ante la vida. También los TSR tenían en su currículo un 65% de contenidos dirigidos al control de población, pero descubrieron que no es con anticonceptivos que disminuía la mortalidad materna. Ríos Montt acabó cerrando la escuela de TSR de Quiriguá.

En la entrevista grupal antes mencionada, para el Dr. Jorge Rosal (2005): “Creímos que desde medicina íbamos a cambiar el país. Pensamos que íbamos a cambiar el sistema de salud del país y aprendimos que para ello debe haber un cambio político. Nos marcó para toda la vida. No resolvimos





pero sí impactamos profundamente poniendo estudiantes y profesores en lugares alejados del país. Siempre se ha dicho que los indígenas sospechan de los ladinos, yo no lo ví con los epeistas. Fueron muy bien recibidos, se hicieron grandes amistades y todavía hay familias que siguen unidas... La contrainteligencia militar se dio cuenta del despertar de la conciencia que se estaba desarrollando, *no eran cosas ortodoxas en una Facultad de Medicina* y comenzaron las amenazas y la represión por la revolución académica que estábamos impulsando”.

En el PROSAC, “perdimos tres estudiantes, de odontología, agronomía y medicina, matados por el ejército. Fuimos cerrando los puestos más lejanos ... y en 1981 se retiró el programa, ya no se podía” (Dr. Ángel, 2005).

En esta confluencia entre revolución académica y revolución social, se iniciaron los asesinatos masivos. En 1980, el 2 de febrero en el entierro de los mártires de la Embajada de España asesinan a tres estudiantes, Gustavo Adolfo Hernández, “Pipirino”, Presidente de la Asociación de estudiantes de Medicina y Jesús Alberto España y Liliana Negreros. Posteriormente fueron asesinados dos profesores y el 20 de mayo, el Dr. Arturo Soto Avendaño, uno de los doce Apóstoles, al que siguieron más estudiantes y profesores. Una buena parte del estudiantado y del claustro de profesores salieron al exilio y otros para la montaña.

¿Quién fue el Dr. Soto Avendaño? (Luna, 1982):

Fue presidente de la Asociación de Estudiantes Universitarios y tras recibirse de médico hizo estudios sobre la malaria en Venezuela. Posteriormente se especializó en Salud Pública en Sao Paulo, Brasil, y retornó a Guatemala fundando el Centro de Estudios de Salud Pública. Trabajó brevemente en el Ministerio de Salud en la Escuela Experimental de Salud en Amatitlán y sus siguientes 20 años los dedicó a la formación en la Universidad de San Carlos. Trabajó en la facultad de Medicina, colaboró en Odontología y dirigió la reforma curricular de Arquitectura, siendo varias veces miembro del Consejo Superior Universitario.

Muchos le admiraron por su honestidad humana y académica, otros lo asesinaron por ello.

“Previo a los Acuerdos de Paz, no directamente pero sí indirectamente, el MSPAS apuntalaba la institucionalidad de un estado contrainsurgente. Tras la Firma de los Acuerdos de Paz (29 diciembre de 1996), es diferente, pero nos encontramos con un MSPAS desarticulado y dismantelado. En buena medida, el MSPAS consideraba subordinado al personal voluntario a los servicios institucionales. No había política de salud ni la hay, nunca la ha habido” (Dr. Nuila, 2005).

La reforma del sector salud

Desde 1997, el MSPAS con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y con el apoyo de los tres gobiernos consecutivos: PAN, FRG y GANA se implementa una reforma del sector salud, que en su primer nivel de atención trabaja con una figura local que ya no se llama promotor, “porque el promotor está muy politizado” (Hedy Deman, 2002), por lo que primero se denominó guardián de salud y ahora vigilante de salud. Denominaciones contradictorias, pues la salud no está presente en las comunidades como para ser guardada o vigilada sino que es algo a construir.

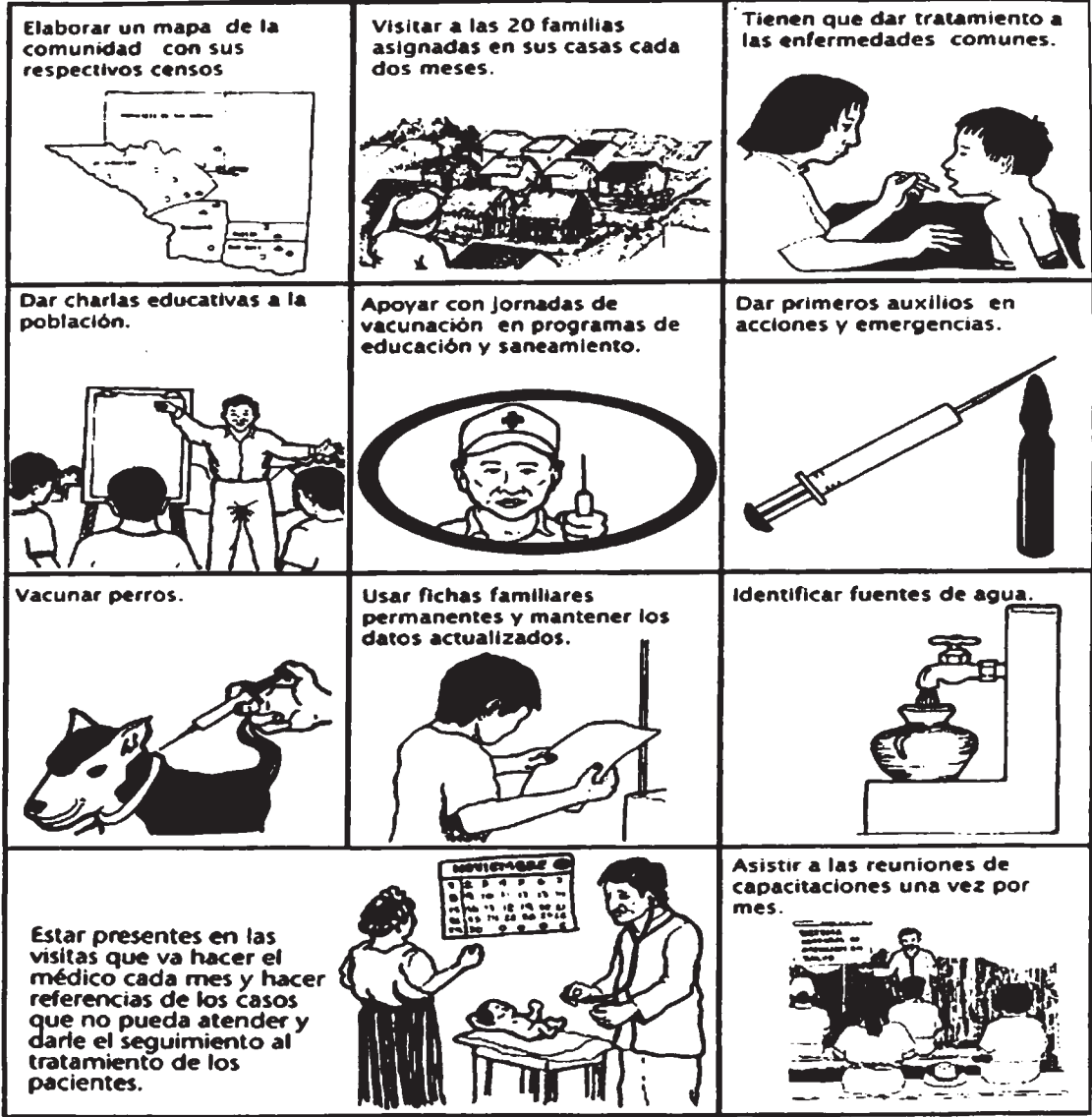
Las características de la participación comunitaria, en especial de vigilantes y comadronas, organigrama, actividades, etc., tiene similitudes con las experiencias previas de los modelos de salud del MSPAS, pero ahora más que antes, guardianes/vigilantes y comadronas son quienes tienen asignadas la mayor parte de tareas en las que se concreta la extensión de cobertura. Si ellos no lo hacen, la atención queda descubierta. El estipendio que reciben es de Q50.00 al mes.

Las tareas de guardianes y facilitares comunitarios son las siguientes:

- **Responsabilidades del guardián de salud:** hacer el croquis de su sector; realizar el censo de las familias de su sector; analizar con las familias a su cargo, su situación de salud y factores de riesgo; programar, conjuntamente con el FC, las actividades a realizar y requerimientos de insumos básicos; apoyar al facilitador institucional en la vacunación, detección y atención de desnutridos; atender casos de diarrea, cólera e infecciones respiratorias agudas; mantener la vigilancia epidemiológica permanente con la participación de las familias a su cargo e informar al FC cuando se presenten casos de enfermedades transmisibles; realizar cada dos meses, visitas domiciliarias en su sector para controlar existencias de suero oral en las familias, tratamientos de tuberculosis y otros, realizar promoción y educación de salud y concretar compromisos de cambio con las familias; aplicar medidas preventivas contra malaria y dengue, tomar muestras de sangre para diagnóstico de malaria, y atender los casos que se presenten; dar primeros auxilios en casos de accidentes y emergencias; referir al médico ambulatorio o a los servicios de salud



Dibujo de: *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS* (1998) como “un aporte de la Coordinadora de Programas de Salud del departamento de Petén”.



Dibujo de: *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS* (1998) como “un aporte de la Coordinadora de Programas de Salud del departamento de Petén”.

Total y proporción del personal del SIAS por categoría ocupacional en el total de prestadoras reportadas por el MSPAS, hasta junio de 1999

Categoría ocupacional	Número	Porcentaje (%)
Médico ambulatorio	492	1.7
Facilitador Institucional	414	1.5
Facilitador Comunitario	1,335	4.7
Comadronas	5,459	19.4
Guardián de la salud	20,476	72.7
TOTAL	28,176	100.0

Fuente: MSPAS, 1999. Verdugo, 2000.

los casos que no pueda atender en la comunidad; dar seguimiento a las contrarreferencias; promover acciones de mejoramiento del medio; vacunar a perros contra la rabia; identificar abastos de agua; mantener actualizados los datos de los formularios F1 y F2 (ficha familiar); asistir a las reuniones de capacitación.

- **Responsabilidades del facilitador comunitario:** Contar con los croquis de los sectores de las comunidades a su cargo; analizar conjuntamente con los promotores de salud, organizaciones comunitarias y otros representantes de grupos organizados, la situación de salud de las comunidades bajo su responsabilidad; programar conjuntamente con los promotores de salud, organizaciones comunitarias, representantes de otros grupos organizados y facilitador institucional, las actividades de prestación de servicios, la supervisión y evaluación de su cumplimiento; programar y evaluar conjuntamente con los promotores de salud y el facilitador institucional las actividades de capacitación y requerimientos de insumos básicos; dar seguimiento a las contrarreferencias; atender demanda local de enfermedades y emergencias; promover acciones de mejoramiento del medio; programar y ejecutar con los grupos de apoyo, los eventos de evaluación y atención nutricional de niños menores de dos años, de vacunación de preescolares y toxoide tetánico a embarazadas; coordinar con el comité de la comunidad la gestión de alimentos, dotación de vitamina A y sulfato ferroso para familias con niños desnutridos; analizar la información registrada en las fichas familiares de salud (F1 y F2) para tomar acciones de supervisión y capacitación; consolidar la información recolectada por sector y comunidad e informar al FI. Participar en las actividades de capacitación; participar en medidas de control y vigilancia epidemiológica; y, cualquier otra que le sea asignada por el facilitador institucional.

El SIAS de primer nivel (2005) sigue sin mayores variantes en su concepción administrativa, exceptuando el énfasis materno-infantil y cambios en el sistema de información. La participación del recurso humano comunitario sigue siendo voluntaria, apoyando al equipo básico de salud en las acciones preventivas y curativas.

Como expresión de política social mantiene los lineamientos de la reforma del Estado de un bajo financiamiento y la participación del sector privado en la prestación del servicio (mezcla público-privada), aún cuando sus resultados en términos de equidad, cobertura, acceso y calidad siguen siendo motivo de mucha controversia.



Reflexiones finales:

A pesar de los esfuerzos individuales, el "servir a la comunidad" ha sido mayormente servir al MSPAS y a sus metas institucionales definidas por los profesionales convertidas en el "bien común" a cumplir por la población.

En nuestra historia ministerial, el rol del promotor ha sido definido por y en función de las metas del MSPAS. La selección la ha hecho muchas veces el MSPAS, pues "así estaba normado". A pesar de las necesidades planteadas por la población, y en ausencia de personal médico y de enfermería, el trabajo de los promotores ha sido y sigue siendo, preventivo; muchas veces no pasa de ser acompañante del personal del MSPAS en sus visitas a la comunidad o informante, altoparlante hacia la población, de las actividades del MSPAS. La participación de la población se ha reducido al grupo de promotores, guardianes, vigilantes que han sido ejecutores de las acciones del MSPAS, acciones planificadas en una cadena vertical en donde no cabe la promoción de salud entendida como empoderamiento para la transformación de las condiciones de vida y de oportunidades (Ottawa, 1986).

De las evaluaciones del MSPAS rescatamos en sus informes que el único programa que ha logrado la permanencia y acciones del personal voluntario ha sido el de Colaboradores Voluntarios de Malaria, atribuida a "la perfecta definición de su función y el relativo poco tiempo que les ocupa".

Para el Dr. Luis Octavio Ángel, el SINAPS fue una experiencia con buenos resultados en el primer nivel, en la que constato por mi parte, dos aspectos claves: la atención curativa básica desarrollada por el personal comunitario y la supervisión realizada por los TSR.

Las dificultades de los promotores de salud para responder a las demandas curativas de la población y preventivas del MSPAS, así como su permanencia por aspectos económicos, llevaron a que en la División de Recursos Humanos del MSPAS se planteara la posibilidad de formar "Promotores Rurales Polivalentes (de desarrollo integral)" que convertiría al personal local institucional y profesionalizado (Dr Ismael Diez, 1988). Por su parte el Dr. Luis Octavio Ángel reconoce que "en el tiempo en que fui director de la extensión de cobertura del MSPAS, durante el gobierno del PAN, tuvimos grandes discusiones pero se acabó haciendo un uso tradicional del personal comunitario. ¿Por qué no pagábamos un salario mínimo al personal comunitario y lo integrábamos como personal institucional con posibilidades de ascender en la jerarquía del MSPAS?. No hubo acuerdo en la participación comunitaria ni en la forma de pago. Se sigue haciendo lo que el Ministerio dice".

En la época dorada de la USAC, el énfasis estuvo en el diseño e implementación del cambio curricular en el objetivo de lograr un médico con compromiso social, "el médico que Guatemala recesita", pero no fue tan nítido el rol de la comunidad y de promotores y comadronas en la atención de salud.

La complejidad de los problemas de salud desbordan las posibilidades del Ministerio de salud y del sector salud, pero el MSPAS como responsable de la atención de salud en el proceso de salud-enfermedad y la USAC en la formación de los profesionales de salud, ambas instituciones deben ir haciendo suyos un nuevo rol de la población, como sujeto y no como beneficiario pasivo o como mano de obra gratuita.



Bibliografía en orden de consulta:

- UNICEF. *APS y participación comunitaria en los países de CA y Panamá*. Octubre, 1998.
- Evaluación del Programa de Formación de Promotores de salud de Guatemala. MSPAS. Guatemala 1978.
- INDAPS. *Memorias 1977-79, Área comunitaria del INDAPS*. Quiriguá, Izabal, Guatemala, 1979.
- J. Habicht and Working Group on Rural Medical Care, “Delivery of Primary Care by Medical Auxiliaries: Techniques of Use and Analysis of Benefits Achieved in some Rural Villages in Guatemala”, PAHO/WHO Scientific Publication 278 Washington, 1978.
- Menéndez, Dr. O. R. “El EPS como una actividad académica con la colectividad en los estudios universitarios de Guatemala”. En: *Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología- ALAFO-Guatemala. Curso seminario para formular el programa de ALAFO sobre prevención en odontología*. Doc Est. No DE-15, 1977. Citado en Menéndez, 2001.
- De León, Dr. Julio. “La enseñanza de la medicina en el mundo de mañana”. Guatemala, diciembre de 1968. En: *Educación médica. Estrategia y tácticas de cambio*. Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina, ACAFAM. Guatemala, 1976.
- Luna, Dr. Ronaldo. *El desarrollo histórico del cambio de la Facultad de Ciencias Médicas*. Mimeografiado. USAC, 1977.
- Menéndez, Otto. Pomés, Carlos E. Cordón, Jorge A. *Enfoque histórico del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- en las Universidad de San Carlos de Guatemala. Génesis y desarrollo de una actividad de aprendizaje-trabajo*. Guatemala, 2001.
- Luna, Ronaldo. Rosal, Jorge. Soto Urbina, Enrique. Menéndez, Otto R. Grupo focal sobre la experiencia de la Facultad de Medicina y contexto social de 1966-1981. 31 de mayo de 2005.
- Luna, Rolando. Ponencia en el Congreso de Salud pública de los EUA celebrado en Chicago, 1982.
- Coordinadora de Programas de Salud del departamento de Petén. *En defensa de la salud de la comunidad. Una reflexión sobre el Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS*. Guatemala, 1998.
- Diez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. Médicos Sin Fronteras, 1988.
- Verdugo, Juan Carlos. *Análisis de la implementación del modelo de Primer nivel de Atención al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en Guatemala*. Guatemala, 2000.
- MSPAS. *Sistema Integral de Atención en Salud, SIAS*. Guatemala, 1997.



La Iglesia Católica y los promotores de salud

O hay Pastoral de conjunto o no hay Pastoral
(MONSEÑOR GERARDO FLORES, 2005)



Joselino Martínez

Tengo 50 años y soy de la aldea Pitahaya, caserío Nearar del municipio de Camotán. Soy chortí y aunque hemos perdido el idioma, el resto lo mantenemos. Me inicié como promotor en 1980. Buscaban promotores activos para las capacitaciones y a mí no me eligieron, a pesar de que hacía más de lo que podía. Me salió el valor de decirle a la Hermana Marie-Paule y me eligieron como tercero, pues la Hermana valoró mi deseo.

Luego del 82 al 86 acudí a los cursos de ASECSA en Chimaltenango. Era una época muy dura por la guerra para llegar a los cursos. Nos amparaba una carta de la parroquia y con permiso de los comisionados.

Tras dos años de capacitación, la coordinadora del programa me presentó a la comunidad. Teníamos un botiquín, realizábamos campañas contra la tuberculosis, charlas de higiene, salud en general y prevención más que todo. Hubo días en que me tocaba inyectar a diez tuberculosos, cinco en la mañana y cinco en la tarde.

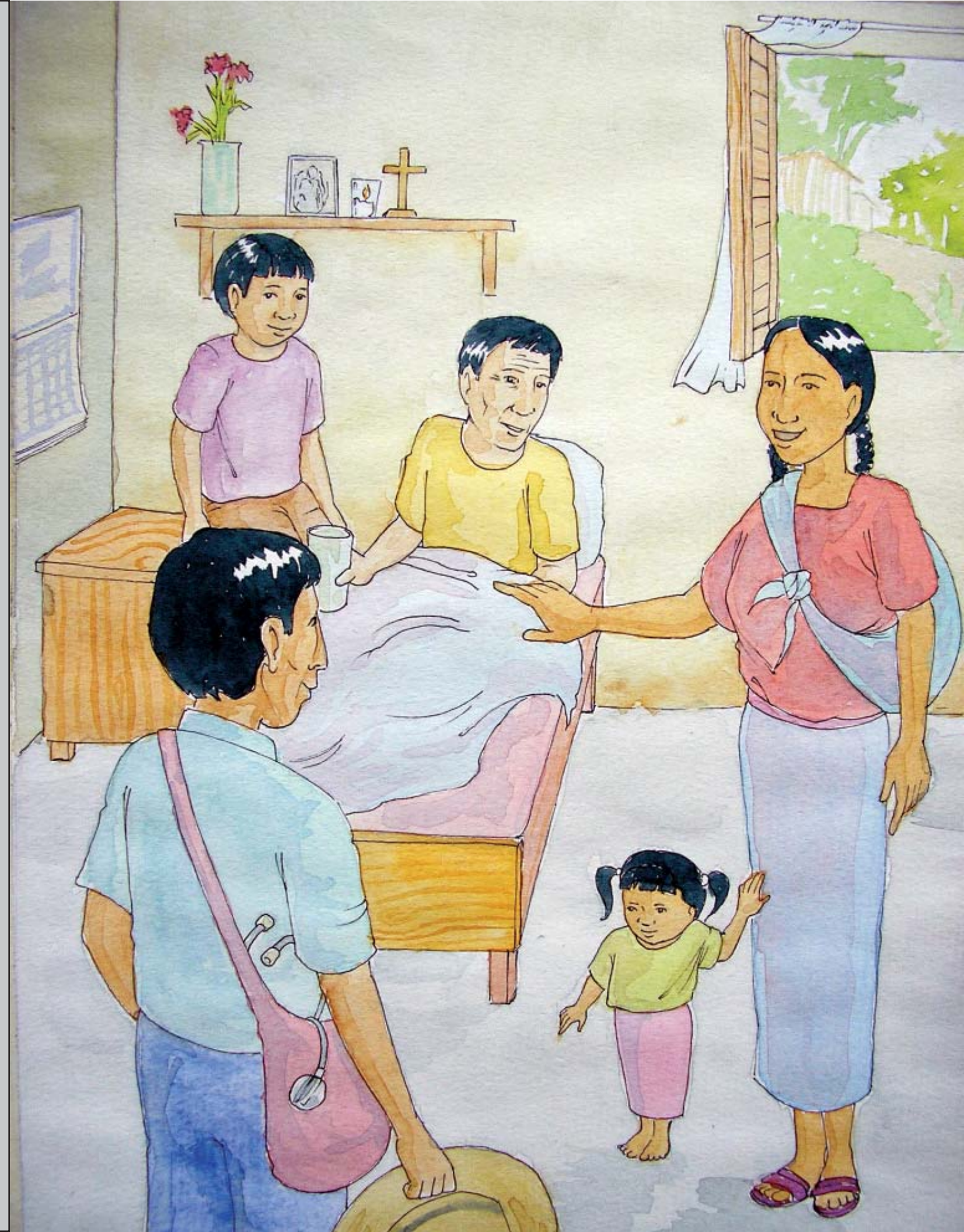
Una vez me tocó costurar a dos hermanos que se habían macheteado en pleitos. Tenía que inyectar a los dos y uno me dijo: “En tu mano está que le podás poner mal la inyección para que se le infecte”. Yo le dije: “Vengo a prestar un servicio y no a meterme en problemas”. Uno quería venganza y el otro me regaló ayotes.

En el 88 me integré en la Comisión terapéutica y el siguiente año en la Comisión de medicina natural y desde entonces le metí duro, le dimos y le dimos en las capacitaciones de Chimaltenango y lo multiplicábamos con las mujeres y en el programa del Dispensario Bethania. Ahorita estoy de coordinador del Programa de Medicina Natural Chortí (Menachor) en el dispensario Bethania de Jocotán.

Tengo esposa y diez hijos e hijas entre los 22 y seis años y uno de mis hijos es facilitador comunitario del SIAS.

Mis hermanos mayores se molestaban, pero mis papás siempre me apoyaron. Éramos pobres pero teníamos para comer y yo ya sentía algo, una voluntad de servicio. Lo hacía simplemente porque tenía la voluntad. No pensaba en el gasto o en ganar quetzales. Me decían que era haragán, que lo hacía para pasar el tiempo. Pero yo me sentía contento con lo que estaba haciendo.

INSTITUCIONES Y PROMOTORES DE
SALUD



Del Hermano Pedro a las Pastorales de salud

El acompañamiento a los enfermos por parte del Iglesia Católica se remonta en nuestro país al Santo Hermano Pedro de Betancourt y a las órdenes religiosas que han tenido fuerte presencia en el ámbito hospitalario. En el ámbito rural, la presencia es más reciente, así para Monseñor Flores “en el contexto de Guatemala de los años 50 y 60, era una cosa muy rara trabajar en salud por parte de la Iglesia en Guatemala. Era muy sacramentalista y nada social”.

Pero las décadas de los 60 y 70, conocerán los primeros pasos y el *boom* de la implementación de Programas de salud con promotores tras reconocerse las limitaciones de las experiencias curativas implementadas por profesionales. Para el Padre Cirilo Santamaría (2005) “en los pequeños dispensarios parroquiales, las religiosas, extranjeras y bastantes de ellas médicas y enfermeras, tomaron conciencia de que no eran suficientes y se necesitaba tener multiplicadores”. Las hermanas Maryknoll en Huehuetenango, las Escolares de San Francisco, las hermanas del Divino Salvador en Raxhujá, las Clínicas indigenistas en Tactic y Tejutla, el Centro de Integración Familiar en Rabinal, la Clínica Santiaguito en Santiago Atitlán, la Clínica El Novillero en Santa Lucía Utatlán, las Clínicas Parroquiales de Patzún, de San José Morales, Livingstone, San Pedro La Laguna, San Lucas Tolimán, El Palmar, Génova (Xela), Dispensario Bethania en Jocotán, María Egan en El Estor, Clínica Maxeña en Santo Tomás La Unión... dirigidas por religiosas se asociaron con varias Organizaciones Privadas Voluntarias –OPV–, las futuras ONG, y conformaron en 1978, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA–.

Para Monseñor Gerardo Flores, que fue obispo de Izabal y Las Verapaces, y actualmente jubilado:

El trabajo social se inició de la mano de la Acción Católica. La paradoja es que siendo su promotor Monseñor González Estrada, conservador y con una idea sencilla de catequistas, fue un gran movilizador social, donde cada año movilizaba miles de gentes en el Altiplano y nunca se imaginó lo que iba a pasar, pero a través de la AC abrió las puertas al cambio. En el impulso a la AC y la labor social fue impresionante el trabajo de los padres del Sagrado Corazón.

Antes de llegar de párroco a Cantel, estuve un tiempo en México, pues decían “que estaba tuberculoso, no lo creo” y me medio internaron en un hospital donde aprendí a inyectar, a suturar... En 1952 era párroco de Cantel y me tocó promover el sindicato, hasta que con “la liberación” la gente se dispersó. Allí sentí la necesidad de la atención sanitaria y en una mano llevaba un maletín con los Santos Óleos y en la otra mano, otro maletín con medicamentos. Por la necesidad, yo también le hacía algo de curandero. Abrimos una clínica con dos o tres muchachas y las formamos como comadronas pero ni siquiera se oía hablar de promotores.

Por tres años, 1966-69, fui obispo auxiliar en Xela y en esa época, no ví clínicas parroquiales ni promotores. Ya en 1969 siendo obispo de Izabal, sí había hermanas en Santo Tomás Castilla, Morales, El Estor dando asistencia y yo le hacía un poco de curandero pero no había la visión de formar ayudantes. También llegaron unas hermanas italianas, una de ellas enfermera que desarrolló un gran trabajo en salud pero hasta llegar a las Verapaces, nueve años después, que empiezo a conocer a ASECSA y todo lo de promotores de salud... como veíamos un trabajo bien bueno de ASECSA lo apoyamos pero no entramos.

Posiblemente con la llegada los desplazados internos entre 1986 y 1988, como 800 en total, que ya no parecían gente, estaban demacrados, desfigurados por la leishmaniasis, mi despacho se convirtió en cuarto de consultas y mi mesa en mesa de curaciones...posiblemente ahí nace la Pastoral de salud de Las Verapaces.

El Padre carmelita Cirilo Santamaría trabajó en Izabal, entre 1972- 80 y recuerda que “en el 72, en Morales, las hermanas de San José de Toronto, desarrollaban trabajo con promotores de salud y otras también lo hacían en El Estor y Livingstone. En ese tiempo, la Iglesia de Izabal trabajaba tres ejes evangelizadores: salud, delegados de la palabra y promotores de educación radiofónica”.

Para la hermana Argentina, vicaria de pastoral en Alta Verapaz y ex-coordinadora de Confregua: “Los años 60 y 70 están marcados por Puebla, Medellín y la *opción por los pobres*. En el 76, el terremoto, surgen las ONG vinculadas a servicios sociales, las comunidades cristianas de base, el movimiento social popular y el recrudecimiento de la guerra. Con los Acuerdos de Paz, en 1996, cambia la visión del Estado y se empieza a hablar de políticas públicas, incidencia, etc. con los consiguientes cambios en el movimiento social. Viene el tiempo de muchos recursos y de promotores pagados y hay reguero de promotores de salud, de derechos humanos y sociales. Hay recursos, fé y crítica al Estado que llevaron a la Iglesia a verse como *sustitutoria* del Estado. En la actualidad en Alta Verapaz se está más por el involucramiento y autonomía de los líderes comunitarios, la coordinación con otras instituciones la calidad del trabajo”.

La Hna. Juana Buellesbach reconoce que: “La Iglesia Católica es tan variable... De veritas somos tan diferentes en nuestra forma de pensar, de actuar... somos tan diferentes en nuestra teología. Tenemos una gran suerte con el obispo de San Marcos que lucha por la justicia y nos ayuda y nos da libertad en nuestro trabajo”.

Poco a poco, de las clínicas y farmacias parroquiales, se avanzó al trabajo con promotores de salud que en algunos lugares abarcó a cientos de promotores como en Huehuetenango en el que llegaron a participar más de 400, la conformación de Pastorales de salud y finalmente a constituir una Comisión Nacional de Salud de la Conferencia Episcopal en la que la Dra Conchita Reyes es ahora su secretaria ejecutiva: “Las primeras pastorales de salud fueron de las diócesis de El Quiché, San Marcos, Sololá, Xela, Sololá, luego Huehue, Izabal, Petén, Verapaces, Archidiócesis de Guatemala, Jalapa, y recién incorporadas son Santa Rosa y la Prelatura de Esquipulas”.

La estructura administrativa de la Iglesia Católica tiene a “la diócesis, como la unidad población/ territorio bajo la responsabilidad de un obispo. En Guatemala hay 13 diócesis habiendo algunas que abarcan varios departamentos como la diócesis de Verapaz que comprende Alta y Baja Verapaz” (Diócesis de Verapaz, 2001).



Promotores de salud. (ASECSA).



Diferentes denominaciones y matices: promotores, animadores, agentes de pastoral

Según Pastorales y Programas, el término promotor de salud ha ido manteniéndose o cambiando de nominación por el de animadores de salud, agentes de pastoral, pero siempre manteniendo un común denominador.

Para conocer un abanico de aspectos de las y los promotores que trabajan bajo el manto de la Iglesia, aspectos como sus motivaciones, problemas, demandas y aspectos organizativos, se hizo una revisión bibliográfica y varias entrevistas.

Sobre motivaciones de los promotores, el padre Cirilo Santamaría confiesa que: “En los promotores de los 60-70, había predominancia religiosa y a partir del 76 se introduce lo sociopolítico. Tras los acuerdos de Paz se nos viene la crisis del voluntariado. Los promotores valoran su trabajo, su capacidad, el tiempo de dedicación y no quieren darlo gratis cuando es el Ministerio quien se los pide. El riesgo es economizarlo todo y perder el valor humano y cristiano de la solidaridad, pero en última instancia, no se puede abusar del trabajo voluntario”.

El Vicariato de Poptún, fue pionero en Petén en trabajar con promotores de salud y de sus primeros pasos así como de las capacitaciones y problemas nos relata el Dr. Díez (1988):

El Programa lo iniciaron dos enfermeras en 1978, que por año y medio recorrieron las comunidades de mayoría q´eqchi´, intentando formar comités de salud y promoviendo la figura del promotor. La primera capacitación fue de 1979 y la formación tenía dos fases: una inicial preventiva de cuatro semanas, una se imparte educación cristiana, huertos familiares, tecnología apropiada, alfabetización. Al final de la capacitación reciben el carnet acreditativo del MSPAS.

Disponen de un pequeño botiquín y atienden de seis a siete de la mañana o a partir de las cuatro de la tarde tras el trabajo en el campo. También los fines de semana. Se cobra la consulta con pleno acuerdo de las comunidades (25 centavos o gratis, si no puede pagar) y los medicamentos son a precio de costo. Realizan charlas a las comunidades y participan en proyectos de letrización, en los tratamientos de rehidratación oral –TRO–, en el programa ampliado de inmunizaciones –PAI–, en la atención temprana de infecciones respiratorias agudas en niños –IRA–, etc. Se lleva un registro de consultas, hay formación continua y supervisión. Cada dos meses, el equipo responsable se desplaza a las comunidades a supervisar el trabajo cotidiano y se reúne con la comunidad para que dé su impresión del trabajo del promotor y sugerencias para el mejoramiento. Una o dos veces al año, hay un curso de reforzamiento de tres a cinco días de duración.

La idea inicial de comités de salud fracasó a pesar de que era una forma de implicar a las comunidades en la detección de prioridades y toma de decisiones. En 1988 se preveía la formación de una red de supervisores salidos de los propios promotores, en lo que se encuentran actualmente trabajando.

Entre las causas de abandono están el cambio de comunidad por el promotor, la falta de apoyo comunitario que a menudo prefieren a los curanderos, la lejanía entre la parcela y la comunidad cuando se solicita atención, y que las mujeres solteras dejan la tarea al casarse.

Entre los problemas, la frustración del promotor pues la población considera lo más importante las inyecciones y sueros intravenosos, también el promotor se frustra cuando le dice a la población que no necesita medicamento o que puede aliviarse con cuidados sencillos. “Tienen más fe en el curandero y llegan con el promotor en el último momento”.



En años posteriores se realizaron varios encuentros y a la memoria del segundo encuentro de promotores del Vicariato de Petén (1997) corresponde el siguiente texto:

Si en el primer encuentro de promotores de salud del Vicariato de Poptún, 1996, solicitaron mayor preparación para luchar contra las causas de las enfermedades y fomentar el desarrollo integral de las comunidades a través de apoyar la creación de comités de promotor, pro-salud, proyectos de saneamiento ambiental, organización de promotores y otras que apoye a las comunidades y mejorar la coordinación y relación con las autoridades de salud. Una valoración que se hizo fue que era necesario trabajar más lo preventivo y organizativo que lo curativo.

Para el desarrollo de este segundo encuentro se pasó una encuesta previa de demandas y los resultados fueron de una mayor coordinación y unidad entre los promotores, mayor capacitación y que el MSPAS les tome en cuenta. Al Vicariato solicitaban apoyo en la formación, seguimiento, botiquines y motivación, una mejor elección de candidatos para que de verdad sean responsables y el apoyo en la profesionalización, en la comunicación y el diálogo con los promotores.

Los objetivos del segundo encuentro eran compartir experiencias, profundizar en las conclusiones del primero, mejorar la colaboración con el MSPAS, buscar juntos caminos para la organización de promotores y animar desde la Fe en Jesús Resucitado nuestro trabajo como promotores para levantar una Guatemala más sana y más justa como los señalan los Acuerdos de Paz. Nuestra organización debe llevar la mística de Servicio, la Vocación de ayudar a los demás y la Llamada de Jesús de empeñarnos en que su reino de Paz, de Justicia y de Amor se vaya haciendo realidad entre nosotros.

Los principales logros del trabajo de promotores fueron considerados la asistencia y tratamiento de enfermos en las comunidades, el uso de plantas medicinales y medicamentos esenciales, la referencia de enfermos a centros de salud y hospitales... su formación y las reuniones orientativas a las comunidades... el desarrollo comunitario por las gestiones realizadas para proyectos de agua, letrinas, carreteras y a nivel organizativo nuestra participación en comités y mejor comunicación con los líderes comunitarios.

El pliego de peticiones al MSPAS fue que mejore el funcionamiento de los servicios de salud y cumpla con su responsabilidad de procurar nuestra salud, que supere los servicios que presta y no se privatice, que instale unidades mínimas de salud y las dote de medicamentos en las comunidades, que nos tenga en cuenta y nos ayuden en nuestro trabajo, que no nos desprecien ni se aprovechen de nosotros

Una oración incluída en el encuentro fue:

Al ser bautizados fuimos llamados para servir... Tenemos un buen guía, alguien que ha sido promotor antes que nosotros, Jesús de Nazaret. Él se esmeró por los más pobres y necesitados. Él les ayudó a recuperar la dignidad, a darles un valor de personas rompiendo la esclavitud del pecado y de la enfermedad. Nosotros, promotores seguidores de Jesucristo, nos esforzamos por ayudar al enfermo, nos aplicamos en dar plática a la comunidad, promovemos su organización... Ni podemos conformarnos con buscar un remedio para calmar, Jesús nos está llamando que seamos activos en la búsqueda de la dignidad y del valor de la vida.

En un taller (1999) sobre dinámicas para el trabajo de salud, con las y los promotores de la pastoral de salud en San Pablo (San Marcos), se trabajó motivaciones, demandas y problemas. Entre las motivaciones que les llevaban a ser promotores citaron: “Obtener conocimientos, la





mucha necesidad que hay en la comunidad y porque Dios me pone al servicio de los demás, el amor al prójimo, el amor a Dios, ayudar a mi comunidad, mejorar la vida de mi familia y comunidad, defender la salud, por las motivaciones que nos dan las Hermanas”.

Estos mismos promotores y promotoras consideraron que los problemas deben ser afrontados por medio del “diálogo, concientización, mensajes bíblicos y capacitaciones”. Consideraron que entre sus fortalezas estaba “el apoyo moral de los cursos y el bajo costo de los medicamentos vía pastoral”, como debilidades “los problemas económicos familiares y comunitarios”, entre las amenazas “el SIAS y la posible llegada del FRG al gobierno” y entre las oportunidades “que hay más prevención de enfermedades, más enseñanzas y cada día mejor organización”. Al MSPAS le demandaron “que tome en cuenta a los promotores, sin discriminaciones, que sostengan los Programas (de Pastorales) con medicinas o en lo económico, que haya más atención en las comunidades con centros de salud y hospitales y que la atención sea gratuita”.

En el foro sobre promotores de salud realizado por la Instancia Nacional de Salud (2002), un médico de la Pastoral de Quetzaltenango expresó que en el trabajo de salud “lo importante es no perder nuestros valores y lo ideal es que el Estado asuma el trabajo de salud”. Un sacerdote de las Verapaces presente en el foro consideró que “es necesario conservar ese esfuerzo humano tan grande que hacen los promotores, como sacrificio. Eso vale, aunque no se valore, no tiene pago. El promotor no debe ser usados como un instrumento de las instituciones”.

La Hna. Juana Buellesbach (2005) tiene muy presente que “la fe sin obras, no sirve” a diferencia de quienes consideran que” la fe es creer en lo que no se ve”. “Yo aprendo del compromiso de los promotores, en San Marcos se mantiene el compromiso, pero desconozco en otros lugares. Tenemos promotores que no son católicos y su compromiso es sobre todo cristiano... es gente más cristiana que nosotros, de veritas”.

La autonomía de los promotores o ser parte de la Iglesia, como agentes de pastoral, no parece sea tema de actualidad, puesto que en cada diócesis se ha resuelto de manera particular. Mientras para una religiosa en el Occidente, se mostró sorprendida a la pregunta de si los promotores se organizaban autónomamente. Su respuesta fue inmediata y contundente: “¿para qué? ¡su organización es la Iglesia, son agentes de pastoral!”. Para la Hna. Juana Buellesbach, en San Marcos, “los promotores de salud con los que trabajamos no son parte de la Iglesia... algunos son agentes de pastoral y otros no. Ahorita tienen una directiva de promotores pero no se han legalizado, yo no les digo nada, ellos deben tomar sus decisiones”.

La Hna. Argentina Cuevas es también firme partidaria de la autonomía: “Llevamos procesos de acompañamiento y no necesariamente con agentes de pastoral. Tenemos ocho asociaciones de campesinos con tres años de apoyo de la Iglesia, pero son autónomas. Lo mismo en salud. No está maduro ni extendido en toda la Iglesia pero en Alta Verapaz apostamos por el empoderamiento y fortalecimiento comunitario, del poder local”. Para Conchita Reyes, de Pastoral de la Verapaz, “trabajamos con promotores y comadronas no importa si son o no católicos, basta con que quieran trabajar con la comunidad”.

Para los promotores, el dilema es más duro, los recursos llegan a través de las/los religiosos y cuando se da el conflicto, el poder está en quien tiene los recursos. Los promotores líderes al enfrentarse a las decisiones de los religiosos optan a veces por renunciar al trabajo de promotor y canalizar su liderazgo en otros espacios diferentes al de salud. En los conflictos (El Estor, 1999), la última palabra la tienen las religiosas y desligarse de ellas, significa para los promotores, perder en un inicio los recursos materiales, las capacitaciones y entrar en un proceso difícil de autonomía con mayor pobreza.



De hacia donde se encamina el trabajo de la Pastoral de la Verapaz, Conchita Reyes nos relata que:

Algunas veces, las demandas campesinas en salud van dirigidas a la Iglesia, por la mayor confianza y facilidad de ser escuchados y aunque siempre hay dificultades, hemos logrado que algunos grupos ya no las planteen a la Iglesia sino al Ministerio de salud. La gente comienza a hacer denuncias, se queja si no le atienden, ya no se dejan, no se callan. Sin presionar no mejoran los servicios por ello en la Pastoral de verapaces hablamos del derecho a la salud y la auditoria social.

Trabajamos con líderes de 30 comunidades por el derecho a la salud. Forman comités o comisiones de salud y como parte de las coordinadores comunitarias de desarrollo –COCODES–, van a las coordinadoras municipales –COMUDES– y exigen atención, traslado de enfermos se solidarizan con otros. A los líderes de las comisiones de salud les damos formación con un pensum que incluye como ejes el género, la autoestima, leyes para saber qué se puede exigir, aspectos técnicos, aspectos teológicos, etc. Aprenden de leyes para oponerse a las presiones que a veces sufren para que aprueben proyectos que no quieren y promotores y comités participan en las salas situacionales.

Espiritualidad y humanización en salud

La Hna. Marie-Paule Broekmans de la Congregación de la Asunción y residente en Jocotán desde hace varias décadas, promotora de salud de excelencia, recuerda cuando vino de Bélgica en los años 70:

Llegué en los tiempos de crisis religiosa, en la secularización, pero en el transcurso del tiempo la gente campesina indígena me ha alimentado de la espiritualidad cristiana y maya... ahorita trabajo con la espiritualidad cristiana y maya y el número uno es el servicio, pero el servicio no es hacer las cosas gratis sino hacerlo bien, que es cuando hay espiritualidad. Soy muy motivada, la población me motiva. Todo lo que somos es gracias a los demás y damos tiempo a la gente para que saque todo lo que tenga. Nuestra población es pobre en lo material pero no en lo espiritual...Para mí religión, cultura y salud es una misma cosa. Es una gracia el haber venido a Guatemala.

La espiritualidad necesita tiempo, estar motivado en el trabajo y tratar de dar la motivación a los promotores de salud y eso tiene que ver con el pago o no de los promotores. Ayuda a la espiritualidad pero hay que estar suficiente tiempo con ellos. La espiritualidad es ahorita lo número uno en nuestro programa de promotores. En la consulta nadie sale antes de 20 o 45 minutos. Los promotores dan su tiempo a los enfermos. Acompañan a los enfermos para saber qué pasa en sus vidas y que ellos (las personas) lo descubran. Se ve muy bien que es el estrés la causa inicial por el miedo y la violencia, estrés por la pobreza, por la miseria, la violencia doméstica... por abuso de la medicina química. El primer planteamiento es purificar y calmar.

Si la Hna. Marie-Paule es muy especial, también lo es Cirilo Santamaría, quien hace suya la respuesta del Dalai Lama a la pregunta de Leonardo Boff: “¿Qué es la espiritualidad: La fuerza capaz de transformar interiormente y de cambiar el mundo”:

La Iglesia con su formalismo no responde a muchas de las necesidades de la gente... de la utopía. Los movimientos carismáticos y pentecostales en América latina se encuentran con Dios... la cuestión es como lo integramos con una acción más social. Muchas conversiones religiosas están ligadas a curación de enfermos, enfermos terminales y alcohólicos, poseídos por el diablo. Siempre el discurso es la repetición de los predicadores televisivos, el mismo lenguaje, la misma presentación. Todos tienen precalentamiento, calentamiento y sedación... es terapia colectiva y socialmente responde



a la crisis social que vivimos... Pero veámoslos también con otros ojos, son sujetos, la gente participa en cuerpo entero. En lo católico necesitas al cura para la mediación y en estos movimientos no. Son unidimensionales pero también nuestras propuestas los son. El grito de los pobres es ahora el canto carismático y pentecostal y poner nombre a la contrarrevolución de evangélico o carismático, es una respuesta fácil.

En la capital, un problema es el nuevo clero que no se hace ningún tipo de preguntas. Todo sirve. Hace 20 años los católicos estaban en la revolución y ahorita se la pasan cantando. Antes me preocupaba la dimensión social ahorita son otras las preocupaciones.

La propuesta del padre Adriano Tarrarán de Colombia de “Humanización para la salud” impactó a las y los trabajadores de Pastorales y a lo largo de 1988-99 se profundizó en el tema. Jordi Gol es un autor de referencia en el tema y algunas de sus ideas claves recogidas “Humanización en Salud” son citadas en la propuesta de “Imagen Objetivo de Sistema de Salud” de la INS de la que son autoras Lidia Morales y Meredith Fort:

La humanización propone entender la salud como una cualidad de la vida o una manera de vivir que puede ser valorada a partir de la autonomía, la solidaridad y el gozo o bien-ser de las personas. La noción de “bien-estar para a ser bien-ser”

La autonomía se refiere a que la persona sea libre de elegir, tenga opciones, información y posibilidades de utilizarla. La autonomía puede llegar por la curación o por la realización. La solidaridad se refiere a que la autonomía no debe chocar con la interdependencia de todas las personas, es inconcebible la realización de uno/una si n tomar en cuenta las realizaciones de las demás personas.

Ser gozoso, es entendido básicamente como bien-ser. Mientras que el bien-estar es una sensación superficial cargada de ambigüedad, el bien-ser es una satisfacción a nivel más profundo que se obtiene al estar en buena relación consigo mismo, el sentido de vida, de su historia y de su realización; y con la sociedad y la naturaleza”.

El sistema sanitario debe estar orientado a promover otra cultura de salud dando prioridad a las causas sociales de la enfermedad. Para ello debe cambiar el orden de valores del sistema, que en muchos casos es darle vuelta a las prioridades del sistema.

Para Karin García, secretaria ejecutiva de la Comisión Nacional de Salud, en esa fecha, y Carolina Magallanes, coordinadora de la Pastoral de Suchitepéquez-Retalhuleu (2001): “la salud debemos tejerla desde su construcción y no sólo quitar la enfermedad”.



Promotores y promotoras de salud. (ASECSA).

La Comisión Nacional de Salud de la Conferencia Episcopal de Guatemala

En los documentos fundacionales (2003) de la Comisión Nacional de Salud se cita que: “El 20 de enero de 1988 vino un comunicado de Pastoral sanitaria de la Santa Sede a la Conferencia Episcopal de Guatemala –CEG–, para promover la formación de una Comisión Nacional de Pastoral de Salud de la CEG siendo designado para presidirla Monseñor Fernando Gamalero e inicialmente participaron las diócesis de Escuintla, San Marcos, Sololá, Huehuetenango, Quetzaltenango y Quiché que se reunían en la oficina de Cáritas Nacional en la capital. En sus comienzos, la convocatoria estaba muy centrada en la distribución de las donaciones de Salvatorian pero los temas fueron ampliándose y en 1990 se formulan estatutos para la comisión, misión, visión y objetivos para la Pastoral de Salud siguiendo los lineamientos del CELAM”.

La Dra. Conchita Reyes, actual secretaria ejecutiva de la Comisión, como parte de la historia relata que:

En 1998, Monseñor Pablo Vizcaíno, obispo de la diócesis de Suchitepéquez-Retalhuleu asumió por dos períodos consecutivos la presidencia de la Comisión, tiempo en el cual se desarrollaron los dos primeros encuentros nacionales de Pastorales de salud, se realizó la visita del padre Adriano Tarrarán de Colombia con la propuesta de “humanización para la salud”, hubo acercamientos al MSPAS en torno a la reforma del sector salud, SIAS, y se tuvo una participación activa en la Instancia Nacional de Salud... En el año 2002 de nuevo Monseñor Gamalero retomó la presidencia de la Comisión y fue significativo su pronunciamiento, como representante de la CEG, contra los intentos de privatizar los servicios de salud, llegando su intervención hasta el pleno del Congreso y Presidencia de la República. En este tiempo. Cáritas se incorporó a la Comisión. Tras el fallecimiento de Monseñor Gamalero, Monseñor Vizcaíno quedó cubriendo la vacante y firmó el “recurso de inconstitucionalidad del decreto de medicamentos genéricos”.

En los retos como Comisión Nacional (2003) se destacan “el buscar alianzas y coordinación para humanizar los servicios de salud y promover la vida, la coordinación intersectorial, un plan de formación permanente para los agentes de pastoral de salud, solidaridad entre pastorales, elaborar una propuesta concreta para alcanzar una relación entre Pastoral de enfermos y Pastoral de salud, más claridad y vivencia en espiritualidad y mística de la Pastoral”.

Otros retos para la Dra. Reyes son:

Estamos desarrollando un monitoreo de servicios de salud. Ya se tuvo la experiencia en las Pastorales de Totonicapán y de San Marcos y ahorita damos los primeros pasos en las Verapaces y Suchitepéquez-Retalhuleu. Un reto y un logro ha sido también la formación de una “Comisión de SIDA” dentro de la Comisión Nacional en donde participan diferentes pastorales. Es parte de los cambios, de los pequeños pasos... Como Pastoral de salud también buscamos la ligazón con la Pastoral de enfermos que desarrolla la unción de los enfermos, la unción como sanación y está ligado a movimientos de catecúmenos, catequistas, carismáticos y cursillos de cristiandad, donde en algunos lugares se ha logrado impulsar un trabajo solidario con enfermos VIH+ y sus familias.

Conchita reconoce que “tenemos dificultades para articular las diferentes pastorales de una diócesis y las diferentes pastorales de salud” pero la meta es una Pastoral de Conjunto, “que las diferentes respuestas u organismos de pastoral social, salud, tierra, mujer... que existen a nivel de diócesis puedan trabajar de acuerdo a los objetivos y líneas definidas diocesanamente, unidamente y en común-unción” algo que ha estado desde hace años en la mira de Monseñor Flores: “intenté que todo estuviera junto, no logramos toda la integración de las diferentes líneas de trabajo pero al menos juntamos a todos en el convento de la catedral, es necesaria la coordinación entre las pastorales pues o hay Pastoral de Conjunto o no hay Pastoral”.



Si no vivimos para servir, no servimos para vivir

HNA JUANA BUELLESBACH

Se puede morir de modernidad... pero se vive, se espera y se cura de humanidad.

PIER MARCHESI. Humanicemos el hospital

He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia

JUAN 10, 10

Bibliografía en orden de consulta:

- Diócesis de Verapaz. *Plan de Pastoral 1999-2001*. Versión resumida popular.
- Díez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. Médicos Sin Fronteras. Guatemala, 1988.
- Memoria del II encuentro de Promotores de salud del Vicariato Apostólico del Petén. Agosto de 1997.
- Memoria de taller de dinámicas. Pastoral de salud de Malacatán. Santa Catarina, San Marcos, 1999.
- INS. Memoria del foro “El futuro de los promotores de salud”. Mimeografiado. Guatemala, 21 de febrero 2002.
- Memoria de taller con promotores de salud sobre el SIAS en El Estor. ASECSA, 1999.
- García, Karen. Magallanes, Carolina. Ponencia: La Humanización en el mundo de la salud. En: “Curso de especialización en Análisis estratégico sobre políticas y sistemas de salud”. URL. INS. Guatemala, 2001.
- Comisión Nacional de Pastoral de Salud de la Conferencia Episcopal de Guatemala. Mimeografiado. Guatemala, 17 octubre de 2003.
- Varios autores. *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua: 1978-1998*. Ed. Instituto Mora. México, 1999.
- Gol, Jordi. “La Salud”. En: *Humanización en Salud*. CENCAPAS/SELARE. Bogotá 1991.
- Marchesi. Pier Luigi. “Humanicemos el hospital”. En: *Humanización en Salud*. CENCAPAS/SELARE. Bogotá 1991.
- Morales, Lidia. Fort, Meredith. *Imagen Objetivo de Sistema de Salud*. INS. Mimeografiado (en imprenta). Guatemala, 2004.



Madre Rose Cordis. (QEPD)
(Pastoral de Salud de Huehuetenango).



Hna. Bárbara Ford. (QEPD)
(Cáritas de Quiché).



Las organizaciones no gubernamentales y los promotores

*Acompañando a los promotores,
acompañando a las comunidades*

Pascual Pérez

Tengo 35 años y una hija. Soy desplazado interno de San Bartolomé Jocotenango.

Fui y soy promotor porque me gusta ayudar a la gente, a los desplazados, ellos están sufriendo y como yo sufrí en las fincas, sentí por ellos. Si mi familia se enferma ya no es necesario ir con el médico pues yo mismo le atiendo.

Donde yo aprendí fue con la Asociación para la Educación y el Desarrollo –ASEDE–, primero de salud en general, luego de salud oral y ahí es donde aprendí este trabajo, hacer extracciones, rellenos de caries... y luego con un doctor aprendí más y me hice técnico dental.

Cuando trabajé con ASEDE, estábamos un día en cada finca, y cada semana regresábamos. Había mucha enfermedad y había que llegar seguido. En el equipo íbamos tres promotores, una comadrona, una doctora y un chofer. Trabajamos como tres o cuatro años, de 1992 a 1994.

No se ganaba, no tenía salario. Era una colaboración. Como ese día era joven y no tenía familia, me daban pasaje y comida, era lo único.

En una visita a una finca me dieron frijoles que no estaban buenos y me enfermé, me puse bien malo. Yo también encontré enfermedad. Diarrea, vómitos, ya estaba para morir. Tardé tres días reposando. Los promotores de salud también se enferman.

A mí me da lástima como vivía la gente. Yo también lo viví. Y por eso sentía, pues yo había sentido ese mismo sufrimiento y con ganas apoyé en ese trabajo. Luego busqué mi mujer y cancelé mi trabajo. Luego trabajé con mi comunidad y sigo, siempre viene gente y yo le ayudo.



Clínica de Xamán. (MDM-E).

De Organizaciones Privadas Voluntarias a Organizaciones No Gubernamentales

En un estudio sobre estas organizaciones, Marco Tulio Gutiérrez (2002) reconoce tres auges en el Altiplano Central. Aunque el inicio de las OPV se remonta a la década de los sesenta con lo que después se conocería como la Fundación Behrhorst, el primer auge se dio en la década de los setenta, 1970-79, con el trabajo directo desarrollado por organizaciones internacionales como Vecinos Mundiales, Oxfam-Inglaterra, Visión Mundial, VM, y Cristian Children Fond, CCF.

Vecinos Mundiales priorizó San Martín Jilotepeque como área de trabajo y principalmente con producción agropecuaria y la dieta alimentaria, con el además de “producir para comer”, se trataba de “producir para vender” lo que implicaba introducción de nuevas técnicas agrícolas y pecuarias, así como nuevas lógicas de comercialización. Para su logro formó a “extensionistas agrícolas y nutricionistas”. Oxfam con proyectos de producción agrícola y VM y CCF enfocando acciones a la atención del niño y mujeres por medio del apadrinamiento.

En esa misma época se formaron o se hicieron presentes en Chimaltenango organizaciones nacionales como la escuela de Adiestramiento Cooperativo, el Centro de Capacitación de Promotores Sociales, CAPS, el Instituto de Desarrollo para América Central, IDESAC.

Paralelamente, el movimiento de Acción Católica cobró auge en la región de Chimaltenango siendo San Martín uno de los municipios que contaba con mayor número de catequistas de la Diócesis de Sololá. Esta experiencia organizativa acumulada por dos décadas inspiró otras iniciativas de trabajo social desde la Iglesia, así fue como a mediados de los setenta la Compañía de Jesús definió Chimaltenango y el sur del Quiché como sus regiones de trabajo pastoral.

En el campo de la salud, María Zúñiga (1978) cita que hubo un Primer Encuentro Regional de Programas de Salud Rural realizado en Guatemala, en noviembre de 1975, donde participaron 63 representantes de 31 programas de México, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y los Estados Unidos de Norteamérica. Se intercambiaron ideas, experiencias y metodologías, se estableció el Comité Regional de Promoción de Salud Rural y se acordó la creación de un periódico para informar y darle seguimiento al intercambio de experiencias denominándose “Informador Comunitario”.

El terremoto del 4 de febrero de 1976 lleva a la movilización nacional e internacional en apoyo a los damnificados por lo que se multiplican las ONG, la asistencia sanitaria y formación de promotores de salud, los proyectos de reconstrucción de infraestructura, etc.

El Segundo Encuentro Regional de Programas de Salud Rural sería en octubre de 1977, con 107 participantes de 51 programas de salud, con el propósito de revisar los acuerdos del primer encuentro, lo cual significaba fortalecer el Comité Regional, activar el periódico y fortalecer los procesos organizativos de las coordinaciones en cada país.

La represión de los años ochenta, la problemática social desarrollada en el marco de la guerra, llevó a la confluencia de intereses sociales y humanitarios entre la Iglesia y las organizaciones nacionales e internacionales llevando al segundo auge de ONG, 1980-90. En medio de la represión política se formaron organizaciones de intermediación y de base, entre ellas están: COKADI y ADPD en Chimaltenango, ADECA en Poaquil, ACUALA en Patzún, KASLEN en Comalapa, y otras.

El tercer auge de formación de ONG, 1991-2000, se produjo en el marco de las negociaciones de Paz y posconflicto, principalmente en torno a la problemática étnica y de género.

Estudio Keaty y Keaty

El estudio al que dan nombres sus investigadores Charles y Geraldine Keaty (1977) y encargado por el gobierno de Guatemala y la Agencia de Ayuda Internacional de los EUA con el propósito de “describir un perfil de las organizaciones privadas voluntarias relacionadas con la salud y nutrición de Guatemala”, entre sus resultados destacaba:

La identificación de 150 OPV de las que 42 de ellas fueron entrevistadas y en donde prácticamente toda la actividad de las Organizaciones Privadas Voluntarias Relacionadas con Salud, OPVRS, tiene lugar en las áreas rurales. El 57% están ubicadas en el altiplano occidental, el 11% en el desierto oriental, 8% en la Costa Sur, 2% en el Caribe y 1% en la jungla.

Entre las 42 OPVRS entrevistadas atienden al día un promedio de 2,495 pacientes en los 56 centros de salud... Emplean a 1,646 personas que comprende a 24 médicos, 50 enfermeras graduadas, 83 enfermeras auxiliares, 1,373 promotores de salud y miles de voluntarios locales de la comunidad... Los empleados y voluntarios manejan 50 clínicas, 6 hospitales pequeños, 1,175 centros nutricionales y 21 programas de capacitación. Generalmente se incorpora un programa de extensión, utilizando personal bilingüe y promotores de salud y/u otro personal auxiliar. Las OPVRS han desarrollado un patrón de servicios y personal que les permite proporcionar una cantidad grande de servicios a costos relativamente bajos.

Solamente el 17% de las OPVRS delimita sus actividades a la provisión de servicios de salud. La mayoría son grupos que implementan programas integrados de desarrollo espiritual, agrícola y comunal, además de la provisión de asistencia en salud.

Las recomendaciones del estudio son: Establecer un Consejo de OPVRS en Guatemala. Establecer un Centro de Recopilación de Información para las OPVRS incluyendo la publicación de un boletín informativo... Implementar un esquema para la compra por mayor de medicamentos comunes y necesarios con el propósito de reducir el alto costo de medicamentos.

Mary Hamlin de Zúñiga, asesora en esos años de la Fundación Behrhorst, en su trabajo sobre los orígenes de ASECSA (1978) escribe que “las OPVRS que respondieron positivamente al cuestionario (de Keaty y Keaty) fueron convocadas a una asamblea general el 18 de febrero de 1978 y así 65 representantes de 31 programas de salud fundaron la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud”.



Lideresas de Programas Socios de ASECSA. (ASECSA).



Programas de salud y promotores en informes para las agencias internacionales

El primer estudio es de Deman y Campodónico (1983) realizado para la Agencia de Cooperación de los EUA, USAID. El estudio tiene doble interés, por sus resultados pero también porque la licenciada Hedy Deman fue en el gobierno del PAN, 1996-99, coordinadora del Subprograma III del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud –PMSS–, del primer préstamo del BID, lo que la hacía una de las responsables del SIAS de primer nivel y en el actual gobierno de GANA, responsable del PMSS en el segundo préstamo del BID, y por tanto de la “extensión de cobertura”.

El estudio es un análisis comparativo, descriptivo, de dos programas del MSPAS: El Programa de Investigación del Adiestramiento de Promotores de Salud –PRINAPS– (Xela, Baja Verapaz) y el Sistema Integrado de Nutrición y Atención Primaria de Salud –SINAPS– (Progreso, Zacapa, Chiquimula) y tres programas privados: AGROSALUD (en fincas privadas de Xela, Sololá, Suchitepéquez, Alta Verapaz y Chimaltenango), Behrhorst en Chimaltenango y Jacaltenango en Huehuetenango. La información es resultado de las respuestas a 178 preguntas, que las autoras llaman 178 encuestas, de las 180 programadas a jefes de familia de población cubierta con la condición que no fuera migrante.

Destacamos algunos resultados de la misma:

En saneamiento básico (agua y excretas). En Behrhorst, el 40% de la población atendida emplea letrinas o excusado y el 56% no tiene un lugar específico (en el campo). La alta cifra de letrinas se atribuye a las numerosas agencias que colaboran en el departamento de Chimaltenango. El uso de letrinas es menor en AGROSALUD y SINAPS, 25%. Todos salvo SINAPS trabajan en saneamiento básico.

Estufas Lorena y pozos de agua. Jacaltenango es el único lugar donde los promotores ayudan en la construcción de estufas Lorena y pozos de agua.

Principales morbilidades atendidas por promotores. Tanto para mayores como menores de 15 años, coincide con la morbilidad general del país. Las enfermedades comunes en niños son el catarro, gastroenterocolitis, dermatitis y en adultos el reumatismo. En mayores de 15 años, los signos y síntomas mal definidos son altos.

Tipos de servicios utilizados. En Jacaltenango, la farmacia del hospital se utilizó un 20%, y acudieron al promotor rural en un 60%. En AGROSALUD, los menores de 15 años utilizaron la clínica de la finca atendida por promotor un 53.6%. Del total de familias estudiadas, los que con mayor frecuencia utilizaron los centros y puestos de salud del MSPAS, con un 12.1%, fueron los menores de 15 años.

Gastos efectuados por las familias. Las familias atendidas por PRINAPS y AGROSALUD tienden a gastar más en consulta, y Behrhorst y Jacaltenango las que menos. Las familias atendidas por AGROSALUD compran un 48.6% de sus medicinas en la clínica de la finca y en Jacaltenango, el 61.1% compra al promotor. En PRINAPS, el 25% compró en las tiendas de las comunidades.

Conocen al promotor de su comunidad. En Jacaltenango y SINAPS reportan mayor conocimiento del promotor y en orden decreciente AGROSALUD, Behrhorst y PRINAPS. Este conocimiento es bajo pues todos los programas tienen como criterio que el promotor sea originario y elegido por la comunidad.

Disposición del promotor. En los programas privados hay disposición en un 91%, mientras que en los públicos baja a 74%. Esta diferencia se atribuye a que en los privados hay mayores incentivos económicos a través de la venta de medicamentos y de la aplicación de inyecciones.



Familias visitadas por el promotor. El 41.3% de las familias encuestadas no recibió ninguna visita en 1983. En los privados, el promedio de familias visitadas es de 4 y en las públicas de 2.

Valoración del trabajo del promotor. Bueno en el 75% de las encuestas en Jacaltenango, 69% en AGROSALUD y PRINAPS y 45% en Behrhorst y PRINAPS. Hubo un 4% con mala opinión del promotor en Behrhorst y 27% en PRINAPS.

Servicios curativos y preventivos. Los programas privados ofrecen mayor porcentaje en servicios curativos y los públicos tienen el énfasis del promotor en las acciones preventivas. Medicamentos: 90% en privados y 25% en públicos. Las acciones curativas se concretan en inyectar, curar diarreas, heridas y mordeduras, parasitismo y entrega o venta de medicinas.

En servicios preventivos. Jacaltenango obtuvo el más alto porcentaje de servicios con excepción de la distribución de alimentos en donde la mayor fue SINAPS. Los servicios preventivos citados por las familias son: vacunaciones a niños, pláticas de higiene, salud y de nutrición.

Planificación familiar. En AGROSALUD, el 56.4% de las familias encuestadas mencionan la distribución de pastillas anticonceptivas. En Jacaltenango, es alto el porcentaje de pláticas sobre el tema pero no se cuenta con tabletas anticonceptivas.

Opinaron sobre el promotor. Debe aprender más sobre curar enfermedades. Debe tener más medicinas. Debe saber cómo se hacen las letrinas y pozos de agua. Quieren que el promotor dé más pláticas sobre higiene y nutrición. En AGROSALUD pidieron aprender técnicas agropecuarias a través del promotor.

El 79.5% de los encuestados planteó estar dispuesto a reconocer los servicios del promotor, en dinero o mejor en especies.

El estudio hace las siguientes recomendaciones al MSPAS y a las organizaciones privadas:

Definir el perfil del promotor, la carga ocupacional, los incentivos, las necesidades de educación en salud, criterios de supervisión, de información y evaluación. Racionalizar las actividades de capacitación, servicio (atención), supervisión y evaluación en base a los objetivos de la APS. Priorizar la capacitación sobre los servicios con mayor impacto en la mortalidad a través de las comadronas tradicionales, la rehidratación oral, desparasitación y uso de antibióticos en enfermedades respiratorias. Afinar los criterios de referencia de promotores a niveles superiores. Articulación intersectorial, particularmente agricultura y educación, para el apoyo a las actividades del promotor. La vinculación de los promotores con los servicios de salud en general. Estrategias para el autofinanciamiento de los programas. Formar una base de datos con las características de todos los programas. Realizar talleres regularmente para intercambiar opiniones sobre temas de interés. Estrategias para fomentar la participación de la comunidad en planificación, ejecución, evaluación y financiamiento. Que las agencias internacionales sigan apoyando a los promotores y programas hasta que se cuente con los recursos financieros, técnicos y logísticos nacionales. Cubrir las necesidades de recursos humanos a todos los niveles para ampliar la cobertura de APS.

El diseño y operativización de los sistemas de información, supervisión y evaluación son inexistentes en la mayoría de los Programas.

Realizar una investigación con los promotores, desde su punto de vista, sobre incentivos, aceptaciones, aspiraciones, capacitaciones, etc.

¿Siguen siendo válidas las recomendaciones de Hedy Deman y Campodónico?





El otro estudio también para USAID es de Pilar Martínez (1995) y los términos de referencia son “la reingeniería del modelo de salud comunitario” tomando en cuenta que la situación actual se basa “en un sistema de salud jerárquico y centralizado en el sector público y disperso (en el sector privado) entre un gran número de ONG. ...no hay estrategias actuales exitosas o adecuadas que sirvan de modelo a la reingeniería. La esencia pasa por involucrar directamente a los beneficiarios en el diseño, monitoreo y evaluación del proyecto; que provean información sobre los servicios deseados y cómo se pueden proveer adecuadamente dichos servicios”.

Entre los factores más importantes que afectan el uso de servicios de salud cita:

La baja calidad en general de los servicios del MSPAS y la falta de suministros básicos, incluyendo medicinas. El difícil acceso a servicios en las áreas rurales, las horas inapropiadas de servicio y los costos altos (directos e indirectos) relacionados con la solicitud de servicios. Los largos periodos de espera... y las escasas relaciones interpersonales entre proveedor y cliente, acentuados por la falta de respeto a la cultura indígena... La deficiente comunicación lingüística y técnica, debida al rechazo o poca habilidad de dar explicaciones comprensibles de diagnóstico y tratamiento.

De entre las múltiples recomendaciones, destacamos algunas de las relacionadas con el personal voluntario:

Reclutar, capacitar y apoyar al personal voluntario en salud para desarrollar recursos basados en la comunidad para la promoción, prevención, proveer cuidados básicos curativos, mejorar la disponibilidad de medicinas básicas, y promoción y servicios de planificación familiar.

Proveer una serie de incentivos al personal voluntario, incluyendo apoyo logístico, reconocimiento por sus esfuerzos y alternativas para generar ingresos.

Apoyo sostenible y supervisión constructiva, consistente en capacitación en el servicio y la solución de problemas.

Determinar alternativas para generar ingresos... incluyendo una minifarmacia y tarifas para servicios curativos. También tiendas en las que vendan productos básicos, enfatizar la capacitación de parejas o en su mayoría mujeres como promotoras.

Por su parte el Grupo de Salud y Desarrollo/ Consultores Asociados de Guatemala, (GSD, 1999) realizó una sistematización de los procesos de cobertura como parte de la asistencia técnica de UNICEF a la Dirección de Política Económica y Social de la Secretaría General de Planificación, (SEGEPLAN), en la que destacamos el cuadro en torno a la evolución de lo que denomina Base social, sindicatos, promotores y comadronas, ONG y organizaciones gubernamentales –OG–, sobre el desarrollo de la “extensión de cobertura”:

El informe sencillamente corrobora lo que MSPAS, SEGEPLAN, UNICEF... y BID, quieren oír y asegurarse, repitiéndolo en todos los informes, de que todo va bien. Y hasta la base social apoya la reforma del sector salud... ¿se puede pedir más?



Situación encontrada	Acciones	Situación actual
Los sindicatos y asociaciones de empleados identifican reforma sectorial con “privatización” y se oponían.	Se presentó y negoció el SIAS con sindicatos, gremios y asociaciones. Se alentó a quienes lo desearan a formar sus ONG, mientras ocurría un proceso de “retiro voluntario” de personal. Se creó un esquema de aumentos y bonos de compensación para mejorar la situación salarial.	Los gremios y sindicatos apoyaron la extensión d cobertura... No ha habido huelgas durante el proceso de extensión de cobertura. Muchos trabajadores de salud han integrado organizaciones que funcionan como ASS y PSS.
Los promotores de salud y comadronas estaban abandonados y se hacían inactivos rápidamente.	Los nuevos agentes comunitarios – vigilantes de salud- tienen incentivo, material de trabajo y supervisión constante; además reciben capacitación y los respalda el médico ambulatorio.	Aunque el plazo es corto... se observa una mayor capacidad de retención de personal voluntario. Se ha desarrollado un componente de monitoreo de participación social.
Las ONG y GO no confiaban en el gobierno y dudaban de la extensión de cobertura	Se firmó convenio con las ONG que aceptaron y se les apoyó para completar su infraestructura y equipo; algunas recibieron apoyo para mejorar su sistema administrativo.	Se ha producido un incremento importante entre el número de ONG y OG que compiten por una jurisdicción.

Administradoras de servicios, de los convenios con el MSPAS, ASS, Prestadoras de servicios, ejecutoras de las actividades, PSS.

Fuente: GSD.

El perfil del promotor desde dos organizaciones cuyo eje de trabajo son las y los promotores

La Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, agrupa alrededor de 70 Programas de salud activos, nació en 1978 y es a nivel nacional el mayor espacio de capacitación de promotores y promotoras de salud, con oficinas y centros de capacitación en Chimaltenango, Cobán, Rabinal y San Benito (Petén). Se podría hablar bastante de ASECSA, de sus experiencias, luchas, logros y limitaciones pero aquí quiero destacar una de las preocupaciones de sus trabajadores que se manifestó a través de un diagnóstico participativo (1998-1999) entre ellos y ellas:

¿Cuáles son los principales problemas de salud de las comunidades en donde ASECSA puede incidir a través del personal comunitario? Las respuestas fueron:

Trabajar en la prevención y curativo en la morbilidad prevalente, en asesoría de proyectos, con medicamentos y otras alternativas, en materno infantil, perspectiva de género, alfabetización y en resolución de conflictos.

¿Cuáles serían las tres principales funciones a desarrollar por los promotores en sus comunidades?

Promover la organización comunitaria, la asistencia clínica y la educación en salud.

¿Cuáles son las tres principales causas de abandono de promotores? Las respuestas se diferenciaron para promotores y promotoras.

Para los promotores: la pobreza, la falta de apoyo del Programa y los compromisos familiares. En el caso de las promotoras se consideraron los hijos, la pobreza y otra variedad de causas como la lejanía del centro de capacitación, capacitaciones que no responden a sus necesidades, poco apoyo de la comunidad, el trabajo doméstico, la migración, el analfabetismo y su condición de mujer bajo el machismo en las comunidades. Es generalizado que las jóvenes al casarse dejan las capacitaciones.

¿Cuál sería la estrategia para disminuir los abandonos? Las diferencias para afrontar las situaciones de hombres y mujeres tuvieron pocas diferencias, por lo que las unimos.

El monitoreo del trabajo, acompañamiento a los promotores en sus comunidades, proporcionarles becas, trabajo de género, tener guarderías en las capacitaciones, analizar





el número de semanas de las capacitaciones, ofrecer proyectos productivos a las y los promotores, mejor selección de promotores, mejorar la capacidad de las y los facilitadores y mejorar la coordinación con los Programas socios.

Otra organización que ha hecho de los promotores su eje de trabajo en salud es Ceiba. En agosto del 2002, compartió en la INS una propuesta de perfil del promotor de salud. En ella deja claro que su objetivo no es uniformizar a todos los promotores pero sí establecer un marco referencial. Propone el nombre unificado de promotores de salud comunitaria.

El perfil del promotor contempla el

Promover la salud la educación en salud en su comunidad y la atención a los enfermos.

Lo que no debe hacer es

Lucrar con su trabajo, comerciar con medicamentos, el utilizar medicamentos que sepa innecesarios, peligrosos o dañinos, el abusar de la confianza de la comunidad, divulgar secretos personales que le son confiados por pacientes y sus familiares.

¿Qué entendemos por ser nombrado, respaldado o avalado por la comunidad?:

No es alguien que se autonombra o que trabaja aislado, puede que sea elegido por la comunidad o que él o ella se propongan pero respaldado o avalado por su comunidad y recomendamos que el aval se dé por escrito.

¿Qué obligaciones debería implicar el nombramiento del promotor de salud?

Para la comunidad: reconocer el trabajo, apreciar y darle confianza. Aportar para los viajes del promotor a las capacitaciones. Responsabilizarse de la familia del promotor cuando éste salga a las capacitaciones o acompañe en el traslado a un paciente. Disculparle de otros trabajos comunitarios. Colaborar con el promotor cuando convoque a actividades. Considerar la salud como una responsabilidad de todos y todas y no sólo del promotor.

Para el promotor o promotora: disponer de tiempo para trabajar por la salud de la comunidad en prevención, curación y educación en salud. Dar atención a cualquier persona de la comunidad y seguimiento a los pacientes. Referir a los pacientes cuando no pueda resolver su problema.

Por su parte el Dr. Joaquín Acevedo (2004), coordinador del área de salud de Ceiba, reconoce tres problemas fundamentales en el trabajo con promotores: “Se capacitan nuevos promotores y fallamos en el seguimiento de los anteriores. Son voluntarios sin remuneración. Se carga a la comunidad siendo responsabilidad del Estado”. Otros elementos destacables de su artículo “La persistencia del promotor de salud como un mecanismo de supervivencia frente a la exclusión” (*Portadores de sueños*, No. 9), no son citas textuales, pero las ideas expresadas son que el principal factor de existencia y persistencia de promotores es la exclusión por parte de un Estado que se desinteresa de la mayoría de la población y los promotores se convierten para estas poblaciones en estrategia de supervivencia; apela a que es tradición el servir a la comunidad y el promotor es alguien que da un servicio; la entrada del capitalismo en las comunidades está cambiando la forma de servicio, no se quiere trabajar voluntariamente (sin pago), y de ello se desprende que la profesionalización beneficia al promotor y no a la comunidad; entre las motivaciones del promotor está el sentido humanitario, el deseo de saber, el prestigio y que existe una demanda real hacia las y los promotores, es un mecanismo de sobrevivencia. Además “a los trabajadores conscientes de las ONG, nos corresponde acompañar, enfrentar con ellos los problemas, asumir como propio ese difícil camino... ejercer la solidaridad con nuestra gente... mostrar que otro mundo es posible”.



Diferentes tipologías de ONG: una internacional, una nacional, una cooperativa y una de base

VISIÓN MUNDIAL. UNA ONG INTERNACIONAL CON FUNDACIÓN EN GUATEMALA.

De las Memorias de labores de los últimos años extraemos las ideas principales de presentación de Visión Mundial. Fue fundada en 1950 por el misionero evangelista Bob Pierce y World Visión es una confraternidad internacional de cristianos, ecuménica, cuya misión es seguir a Jesucristo, nuestro Señor y Salvador trabajando con los pobres y oprimidos para promover la transformación humana, buscar la justicia y testificar de las buenas nuevas del reino de Dios. Sirve en el mundo a la niñez, familias y comunidades pobres en más de 100 países y su trabajo se extiende a todas las personas, sin distinción de creencia religiosa, género o condición étnica.

Visión Mundial –VM–, tiene oficinas en nueve países y apoyan a la Fundación VM Guatemala especialmente proporcionando fondos para patrocinio de niñas y niños en donde se trabaja desde 1975 en comunidades vulnerables del Oriente y Occidente del país, con enfoque en niñez.

El modelo de trabajo se fundamenta en redes de organizaciones sociales articuladas en tres niveles: microrregional (municipal), departamental y nacional. A nivel microrregional se organizan asociaciones para generar procesos de cambio y de desarrollo humano de impacto colectivo. Cada asociación está legalmente constituida con personería jurídica. La Fundación con sede en la capital las apoya por medio de convenios de cooperación, los cuales permiten proveer de asesoría técnica, administrativa, legal y financiera. Hay nueve asociaciones regionales a través de las cuales apoya a 32 asociaciones microrregionales en 18 municipios y siete departamentos del país.

El objetivo es promover el “Desarrollo Transformador”, DT, basado en la comunidad y con atención especial en la niñez. El DT es un proceso de integración de esfuerzos que promueven personas, comunidades o grupos organizados con el fin de producir cambios y transformación de las condiciones físicas, espirituales, sociales, culturales y ecológicas en la vida de las personas en pobreza. En el DT se promueven programas de salud, educación, oficios, etc.

El Dr. Ismael Díez (1988) considera que VM Guatemala ha tenido “tres etapas en el trabajo de salud, una primera de 1975-80, eminentemente asistencialista a través de médicos contratados para acciones aisladas. De 1981-83, se comienza a asumir la estrategia de APS, introduciendo los conceptos de educación y desarrollo integral del individuo, la familia y la comunidad. Y de 1984-87, la estrategia se operativiza dando énfasis a los procesos participativos comunitarios y nace el proyecto de Atención Primaria de Salud”... Entre otras valoraciones destaca que “a pesar del índice de deserciones se considera al colaborador voluntario –CV– como fundamental. Ante la necesidad de tener un personal más capacitado, nació el monitor para capacitar directamente a las familias siendo sus funciones: educación en salud, coordinación interinstitucional, investigación comunitaria y apoyo técnico al proyecto comunitario”.

Aura Marina Palma es nutricionista y trabaja desde hace seis años en VM:

Mi trabajo es con “madres guías”. Son elegidas por la comunidad y no es requisito que sepan leer y escribir sino que sean reconocidas, respetadas, decididas, que les guste colaborar y dispongan de tiempo. Hay una madre guía por sector para guiar a madres de niños desnutridos en la preparación de alimentos y cuidados. Un sector agrupa aproximadamente 20 familias y agrupa a familias de niños que están y no están patrocinados. El sector no es específico de la asociación sino que puede coincidir con el sector de extensión de cobertura del SIAS u otra sectorización que tenga la comunidad.

En cada asociación hay facilitadores y mi trabajo inicia con sus capacitaciones. Luego ellos y ellas lo multiplican con las madres guías y estas con las madres de los niños desnutridos. Siempre tengo contacto directo con todas ellas pues como parte del monitoreo me llevó a visitar en las comunidades a facilitadores y madres guías.





El trabajo con madres-guías inicialmente fue de nutrición, luego se han visto otras colaboraciones como en la red de líderes donde se capacitan como guías en salud con actividades preventivas sencillas de higiene, preparación de suero oral, etc.

En la planificación las madres guías está el reunirse media o una hora cada 15 días con las madres del sector pero no se cumple pues “siempre está el tiempo”.

Hay una actividad importante que le llamamos “olla común” que es una actividad que se realiza en las mañanas, tres horas diarias por doce días y que consiste en la preparación de alimentos disponibles por las familias pero combinándolos de manera más nutritiva e introduciendo otros nuevos que tienen disponibles pero no se utilizan, como por ejemplo las hijas de la remolacha y otras. En la “olla común”, la madre guía presta su casa y los utensilios de cocina y se aprende a preparar tres recetas para almuerzo y dos recetas para refacción. Las combinaciones para almuerzo se basan en el frijol, arroz, hierbas y huevo, en refacciones sobre todo atoles con incaparina... La comida ya elaborada la llevan las madres para que la coman sus niños y también como estímulo queda otro poco para la madre guía y su familia.

Las actividades buscan aumentar las capacidades de las mujeres y por ejemplo en Jutiapa tuve una experiencia muy bonita en una comunidad que tiene muchas madres solteras cuyos ingresos eran por la venta de tortillas en la terminal de Jutiapa. Las recuerdo al principio, tímidas, que al ir a visitarlas, se escondían. Una vez, tras meses de trabajo, caminaba para la comunidad cuando de lejos nos vimos con tres mujeres, de las que reconocí a una, doña María, y se me escondieron. Yo las llamé. Les dio pena pues iban con los labios pintados y a buscar empleo en Jutiapa. Ellas habían sido capacitadas en panadería, en ese proceso ellas se sintieron valiosas y estaban a la búsqueda de otros ingresos.

La clave es abrir espacios de participación y socializar, incluir, a los hombres en la experiencia, concientizarse del aporte de las mujeres en la familia y por supuesto también incluir a las y los jóvenes.

A veces me preguntan “¿qué me van a dar para hacer mi trabajo?”. Hemos tratado de no dar incentivos económicos, más bien que intercambien experiencias, la solidaridad. Son importantes los incentivos pero sin ser dependientes de ellos. Buscamos construir capacidades en las madres, no sólo de ingresos con cursos de panadería, corte y confección sino del tipo de darles una máquina de coser a un costo mínimo con el compromiso que deben capacitar a otras tres mujeres. Construir capacidades como aprender a leer y escribir. Transformar sus vidas y no sólo hacer las cosas por dinero.

También tenemos un programa de “educadores en salud” que es personal contratado por las asociaciones con 6º primaria o básico. De hace tres años para aquí pasaron a ser “facilitadores integrales”, donde se requiere un nivel educativo medio, abarcando tareas de desarrollo económico, educación, salud, apadrinamientos, etc.

Las asociaciones tienen apoyo económico de la Fundación VM en un acompañamiento por diez años en donde van adquiriendo la capacidad de gestionar proyectos y de autosostenibilidad. Tras ello siempre se les puede seguir dando asesoría técnica pero se procura sean autónomos económicamente.



LA ASOCIACIÓN PARA LA EDUCACIÓN Y EL DESARROLLO –ASEDE–,
UNA ONG NACIONAL DE APOYO A DESPLAZADOS INTERNOS

La Asociación para la Educación y el Desarrollo, inició su trabajo de salud ligada a la Coordinadora Nacional de Desplazados de Guatemala –CONDEG–. Ambas son organizaciones nacidas en 1989 para afrontar los problemas de los desplazados por el conflicto armado interno.

CONDEG es una organización de desplazados internos que lucha por el reconocimiento de los derechos de los desplazados. La población desplazada e indocumentada estaba regada por todo el país y hacia ella fue dirigida la acción de ASEDE. A la población desplazada en las comunidades de Quiché, Huehuetenango y Chimaltenango, en las fincas de Costa Sur e Izabal, en las Verapaces como Cubulco, Rabinal, San Miguel Chicaj y Chisec. Temporalmente trabajaron en San Ildefonso Ixtahuacán y Colotenango con los familiares de la gente desplazada en la Costa.

Aunque no existe una definición generalmente aceptada, se ha considerado desplazados “a las personas que han sido obligadas abandonar sus hogares o actividades económicas habituales debido a que sus vidas, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada o el conflicto prevaleciente, pero que han permanecido dentro de sus países”. (CIREFCA, 1989a: punto 67).

Para el Dr. Guido Calderón, director de ASEDE y trabajador en la misma desde su fundación:

El trabajo de salud se desarrolló con personal voluntario, promotores, y se atendían problemas básicos de salud. El pensum de estudios constaba de cuatro niveles en la parte técnica y organizativa. En la parte técnica, el primer nivel eran las emergencias, enfermedades diarreicas y respiratorias, y desnutrición. En el 2do y 3er nivel otras enfermedades comunes. El 4º nivel, organizativo, era un proceso de formación para que el promotor fuera un líder comunitario a través de los comités de salud. ASEDE también trabajó en su programa de salud, la salud mental y oral.

Otros programas eran los dirigidos a la escolaridad infantil, la ayuda alimentaria con semillas y alimentos por trabajo, la perspectiva de género y los productivos agropecuarios.

Algo que ayudaba mucho a los promotores eran los encuentros interculturales entre diferentes regiones, les animaba, les daba a conocer otras luchas y a tener una visión nacional de la situación sociopolítica.

Antes de los Acuerdos de Paz, fomentábamos la identificación política de los promotores de salud con ASEDE. Muchos promotores eran indocumentados y ASEDE era legal, les extendía un carnet que los legalizaba de algún modo. Tras los Acuerdos de Paz, las organizaciones como ASEDE lograron una mayor autonomía política y hemos seguimos trabajando con CONDEG en San Ildefonso Ixtahuacán, Chisec, Puerto Barrios y Uspantán.

En la actualidad, el pensum ha tenido modificaciones y lo desarrollamos en 5 niveles, con capacitaciones presenciales de 2 días al mes. Los cursos se realizan cerca de sus lugares, en sus microrregiones. Tenemos también cursos con comadronas y un programa de educación a distancia con alfabetización, primaria, básico y bachillerato por madurez en el que participan promotores y comadronas.

Una motivación principal en los promotores es el afán de aprender. Hemos comprobado que algunos hombres entran de promotores pensando que vía SIAS van a conseguir pisto. Un promotor tiene más posibilidades de salir adelante pues conoce a más gente y





accede mejor a otras ofertas de trabajo. En las comunidades en que trabajamos al promotor se le reconoce un cierto liderazgo. El 40% de promotores son mujeres.

El trabajo que desarrollan es preventivo y curativo. Los horarios de consulta son regresando del trabajo en el campo, de cuatro a seis de la tarde. Tienen una farmacia que funciona como fondo revolvente. Los promotores llegan a acuerdos con la comunidad y en algunas cobran uno o dos quetzales por consulta o les apoyan en especies. Las farmacias revolventes tronaron con el SIAS.

Salud incluye proyectos de agua y letrinas en donde los primeros beneficiados son los promotores. Son parte de los estímulos. Para nosotros en ASEDE, los promotores y comadronas son los primeros en los proyectos productivos, económicos, pues puede ser que se esté muriendo de hambre el promotor.

ASEDE ha promovido asociaciones de promotores a nivel municipal en Ixtahuacán y Chisec. En este municipio son parte de las coordinadoras comunitarias de desarrollo, COCODES y de la Coordinadora Interinstitucional de Chisec. Los promotores combinan la lucha para que el MSPAS y el alcalde de Chisec miren por la salud de sus habitantes a la vez que buscan tener una asociación autosostenible con promotores capacitados, farmacias, plantas medicinales e incluso gestionar un puesto de salud para las referencias.

COOPERATIVA EL RECUERDO, TRABAJANDO EN DIFERENTES PROGRAMAS A NIVEL DEPARTAMENTAL EN JALAPA

La cooperativa El Recuerdo, es miembro fundador de la Instancia Nacional de Salud a la vez que administradora y prestadora de extensión de cobertura desde hace varios años.

El administrador, Edwin Segura, trabaja desde 1998 en la cooperativa y relata que:

Las actividades iniciaron en 1984 con un grupo de 20 asociados de la comunidad de Agujitas cercana a San Pedro Pinula. El objetivo principal fue comprar tierra para sembrar maíz y frijol. En los siguientes años la cooperativa decayó y en 1992 se reactivó con la llegada de Mauricio, el actual gerente. Ahorita son 584 asociados activos de 89 comunidades del departamento de Jalapa correspondiendo la mayoría a San Pedro Pinula donde está la sede social. En 1992 la cooperativa se abrió a trabajar en salud y hoy es su programa más fuerte. En marzo de 1998, se entró a trabajar al SIAS y ahorita tenemos convenios con el MSPAS para ocho jurisdicciones.

El trabajo en las comunidades es siempre difícil pues no hay unidad, cada día hay mayores diferencias económicas al interior y mayor individualización. Además cada comunidad sólo ve por su comunidad y es difícil agrupar varias comunidades en proyectos conjuntos.

El programa de salud de la cooperativa abarca además de los servicios de salud, agua, saneamiento y farmacia. Otros programas son el agroforestal con café orgánico, seguridad alimentaria, ahorro y crédito, y el programa de educación y comunicación con una radio comunitaria, “Recuerdo Stereo”, servicios radiofónicos de educación para adultos, biblioteca... como parte también del objetivo de respeto y valoración de la identidad y cultura poqomam, mejorar el nivel educativo de los asociados y población en general y mejorar el acceso de la población a la información y su participación ciudadana.

Los programas benefician no sólo a los socios sino que a través de los proyectos con financiamientos nacionales e internacionales a sectores más amplios de la población.

Karina Pineda es la médica coordinadora técnica del programa de salud de extensión de cobertura, y lleva nueve meses trabajando en este puesto junto al otro coordinador que es técnico de salud rural.



El programa de extensión de cobertura de la cooperativa abarca 5 municipios del departamento de Jalapa incluyendo a jurisdicciones del área rural de Jalapa, y de los municipios de San Pedro Pinula, San Luis Jilotepeque, San Yuyo y Mataquescuintla que hacen un total de ocho jurisdicciones con alrededor de 80,000 habitantes.

Intentamos coordinar con los otros programas de la cooperativa y con quien más lo hacemos es con el Programa de seguridad alimentaria donde coincidimos en algunas comunidades y entonces llegamos juntos a trabajar con los niños desnutridos y no vacunados. Es más una suma que una integración. Con los otros programas no tenemos coordinación aunque algunos vigilantes de salud participan como sujetos de crédito... pero no es algo integrado.

Hablar de fortalezas y debilidades del trabajo del personal comunitario es difícil, pues mientras más capacitaciones para los vigilantes de salud podemos considerar una fortaleza, es vista por ellos como una debilidad pues significa más trabajo. De mayo a agosto hemos tenido capacitaciones de dos días de duración de los módulos de Atención Integral de Enfermedades Prevenibles de la Infancia –AIEPI– que los facilitadores institucionales –FI–, han dado a los Facilitadores Comunitarios –FC– y estos a los vigilantes de salud. Sino por lo general las capacitaciones son de 4-5 horas en un día al mes. En ese día se les da a los vigilantes el estipendio de Q50.00 mensuales. Los temas de capacitación con ellos son sobre saneamiento, enfermedades diarreicas y respiratorias, censo... Al aumentar las capacitaciones, aumenta el trabajo y aumentan los problemas y quejas de los vigilantes. Unos piden más dinero, otros que se les reconozca como trabajo remunerado y otros han renunciado.

El MSPAS ha autorizado la disminución del número de vigilantes de salud entre otras porque cuesta conseguir vigilantes y los actuales deben asumir cada uno ya no 20 casas sino 30, por lo que aumenta el trabajo. Además, a partir de este año deben llevar una cartilla de vigilante para llevar el control del peso de los niños que se hace domiciliarmente y les lleva de dos a cinco días de trabajo completo. En marzo/abril se implementó la ficha del niño y de la mujer como parte del programa Materno-Infantil y generó desmotivaciones en los vigilantes por generar más trabajo.

Uno de los vigilantes con más tiempo es don Cruz de El Duraznal, que lleva 14 años pues antes fue promotor con el MSPAS. Siente sobrecargado el trabajo por el tiempo que le lleva pesar los niños de sus 30 casas. A otros les lleva más tiempo pues las casas están alejadas. Para muchos de los vigilantes como don Cruz la motivación está en “la palabra de Dios que dice ayudar al prójimo”. Los que están por la remuneración renuncian más pronto que los que tienen motivos religiosos. Tenemos vigilantes que llevan seis a diez años, otros de uno a tres años, o de algunos meses. Las renunciaciones han aumentado por el mayor trabajo que ahorita se les pide. En algunas comunidades son más mujeres y en otras más hombres.

Para Karina el que en algunas comunidades sean más mujeres es parte de los avances que está habiendo en la equidad... y el entrevistador le pregunta si no será más bien porque los hombres no están interesados en un trabajo no remunerado y las mujeres acaban ampliando los cuidados familiares al de la comunidad. Karina se queda pensando y se ríe.

Los vigilantes quieren desarrollar más trabajo curativo que preventivo, pues la gente les pide medicamentos y aquí hemos tenido problemas con la reducción del rubro pues tenemos hipertensos, diabéticos y no siempre tenemos medicamento suficiente. La población valora sobre todo el trabajo curativo. Los programas priorizados son materno-infantil, con actividades de control prenatal a las embarazadas. Hay comadronas que exigen a sus embarazadas lleguen a los controles y les dicen: “mira m’ija si no vas con el médico yo no te sigo viendo.



Los vigilantes en general son elegidos en asamblea comunitaria o por los facilitadores comunitarios. Cuando hay vigilantes que tambalean se lleva a asamblea comunitaria y se evalúa si se eligen nuevos.

La cooperativa ha logrado que además del personal por jurisdicción haya dos coordinadores técnicos en la extensión de cobertura y enfermeros ambulatorios. El equipo básico en cada jurisdicción está formado por un médico ambulatorio que visita dos o tres veces al mes cada centro de convergencia pero que también llega a otros sin centro con el objetivo de aumentar la oferta y accesibilidad. Hay un FI y de diez a doce FC y en jurisdicciones grandes como la de Jalapa tenemos 81 vigilantes de salud y más las comadronas.

Entre los FC algunos acompañan y hacen seguimiento a comadronas y vigilantes, otros no. No se les puede exigir cumplimiento total de metas a un personal que es voluntario. Si el vigilante no trabaja se recarga el trabajo sobre el FC.

La papelería lleva bastante trabajo a todos pero en especial a los coordinadores. Tenemos tres personas digitando la información y un programa informático que nos ayuda bastante. Nosotros como coordinadores, don Roberto y yo, analizamos la información y la compartimos con el personal médico. El cumplimiento de las metas me da pesadillas y mi satisfacción es apoyar y buscar mejoras para el equipo básico. Hay una gran presión para el equipo institucional y aunque está cansado, está motivado. A los FC se les apoya con Q500.00 que se les da en la capacitación mensual que realizamos en la oficina de la cooperativa e incluye un almuerzo que lo financia otra organización.

El personal voluntario es la mano derecha de la extensión de cobertura, dan pláticas, levantan censos, convocan y refieren enfermos al FC e incluso al hospital. Están cansados y muy preocupados por la sobrecarga de trabajo.

¿Tiene previsto el MSPAS promover alguna organización de vigilantes de salud, de comadronas para que participen en la gestión de las necesidades y problemas de ellos y ellas y de las comunidades?

Nooooo que yo sepa. Si alguna vez hay alguna, sería muy propio de ellos pues no está en las actividades previstas en la extensión de cobertura. Los vigilantes están en función del trabajo que les transmite el FC y las decisiones que han tomado han sido de remitir algún enfermo.

Participé con Quique, un FI, en una capacitación sobre alimentación y crecimiento de los niños y la administración de hierro y ácido fólico a las embarazadas con la participación del FC y cinco vigilantes, dos mujeres y tres hombres en Tierra Blanca, en la Montaña de Santa María Xalapán, del municipio de Jalapa. Iniciamos con algunas preguntas del FI a los guardianes: “¿las pastillas son alimento? ¿engorda el hierro?”. Se abre la discusión y mejor resolvemos ir a preguntar a las mujeres que viven en las casitas de al lado. Las respuestas al hierro fueron de “a sabeeer...”, mientras todos coincidían en que “el complejo B, ese sí da fuerza”. De regreso al centro de capacitación, se abrió un debate sobre alimentos calientes y fríos y todos coincidieron en que “el gallo es helado y la gallina caliente”, que “la gastritis es caliente y por eso se mejora con alimentos fríos como la leche y el hidróxido de aluminio”. Estamos en mayo y para el FC “lo que ahorita molesta a la gente es la diarrea que la gente cree es por parásitos. Con las primeras lluvias brota la diarrea porque se alborotan las lombrices. Mayo es el mes de las lombrices”.

APROSADSE, UNA ONG DE BASE E HISTÓRICA EN SAN MARTÍN JILOTEPEQUE

Gervasio Atz, promotor de salud y director de la Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo de San Martín Jilotepeque, relata que la iniciativa de conformar la asociación fue el 25 de marzo de 1975 pero hasta 1978 se legalizó. Son miembros fundadores de ASECSA y Gervasio fue presidente de la misma.

En la fundación estuvimos doce personas de las cuales salvo dos o tres, el resto eran catequistas, Yo todavía sigo siendo catequista. En aquel tiempo, sólo había un puesto de salud en la cabecera municipal y pensamos por nuestra cuenta formar una asociación. El sacerdote promovió que fuéramos, incluso algunos curanderos, a recibir capacitaciones a la Behrhorst, pero la asociación nació independiente de la Iglesia.

Las motivaciones para ser promotor surgen de la misma necesidad, de los escasos recursos. Hay gente que se muere por falta de recursos. Ya estando capacitado puedes recomendar el medicamento que ayuda a curar. El tiempo al principio nadie lo reconoce, pero cuando estás siendo conocido ya te buscan y te reconocen. No estamos teniendo un sueldo sino el porcentaje de medicamentos. Uno ayuda a la gente y la gente queda agradecida. Al promotor le gusta aprender cosas nuevas y poder atender a su familia.

El tiempo que le dedican al trabajo de salud no les ocupa todo el día, no les limita en su trabajo de campo, no se reconoce como trabajo comunitario.

En APROSADSE tenemos 27 asociados, de los que 4 son mujeres. En la junta directiva había el año pasado dos mujeres y en este año una. Cuesta que haya mujeres en la JD por el machismo. Cuando el promotor está organizado, no tenemos obligación, se hace de mutuo acuerdo respetando unos acuerdos, unos estatutos. Nos obligamos entre nosotros mismos con nuestros propios estatutos, que nosotros lo pusimos.

En la asociación somos cinco asalariados y los proyectos benefician de manera directa o indirecta como a 7,000 gentes. La mayoría de la gente no quiere ser socios pues hay que asumir responsabilidades. Los socios estamos sujetos a nuestras leyes y nos cae la vida si no llegamos, por ello algunos sólo son beneficiarios y prefieren no asumir responsabilidades.

En APROSADSE trabajamos salud, créditos, proyectos agropecuarios y educación social, asistencia veterinaria, promotores agropecuarios, becas... y los financiamientos vienen de agencias internacionales. Nosotros les pedimos que nos vengan a visitar para que vean personalmente lo que hacemos, cómo vivimos, las dificultades en los trabajos y el hacer a tiempo los informes.

La experiencia de Médicos del Mundo Francia en Ixcán: *Un ensayo social de catorce años*

La información recogida en este apartado corresponde a un documento compartido por Médicos del Mundo Francia –MDMF–, como parte de un proceso de “capitalización”, aprender de la experiencia. Presentamos un diálogo entre dos expatriados franceses, Michel y Christian, que fueron coordinadores de la misión de MDMF y un asesor chiapaneco, Lair Espinoza, como parte del conversatorio de Loyda Sánchez con el personal de MDMF.

Michel Forax, ex coordinador de MDMF en Guatemala:

En aquella época (en Ixcán), era mucho más difícil trabajar directamente con el Centro de Salud por las mismas condiciones de guerra. También, porque nosotros no queríamos meternos demasiado con ellos, porque no perdíamos de vista que queríamos ir a trabajar



con los retornados y con las comunidades en resistencia y no queríamos ser identificados como directamente contraparte del Centro de Salud que eran el Estado.

El Ejército siempre nos tuvo bajo el ojo mientras estábamos en el Ixcán y por otro lado, las organizaciones de base (de la capital) nos decían “¿qué hacen los Médicos del Mundo en Ixcán colaborando con el ejército?”.

Cuando empieza la negociación para el regreso de los retornados... acompañamos a una población que identificamos vulnerable, en peligro, que había tomado opciones políticas, las que sean, pero que tomó la decisión y que nos pidió acompañarla.

Christian Raggili:

Cuando por primera vez toqué la realidad de la guerra, qué había pasado, fue cuando llegue a Xalbal, porque Cantabal o Playa Grande era una zona nueva de colonización. Cuando llegué a Xalbal por primera vez me di cuenta que había pasado algo, había casas quemadas. La gente que vivía en Xalbal eran nuevos colonos que venían de la costa, para tomar las tierras de la gente que se había ido a México. A esa gente nueva, no le tenía mucha confianza al principio porque me decían que eran colaboradores del ejército o del gobierno.

Sólo la idea al principio de capacitación de gente, era algo subversivo. Tomar la palabra en grupos en reuniones era peligroso, era algo que, saber qué se decía en esas capacitaciones y al principio habían militares que venían para saber lo que se decía. Esos cursos de capacitación eran también una manera de que retomaran la palabra que se había perdido por el miedo.

Para nosotros, la capacitación de promotores era (también) un medio para concientizar o ayudar a la gente a reflexionar, a que si no había acceso a los medios de salud, a la medicina, era porque había razones sociales y políticas y que había que cambiar eso, para que tuvieran acceso a la salud.

Michel Forax:

Si ves las tantas evaluaciones que se hicieron de esta misión, algo que siempre se nos reprochaba y algo que siempre estaba en las recomendaciones de las evaluaciones era que “no trabajamos suficientemente con el Ministerio de Salud, que no buscamos la integración de los promotores al Ministerio de Salud”. Es tremendo eso, porque con el Ministerio presionando para meter el SIAS y las asociaciones resistiéndose, dijeron que “Médicos del Mundo era quien no quería”. Como que las organizaciones (de promotores) no eran capaces de tener su propia opinión y porque ellas decían que no, era que nosotros les habíamos dicho, de decir que no. Por lo menos del Ministerio de Salud, no existe todavía esa capacidad de pensar que se puede negociar directamente con la comunidad o no existe la voluntad.

Siempre nos han puesto el dedo sobre eso, íbamos resistiendo nosotros por una razón muy sencilla, es que los promotores no querían y cuando yo intentaba explicarles... no soy yo quien no quiera trabajar con el Ministerio de Salud, es que los promotores no quieren. Hoy (año 2000) ya no estamos (en el Ixcán) y los promotores no quieren trabajar con el Ministerio de Salud.

Hay cosas, que aunque no las entendíamos muy bien, sin embargo hemos dejado eso entre sus manos, que ellos elijan con quién quieren trabajar. Aquí es la posibilidad del Ministerio de Salud, aquí está la posibilidad de lo privado, aquí es la posibilidad de un sistema comunitario o tal vez hay otra vía que ustedes van a encontrar.



Lair Espinosa:

Para confirmar lo que dice Michel, los promotores de Ixcán, siguen todavía pidiendo que el Ministerio los reconozca como trabajadores de la salud, no en el sentido de para que les paguen, sino en el sentido de que somos parte de una estructura de la salud, aunque no seamos gobierno, pero sí parte de un elemento de respuesta a la problemática de salud que se da en estas comunidades.

Se les apoyó en conseguir la personería jurídica, en las capacitaciones y en su proceso de decisiones. Aquí hay una enseñanza social, y yo me atrevería a decir, que no se ha reconocido suficientemente esa experiencia social que se vivió en el Ixcán.

Yo creo que falta entrarle al elemento cultural, si se le hubiera entrado, se hubiera originado seguramente un modelo distinto al actual, no sé si mejor o peor, pero distinto. No entrarle a entender culturalmente lo que sucede, lleva a quedarse más con los problemas, en este caso la salud y entonces para en el cómo hacerlo, viene la moda de promotores. Ya no se cuestiona, si hay que formar promotores o mejor haber fortalecido la otra estructura ya existente dentro de la comunidad. Esa estructura habría permitido sobrevivir a las poblaciones, ¿por qué no fortalecerla y no crear un elemento nuevo, como los promotores? Para otros, cultura es dar plantas medicinales donde no hay aspirina.

Nunca me voy a olvidar de algo que platicando con un promotor de salud del Ixcán, entramos en su problemática y Anastasio me dice:

— Fíjate lo difícil que es para nosotros ser un promotor, yo ya lo pensé. Aquí puedes ser promotor tipo Tránsito. ¿Por qué? porque sus hijos tienen una edad, en que pueden trabajar la tierra, entonces Tránsito puede tener tiempo para salir a reuniones para salir a esto, para salir a lo otro.

Los hijos de Anastasio eran pequeños y tenía cinco o seis hijos. Había épocas completas del año que estaba trabajando la tierra, sacando la cosecha o sea todo el proceso agrícola que no le permitía ser un promotor de tiempo completo.

— Yo lo he pensado, ya hice la cuenta, con mil quinientos quetzales que yo tuviera al año, pudiera ser promotor de tiempo completo.

Saco cuentas y con 200 dólares podía vivir y ser un promotor de tiempo completo. ¿Es el promotor, un elemento nuevo en la comunidad para tratar de resolver la salud y enfermedad? Yo te contesto sí. Es un elemento más, pero nuevo. Es posible que dentro de 40 años, el promotor se convierta como la comadrona en un elemento ya no nuevo. La pregunta es ¿cómo hace una organización comunitaria tradicionalmente en Guatemala, Bolivia, Chiapas,... con aquellas personas que le sirven a la comunidad? Esas personas reciben un apoyo de la comunidad para mantenerlos en el tiempo.

¿Hay realmente eficacia y eficiencia en el trabajo del promotor? ¿La comunidad lo considera necesario? Puede que sí o puede que no. La comadrona, el curandero, el huesero... subsisten ancestralmente en la comunidad, ¿cómo se relacionan que logran subsistir? ¿es el promotor un elemento impuesto y por ello no logra sobrevivir? La comunidad se hace responsable de algo al que ven beneficio, si no no subsiste.

El promotor necesita conocimientos como todos para poder actuar y los recibe de fuera de la comunidad, para ello necesita organización, demandar y hacer ver sus necesidades, tener alguna relación con organismos que están en esa área, como con el poder municipal o con el Ministerio de Salud. Todo eso es tiempo, trabajo, negociación... Un huesero en





cambio es diferente. No tiene esa necesidad, tendríamos que ver cómo nace un huesero, cómo se forma, cómo es que recicla su conocimiento, cómo aumenta su conocimiento, cuál es su relación con la comunidad, cómo es que la comunidad lo conoce, lo acepta y le paga por su servicio, sea en dinero, maíz u otra cosa.

Michel Forax:

Le hemos intentado buscar soluciones con los fondos revolventes igual que los proyectos productivos para los promotores. Tal como lo hicimos, no eran proyectos serios. Creo que nada más eran soluciones que nos permitían ir avanzando un poco en la reflexión, juntamente con los promotores.

No hemos hecho en Ixcán grandes infraestructuras, no hemos hecho clínicas, no hemos hecho hospitales... la interrogante que había, para una gran parte de la población del Ixcán sobre su porvenir, era si se iba a quedar a vivir en el Ixcán o no. Ees algo que ha condicionado bastante esa famosa sostenibilidad del proyecto. Los proyectos grandes de saneamiento, los proyectos de agua potable, de los pozos por gravedad, se realizaron, en las aldeas donde la gente tenía título de tierra, donde sabían que se iban a quedar a vivir, pero en las otras aldeas, no podías ir construyendo realmente infraestructura u organización de salud...

Era importante para nosotros, trabajar la capacitación, intercambiar y luego los promotores tienen que ver, porque al fin y al cabo, quien se queda (en la aldea) son ellos.

La salud como eje de reencuentro en el Ixcán

Michel Forax:

Poco a poco, le decíamos a la gente del Ixcán que íbamos a participar en el retorno, que íbamos a dejar ciertos proyectos para dedicarnos a la llegada de los refugiados. Y una aldea nos sacó, Xalbal, donde había personas que no querían que entraran los refugiados.

Nuestra idea era que en las comunidades de retorno teníamos que seguir el mismo trabajo de capacitación y conseguir que esos promotores pudieran integrarse con los otros promotores (no retornados). Pensábamos que con el tema de la salud podíamos participar en la reconciliación dentro del Ixcán.

Recuerdo ahora, cuando la primera caravana del retorno y los promotores de salud del Ixcán nos dijeron “vamos con ustedes a buscar a los refugiados”. Yo pensé “ahí sí que hemos logrado algo”. Bajo el tema de salud, como que se podía unificar un poco. Si miramos lo que pasó después en el tema de salud, la integración entre promotores se hizo muy bien, la gente se reconoció e incluso unos tenían sus parientes.

Al poco tiempo, en el salón municipal de Cantabal se firmó la salida del destacamento militar de la cooperativa Ixcán Grande, un acto increíble. Estaban ACNUR, Comisiones Permanentes, el ejército y Médicos del Mundo firmando. Y cuando el ejército salió del destacamento, estaba toda la población retornada, había gente de las otras aldeas que vinieron a ver. Durante una hora pasó el ejército, se iban. Durante una hora, no se oyó ni un grito de niño, ni un perro. La gente estaba viendo la salida del ejército.

En ese momento, respecto a los objetivos en salud, estábamos muy ilusionados pensando en los retornados. Se nos había dado una descripción, de una comunidad bastante organizada, que llegando a Guatemala pues iban rápidamente a organizar su comunidad. Pensábamos que iba a ser menos costoso con ellos organizar un sistema de salud, que la solidaridad entre ellos iba ser bastante fuerte en este impulso de reconstrucción. Sin embargo, no fue tanto así, uno porque, de los que retornaron, no todos se iban a quedar en el Ixcán pues no había



suficiente tierra y en los que se quedaron, rápidamente aparecieron divisiones fuertes dentro de los líderes. Hubo un tiempo en que la comunidad “Victoria 20 de Enero” se dividió en dos, con dos comités de desarrollo... y esa misma división tenía repercusiones en los promotores.

Finalmente, nos dimos cuenta que las otras asociaciones del Ixcán que nosotros habíamos apoyado, estaban más organizadas que los retornados, y tenían tal vez, más impulsos para seguir organizándose, tal vez, porque ellos no dependían de líderes o grupos políticos, sino que el objetivo de su organización era la salud.

Nuestros objetivos en “Victoria 20 de Enero” y las cooperativas del Ixcán Grande eran, trabajar con los promotores, organizar las clínicas y las farmacias de fondo revolvente. El trabajo de salud aportó al reencuentro de retornados y residentes (no refugiados) y todos ellos con sus dificultades son ahora parte integrante de la Asociación Comunitaria de Salud del Municipio del Ixcán.

Las relaciones entre ONG y promotores

¿Cuál es el tipo de relaciones que establecen? En general, se observa bastante identificación entre los perfiles sociopolíticos y/o religiosos de la ONG y/o Pastoral y el grupo de promotores con los que trabajan.

Por un lado, las instituciones con sus misiones y visiones, pero sobre todo, las y los trabajadores institucionales que trabajan con las y los comunitarios, con las y los promotores, y éstos con sus propios perfiles y expectativas. Las personas cambian y también las instituciones, cambian los tiempos... pero siempre hay un juego de relaciones de poder y dependencia mutuas; de énfasis asistencial o de autonomía y empoderamiento; de negociaciones en torno a las actividades curativas y preventivas.

En el trabajo de salud, las ONG han sido más flexibles que el Ministerio de Salud en responder a las necesidades curativas de la población, a través de promotores con un mayor perfil curativo. El MSPAS ha sido inflexible y los promotores han desarrollado sólo tareas preventivas, por motivos político-ideológicos pero también seguramente económicos, para no aumentar el gasto en medicamentos. El problema es, que desde el MSPAS, la población nunca tuvo una respuesta curativa a sus necesidades sentidas.

Aparentemente, las ONG, con un discurso de “salud integral” tampoco lo han hecho realidad y sus limitaciones son diferentes a las del MSPAS. Dos factores podrían explicar su relativo “éxito comparativo”: la primera, debido al liderazgo de sus directivos y la credibilidad institucional, sea Pastoral u ONG, y la segunda, la menor burocracia que posibilita una mayor adaptación a las demandas de la población.

En los aspectos organizativos, son pocas las asociaciones de promotores que han nacido y consolidado de manera autónoma, independiente de las ONG o Iglesias. El esfuerzo asociativo para el trabajo de salud, mayoritariamente curativo y preventivo, de proyectos de agua o letrificación, requiere de contar con el apoyo institucional de una ONG o Iglesia. Ello, se ha traducido, generalmente, en una relación de dependencia, pues quien elabora los proyectos no son las asociaciones de promotores y además, la relación con la cooperación internacional está en manos de las ONG-Iglesias.

El mayor margen de autonomía para las asociaciones, ha estado en la planificación de sus actividades cotidianas, pero en decisiones claves o aspectos político-idológicos, han estado mediatizadas por la ONG, con quienes había, a veces coincidencias y en otras no tanto, siendo ello fuente de contradicciones, que casi siempre acabaron con la renuncia de los líderes rebeldes a la ONG.

Eduardo Menéndez (1999), evaluando el rol de las ONG de salud en América Latina, visualiza que “sus prioridades han sido el trabajo de promotores y en tareas asistenciales, pues así lo ha





demandado la gente, pero también el fomentar el desarrollo de relaciones simétricas, autonomía de la comunidad, revalorizar el saber popular, reforzar la autoestima, etc. objetivos en la transformación social. Ha habido una paulatina orientación hacia las tareas asistenciales y microgrupales, pues en las transacciones con la población, ésta logra imponer como tarea central, la atención curativa. Las ONG críticas y no críticas, tienen diferentes expectativas como el abaratamiento de costos o la promoción de la transformación social. Para una evaluación del trabajo de las ONG el trabajo participativo no debe ser pensado exclusivamente en términos de acción, sino también en términos teóricos e ideológicos”.

En una ponencia colectiva entre cuyos autores está David Werner (2000) se plantea que “la mayoría de estos programas (se refiere a nivel internacional) comenzaron como una respuesta humanitaria a las tremendas necesidades, con unos objetivos más humanitarios que políticos... y más tarde muchos programas basados en la comunidad incorporaron componentes sociopolíticos. En algunas regiones como Filipinas, Centroamérica y Sudáfrica, ...poco a poco crecieron hasta hacerse movimientos de base muy amplia que unían salud, justicia social y derechos humanos básicos”.

Para Marco Tulio Gutiérrez (2005): “no uso el término de empoderamiento como no uso el de incidencia, pues queremos incidir y ya ellos (las agencias financieras y de cooperación) incidieron hace 40 años en nosotros. Mi lectura de las ONG de los años 60 y 70 es que mediatizaban a la población y ahorita se agrega el oportunismo. Más que venderse se regalan, aunque no todas. Las hay políticas, hacen acciones y son flexibles en los proyectos. Otras son de base, onegizados a exigencia de la cooperación, pero haciendo trabajo de base. Otras son claramente prestadoras de servicio, operadoras de las agencias internacionales o del MSPAS. Y luego la Iglesia”.

El análisis de las ONG de Chimaltenango, realizado también por Gutiérrez (2002), considera que:

Una de las fortalezas principales de las ONG es la experiencia acumulada en la promoción humana, en la prestación de servicios y el acompañamiento a la población en situaciones críticas. Varias de las ONG, en el marco del conflicto armado, mantuvieron relación y vínculos con las organizaciones rurales, prestando ayuda humanitaria e impulsando proyectos de mejoramiento de la economía familiar. La relación con la cooperación internacional, económica y de solidaridad, y con la población por medio de sus organizaciones de base y grupos de vecinos, se convierten en fuente de legitimidad y sostenibilidad.

Pero al mismo tiempo, la dependencia económica de las ONG, de los organismos de cooperación, la falta de generación de recursos propios, las convierte en una extensión de las agendas internacionales y las expone a cambios abruptos sin haberse creado las condiciones para ello. Otra de las debilidades es que a pesar de los intentos de hacer redes y coordinaciones, no pasa de ser en temas puntuales y temporales.

En relación al Estado, en la primera etapa fueron ignoradas. En el marco de la contrainsurgencia fueron controladas y a mediados de los ochenta además de controlarlas, también utilizarlas. El gobierno de la Democracia Cristiana, las reconoció como actores sociales en funciones de intermediación. Hoy, la tendencia es a deslegitimarlas como intermediarias, fomentando la creación de empresas operadoras que sustituyen a las ONG y el clientelismo a través de los fondos sociales.

La legitimidad de las ONG siguen siendo las relaciones y compromisos que adquieren con la población local y con las agencias de cooperación internacional. Las ONG son espacios válidos para articular fuerza social, no pueden ser sólo prestadoras de servicios. Se han convertido en principales actores en los proyectos de municipalismo y participación ciudadana y quienes más promueven las temáticas de género y pluralidad étnica.



La negación, desaparición, de las ONG debería darse en la medida que la población desarrolla capacidades, formación política y liderazgos sociales. Tendría que ir desapareciendo en la medida que se fortalece la ciudadanía.

La experiencia de la Instancia Nacional de Salud, como coalición política de organizaciones de salud, es expresión de las dificultades para combinar los intereses particulares de las ONG con intereses comunes, trabajo local con incidencia nacional, tiempos diferentes no sólo entre comunidad y ONG sino entre las diferentes ONG/Pastorales, de pasar de la protesta a la propuesta, de la atención de salud a la fiscalización de servicios, de promotores como fin al derecho a la salud con el Estado responsable de ello.

Las ONG están haciendo, mayoritariamente, de su sobrevivencia, su prioridad y si algunas, en algún momento, fueron el medio para acercarse a la población, atender parcialmente sus necesidades, cada vez más, son no ya un medio, sino un fin, son empresas de servicios que compiten cada vez con mayores dificultades por lograr los financiamientos internacionales.

Independiente del motivo que dio origen a la ONG, ésta adquiere vida propia y sólo quiere sobrevivir, pues bajo su “aura”, acaban encubriéndose intereses personales, cuotas de poder, estatus, dinero, viajes y también, puestos de trabajo. El paso del Estado contrainsurgente al Estado neoliberal, paradójicamente, no ha llevado a que las ONG reivindiquen con la población un Estado más social, sino que por el contrario, las ONG viven de que el Estado no avance en lo social.

Así, para la construcción de una imagen de Sistema de Salud, las ONG de salud difícilmente conciben un Ministerio de Salud “como debe ser”, pues no habría lugar para ellas, por ello, la legitimación que buena parte de las ONG hacen de la mezcla público-privada, en donde ellas son las prestadoras privadas de lo público.



Promotores de salud y facilitador tocando marimba. (ASECSA)



Bibliografía en orden de consulta

- Gutiérrez, Marco Tulio. *Valoraciones sobre las ONG en Chimaltenango*. Mimeografiado. 2002.
- Keaty, Charles. Keaty, Geraldine. *Un estudio de las Organizaciones Privadas Voluntarias Relacionadas con la Salud en Guatemala*. USAID/Guatemala, agosto de 1977.
- Hamlin de Zúñiga, Mary. *La Asociación de servicios Comunitarios de Salud, ASECSA*. Chimaltenango, 1978.
- Deman, Hedy. Campodónico, Judith. *Estudio de los Servicios de APS que ofrecen los Promotores Rurales de Salud en Guatemala*. Estudio para USAID. Guatemala, noviembre de 1983.
- Martínez, Pilar. *Servicios de salud y Comunidades rurales de Guatemala. Experiencias pasadas y recomendaciones de cambio*. USAID. Guatemala, 1995
- Consultores Asociados. Guatemala, GSD. *Sistematización de procesos para la extensión de cobertura en el primer nivel de atención en salud. Estudio sobre la reforma del sector salud 2*. Guatemala, noviembre de 1999.
- ASECSA. *Diagnóstico participativo: Práctica educativa de ASECSA*. Guatemala, 1999.
- Acevedo, Joaquín. “La persistencia del promotor de salud como un mecanismo de supervivencia frente a la exclusión”. *Portadores de sueños*, número 9. Año 3, enero abril 2004.
- Díez, Ismael. *El promotor rural de salud. Estudio descriptivo de 23 programas de salud rural en Guatemala y reflexiones basadas en ellos*. Médicos Sin Fronteras. Guatemala, 1988.
- AVANCSO. Cuadernos número 8. *¿Dónde está el futuro? Procesos de reintegración en comunidades de retornados*. Guatemala, 1992. Cita de: “Principios y Criterios para la Protección y Asistencia a los Refugiados, Retornados y Desplazados Centroamericanos en América Latina”. CIREFCA/89/9, abril de 1989.
- Forax, Michel, Raggioli, Christian. Espinosa, Lair. Entrevistas del 24 y 25 de julio de 2000. Conversaciones con Loyda Sánchez. Capitalización de Médicos del Mundo Francia.
- Gutiérrez, Marco Tulio. *Valoraciones sobre las ONG en Chimaltenango*. Mimeografiado. 2002.
- Varios autores. *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua: 1978-1998*. Ed. Instituto Mora. México, 1999.
- Werner, David. Sandres, David. Weston, Jason. Rodríguez, Bill. *Fracasos y logros históricos del modelo occidental de medicina en el Tercer Mundo*. 2000.

**REFLEXIONES SOBRE LAS INSTITUCIONES
Y PROMOTORES DE SALUD**

¿Quién define lo que es bueno en salud, para las y los comunitarios? ¿Las metas institucionales son las metas de la población, de las y los promotores de salud?

¿Cómo vieron los profesionales de la USAC a los promotores de salud?

¿Qué hace que la experiencia de promotores de salud pueda ser integradora al sistema político-ideológico o transformadora en una línea de promoción de salud?

¿Cómo visualizan los profesionales, el personal de las instituciones al personal comunitario y alas y los promotores de salud? ¿Qué tanto instrumentalizan las instituciones al personal comunitario, a las y los promotores de salud?

¿Es la salud, medio o fin? En caso de que sea fin, ¿justifica los medios para lograrla?

Los nudos críticos

*Quien esté libre de las ideas de su época,
arroje la primera piedra*

Los nudos del hilo son una dificultad al tejer el huipil, un obstáculo, pero que si los desanudamos y una vez tejido, los volvemos anudar, será difícil que se suelten, y serán una fortaleza.

Los nudos críticos seleccionados, corresponden a aspectos de las y los promotores de salud que son o pueden ser, temas de debate. Algunos de estos nudos, tienen partes visibles y han sido temas de debate, pero el nudo tiene otros aspectos que no han sido tan visibilizados. Por ello, el ixpeq, nuestra rana, que aparece y desaparece, brinca y que cuando está en el charco de agua, con su cabecita fuera, no se muestra completa. Esos aspectos, no siempre reconocidos, discutibles, son los que se quieren priorizar en este capítulo.

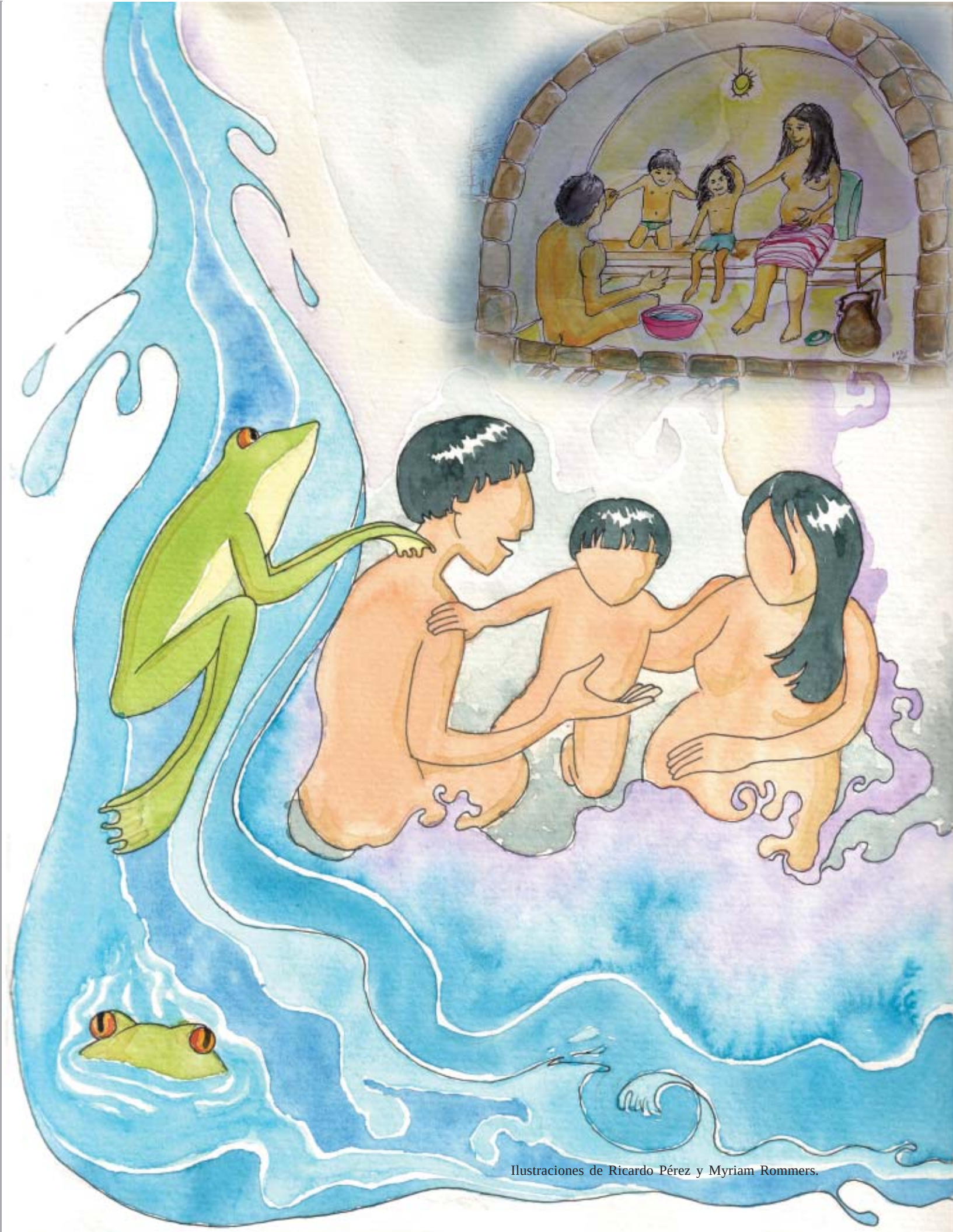
En la presentación, adelantábamos, que los ancianos mayas recomiendan, “no hablar durante la comida”, momento social, que en otros grupos socioculturales, es precisamente un tiempo de intercambio y comunicación oral. Por ello, hemos elegido el temascal, entre la bruma del vapor, desnudos, como el espacio donde las parejas, las familias, se dan su tiempo para platicar y hablar de temas importantes.

Los nudos críticos seleccionados para el debate son:

- La construcción de la identidad de los promotores, que se plantea como fundamentalmente religiosa, que pudo ser una fortaleza antes de los Acuerdos de Paz y es posiblemente, tras los Acuerdos, una debilidad, si no logra pasar de la asistencia a la exigencia del derecho a la atención en salud y que corresponde al Estado.
- Las resignificaciones o inculturaciones de los conocimientos que las y los promotores van adquiriendo en las capacitaciones e intercambios con las y los profesionales: ¿Es una traducción de la biomedicina a las categorías culturales caliente-frío, etc., o se está construyendo un nuevo conocimiento más integral que el biomédico?
- La participación comunitaria es un aspecto clave de la Atención Primaria de Salud y ha sido bandera de las y los promotores, de las ONG e Iglesias. La actual propuesta de “SIAS de primer nivel o extensión de cobertura” del Ministerio de Salud, también reivindica la participación comunitaria. ¿A qué le llamamos participación comunitaria en salud, cuando en realidad es trabajo forzado (desde la perspectiva del Estado que no cumple con su mandato)? ¿Es participación en la toma de decisiones o mano de obra? ¿Fue posible la participación comunitaria en un Estado contrainsurgente?
- La comunidad es imaginada a veces como la fraternidad universal, todos para uno y uno para todos. La realidad es más compleja y en el campo de las y los curadores de salud, las luchas de poder son notables. ¿Cuál es la relación entre comadronas, curanderos, ajq'ijab', promotoras y promotores de salud? ¿Complementaria o competitiva?
- La consulta como espejo de integración del tiempo pasado, presente y del futuro es un “ruido” para los trabajadores de la perspectiva biomédica. Ese ruido nos abre a otra perspectiva de integralidad, la unidad del tiempo en el ahora. Además, el tiempo de los proyectos, lleva el tiempo de la ciudad al campo y nos enferma. El tiempo es necesario para que los otros hablen y podamos crecer espiritualmente.

En el temascal, el tuj, el chuj, intentaremos visualizar otro poco más del ixpeq, desnudamos debilidades para anudarlas como fortalezas.

EL PRESENTE QUE ES AHORA



Ilustraciones de Ricardo Pérez y Myriam Rommers.



ATRAPADOS EN LA IDENTIDAD

Las fortalezas y debilidades de una identidad religiosa

Introducción

La figura de las y los promotores es reconocida dentro y fuera de la comunidad, y en la construcción de su identidad, han participado desigualmente las y los promotores, las comunidades, el Ministerio de Salud, las organizaciones no gubernamentales e Iglesias.

La identidad se ha construido en un contexto en que la política del Ministerio de Salud, MSPAS, como parte del Estado, ha sido “el no ejercicio del derecho a la atención de salud” y en una relación vertical, dominante sobre la población y promotores, que es parte de la historia de Guatemala.

Las congregaciones religiosas católicas, en ausencia del MSPAS, fueron pioneras en desarrollar una propuesta de Salud Comunitaria, a través de la figura del “promotor de salud”, de cuya identidad son las máximas responsables. Desde 1963 a 1976, año del terremoto, las y los promotores crecieron en servir a la comunidad por “amor a Dios y al prójimo”. Este sentido modificaba sutilmente el *patanij*, servir a la comunidad, basado en la reciprocidad, en un servir unidireccional, en donde pedir algo a cambio, era egoísta y políticamente incorrecto.

Tras el terremoto, las instituciones que trabajaron con promotores se ampliaron grandemente, especialmente de Organizaciones No Gubernamentales, ONG. La emergencia posterremoto y las condiciones sociopolíticas de los años posteriores, preinsurreccionales, llevaron a muchos promotores, a trabajadores y directivos de las ONG a hacer suya la mística religiosa, transformada ahora, en ayuda a los damnificados, ayuda humanitaria y también en mística revolucionaria. La comunidad religiosa, Dios, el prójimo, el hermano se entrelazaban con la comunidad de compañeros y compañeras.

El acompañamiento a la población en sus penurias, el control de los proyectos y de la definición de los perfiles de competencia (perfiles de las capacitaciones y desempeño, actividades que realizan), asesorando los procesos asociativos de las y los promotores, todo ello en un ambiente “fraterno y de iguales objetivos”, generó un contexto apropiado a que las congregaciones religiosas y ONG, hegemonizaran la identidad de las y los promotores, marcando los límites de lo políticamente correcto como fue el trabajo gratuito, y encontrando también los promotores una vía para dar respuesta a sus necesidades básicas en salud y a su hambre de aprender.

Tras los Acuerdos de Paz, la identidad alrededor de un trabajo gratuito, legitimado por instituciones amigas de las comunidades, era más de lo que el gobierno criollo y empresarial podían soñar, “los indios de la Colonia, los vagos de la Reforma Liberal”, eran ahora “cultural y genéticamente solidarios”. Cambiaba el discurso, pero el resultado era el mismo de siempre, más trabajo gratuito. La legitimidad alcanzada por el trabajo voluntario y gratuito de los pobres facilitó que el Ministerio de Salud, apelando a los Acuerdos de Paz, propusiera en 1997, un modelo de salud comunitaria basado en el trabajo “voluntario”, pero obligatorio para tener acceso a un paquete básico, a través del aporte de una hora diaria, de miles de comunitarios y comunitarias.

Para muchas personas, entre las que me cuento, no es lo mismo ser promotor que guardián o vigilante de salud, pero no todos aprecian la diferencia, pues muchas veces el promotor ha sido para la ONG, lo que el vigilante para el MSPAS.



La identidad del promotor, promotores y promotoras, es parte de la historia de esta Guatemala que sobrevive entre terremotos naturales y sociales. Ha sido una fortaleza para la sobrevivencia, antes de los Acuerdos de Paz. Tras los Acuerdos, es necesario repensar las estrategias para el logro de una atención de calidad y de que se haga realidad el derecho a la salud.

La autosostenibilidad de los proyectos se sostiene en la insostenibilidad de las y los promotores de salud. Los proyectos llegan a fin de año, pero los promotores no llegan a fin de mes.

¿Cuál es la identidad de las y los promotores de salud?

Tras preguntarles a las y los promotores de diferentes generaciones y regiones, de “¿quiénes son las y los promotores de salud?”, coinciden en el área rural en ser “campesinos y campesinas que realizamos un servicio de salud voluntario a la comunidad” y en las áreas precarias de la capital en “somos mujeres de las áreas precarias de la capital en servicio de salud voluntario a nuestras colonias y barrios”. La identidad es similar aunque podemos diferenciar el espacio vital y laboral: campo/ciudad y trabajo campesinos/amas de casa, y comunidad/aldea/barrio.

El quehacer de las y los promotores ya no es tan coincidente, pues nos encontramos con una gran diversidad de roles/funciones tan dispares como el de líderes comunitarios a personas anónimas (a veces las/los comunitarios no saben si hay promotor o quién es), en desempeños heterogéneos (énfasis en la atención curativa, otros en la atención educativa, preventiva, en el logro y realización de proyectos comunitarios, etc.) e inmersos en una gran variedad de motivaciones.

El objetivo ahora va a ser reconocer cómo se ha construido y sigue reproduciéndose esta identidad de promotores y como ésta incide en reformular el primer nivel de atención de salud. En ello son actores privilegiados la población de las comunidades, aldeas, áreas precarias, las y los promotores, ONG-Iglesias y el MSPAS, participando desde diferentes misiones y visiones, y también desiguales poderes al tejer el huipil de la identidad con los hilos de: “comunidad”, “servicio”, “voluntariado”, “campesinos, campesinas, mujeres de área precarias” y “salud”.



Asamblea de promotores de salud. (ASECSA).

Antes, un poco de historia

Secularmente, la atención de las enfermedades en las comunidades fue afrontada a nivel familiar por las mujeres y a nivel comunitario con terapeutas: comadronas, curanderos, zahoríes. Éstas y éstos, cumplían este servicio como parte de “su misión”, “su trabajo”, y tenían el “don”, el “nawal” para ello.

El retorno en las décadas de los 40-50 del siglo XX de los sacerdotes católicos tras su ausencia forzada, resultó conflictivo con los cofrades y el grupo comunitario

afín. Los nuevos sacerdotes promovieron la Acción Católica, AC, que desplazaba y cuestionaba el poder y cosmovisión de los cofrades con los consiguientes cambios dentro de la comunidad. Pero con las nuevas ideas, los sacerdotes y monjas también eran portadores de botiquines con inyecciones





y pastillas con los que la población pronto pudo comprobar su eficacia curativa, aspecto que facilitó las conversiones religiosas y cuestionó el poder de curar de los zahoríes ligados a las cofradías. La nueva medicina, ligada a la propuesta religiosa de la AC, legitimaba a ésta, pues su eficacia curativa era la demostración de la nueva verdad, del nuevo poder.

Históricamente, muchas de las nuevas propuestas religiosas han estado unidas a las sanaciones como hace 2000 años con los milagros de ciegos y leprosos de Jesús. En los 50-60 en las curaciones con antibióticos de la Acción Católica. En la década de los 90, las sanaciones de hombres alcoholizados, de grupos empobrecidos y sin proyectos de futuro, de comunidades salvadas de las masacres “de milagro” han sido el campo de “conversiones” de las iglesias pentecostales y carismáticas. La actual fragmentación religiosa atribuida a los evangélicos, porque “dividen a las comunidades”, tuvo su antecedente en la AC, siendo todas ellas expresión de otras fragmentaciones comunitarias.

Las propuestas de la AC encontraron tierra abonada en comerciantes, jóvenes, enfermos y familiares y los cambios religiosos estuvieron ligados a los cambios sociales, políticos, ideológicos, económicos, en el proceso de salud, enfermedad y atención. En estas transformaciones se han destacado muchas veces los cambios religiosos por ser esta una dimensión estratégica en la vida de las comunidades y en el que las cofradías unían la autoridad civil y religiosa. Pero bajo esta punta del iceberg se han ido desarrollando cambios en todas las dimensiones comunitarias entre los años 1944 con el fin del trabajo forzado y hasta la actualidad, sólo comparables probablemente a los cambios sucedidos en la primera mitad del siglo XVI con la conquista de los españoles.

En este contexto de cambios sociales y de ausencia de atención en salud por el Estado, diferentes congregaciones religiosas mayormente católicas, entraron a trabajar en las áreas rurales. Desde los 60, casi todas las congregaciones pasaron de las iniciales clínicas parroquiales y del trabajo asistencial a impulsar una nueva figura en las comunidades, las y los promotores de salud, personas de las comunidades que acercaban la atención biomédica a la población, dada la lejanía de las clínicas ubicadas en las cabeceras municipales. Esto supuso un gran cambio en la atención de las enfermedades a nivel comunitario, pero también el reconocer en las personas comunitarias, el promotor, la “capacidad de aprender conocimientos modernos”, de asumir roles curativos y preventivos en el modelo biomédico monopolizados hasta entonces por el personal médico. Obviamente “muchos médicos guatemaltecos se opusieron al trabajo curativo de las y los promotores, que lo justificaron en las yatrogenias que iban a producir” (Salazar, 2005; director de la clínica Behrhorst), posición que sigue siendo mayoritaria en el sector médico y en el MSPAS, así como una buena parte de las ONG.

El huipil de la identidad se inicia con la comunidad

La comunidad es el hilo fundamental de la identidad, así como “la comida” sobre la que se tejen los huipiles, el *ruaij* de los sakapultecos, *uwa* de los k'iche', *kawa* de los kaqchikel, el hilo que no se ve pero sostiene los símbolos de colores.

¿Qué piensan los diferentes actores sobre la comunidad?

A las y los promotores, preguntamos de manera insistente, qué era para ellos y ellas la comunidad, pues para todo se referían a “la comunidad”. Las respuestas fueron respondidas en grupos focales, entrevistas individuales, en tiempos de capacitaciones... y unas veces fueron actividades con participación de promotores de una sola región, en otras de varias regiones. Las y los promotores se identificaron como indígenas salvo los de Oriente y Costa Sur, y se desarrollaron a lo largo de los años 1997-99.



Una selección de respuestas es la siguiente: “vivir juntos en el mismo lugar”, “tener un mismo fin”, “tierra comunitaria” (Alta Verapaz), “buscar juntos soluciones a los problemas”, “es donde vivimos” (Oriente), “compañerismo, organización, viviendas” (Altiplano), “en donde todo lo hacemos en unión” (Boca Costa-Costa Sur), “compartir terreno, necesidades, problemas, cultura y costumbres” (Ixcán-Petén), “lugar donde vivimos varias familias”, “grupos de familias con diferentes necesidades”, “personas que se relacionan para satisfacer necesidades comunes”, “donde vivimos permanentemente” (Baja Verapaz).

Otro espacio social importante y habitado mayormente por indígenas son las fincas. ¿Es la finca una comunidad? La finca es expresada por las comadronas y promotoras de salud de Pochuta, Boca Costa, como “un lugar de un solo dueño donde trabajan nuestros esposos con bajo salario y donde tenemos leña y agua suficiente”, “es comunidad pues tenemos auxiliares y comités, aunque eso sí tenemos menos libertad que donde no hay finca”. Para otros promotores que no viven en fincas, ésta “no puede ser comunidad pues están en terreno privado”. Para los q'eqchi' de comunidades, la finca es “un terreno privado con un solo dueño, que tiene mozos y desequilibra a los indígenas”. Para los achí comunitarios no migrantes: “la finca es comunidad para los colonos que viven permanentemente allí, pero no para el finquero pues no convive con ellos ni tampoco para los cuadrilleros temporales”. Para los achí migrantes temporales es “una comunidad no permanente donde se vive presionado y expuesto a todo riesgo de accidente”.

En las palabras de los promotores y comadronas se repiten las ideas de comunidad como estar permanentemente en un lugar y compartirlo, compartir cultura, necesidades y problemas, el afrontarlos juntos, no detectándose diferencias sustanciales en lo expresado entre las diferentes regiones así como entre indígenas y no indígenas, aunque la muestra de no indígenas fue reducida.

El término comunidad en algunos de los idiomas mayas es *Tnam* (Todos Santos), *Kojb'il* (Coatepeque), *Tinamit* (Nebaj y Rabinal), *Komonil* (Cobán), *Komon Winaqilia*, *Jun Komon Winaq* (Santa Cruz del Quiché), *Kmon Qatanum* (Aguacatán), *Molay* (Chimaltenango) y *Masanil* (Jacaltenango y Santa Eulalia).

Entre los cientistas sociales interesados por la “comunidad”, ha sido un reto el descifrar las claves de la comunidad indígena y sus diferencias con la no indígena. Para Wolf (1957), la defensa de la tierra es el elemento sobre el que surge la comunidad corporada y las instituciones que la caracterizan. Desde los momentos en que se empiezan a crear las instituciones que darán vida a la comunidad indígena, el trabajo de la tierra se convirtió casi en el único medio de subsistencia para el grupo. Pero además, el trabajo de la tierra estuvo muy asociado a la construcción social de la comunidad: las instituciones, los rituales, las formas de organización del parentesco y sus lógicas, en fin, las “convenciones”, se organizaron alrededor de la vida campesina, que toma un carácter simbólico al que se une el muy importante carácter territorial en que se asienta la comunidad.

Por su parte, Santiago Bastos (2000) considera que:

No toda vida en pequeñas localidades se puede considerar como comunitaria, sino que se entiende como comunidad, una forma de concebir y ejercer las relaciones sociales entre quienes forman parte de ella, en lo particular sería el significado que se da a esas relaciones. La comunidad sería aquella localidad donde el holismo se convierte en la norma cultural que guía las relaciones entre sus miembros, ... en que el individuo queda subordinado al grupo en una posición jerárquicamente marcada. La comunidad es corporada precisamente porque no es ni nunca fue cerrada, y debe responder a los continuos embates de un mundo exterior del que es parte y que nunca ha parado de exigir a sus habitantes trabajo y trabajo a cambio de muy poco. La corporatividad hace referencias a las formas que toman las relaciones sociales y el holismo a las concepciones en que se basan esas relaciones.





Frente a esta experiencia histórica, la relación de los no indígenas con la tierra y la agricultura de subsistencia toma otras características. Por un lado, por el patrón de asentamiento y su misma situación jurídica, donde desde la colonia prevalece la tenencia privada sobre la comunal y, de la misma forma, las actividades agrícolas no se dotan de ese sentido de pervivencia social más allá de su contenido de subsistencia. En su desarrollo histórico no se conformó ninguna entidad social asimilable a la comunidad indígena, por lo que las relaciones sociales y la concepción que de ellas se tenga no están étnicamente condicionadas por la subordinación.

También la comunidad fue una idea fuerza impulsada desde la perspectiva de la Acción Católica. La liberación cristiana sólo se podía lograr en comunidad así: “La comunidad se formará en la medida en que sus miembros tengan un sentido de pertenencia -de nosotros- que los lleve a ser solidarios en una misión común, y logren una participación activa, consciente y fructuosa en la vida litúrgica y en la convivencia comunitaria. Para ello es menester hacerlos vivir como comunidad, inculcándoles un objetivo común: el de alcanzar la salvación mediante la vivencia de la fe y el amor”. (CELAM, 1980). “Según la voluntad de Dios los hombres deben santificarse y salvarse no individualmente, sino constituidos en comunidad. Esta comunidad es convocada y congregada en primer lugar por el anuncio de la Palabra del Dios vivo. Sin embargo, -no se edifica ninguna comunidad cristiana si ella no tiene por raíz y quicio la celebración de la Santísima Eucaristía- mediante la cual la iglesia continuamente vive y crece”. (CELAM, 1990).

Para Ricardo Falla (1984), jesuita y antropólogo, en la Acción Católica “el ideal de la ayuda mutua se plasmó en acciones como visitas a los enfermos, consuelo a los parientes de los difuntos mediante asistencia masiva de la pequeña comunidad de base al velorio y a los nueve días, construcción de la casa de alguna viuda, el intento de la formación de una caja común de ahorros para la necesidad sorpresiva de algún miembro del grupo, etc.” Y para la Hermana Rosario Celis (1999), con largos años de trabajo en las comunidades de Cobán, en los años anteriores a 1980, su vivencia comunitaria fue de “celebración” y el sacramento de la penitencia como de “reconciliación comunitaria”.

Pero la comunidad religiosa católica excluye a los no católicos, al igual que la evangélica a los no evangélicos. “Si para los hebreos (y cristianos) la comunidad es religiosa, para los indígenas abarca todo. En Nebaj, a finales de los 70 y principios del 80, tinamit comprendía tierra, población, animales, dioses, naturaleza y antepasados. Todos viven juntos, vivos y muertos, lo material y espiritual. Hay un interés común, la tierra, y a partir de ella socialmente se busca el consenso. La Reforma Liberal rompió con el tinamit al romper la propiedad de la tierra y en los años 60 se luchó por recuperar la tierra y con ella el tinamit”. Así lo expresa Javier Gurriarán, (1999), ex sacerdote y buen conocedor de las y los ixiles de Nebaj.

Y ¿qué ha sido la comunidad para el Estado guatemalteco? El grupo humano del que extrae su mano de obra para las fincas, para la construcción de carreteras o “carne de cañón” para el ejército y a su vez, un foco de resistencia, un contrapoder. Si “por sus acciones los conoceréis”, el genocidio nos muestra que la comunidad indígena era para el ejército, el “enemigo”. El ejército no sólo llevó a la muerte de miles de personas sino que “a través de las aldeas modelo y la militarización buscó romper con la reproducción social comunitaria”. (CEIDEC,1998)

Hoy en día, en las comunidades indígenas se observa una mayor individualización de los intereses, fruto de modificaciones político-ideológicas y socio-económicas con base en la fragmentación religiosa, política, la violencia de los años 80 y la estratificación económica en donde juegan un papel importante, cada día más, las remesas de dólares de los emigrantes en los EEUU. Cada día son mayores las tensiones entre comunidad e individuo o familia, dentro del contexto de una tradición comunitaria, donde se identifica una gran variedad de formas en el relacionamiento comunitario conformando un gran abanico entre comunidad y sociedad.



Si durante siglos las relaciones intracomunitarias fueron el espacio de reproducción social de los indígenas y de defensa contra el Estado, en la actualidad la comunidad sigue siendo junto con la familia, espacio de socialización clave pero ya no tan determinante como antes. La identidad étnica está cada día más abierta a su reproducción fuera de la comunidad: en las escuelas, institutos o universidades, en el trabajo urbano, en ONG, en la organizaciones campesinas, etc. Se puede ser indígena, maya, sin ser campesino, ni pobre ni vivir en la comunidad. La comunidad es ya para muchos y muchas indígenas una comunidad simbólica, una comunidad imaginaria, un mito.

Como comunidad imaginaria o no, sigue siendo en palabras de un religioso dominico (1999) con muchos años en Alta Verapaz: “A pesar de todo, hay un gran sentido de pertenencia comunitaria”. Y es que el mito y el imaginario son también parte de la realidad.

El servicio/patanij está basado en la reciprocidad, ¿y el voluntariado gratuito de promotores?

El servicio/patanij en las comunidades se pierde en los albores de la historia, en las comunidades campesinas indígenas mayas y de otras muchas latitudes. Entre los servicios que se identifican en la década de los 50 están los cofrades, las comadronas, curanderos, etc., que ejercían un rol socialmente necesario en la comunidad. El servicio de la cofradía suponía trabajo, gasto, tiempo y lo sigue suponiendo, pero puede reconocerse una fuente de compensación en el estatus, el ascenso en la jerarquía de autoridades, el ser principal en la comunidad indígena.

En el caso de las comadronas tradicionales y ajq'ijab', el servicio/patanij en salud, no es voluntario, es una obligación debida a su “misión”, “don” que se les manifiesta muchas veces a través de las enfermedades y que éstas no ceden hasta que acepten su “trabajo”. Este servicio estaba basado en la reciprocidad y a cambio de su servicio, las comadronas, guías espirituales y curanderos reciben alimentos, dinero y se les reconoce, a veces, un notable estatus en las comunidades.

En la sección “El respeto al servicio comunitario” de “La herencia de los abuelos...” (ASECSA, 2005):

La obligación fundamental que tiene cada vecino en su comunidad constituye también un deber sagrado, en la medida en que colaborar en el logro del bien común permite mantener el orden social originario. A la vez, contribuye a la constitución de la identidad y a la solución de las necesidades familiares o comunitarias, tanto materiales como espirituales. (Saqb'ichil-COPMAGUA, 1999).

El trabajo de las y los terapeutas mayas es considerado como de servicio en el sentido descrito. Estas personas tienen una obligación en su comunidad asignada por el don y la misión. El cumplimiento de ese don y esa misión es la base originaria que demuestra que las y los terapeutas mayas respetan el servicio que deben prestar a la comunidad. El sentido de obligación y responsabilidad es el fundamento para que las y los terapeutas no establezcan cobros por sus servicios. Sin embargo, la tradición maya motiva a las familias a entregar bienes e incluso dinero en razón de sus posibilidades económicas, por el servicio obtenido. La compensación por el servicio es una muestra de respeto de parte de las familias.

Santiago Bastos (2000) caracteriza la vida en las comunidades indígenas “como con el agua al cuello y donde la subsistencia cotidiana refuerza los significados de las relaciones sociales corporadas asociadas a la vida comunitaria, al darles un sentido más, el de la reproducción cotidiana del grupo étnico. Estos acuerdos sociales son producto de la necesidad más que del altruismo: *pese a que el deseo de seguridad en la subsistencia surgía de las necesidades de los campesinos, era socialmente experimentado como un patrón de derechos o expectativas morales* (Scott, 1976). Es decir, acaba siendo percibido como parte de las normas que guían el comportamiento dentro de la comunidad”.





El tiempo en el servicio es una diferencia sustancial para la forma en que se concreta la reciprocidad. Para quienes ejercen la representación comunitaria como alcaldes auxiliares, comités, su tiempo es de 2 años. Es un servicio rotativo por el que tendrán que pasar prácticamente todos los hombres de la comunidad o aldea y en ese tiempo tendrán el estatus de autoridad.

Pero hay otras funciones, como catequistas (católicos), pastores (evangélicos), comadronas, curanderos y promotores de salud que no son rotativos sino al contrario, la permanencia en su trabajo les da mayor conocimiento y credibilidad ante sus vecinos. Las motivaciones para catequistas y pastores son de carácter religioso y cuentan en general con prestigio social y a veces con ayudas de la comunidad religiosa o de las instituciones eclesíásticas. También a la Iglesia, canalizan muchas veces sus peticiones de “apoyo”, tras la cual encubren la demanda real del “reconocimiento material a su trabajo”, pero que no explicitan abiertamente pues la única motivación debe ser “servir a Dios y al prójimo”. Aunque las/los religiosos comprendan sus necesidades materiales, el expresarlas es considerado religiosa y políticamente incorrecto.

Para las y los promotores, ser voluntario es tener la voluntad de realizar ese trabajo y aunque lo definen como servicio, les queda claro que en su caso no conlleva reciprocidad, sino “pérdida de tiempo”, pues no se gana pisto y mientras ellos le dan tiempo a la comunidad, el resto está trabajando en su propio beneficio. ¿Cuál es entonces la motivación que los mantiene de promotores, a pesar de los pesares? Hay dos situaciones especiales, los promotores ligados a la Iglesia, que se movilizan con la mística religiosa y los promotores que han perdido algún hijo/hija y tienen conciencia de haber sido evitable con conocimientos y cuidados básicos de hidratación oral, control de la fiebre, las señas de peligro, etc.

Para las Iglesias católica y evangélicas, el servicio de promotores o animadores de salud responde a la caridad cristiana, al compromiso social cristiano y no podemos obviar al proselitismo más o menos manifiesto. Todos y todas sabemos de las simpatías que generan las “jornadas médicas” organizadas en las “campañas políticas”, por los grupos religiosos o el ejército.

Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, se ha dado continuidad a la política de trabajo obligatorio hacia la población indígena o pobre y el voluntariado comunitario es parte de la política de abaratar costos y “ampliar” coberturas, aunque la atención sea mínima y de baja calidad.

Si antes la política fue “la ausencia” del MSPAS en las comunidades, ahora con el Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS– de primer nivel (antes) o extensión de cobertura (ahora), se hace presente pero con el requisito de que para cada 20 familias debe haber obligatoriamente un “guardián o vigilante de salud”, pues de lo contrario, no se tiene acceso a la cobertura de paquete básico, a un médico ambulatorio que llega al Centro de Convergencia cada 3-4 semanas y a medicamentos a bajo costo.

Un elemento novedoso y desestabilizador para promotores y ONG-Iglesias fue el estipendio de Q 50.00 mensual a cada guardián/vigilante de salud, entregado por el MSPAS, por una hora de trabajo diario y que se entrega, irregularmente, en la capacitación mensual. En varios grupos de promotores provocó movilizaciones en torno a la demanda de “por lo menos Q 300.00” y “que nos tomen en cuenta”.

En general, a mayor nivel organizativo de promotores hubo mayor desestimación de la propuesta de ser guardianes y a menor nivel organizativo, mayor aceptación. Para algunos promotores, los Q50.00 y el poder seguir trabajando para la comunidad fueron las razones para convertirse en guardianes. Para otros, la organización vertical que conlleva la extensión de cobertura los desmotivó y el MSPAS tampoco se mostró especialmente interesado en integrarlos, más bien lo contrario, pues temían que a través de algunos promotores integrados a guardianes se levantara una organización reivindicativa de mayor estipendio y ampliación de paquete básico.



Para José García Noval (1993), médico e investigador de la USAC en el campo de la bioética: “Debe distinguirse el voluntariado que dedica parte de su tiempo a labores de promoción sin remuneración y el líder comunitario que asume voluntariamente tareas específicas y que por su ascendencia en la comunidad es capaz de contribuir a la organización... Si la participación se entiende como trabajo semiforzado... hay que llamarle de otra manera pero no participación comunitaria... ¿Es posible aceptar que la población rural más pobre esté pagando con trabajo sus propios servicios...?”.

Fernando Suazo (2005), ex dominico, rabinero de corazón y de adopción, me compartía que este año, cómo los miembros de una Coordinadora Comunitaria de Desarrollo, COCODES, planteaban en una reunión en la municipalidad de Rabinal, el “¿por qué nosotros tenemos que abrir zanjas en la comunidad con mano de obra y ustedes en el pueblo pagan trabajadores con dinero municipal?”. Ello nos recuerda cómo “a finales de los años 40, durante la Revolución Democrática, en el Altiplano se desarrollaron luchas campesinas en contra del servicio gratuito en las municipalidades. Fueron sentidas claramente como continuidad de las Leyes de Vialidad y Vagancia que justificaron el trabajo forzado y gratuito en la construcción de carreteras y del trabajo forzado y mal pagado en las fincas cafetaleras”.

Y es que cuando el “voluntariado” por el Estado, las ONG e Iglesias, se convierte en obligatorio, en la historia de Guatemala se ha llamado trabajo forzado. ¿Qué intereses conscientes o inconscientes hay para llamar voluntario al trabajo forzado? Los otros, indígenas y pobres, deben realizar siempre trabajo gratuito o mal pagado. Antes por indios, luego por vagos y ahorita por solidarios, cambia el discurso pero el resultado es el mismo.

Mientras un promotor en el 2004 comentaba: “No somos plantas para vivir del sol y el agua, somos personas y necesitamos maíz”, para una promotora urbana, REPROINSA: “El voluntariado llena el corazón de satisfacciones pero no llena el estómago” y a veces hay que aguantar al marido cuando dice: “¡Estás aprendiendo, estás aprendiendo, estás perdiendo el tiempo. Si querés vas, pero no hay más tortillas por eso!”.

¿Dónde y cómo se ha construido la identidad de promotores?

Retomando el hilo de la historia, de las aproximadamente 30 organizaciones que he logrado reconocer trabajaban con promotores de salud, entre 1963 y 1976, fecha del terremoto, salvo 3 asociaciones de promotores (San Martín Jilotepeque, Joyabaj y Uspantán) y la clínica Behrhorst en la que no se visualizaba a la iglesia luterana de la que Carroll era miembro, las 26 restantes eran congregaciones religiosas católicas. Durante los primeros 13 años de la historia de promotores de salud en Guatemala, la formación y organización de promotores estuvo hegemonizado por el mandato de servir por “amor al prójimo”.

“Por amor a Dios y amor al prójimo” fue la motivación principal. Las Hermanas religiosas lo explicitaron en las entrevistas y Marco Tulio Gutiérrez, ex director de ASECSA, confirmó que en los primeros años de esta institución, se trabajaba la “salud como amor al prójimo, el trabajo de los promotores como sacerdocio...”. Y esta motivación religiosa no sólo sigue presente sino que es el sustento principal que mantiene a los promotores más antiguos y a muchos de los nuevos.

El terremoto del 76, no fue sólo físico sino también social, abrió la “multiplicación” de promotores de salud, en un contexto de alta politización y movilización socio-política, a la vez que muchos promotores de salud se pasaron a trabajar de promotores de educación, agropecuarios y de desarrollo con los respectivos ministerios que sí reconocieron pago económico.

Los promotores de la época anterior al 76, fueron fundamentalmente hombres, que hablaban castilla y estaban alfabetizados, que jugaron un rol de intermediarios sociales entre la comunidad





y las instituciones externas como Iglesia, ONG, ejército, etc. Asumieron diferentes representaciones, simultáneas o secuencialmente, como la de catequistas, promotores de salud, comisionados militares, directivos de cooperativas, etc. y recordamos que algunos de estos roles son temporales y otros permanentes. Con el terremoto y la necesidad sentida de atender a los heridos y prevenir las epidemias, se amplió grandemente la apertura de ONG, nacionales e intenacionales, y la multiplicación de promotores de salud por todo el país. Los nuevos promotores ya no centralizarán los liderazgos como los de la anterior generación pues los liderazgos se diversificaron. La “primaria campesina” que significaron las capacitaciones de promotores pasó a ser un “diversificado” con las organizaciones campesinas y políticas y las nuevas escuelas se llamaron Comité de Unidad Campesina... y Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca.

Para Gervasio Atz, promotor desde 1975 y actual director de APROSADSE, de San Martín Jilotepeque: “la gratuidad era la pura necesidad, por la pobreza... no es que seamos buenos sino por la necesidad. Ahorita, los que se han ido a los EUA ya ni saludan, los que antes eran catequistas y amigos... ya no apoyan”.

Desde las ONG, al menos desde algunas, el servir a la comunidad caminó tras el terremoto de 1976, en paralelo a la militancia política como para el sector religioso, la militancia religiosa. La militancia de base va unida a la gratuidad, pues no se es ni burócrata ni profesional de la política. Por ello, consciente o inconsciente, los sectores más comprometidos con las comunidades y con los promotores de salud han identificado sus militancias política o religiosa con el “servir a la comunidad”, pero no desde la lógica histórica de las comunidades indígenas campesinas autosostenibles.

Como parte de la modernización... los promotores hicieron suyo el discurso de sus hermanas religiosas y de sus hermanos de lucha, los trabajadores de salud de algunas ONG. Hicieron suyo el discurso pero desde un contexto personal diferente. La posición de clase social de las hermanas religiosas, de los profesionales oenegistas no es la de las y los promotores de salud, pues una cosa es acompañar a los promotores y tener las necesidades básicas cubiertas y otra... ser promotor de salud.

A falta de seguimiento, supervisión formativa de promotores en sus quehaceres en las comunidades, los momentos significativos para los intercambios entre los dos actores privilegiados, ONG-Iglesias y promotores, en la construcción de la identidad de promotores son los cursos, las capacitaciones, encuentros, talleres y seminarios en donde se desarrollan los discursos identitarios y el perfil de desempeño.

La atmósfera y discursos en los cursos, talleres y asambleas de los últimos 15 años están cargados por un lado de las necesidades de la población, y por otro de los límites de lo políticamente correcto, en donde la gratuidad es la idea fuerza y no caben más que en un segundo plano, las necesidades de los promotores.

El pensum de estudios concreta la labor del promotor, las-los trabajadores y directivos de las ONG-Iglesias ponen en sus discursos los límites ideológicos de lo políticamente correcto en la salud comunitaria, así como las condiciones económicas y políticas de los proyectos (¿es condición de las agencias internacionales el trabajo gratuito? ¿es negociable?) y mientras los problemas y necesidades de las-los promotores no son suficientemente expresados y menos tomados en cuenta.

En la relación entre pares, entre promotores, se comparte la identidad en los límites impuestos, pero se reconoce difícil de mantener. La profesionalización, como la desarrollada por los promotores de educación a maestros, no es visualizada salvo por las y los más jóvenes que, tras acabar sus cursos de promotores, siguen estudiando para auxiliares de enfermería.

La profesionalización del promotor ha sido hasta difícil imaginarla. En el imaginario del promotor con su trabajo curativo, la imagen de par no está en la auxiliar de enfermería sino en el



médico, esa dificultad de imaginarse ser promotor asalariado o auxiliar de enfermería ha llevado a que ante los problemas sólo cabe la renuncia. Las ONG-Iglesias tampoco han apoyado a ese imaginario de profesionalización y de mejorar la calidad de atención, y ha quedado como una opción personal, vista muchas veces como individualista.

Es claro que tras la gratuidad, consciente o incosncientemente, se mueven intereses. La historia de Guatemala con la naturalización de la discriminación es parte del ambiente social. La conversión de ONG históricas y conformación de nuevas en “empresas de servicios”, sea para acceder a los convenios de extensión de cobertura del MSPAS o para acceder a fondos de agencias internacionales, ha convertido a las ONG en una fuente de trabajo y poder para profesionales y técnicos, en donde sin mayor cuestionamiento se reproducen los discursos históricos sin menor contextualización, siempre que vayan en beneficio personal o institucional. Se firman convenios con el MSPAS sin mayor cuestionamiento del trabajo gratuito de la población y se naturaliza el mismo porque siempre lo han hecho y total es lo mismo trabajar para el MSPAS, que para una ONG, que para la Iglesia, que para una asociación donde los asociados dirigen el proceso.

Si las ONG-Iglesias han tenido y tienen la hegemonía sobre las bases que han construido la identidad de las-los promotores, están también en mejor condición para exigir al MSPAS el ejercicio del derecho a la atención en salud y que la población sea sujeto y no objeto de las acciones de salud.

El aporte principal del MSPAS a la identidad del promotor ha sido que por la baja y mala calidad de su atención se han hecho necesarios los promotores y subirse al discurso de la gratuidad, legitimado por las ONG-Iglesias. Para Karina Pineda (2005), coordinadora médica de la Cooperativa El Recuerdo, de San Pedro Pinula: “el personal comunitario es la mano derecha de la extensión de cobertura”, que trabajando con un estipendio de Q 50.00 mensuales es una vuelta al pasado colonial y liberal que no debe permitirse, ni por los vigilantes, ni por el derecho a una atención de calidad a las y los comunitarios.

No es el servicio histórico comunitario indígena sino la comunidad religiosa la razón de la gratuidad, luego entrelazada con la socio-política y ahorita para el MSPAS la lógica colonial y liberal legitimada por las ONG/Iglesias. Es responsabilidad de todos y todas tomar conciencia de ello, al igual promotores y promotoras... y acabar con una situación a todas luces injusta.

La solidaridad pasa por la reciprocidad y no por el altruismo

Para estudiosos de las estrategias de sobrevivencia en población marginada como Larisa Adler de Lomnitz (1975), “las relaciones solidarias se basan en el intercambio recíproco de bienes y servicios que según Polany y Dalton tiene las siguientes características: se desarrolla como parte de una relación social, constituye un flujo recíproco de bienes materiales y servicios que persiste más allá de una sola transacción y no está regido por las leyes de la oferta y la demanda. Mientras mayor sea la cercanía social entre los miembros de una comunidad, mayor será la tendencia a desarrollar intercambios recíprocos. La confianza es una variable psicosocial dinámica que mide la capacidad y voluntad de dos contrayentes para intercambiar favores e información. La confianza depende de un gran número de factores, tanto objetivos como subjetivos... En la reciprocidad como forma de intercambio entre grupos sociales simétricos, la relación social prima sobre lo económico. El concepto de generosidad aplicado al intercambio recíproco no debe entenderse como una cualidad moral sino como un efecto de la necesidad económica, *es la escasez y no la abundancia lo que vuelve generosa a la gente*”.

La solidaridad social y la “generosidad”, “hoy por ti, mañana por mí”, son la base de la reciprocidad, no por idealismo social sino por sobrevivencia, pues las redes sociales son su sistema de seguro cooperativo informal.





Para la Real Academia de la Lengua Española, altruismo se define como “*la complacencia por el bien ajeno, aun a costa del propio*”. Está concebido como una actividad personal basada en la renuncia. Parte del principio de que es la persona capaz de *entregarse* sin esperar ni reclamar retribución alguna. Ofrecer *todo a cambio de nada*. Tiene un sentido unidireccional, *sin ida y vuelta*”.

El altruismo desde una perspectiva feminista para Clara Coria (1996) “no es sinónimo de solidaridad. Tienen en común la generosidad, pero tiene otras características que la distancian como el establecer vínculos unidireccionales, requiere incondicionalidad por parte del que se asume altruista y termina estableciendo una relación jerárquica entre el *proveedor* y el *proveído*, a raíz de complejas y mutuas dependencias. Destaca en el altruismo el elemento de la incondicionalidad, disponibilidad para *qué, cómo y cuando* lo requiera el beneficiario y la diferencia con la solidaridad es precisamente que ésta establece vínculos bidireccionales y paritarios, las relaciones donde se teje la trama —y sostiene— con una permanente *ida y vuelta*, coloca a los participantes en situaciones de paridad”.

Para la autora, “la solidaridad exige una permanente rotación entre quienes dan y reciben. Está basada en la ética de la reciprocidad y la negociación es compatible con la solidaridad, no con el altruismo. El altruismo femenino es una forma de naturalizar el servilismo, una naturalización de los costos que ellas afrontan unilateralmente en la producción de sujetos. La solidaridad es pues no una actitud personal sino fundamentalmente social, basada en la ayuda y el respeto mutuos”.

“Para los economistas liberales Adam Smith, Hume, Rorty las tendencias altruistas tiene una explicación puramente sentimental” cita Richard Rorty (1994), “pero ser receptivo a las necesidades humanas es una cualidad ética que se explica únicamente cuando los demás seres humanos no son ajenos a nuestra naturaleza y a nuestro propio destino”. Y para el Premio Nobel de Física, Prigogine (1988), desde la física cuántica se confirma que “los puntos cercanos al equilibrio están basados en las relaciones de reciprocidad (Teoría de Osanger)”.

La gratuidad como una piedra en el zapato, no se ve pero se siente

La gratuidad, la no reciprocidad, que lleva a la renuncia de una buena parte de los promotores, está encubierta tras el término de voluntariado. A la vez que se oculta, se le idealiza haciéndola fin y virtud, a pesar de ser necesidad e imposición. La gratuidad se ha convertido en fin, al considerarse que “la gratuidad, garantiza la entrega, el servicio a la comunidad y no, a intereses personales u otros”, “no se puede servir a dos señores” (la institución que paga y la comunidad), por lo que el reconocimiento económico a los promotores, se considera peligroso, pero los temores al dinero, no se extienden al personal de las ONG-Iglesias. Y a la gratuidad se le reconoce como virtud, pues a pesar de su obligatoriedad, la hemos convertido en cualidad. Finalmente, se ha priorizado la gratuidad como bandera de lucha e identidad sobre la calidad de atención y el derecho a la atención como exigencia al MSPAS/Estado. El medio, gratuidad, que nació en un contexto muy concreto, se ha convertido en un fin, fuera del análisis de contextos.

La autosostenibilidad de los proyectos comunitarios de salud parece pasar por el trabajo gratuito de las y los promotores, pero que a su vez es insostenible para ellos y ellas. Desde la contabilidad de las ONG-Iglesias y MSPAS sí salen las cuentas, desde las de promotores no llega para la cena.

La reivindicación de gratuidad por las ONG/Iglesias se defiende como expresión de la solidaridad entre los pobres, y además los proyectos “que elaboramos desde las ONG/Iglesias” no se contemplan reconocimientos económicos para “los actores” de la solidaridad. Por el contrario, no es problema que seamos las y los asalariados quienes formulamos proyectos o trabajamos en las ONG/Iglesias, no hay problema que nos contaminemos con el dinero pues somos “buena gente” o ya estamos tan vendidos que no hay manera de hacernos trabajar sin salario.



La naturalización del trabajo gratuito,”antes por indios, luego por vagos y ahora por solidarios”, responde a la lógica dicriminatoria de las diferencias, “los indígenas son diferentes”, con lo cual se justifica su explotación o su idealización, son “solidarios innatos”, “solidarios cultural y genéticamente”. De ello resulta que las/los promotres no tienen oportunidades para desarrollarse en este trabajo, se cortan las posibilidades de su “promoción individual” que es visto como “individualismo” pues su lugar es la “comunidad”. La “naturalización” del trabajo gratuito clausura la posibilidad de cambio, de la profesionalización del promotor y de mejorar la calidad de atención. ¿De dónde van a venir quiénes den atención en ixil a las comunidades de Amakchel, Cabá... en donde sólo son capaces de permanecer las y los médicos cubanos?

El mismo escenario de encubrir la gratuidad y los problemas reales se repite en sus reuniones de promotores, asambleas y encuentros. Siempre se destaca la fuerza del grupo, el “somos muchos”, se aplaude la identidad, y “somos los mejores” mientras que acabada la fiesta asamblearia se regresa a la realidad y a una tarea que no aporta a las necesidades económicas familiares. Es lo más cercano al rito de celebración del sacrificio, sacrificio de entrega del corazón en lo alto de la pirámide o del cordero pascual en el altar de la capilla. Al final del rito —en donde siempre hay directivos y trabajadores de las ONG e Iglesias— se toma el camino de “cada quién para su casa” con la carga de seguir en un trabajo insostenible. En el camino a casa, con algunos trabajadores de las ONG e Iglesias “de confianza”, establecerán una plática en la que podrán sincerarse de la imposibilidad de continuar de promotor. Pero “el rito de sacrificio y la celebración del discurso” se cumplieron una vez más.

Otro rito-celebración, de mitificación de la identidad del promotor se desarrolla en las asambleas, seminarios, encuentros entre promotores de salud y trabajadores de las ONG-Iglesias. En la asamblea de diferentes y desiguales, pero en un clima de “igualdad de propósitos”, se comparten discursos por parte de promotores y directores de ONG-Pastorales. Los promotores se reafirman en su identidad, rol, liderazgo, fuerza, desarrollo comunitario y apelan a los directores de las ONG-Pastorales a que intercedan por ellos bajo los sinceros aplausos de promotores y trabajadores de las ONG-Pastorales fundidos en un gran abrazo.

Cambiando de actores y de tema, Claudio Lomnitz-Adler (1995) analiza como “en las asambleas políticas (del PRI mexicano), comparten discursos los burócratas y los líderes campesinos, y una vez que éstos han reafirmado sus derechos, suelen apelar a los burócratas para que intercedan por ellos. Burócratas y campesinos comparten el substratum del zapatismo y una cultura de relaciones sociales mitificada. Las formas de interacción resultan de los recursos de poder y de las interpretaciones que tienen los grupos de sus respectivas posiciones en el orden social y en donde la ideología es crucial en la construcción de esas relaciones e identidades”.

¿Qué ha pasado?: “la mitificación del hecho por la apropiación, recontextualización, refuncionalización y resignificación de un signo o una serie de afirmaciones, por parte de un grupo social” (Lomnitz-Adler, 1995). ¿Qué tanto responden en nuestro caso, tales mitificaciones de los promotores por los propios promotores, directivos de las ONG-Iglesias y sus trabajadores? ¿Son unas relaciones de enajenación y fetichismo? Para Claudio Lomnitz, lo son en el caso del PRI mexicano. En nuestro caso, es de pensarlo.

Y de México a Nicaragua, en donde en un Foro sobre la Revolución sandinista, se reconocieron los logros en el campo de la salud, educación, tierra, etc., y se debatió sobre la participación popular en salud. Uno de los participantes, el bilbaino Ugalde (1998), consideró que “en donde los recursos son escasos, pedir trabajo voluntario a los pobres sólo se puede justificar en procesos revolucionarios. En otras condiciones políticas, las movilizaciones son una forma de explotación a los pobres. La participación comunitaria en el sentido de adquirir poder o de crear concientización es parte de un proceso político y no es posible separarlo de él. La participación en salud sólo puede ser un reflejo de la participación política”.





Desde la perspectiva de la población de las comunidades o aldeas, la atención de los enfermos es una necesidad sentida, pero prioritaria sólo en cuanto atención curativa. “Nos acordamos de la salud cuando estamos enfermos”. No hay grupo social que no genere sus especialistas y en las comunidades donde fue percibida la insuficiencia de los curanderos, los promotores fueron una respuesta a esa necesidad. La población de las comunidades es reacia a reconocer económicamente al promotor y tras ello o está el afán de gratuidad de la atención o la sospecha al promotor que por su relación con ONG-Iglesias logran algún beneficio que ellos no conocen o que el conocimiento adquirido por el promotor es su ganancia. La población sí está dispuesta a pagar el medicamento que administra el promotor, pero difícilmente reconocen el pago de la consulta.

Desde de 1972, el MSPAS trabaja con promotores de salud y en sus evaluaciones (INDAPS, 1979) siempre considera que la gratuidad es la principal causa de las deserciones de promotores.

En otra evaluación realizada en 1987 y recogida por el Dr. Ismael Díez (1998): “Los Ministerios de Educación, Agricultura, Desarrollo han comenzado a pagar a los voluntarios (de alfabetización, agrícolas y sociales) captando a líderes comunitarios que muchas veces son promotores de salud. Los efectos son el descontento y la deserción de promotores para incorporarse a las instituciones que ofrecen salario, en la pérdida de filosofía del trabajo voluntario”. También el tema de la gratuidad fue abordado en el MSPAS por el Dr. Luis Octavio Ángel (2005): “En el tiempo en que fui director de la extensión de cobertura (Gobierno del PAN)... tuvimos grandes discusiones, ¿por qué no pagábamos un salario mínimo al personal comunitario y lo integrábamos como personal institucional con posibilidades de ascender en la jerarquía del MSPAS? No hubo acuerdo en la participación comunitaria ni en la forma de pago y se acabó haciendo un uso tradicional del personal comunitario y ...”

Para el MSPAS, ONG, Iglesias el fin justifica los medios y la institucionalización del voluntariado parece ser el medio más barato para el logro de las metas institucionales. ¿El fin justifica los medios? ¿Cuáles fines y cuáles medios? ¿Dónde queda la Promoción de Salud?

Campesinos, campesinas, mujeres de las áreas precarias de la capital trabajando en salud

Las expectativas de las y los campesinos han ido cambiando y si nunca hubo un largo tiempo para contemplar la milpa sin presiones, el trabajo forzado no lo permitía, hoy es claro que participan de “el tiempo es pisto” y pueden ser críticas las horas que le dedican al voluntariado.

Es claro que en el trabajo del promotor se dan contradicciones entre sus deseos de aprender a curar y las funciones que le asignan las instituciones. El rol que el MSPAS asigna a los promotores siempre ha tenido un eminente carácter preventivo, de “canalización” de enfermos a los puestos y centros de salud, de trabajo educativo en enfermedades infecciosas y respiratorias, reparto de aspirinas y sobres de suero oral, alguna vez desparasitaciones y sobre todo de “mensajería”, cargador de avisos y de los termos de vacunas. Este rol del “promotor del Ministerio” y su sucedáneo actual de “guardián/vigilante” en la extensión de cobertura se ha ampliado con un largo listado de tareas. Pero la valoración de la comunidad tiene otros referentes y puesto que “el guardián no cura, el guardián no sirve”, “el SIAS no cura, el SIAS no sirve”.

Las ONG-Pastorales han sido más sensibles a las demandas de la población y se han abierto en diferentes escalas al trabajo curativo de los promotores, desde el manejo de un cuadro básico de medicamentos para atender enfermedades comunes a promotores más cualificados con una notable capacidad resolutive.

El reconocimiento de la población a las/los promotores pasa en gran medida por su capacidad de diagnosticar y de tratar a los enfermos. Si no se da esta cualificación, “no cura”, las motivaciones disminuyen y lo más probable es que en poco tiempo deje de ser promotor.



Las paradojas de los promotores como “alternativa”

Las políticas antisociales de los gobiernos guatemaltecos y el conflicto interno llevó a enfrentamientos y recelos entre las ONG-Iglesias y el MSPAS. Los Acuerdos de Paz han sido en ese sentido un parteaguas en esta relación. En las décadas de los 80 y 90, desde una buena parte de las ONG/Iglesias, desde sus trabajadores se tuvo una posición ambigua con el MSPAS pues por un lado era el responsable de salud del país pero por otro era parte de un Estado contrainsurgente y genocida. Para otras estructuras del Estado, probablemente más que para el MSPAS, las ONG/Iglesias eran parte de la insurgencia o “compañeros de viaje”. Esta relación conflictiva llevó a que el trabajo con promotores adquiriera muchas veces desde ONG/Iglesia el carácter de “alternativa” al MSPAS y a los profesionales.

Esta alternativa se ha nutrido políticamente de la fortaleza de las comunidades guatemaltecas, pero también de una sobrevaloración de sus posibilidades y del comunitarismo que para Ana Marta González, (2002), investigadora española: “se caracteriza por su pretensión de reforzar los lazos comunitarios que unen a las personas con anterioridad a la intervención del Estado. Por lo general, los autores (comunitaristas) suelen insistir en la virtud y las tradiciones como elementos que refuerzan la solidaridad comunitaria, desde abajo y desde dentro... El comunitarismo comparte con el liberalismo clásico una idea fundamental: la idea de que un Estado fuerte significaría una sociedad débil, y viceversa. Que el comunitarismo sea, en el fondo, liberal, es una paradoja”.

Es también una paradoja que si queremos construir una atención en salud de calidad y gratuita, ésta sólo se puede realizar desde el Estado, pues fuera de él sólo nos queda la privatización, sea lucrativa para los neoliberales o no lucrativa en las y los comunitaristas.

Es obvio que la accesibilidad y calidad de atención es responsabilidad básica del MSPAS, y ¿cuál sería la responsabilidad de ONG-Iglesias-población-promotores? ¿Participar en la atención curativa o participar en el qué y cómo queremos la atención curativa, preventiva, promocional? ¿Fiscalizando la atención...?

Fortalezas y debilidades de la identidad de promotores

Las y los promotores como respuesta para la atención de la salud en las comunidades y aún más como “alternativa”, a los profesionales y al Estado, son muy cuestionables. En la historia de las y los promotores, como en muchos aspectos de la vida de Guatemala, hay un antes y un después de los Acuerdos de Paz. La reivindicación de derechos ciudadanos y humanos llevó a este país a la guerra. Las relaciones con el MSPAS fueron ambiguas por ser parte del Estado contrainsurgente. Hoy, el MSPAS es parte de un Estado neoliberal pero al que se le puede exigir derechos, hacer propuestas desde nuestras experiencias... que las hay y de las que debemos aprender más.

Antes de los Acuerdos de Paz, la hegemonía religiosa creó la identidad de promotores y fue la base desde la que muchos promotores hicieron el trabajo por sus familias, por sus comunidades, por ellas y ellos mismos. Ha sido un proceso muy rico en experiencias y aprendizajes. Las motivaciones religiosas, sociales y el afán de aprender de los promotores han sido una fortaleza en garantizar una atención básica ante la ausencia del Ministerio de Salud en las comunidades.

Tras los Acuerdos de Paz, la permanencia de la identidad de los promotores, donde priorizemos las cualidades personales como voluntariado, sin tomar en cuenta las limitaciones que conlleva en la calidad de atención, serían un obstáculo para la reivindicación del derecho a la atención como derecho constitucional, derecho humano y ciudadano, así como la necesaria profesionalización de las y los promotores de salud como parte de la ampliación de oportunidades del personal comunitario y de una mayor accesibilidad en la atención en salud, con mayor pertinencia, accesibilidad, calidad.



¿Cuáles son las razones para no poder salir de una propuesta de primer nivel con personal voluntario-gratuito y realizando un trabajo con fuertes limitaciones? Por un lado, el Estado-MSPAS que no permite soñar en un presupuesto superior al 1% del Producto Interno Bruto, PIB. Pero por otro, las ONG-Iglesias que se han instalado en una funcionalidad de bajo costo económico que no resuelve las problemáticas de salud de la población pero nos deja la conciencia tranquila y nuestros intereses personales e institucionales a salvo. Predomina el activismo, la falta de ideas, el conservadurismo en la funcionalidad lograda a espaldas de las, los promotores y animadores de salud y también la sobrevivencia institucional que tampoco es fácil.

La política de salud del MSPAS, ONG-Iglesias y promotores y población deberá dar un giro de 180 grados para que ésta responda a las necesidades de la población y además con solidaridad, con equidad. Los programas y sus actividades deben ser revisados para responder a las necesidades de la población desde el derecho a la salud, la pertinencia intercultural y la perspectiva de género; con integralidad, intersectorialidad, eficacia, etc. Debe reflexionarse más sobre las fortalezas y debilidades del modelo médico hegemónico para su humanización e integración de las múltiples dimensiones humanas y no sólo la física en la atención de salud. En esta línea es importante la urgencia del reconocimiento y apoyo a las/los terapeutas de los otros modelos de salud existentes en Guatemala.

El primer nivel de atención en salud no puede seguir por el camino actual: debe renovarse de propuestas y de personal con otros enfoques, perspectivas y perfiles de desempeño. La sistematización de las experiencias de promotores de salud nos mostrarán las potencialidades del personal local, nuevas perspectivas para la biomedicina, nuevas propuestas que enriquezcan el primer nivel, pero su futuro pasa por la profesionalización, asalariados, a tiempo completo y con un nuevo perfil de desempeño. La gratuidad actual debe ser contemplada como temporal, transitoria mientras se camina a la profesionalización, nuevas propuestas y al aumento presupuestario.

La identidad religiosa del promotor, su gratuidad, fue fortaleza para los tiempos de sobrevivencia, de resistencia, pero será también pecado original si no logramos movilizarnos para reivindicar “otro” primero, segundo y tercer nivel de atención en salud. Una fortaleza puede ser debilidad cuando cambia el contexto.



Promotores y trabajadores de ASECSA–Chimaltenango.

Bibliografía en orden consulta:

- Bastos, Santiago. Cultura, Pobreza y Desigualdades Étnicas en Ciudad de Guatemala. Tesis Doctoral en antropología social. Ciesas. Guadalajara, 2000.
- Smith, Carol. Introduction: Social Relations in Guatemala over Time and Space. En: Guatemalan indians and the state, 1540 to 1988. Latin American Studies Association, marzo de 1988. University of Texas Press. Editado por Carol A. Smith. EEUU. 1998. Citado en Bastos.
- Wolf (1957). Citado en Bastos.
- Scott (1976). Citado en Bastos.
- Falla, Ricardo (1984). *Esa muerte que nos hace vivir. Estudio de la religión popular*. UCA editores. El Salvador 1984.
- CELAM, 1980.
- CELAM, 1990.
- CEIDEC. Guatemala: Polos de desarrollo: El caso de la desestructuración de las comunidades indígenas. Ed. Praxis, Vol. 1, México, 1998.
- Car, Glendy; Eder, Karin; García, Manuela. La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya. ASECSA. Guatemala, 2005.
- Saqb’ichil, COPMAGUA. Más allá de la costumbre: cosmos, orden y equilibrio. Proyecto investigación en derecho consuetudinario y poder local (1999-2004). Guatemala, 1999. Citado en “La herencia de las abuelas y los abuelos...”.
- García Noval, José. Alternativas y mitos en salud pública. Siglo XXI. 23 de noviembre de 1993. Guatemala.
- Adler de Lomnitz, Larisa. *Cómo sobreviven los marginados*. Siglo XXI. México, 1ª edición. 1975.
- Prigogine, Ilya. *El nacimiento del tiempo*. Tusquets Editores. Barcelona, 1998.
- Coria, Clara. *Las negociaciones nuestras de cada día*. Paidós, 1996.
- Rorty, Richard. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Paidós. Barcelona, 1994.
- Lomnitz-Adler, Claudio. Joaquín Mortiz. Planeta. México, 1995.
- Werner, David. El agente de salud de aldea: ¿lacayo o libertador? OMS. Foro Mundial de la Salud, 2 (I): 54-63 (1981).
- Foro Mundial de la Salud, Vol. 5 (1984). Mesa redonda con Muriel Skeet (consultora de salud) y M. Jancloes (trabajador del Banco Mundial). Ponencia: “El agente de salud de la comunidad: ¿motor o freno de la atención primaria de salud?”.
- Ugalde, Antonio. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. Car. Med. No. 14 AIS-Bol. 1998; Vol. 12 No. 1.
- INDAPS. Memorias 1977-79, Area comunitaria del INDAPS. Quiriguá, Izabal, Guatemala, 1979.
- González González, Ana Marta. Sociedad civil y solidaridad. En: Aurora Bernal (coordinadora). *El voluntariado: Educación para la participación social*. Ariel. Barcelona, 2002.

LA INCULTURACIÓN EN SALUD, EN UNA SOCIEDAD INTERCULTURAL

Más que una traducción, un proceso cognoscitivo

El conocimiento no es un espejo de las cosas... entraña una interpretación.
Edgar Morín, 2001

*Lo más importante del conocimiento cultural no es su Valor de Verdad, sino que...
el conocimiento impulsa a la gente a comportarse de una forma
que funciona lo suficientemente bien
como para permitirles sobrevivir y reproducirse y transmitir su cultura*
(Bailey y Peoples, 1999, citado en Crehan, 2004)

Las personas somos fundamentalmente relacionales y la interacción se da de manera condicionada a nuestras diferencias biológicas, culturales, etáreas, etc., y a las desigualdades genéricas, étnicas, económicas, políticas, etc. El conocimiento y la comunicación son interpretación y se produce en el intercambio entre las y los miembros de las sociedades “homogéneas” culturalmente y de las sociedades interculturales o heterogéneas. Para dar cuenta de estos intercambios en el campo de la salud contamos con la propuesta teórico-metodológica de Eduardo Menéndez que aborda desde un análisis relacional la integración de la estructura social con la de significados, es decir, las condiciones históricas, económicas, ideológicas y políticas con las culturales.

Las y los promotores de salud son aquí interpretados como “sujetas/sujetos interculturales”, puesto que deben articular los conocimientos provenientes del hogar y comunidad con los conocimientos médicos de los cursos de capacitación y en una sociedad histórica concreta. En esta articulación resignifican o inculturán los nuevos conocimientos comportándose más que como islas culturales autocontenidas como lagos en el mar, porosos y con diferentes filtros a las corrientes marinas. Inculturación o resignificación, entendermos como el proceso cultural por el que las y los promotores resignifican lo nuevo, los conocimientos biomédicos que les proporcionan en las capacitaciones, y que no han sido hasta hace pocos años parte de los conocimientos comunitarios.

En el hogar y en los caminos del enfermo, en la práctica curativa de la población y de las/los promotores de salud, es mayoritario el TODO SIRVE. Ante ello las preguntas que me hago son: ¿**Cómo** tejen (a modo de huipil) sus saberes, las y los promotores de salud cuando articulan conocimientos provenientes de diferentes culturas (hilos de diferentes colores)? ¿**Qué** resignifican? y ¿cuáles son las **variables** que inciden en las resignificaciones en salud?

Los autores inicialmente utilizamos el término resignificación, pero a lo largo de las entrevistas realizadas este año, especialmente con el sector religioso, les resultaba más familiar y comprensible, el uso de inculturación. Con el objetivo de hacerse comprender, se utilizan indistintamente ambos términos.

Millones de personas no son ya sujetos de tiempo completo de una sola cultura (García Canclini, 2004) por lo que, más que “de cultura” debemos pasar a conocer “lo cultural”, las relaciones. Si entendemos cultura como el “conjunto de procesos sociales de significación, es decir, el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social se comprenderá mejor cómo un mismo objeto puede transformarse al pasar de un sistema cultural a otro e insertarse en nuevas relaciones sociales y simbólicas”. (García Canclini, 2004)

Un mismo objeto puede cambiar de función y significado en el paso de una cultura a otra y un huipil se puede convertir en mantel, el caballo del conquistador español en protagonista de las fiestas todosanteras y la misma religión cristiana puede dejar de ser romana y universal y sino, démonos una vuelta por las iglesias “católicas” de Santiago Atitlán o Chichicastenango. La fiesta del volcán (Hill II, 2001) es un precioso hecho histórico de diferentes significaciones, de dominación para los españoles y de resistencia para los cakchiqueles. ¿Se perdió el significado del objeto o se transformó? ¿Hubo aculturación o reproducción cultural a través de la inculturación/resignificación?

En palabras de García Canclini (2004), “estamos pasando de identidades culturales más o menos autocontenidas a procesos de interacción, confrontación y negociación entre sistemas socioculturales diversos”, resaltando con ello el signo de los nuevos tiempos, lo cultural. Si la cultura es el sistema de significados a la manera de Geertz, lo cultural será una dimensión que refiere a “diferencias, contrastes y comparaciones”, “el choque de significados en las fronteras”, el modo en que los actores imaginan lo que comparten.

En Guatemala, esta constatación es real desde hace mucho tiempo, aunque el racismo y la discriminación llevaron a pensar, que los diferentes grupos socioculturales vivíamos en comunidades aisladas. Hoy, las barreras de la discriminación van cayendo lentamente y con muchas dificultades, pero podemos pensarnos más como lagos en el mar con fronteras culturales porosas.

Las comunidades campesinas e indígenas guatemaltecas, antes, a través del dominio militar y religioso, de los tributos y trabajo forzado, y ahora con el radio o incluso la tele, la producción de telas y verduras para la exportación, la ropa americana, los familiares y amigos “mojados”, la escuela, los pastores evangélicos, los curas y monjas católicos, el personal de las ONG y de las instituciones públicas entran en contacto con personas de culturas diferentes, diversas formas de vivir el género, y desiguales poderes económicos, políticos e ideológicos.

Por otro lado, ante la diversidad de lo que nos viene “de fuera”, tendemos a interpretar que dentro de nuestro propio sistema cultural, todos y todas “entendemos” lo mismo. Pero hablar el mismo idioma no es significar lo mismo, y sino ahí están los malos entendidos, los diferentes significados del hogar, crianza de los niños, fútbol para hombres y mujeres del mismo grupo, ni la escuela y el cementerio para quienes tienen 10 o 90 años, ni la comida diaria, ocio, vivienda para las diferentes clases sociales dentro de la misma cultura.



Joven ixil de las CPR de la Sierra con radio japonés y reloj chino. (Jonathan Moller).



Gramsci (Crehan, 2002) siempre reconoció que los grupos subalternos tienen sus propias jerarquías y desigualdades y que es erróneo suponer que todos los miembros de un grupo subalterno ven el mundo de la misma manera. Y desmitificando la supuesta neutralidad de la cultura, Keesing (1987, citado en Good, 2003) reconoce que “las culturas no constituyen simplemente webs de significación, sistemas de significación que orienten a los humanos entre sí y en su mundo, constituyen ideologías, puesto que disfrazan las realidades humanas, políticas y económicas... Las culturas son webs de mistificación tanto como de significación”. En los procesos de resignificación será “importante considerar las relaciones de poder e identificar quiénes disponen de mayor fuerza para modificar la significación de los objetos pues estas interacciones se dan no sólo en un marco de diferencias culturales sino de desigualdad económica, política, simbólica”. (García Canclini, 2004)

Para Bonfil Batalla (1991): “si la antropología se dedicara más a conocer cómo los otomíes del Valle del Mezquital interpretan los mensajes de televisión, o como los grupos populares urbanos descodifican la información extranjera que reciben diariamente, podríamos tener una visión menos estereotipada y alarmante de la globalización”.

Ello lleva a que nuestro objeto de estudio no sea la cultura como sistema de significados autocontenidos sino “lo cultural”, las resignificaciones de los nuevos aprendizajes en una estructura social concreta que condiciona los significados.

La socialización como el aprender a significar

El significado es “una idea transmitida... que requiere o permite interpretación” y la interpretación es “formarse una idea de algo a la luz de creencias, juicios o circunstancias individuales” (Capra, 2002) y agregamos que también circunstancias sociales. Para comprender el significado de cualquier cosa necesitamos relacionarla con otras cosas de su entorno, de su pasado o de su futuro, pues nada tiene sentido por sí solo.

Comúnmente se toma como significar cuando algo implica otra cosa, ya de manera principal, ya secundaria... (Pérez, 1995). La significación se da en el contexto del consenso social que permite la constitución del “sistema de la lengua” como institución social pero, por otro, posee un componente individual mental que permite su almacenamiento en la memoria de los sujetos y que tiene la misma naturaleza que las representaciones colectivas propuestas por Durkheim (1912): simultáneamente personal y social.

Para Clifford Geertz (1973), la cultura es un fenómeno semiótico. La persona está inserta en tramas de significación que él mismo ha tejido. La cultura es esa urdimbre. La significación se construye dentro de eventos comunitarios producto de la historia social que comparte un grupo de personas y es la constelación de experiencias sensibles y emocionales que pueden ser comunicadas por cada cultura.

William Roseberry (1989) propone analizar los componentes históricos de la significación en tres diferentes ámbitos: el de la historia personal del individuo, el de la historia de su comunidad y el de la historia social que afecta finalmente la vida de toda una nación. Enfatiza que las diferencias culturales y las inequidades sociales y políticas condicionan los diferentes significados que las personas dan a procesos sociales idénticos. La trama de significados no puede ser descrita independientemente de los actores específicos que la construyeron. Enfatiza las tensiones que se generan entre las relaciones y significados, dentro de relaciones asimétricas.

La interpretación no puede ser separada de lo que las personas dicen que hacen y a quienes se lo dicen (Brunner, 1984). Tanto el énfasis de los diferentes personajes, como el dramatismo de la historia y el lugar del propio narrador se organizan de forma distinta en función de a quién va



dirigida la narración o como propone Andrew Long (1992) la significación particular se construye en cada arena social.

Martínez Casas (2001), mexicana, estudiosa de la semiótica aplicada a la antropología, en su tesis doctoral, relaciona la socialización con la resignificaciones en que: “la socialización es más que la inserción de los individuos dentro de sus familias o en la escuela (a través de los mecanismos responsables de inculcar aquellos patrones y actitudes necesarios para desempeñar roles sociales determinados) es también la capacidad de interacción entre los individuos que de alguna manera les permita contrastar hábitats de significados. La socialización es un proceso de resignificación cultural. Los niños desarrollan el lenguaje en un proceso que requiere aprender a significar y en este aprendizaje, el niño y la niña van a ser participantes activos en la producción del sistema de sentido y no sólo receptores pasivos como se muestra en los mecanismos de interacción madre-hijo que dan lugar a una negociación significativa en donde a pesar de que las madres tienen un papel preponderante en la interacción, responden a las demandas y potencialidades de los hijos”.

El proceso de significar, está condicionado por la cultura, el género, la clase social que se va imponiendo inconscientemente como el sentido común de la persona y del grupo social. Por ello, no hay un solo sentido común, y además éste está en continua transformación, influenciado por los múltiples mensajes y los cambios sociales que se van produciendo. Así, en el proceso de aprender un nuevo conocimiento, que en el caso de los promotores se realiza formalmente en las capacitaciones, “el factor que más influye en el aprendizaje es lo que el promotor ya sabe. Otras claves serán el contexto en que se dé el proceso de enseñanza-aprendizaje, el desarrollo psicológico, las características y necesidades personales y el que aprendemos de “en” y “de” la relación”. (Candioti de De Zan, 2001)

Todo el mundo quiere enseñarnos, los maestros, los padres y madres religiosos, los doctores, los abogados, los agrónomos, el gobierno. Todo el mundo quiere que aprendamos de ellos. Para ellos, no sabemos nada de nada.

(Tojolabales de Chiapas. Carlos Lenkersdorf. 1999)

¿Cómo se concreta esto en el campo de la salud y en particular con las y los promotores de salud?

El pluralismo médico y lo intercultural en salud

El pluralismo médico en Guatemala lo reconocemos en la variedad de terapeutas que responden a diferentes formas de atención de la salud/enfermedad, en los caminos de los enfermos en los que transita la población en la búsqueda de curación y que nos muestra cómo interrelacionan a los diferentes terapeutas y sus modelos de salud, así como los desiguales poderes económicos, políticos y simbólicos que mediatizan las relaciones entre los terapeutas de los diferentes modelos, y con la población.

Una mejor comprensión de lo intercultural en el pluralismo médico, conlleva estudiar las relaciones microsociales que se establecen entre la población y los terapeutas, así como entre estos últimos como representantes de los diferentes modelos de salud y todos ellos integrados en una estructura social de una sociedad histórica-concreta. Diversos autores han abordado desde diferentes enfoques este campo de las relaciones micro y macro en el campo de la salud.

Desde la *antropología médica cultural*, Kleinman (1973a) propone que la enfermedad no es una entidad sino un modelo explicativo, que la enfermedad pertenece a la cultura, y especialmente a la cultura especializada de la medicina, que la cultura no es sólo un medio de representar la enfermedad, sino que es esencial para la propia constitución como una realidad humana. La biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como





objeto social y experiencia vivida. La cultura, Kleinman (1973b), aporta un puente simbólico entre los significados intersubjetivos y el cuerpo humano... organizándose de manera muy distinta la experiencia de la enfermedad y el comportamiento, según la sociedad de la que se trate.

Una de las categorías analíticas más desarrolladas por Kleinman son los “modelos explicativos”, MES, que los define como las “...naciones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, que son empleadas por todos aquellos que se ocupan del proceso clínico” (Kleinman, citado por Osorio, 2001). Los saberes, MES, que explican ese padecimiento para el enfermo y el terapeuta son claves para el encuentro cultural de la consulta. También él es quien hace una clara distinción entre las creencias generales sobre la salud/enfermedad y los MES que se refieren a episodios concretos de padecimientos.

La crítica a Kleinman llega desde autores que como Osorio (2001) señalan que “las relaciones de poder (en el encuentro clínico) se reducen fundamentalmente a las dificultades en los procesos cognitivos y comunicativos del encuentro clínico, producto de las diferencias entre los modelos explicativos de los actores sociales involucrados. Ni los intereses de clase ni corporativos son examinados a profundidad en la propuesta de Kleinman y el papel del antropólogo vendría a ser el de *traductor cultural* que elicit los MES para una mejor comprensión por parte de la práctica médica clínica”; pero “los sujetos generan prácticas y atribuyen significados, en tanto que son miembros de conjuntos sociales más amplios, por lo cual se hace necesario un análisis complementario de los niveles micro y macrosocial, siendo la relación entre ellos, el eje en el cual deben ser enfocados los modelos médicos”.

Desde esta perspectiva crítica, los MES servirían para “mejorar” el proceso comunicativo entre el médico y el paciente, pero la “traducción” reduciría los procesos de S/E/A a procesos biológicos poniendo al médico/médica en condiciones inmejorables a favorecer los procesos de medicalización y expansión de la hegemonía biomédica.

En la *antropología política*, la propuesta teórico-metodológica parte de otras premisas, las relaciones político-ideológicas desiguales de hegemonía/subalternidad que se establecen entre los diferentes modelos de atención. Eduardo Menéndez señala que es necesario incorporar tanto la estructura social como la estructura de significados y propone un análisis relacional que integre las condiciones socio-históricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de los modelos. Y para su operativización construye diferentes modelos, instrumentos que nos ayuda a interpretar la realidad, como el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Médico Alternativo Subalterno, y el Modelo de Autoatención.

De esta manera el Modelo Médico Hegemónico –MMH– incluye a la biomedicina, la oficial, científica y nos permite comprender el saber médico en términos de sus racionalidades técnico-ideológicas.

El Modelo Médico Hegemónico es el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVII, hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada con criterios científicos como políticos (Menéndez y Di Pardo, 1996. Citados por Osorio, 2001)

Los rasgos estructurales que la caracterizan son: el biologismo, la concepción teórico-metodológica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo, la salud/enfermedad como mercancías en términos directos e indirectos, la eficacia pragmática, la orientación curativo-asistencial, la concepción de la enfermedad como ruptura-diferencia, la práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, la relación



médico-paciente asimétrica y subordinada, la exclusión del saber del paciente, la profesión formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, la tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, la normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, el control socioideológico, la escisión teoría y práctica (Menéndez, 1981, 1984)

El Modelo Médico Alternativo Subordinado –MMAS–,

...integraría las prácticas médicas reconocidas como “tradicionales”, así como otras prácticas médicas alternativas, tales como la medicina ayurvédica, la acupuntura, la herbolaria, las prácticas espiritistas y otras que la MMH ha tendido a estigmatizar o por lo menos, a subordinar ideológica e institucionalmente. Dentro de sus caracteres estructurales se identifican la totalización psicosomática, ahistoricidad, legitimación comunal o grupal de las actividades curativas, eficacia simbólica, con tendencias al pragmatismo y al mercantilismo”. (Menéndez, 1981, 1984. Citado por Osorio, 2001)

Por último, el modelo de autoatención –MAA–, que se realiza en el hogar y al margen de los profesionales de la medicina. Es una actividad constante, estructural y no un episodio temporal o coyuntural, por lo tanto de cobertura universal que lo realizan fundamentalmente las mujeres desarrollando actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación y será la autoatención, el nivel doméstico el principal núcleo de la inculturación cultural y social, de la articulación teórico-práctico para comprender los caminos de los enfermos.

Y ¿cuál va a ser el factor decisivo para la diferenciación entre los modelos? Para Menéndez (s/f) está en los principios de racionalidad científica, que se expresan a través de la dimensión biológica. El MMH, la biomedicina, “es de la investigación biológica, bioquímica y genética que extrae sus principales explicaciones e instrumentos de curación... y el biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los factores principales de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad... Estos factores serán anecdóticos, periféricos en la formación médica”.

Otro criterio a considerar suele ser la eficacia curativa, pero no es decisivo pues se atribuyen los éxitos de los modelos subordinados a la eficacia simbólica, a veces de placebo, sin reconocerles suficientemente eficacias farmacéuticas, energéticas, espirituales.

El principio de racionalidad científica biologicista es el que tiende a establecer la relación de hegemonía/ subalternidad y justificar la exclusión de los otros modelos a las que se identifican como no científicas y a las que denominará folk, popular, tradicional, indígena, nativa, cultural, etc., con connotaciones claramente subalternas.

Estas diferentes representaciones sociales de los modelos llevan a que las porosidades y transacciones consiguientes sean desiguales. La indigenización del MMH es anecdótica, pues no pasa de la traducción cultural, y la popularización del MMH es más reconocible en los caminos del enfermo.

Mientras los médicos del MMH se muestran casi impermeables a integrar los aportes de los otros modelos, los terapeutas de los otros modelos, muchas veces destacan las diferencias en un mecanismo defensivo, aunque están más abiertos a la complementariedad. Será la población que ante la búsqueda de la curación, articule los diferentes modelos en sus modelos explicativos y concluya en un contundente: “todo sirve”. Para Menéndez (s/f) “los indicadores diagnósticos que los grupos manejan, posibilitan una articulación práctico/ideológica entre las diferentes formas de atención estableciendo una conexión entre las mismas a través de la carrera del enfermo. A esta aproximación sociocultural, le podríamos agregar factores de tipo económico, técnico e ideológico”.





Aproximaciones al conocimiento en salud/enfermedad/atención de la población

Especialmente desde la antropología se han elaborado diferentes propuestas teórico-metodológicas para interpretar los conocimientos y prácticas de la población especialmente de su modelo de autoatención y los caminos del enfermo. Nos referimos con los “caminos del enfermo” a las otras opciones a las que accede el enfermo ya fuera del hogar cuando en éste no se ha resuelto favorablemente su padecimiento.

Uno de esos constructos para comprender desde los médicos y antropólogos, el sistema de creencias o conocimientos, las lógicas diagnósticas de una buena parte de la población guatemalteca, es la clasificación en 6 categorías de las enfermedades “tradicionales” más frecuentes de Guatemala MES es la realizada por el pediatra y antropólogo, el Dr. Juan José Hurtado (Hurtado, s/f; Reyes, 1998):

Categoría 1	Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo. Ejemplos de ello son la mollera caída, el estómago caído.
Categoría 2	Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional. Así, el chipe, el sobre parto.
Categoría 3	Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor/frío. Son las más frecuentes y explican muchas enfermedades digestivas, respiratorias, óseas, cutáneas.
Categoría 4	Enfermedades causadas por la pérdida del alma. El susto.
Categoría 5	Enfermedades causadas por la influencia de otros seres, naturales o sobrenaturales. El ojo.
Categoría 6	Enfermedades causadas por parásitos intestinales. Las lombrices de leche.

A esta clasificación y para explicarse el abordaje de la población a las enfermedades conocidas ahora como “infecciones” y para cuyo tratamiento es del conocimiento de la población el requerimiento del antibiótico, se podría ampliar a la clasificación anterior, una nueva categoría:

Categoría 7	Enfermedades por microbios: virus y bacterias. Las infecciones. Bronconeumonía, dermatitis, abscesos...
-------------	--

La categoría microbios, infecciones para una parte de la población se sumerge en la categoría caliente-frío mientras que para otra adquiere categoría propia.

En la consulta médica se observa frecuentemente cómo los antibióticos son considerados medicamentos calientes y cuya aplicación debe acompañarse de restricciones en la alimentación, evitando el chile y los frijoles, así como la exposición al sol o trabajos físicos, todos ellos calientes. Ello nos estaría hablando de una superposición de la categoría caliente-frío con algunas de las enfermedades biomédicas y los medicamentos farmacéuticos.

Otra clasificación es la propuesta por Young (1986; citado en Osorio, 2001) en relación con la importancia otorgada a los procesos etiológicos o a los fisiológicos, los primeros como sistemas externalizados y los segundos como sistemas internalizados. En los primeros, la explicación etiológica se orienta a los eventos externos al cuerpo del enfermo, especialmente ligados al mundo social. Los agentes pueden ser humanos o seres antropomorfizados y el diagnóstico se concentra en averiguar cuáles eventos han llevado al enfermo a atraer la atención de los agentes patógenos.



En los sistemas internalizados se centran en los sucesos que ocurren en el cuerpo del enfermo, desde el inicio a la conclusión del malestar.

Hay también clasificaciones más operativas como la de Osorio (2001), con madres que habitan en las cercanías del Distrito Federal de México, que enfatiza lan relación entre los tipos de enfermedades y los recursos de atención realmente disponibles, accesibles o usuales:

- *Padecimiento que de manera preferencial o exclusiva puede tratar el médico pero donde la madre de familia se excluye como posible curadora. Enfermedades graves o que requieren cirugía.*
- *Padecimientos en los que se considera habilitado al médico pero que de manera paralela o alternativa puedan ser tratados con otros curadores incluidas las madres. La mayoría de las enfermedades infantiles.*
- *Padecimientos que “no puede ni sabe curar la medicina del doctor”, donde fundamentalmente participan los terapeutas “tradicionales” (profesionales y vecinales) y pueden incluir a la madre. El empacho, ojo, aire, caída de mollera.*
- *De manera preferencial o exclusiva tratan los terapeutas “tradicionales” profesionales y en donde se excluyen todos los demás. Susto, brujería...*

Una aproximación nos lleva a concluir que también un mismo padecimiento puede ser explicable desde diferentes MES y en especial es la categoría caliente-frío que se muestra la más permeable a integrarse con las enfermedades biomédicas y los medicamentos farmacéuticos.

Las y los promotores de salud, las capacitaciones y las variables de inculturación

Las y los promotores de salud son “sujetas/sujetos interculturales” que se nutren de los conocimientos del hogar, de la comunidad y de las capacitaciones con un enfoque eminentemente biomédico por parte de las y los trabajadores de salud del Ministerio de Salud, MSPAS, y de las Organizaciones No Gubernamentales, ONG.

Son personas que han construido su conocimiento básico del proceso salud/enfermedad/atención en una socialización primaria y secundaria, familiar y comunitaria, que puede ser teorizada de una manera cercana a las categorías del modelo del Dr. Hurtado.

¿Qué promotor no cuenta en su casa con el *Donde no hay doctor* de David Werner? ¿Cómo incultan esta Biblia de promotores? ¿Cómo incultan los nuevos conocimientos biomédicos las y los promotores en las capacitaciones de las ONG-MSPAS? En palabras de Axel Ruiz (enfermero, capacitador de promotores, conocedor de varios idiomas mayas): “Agregamos más conocimientos a los que ya tienen... tienen el metate abierto y echan de todo. Cuando necesitan sacan lo más accesible”. Para otros capacitadores las respuestas son: “Aceptan la idea nueva, pero no dejan la de los abuelos” (Chalí, promotor de medicina natural) o, “si resulta lo aceptan, se está viendo sobre todo el resultado” (Barreno, promotor de salud y multiplicador).

La inculturación construida por las y los promotores no va a ser homogénea, pues va a estar mediada por sus historias personales, familiares, comunitarias y estatal. Entre las personales, el modelo de autoatención familiar, la edad de socialización de los nuevos conocimientos biomédicos y las mayores/menores habilidades (y actitudes) para modificar el punto de partida (el Modelo de Autoatención). Las variables socioeconómicas y la educación formal (que aumenta las habilidades para incorporar los nuevos conocimientos) que aumentan el atractivo del poder simbólico del Modelo Médico Hegemónico.

El alivio rápido de síntomas en el que las inyecciones son el recurso terapéutico más solicitado, son vividos como curación, y esta eficacia curativa promueve la hegemonía del modelo biomédico.



Pero su legitimación va unida también al poder simbólico del MMH al que se accede con dinero. Es la representación del poder del mundo occidental que domina seduciendo.

Las condiciones en que se desarrollan los procesos de enseñanza-aprendizaje en las ONG-Iglesias (y menos con el MSPAS) se dan en condiciones de confianza, en una “atmósfera de igualdad y fraternidad” que hacen más persuasivo el discurso del capacitador. El centro de capacitación es vivido como “ASECSA fue mi escuela” (Cupertino, promotor y ajq’ij) y en consecuencia los capacitadores son maestros y amigos. El deseo de aprender del promotor es su principal motivación y ésta va cargado de autoestima y de aprendizaje significativo, pues luego me va a servir “para curar mi familia” y mis vecinos.

Pero el capacitador/ra difícilmente escapa de su formación universitaria, “Id y enseñad”, por lo que al final evaluará a las y los promotores, con base en lo que él o ella han impartido, dejando los conocimientos comunitarios del promotor en la introducción al tema. En el desarrollo del tema y en la evaluación se constatará consciente o inconscientemente que la verdad la ha transmitido el facilitador/capacitador/ra y que es en lo que se les va a evaluar.

En los cursos/capacitaciones de hace años, el componente social era importante en muchas de ellas, pero cada vez se pone más atención en la formación técnica, en que adquieran “tal cual” los conocimientos trāsmitidos por el capacitador sin ser conscientes de las inculturaciones producidas, pero tampoco de los procesos de socialización “entre pares”, entre promotores y promotoras en los pasillos, comedores y dormitorios. En este relacionamiento horizontal se comparten conocimientos en salud, se validan significados compartidos, pero también es una socialización con base en objetivos comunes (la salud de la familia y de la comunidad) de indígenas y no indígenas, entre indígenas de diferentes etnias, ampliándose el mutuo conocimiento, rompiendo estereotipos y haciendo amigos en los otros. Es para muchos y muchas una experiencia novedosa en una sociedad discriminatoria. La visión local y comunitaria se amplía con la conciencia de ser todos y todas guatemaltecos. La “escuela de salud”, desborda el pensum y lo planificado por los capacitadores, adquiere connotaciones sociales, culturales y políticas independientes de la programación técnica.

Para las/los facilitadores estos cursos son fundamentalmente contenidos mientras que para muchos y muchas de los promotores es además intercambio, sistematización y validación de experiencias.



Desde una de las esquinas de la antigua sede de ASECSA en Chimaltenango. (ASECSA)

El sentarse en una esquinita de las antiguas “casas de cartón”, de ASECSA en Chimaltenango, y ver pasar a tantos promotores y promotoras de oriente y occidente, del norte y del sur, de las comunidades de población en resistencia y de las patrullas de autodefensa civil, con sus libros, papeles y lapiceros, unidos en el afán de aprender y de “servir a la comunidad” es una de las películas más impresionantes de este país.



Promotores de salud tocando marimba. (ASECSA).

Tres promotores, tres tendencias en la articulación de las dimensiones del proceso salud, enfermedad y atención

El punto de partida es la evidencia de que en los caminos del enfermo “todo sirve” pues lo importante es la curación. ¿Qué marco teórico hay detrás de esa conclusión práctica?. Para ello trabajé con cientos de promotores y destaco tres tendencias, tres diferentes formas de articular los diversos conocimientos haciéndolos complementarios en diferentes grados. Transmito las palabras de tres de ellos, una promotora y dos promotores, pero antes la pequeña experiencia de hacer preguntas no pertinentes.

Ante la pregunta al promotor/promotora, grupal o individualmente, de:

- Entrevistador: ¿Son parecidos los conocimientos de salud que aprendiste en tu familia y en la comunidad con los de las capacitaciones médicas?
- Promotores: SON DIFERENTES.
- Entrevistador: ¿Cómo integras los conocimientos de la familia, la comunidad con el de las capacitaciones?
- La respuesta siempre fue: ¿CÓMO ES ESO?

En Augé (1996) leía que “el pensamiento del informante no se concibe en los mismos términos que las preguntas del investigador. Las preguntas en la medida en que intentan convertir en algo evidente una totalidad sistémica, elaboran un enunciado que no encuentra un equivalente exacto en los interlocutores. Ningún informante ha pronunciado jamás el conjunto de discursos que el etnólogo llama “sistema de pensamiento”. Esta totalidad sistémica agrupa casi siempre las respuestas parciales de los informadores y las interpretaciones del etnólogo, sensible a las regularidades, a las convergencias y a las significaciones implícitas y a la lógica virtual que subyace a la diversidad de los hechos observados y a las respuestas obtenidas”. Y aunque es otro el sentido que le da Cabarrús (1998), me ayudó a recomponer las preguntas cuando escribe: “Si uno pregunta un poco más no saben –quizás no sabemos– explicar”. Tomé conciencia de que se debe partir de los Modelos explicativos, padecimientos concretos y sus caminos del enfermo y uno como autor”, construye el sistema cultural”, el marco teórico desde el que interpretamos.

¿Qué condiciona la porosidad de las fronteras de promotores? Diferentes autores se refieren a la historia personal, familiar, comunitaria y nacional/estatal. Presentamos a continuación 3 de estas historias:



- La primera es una **promotora de salud** de 44 años de edad y con 17 años de experiencia.
 - Variables: mestiza, castellano hablante y de abuelos *chortí* que ya no hablaban el idioma; se inició de promotora con 27 años; tiene sexto primaria; socioeconómica y laboralmente nació en familia pobre, eran colonos de finca de café, cuyo papá fue expulsado cuando era de 11 años y se vino al pueblo, en donde a los 16 se casó con un albañil y se fueron a vivir a otro pueblo; se considera de clase media baja.
 - Modelo explicativo: “El resfriado puede ser por enfriamiento, frío, mojarse, aire, virus. La bronconeumonía por sus señas son bacterias. Hay enfermedades digestivas que pueden ser por alimentos calientes o fríos, por exceso de cantidad, mala calidad, falta de higiene, parásitos, virus, bacterias. Deben estudiarse las señas. También hay enfermedades por desequilibrio de energía y se curan con baños de ruda, limón, y se curan de verdad.” “A través de las señas vamos diagnosticando” y discerniendo desde qué modelo explicativo podemos curar. “Yo excluiría que puede ser ambas cosas”. “Lograr el equilibrio es importante”. “La gente camina en los dos (caliente-frío y biológico) y la realidad es que todo sirve”.
- El segundo es un **promotor de salud** de 52 años con 30 de experiencia.
 - Variables: es kaqchikel; tenía primero de primaria cuando se inició de promotor con 22 años y de casado sacó el básico; nació en una aldea en donde sigue viviendo, pasó de clase baja a media baja siendo director de una ONG local con el consiguiente capital relacional. Tiene 7 hijos y varios de ellos están logrando estudios universitarios.
 - Modelo explicativo: Ante los temas impartidos en los años 60 en la Berhrhorst: “yo no sabía eso. Yo pensaba que el norte era aquí y resultó que era acá. Fuimos conociendo más y fuimos cambiando esta página y entrando a lo correcto” (señala con su mano el norte y luego lo lleva al sur, como en el poema de Machado: “se equivocó la paloma, se equivocaba...”). “Lo caliente-frío queda en segundo plano y priorizo las explicaciones de las capacitaciones”. “Manejamos las dos cosas pues está en juego la salud y como promotores no desechamos ni una, depende de la confianza de la gente, cuál usamos”.
- El tercer **promotor**, es ajq’ij (guía espiritual) de 43 años, y 12 como promotor.
 - Variables: kaqchikel; se inició con 31 años como promotor; tiene básico y diplomados de promotor agropecuario, cooperativismo, desarrollo comunitario; hijo de campesinos arrendatarios en finca, por la violencia de los 80 emigraron al pueblo, en donde actualmente tiene una clínica, es representante de cooperativa de tierras y tienen un importante capital relacional; considera ha pasado de clase pobre a media.
 - Variables: “Además de los medicamentos debes tener fe, encomendarse a Dios que es nuestro dueño y creer en los medicamentos”. “Son complementarios”. “No se contradicen y las infecciones pueden ser calientes o frías, hay diarreas por frío y diarreas por calor como la disentería”. “Diagnostico como espiritual más por la forma en que se expresa, el planteamiento que hace y lo otro más por los síntomas y los signos”. “Cuando la gente no ha encontrado un buen paso, tenemos que dar apoyo psicológico y darle atención espiritual”. “Al no tomar en cuenta lo que la gente cree, las personas se trauman. Y si se les toma en cuenta, se sienten bien y sienten alivio”. “Muchos problemas de salud tienen que ver por falta de trabajo y tierra”.

Resultados

La primera promotora siendo no indígena y teniendo primaria en la escolaridad trabaja con promotoras y población kaqchikel. El segundo, es kaqchikel, con básico y director de una ONG. El tercer promotor es un ajq’ij, kaqchikel, tiene el básico y es también director de una ONG. El primero y el tercero caminan entre los dos modelos explicativos predominantes en el país, las



categorías de Hurtado y las biomédicas, con mucha naturalidad. El segundo, participa más del biomédico, pero conoce el modelo explicativo de la población. Todos coinciden en tomar en cuenta a la persona enferma, el conocimiento que tiene de su padecimiento, su condición social y sicológica e incluso sus indicadores de espiritualidad.

- Las variables más importantes en la inculturación biomédica considero son:
 - La escolaridad otorga habilidades como el idioma español, la racionalidad científica, pero no necesariamente lleva a la integración exclusiva en el modelo biomédico.
 - Una mejor condición socioeconómica y laboral favorece el acceso a través del pago o de los centros de salud, al Modelo Médico Hegemónico y su poder simbólico.
 - Las capacitaciones biomédica con carácter persuasivo (fraterno), más el deseo de aprender (autoestima) y de aprendizaje significativo (para ayudar a mi familia) favorecen la articulación con el modelo biomédico.
 - La eficacia curativa de los medicamentos legitima la teoría.
 - En las estrategias de diagnóstico y tratamiento, el promotor (y la población) buscan la curación del enfermo/a y el resultado es que:
 - No hay exclusión de modelos de salud. Hay inclusión y complementariedad pero las variables llevan a diferentes priorizaciones. Un mismo padecimiento puede estar permeado por diferentes tipos de explicaciones, causalidades.
 - Las y los promotores tienen “indicadores diagnósticos” que les dan pautas para en qué modelo actuar.
 - Se adaptan a las y los interlocutores, valorando la importancia de la confianza y darle lugar al paciente, que se sienta bien.

Reflexiones finales:

- La Porosidad es desigual entre las y los promotores pero nadie llega a cerrar los poros a los otros modelos de salud. Hay más porosidad si se consideran complementarios y menos si predomina el biomédico, pues éstos tienden a secundarizar a los otros modelos, aunque siempre reconocen la importancia del interlocutor.
- Lo biomédico tiende por su racionalidad científica, aunque parcial por ser sólo biológica, a considerarse la verdad objetiva y por ello excluyente relegando a los demás modelos a anecdóticos, creencias o ignorancia.
- Las y los promotores, al menos una parte de ellos/ellas, construyen un nuevo conocimiento, desbordando el conocimiento aislado de lo biomédico o de lo comunitario, evidenciado en la entrevista clínica, al tomar en cuenta las condiciones sociales, las sicológicas y los síntomas y signos biomédicos, culturales y espirituales.

Considero que por su visión más integral, articulan lo biológico de los cursos, lo social por su inserción vital (habitacional y laboral; conocen a sus vecinos en sus problemas y ellos/ellas mismos lo viven) y lo sico-espiritual a través de la espiritualidad maya.

Y si lo anterior no lo integran todos, SÍ masivamente toman en cuenta al interlocutor siguiendo sin saber, al maestro Hipócrates cuando decía que “no hay enfermedades sino enfermos”.

Caracterizar como inculturación en las/los promotores como sólo la incorporación de significados ya dados o como incluir los nuevos objetos en categorías ya conocidas es insuficiente, pues es más que eso. Al menos un grupo de ellos/ellas logran construir una entrevista clínica más integral, al



tejer la estructura social y de significados y tomar en cuenta al interlocutor, lo que conlleva adaptación, negociación, que desborda la limitación unidimensional de la biomedicina.

Retomamos de Candiotti de De Zan (2001) que “el proceso cognoscitivo, si bien es llevado a cabo por el sujeto, se inserta en un ámbito de ‘socialidad’ que lo trasciende. Hace referencia a procesos estratificados en la formación de sentido, estrechamente ligados a la interacción. También incluye al conocimiento que se gesta en la vida cotidiana. La cognición se define a partir de la interacción social y de la ‘comprensión’ que la hace posible. La praxis es reveladora de sentido. El sujeto recoge significados y construye otros nuevos. Puede construir, porque no es ‘papel en blanco’ y cuenta con capacidades para ello”.

Recomendaciones

Las y los trabajadores de salud que queremos transformar la teoría-praxis debemos tomar en cuenta que:

- Estamos frente a sujetos y sujetas con un mundo ya constituido en un sentido, a un mundo que ya tiene múltiples significaciones y que es percibido de acuerdo con esta superposición. Que la estructura de significados está inserta en una estructura social y que toda experiencia, por simple que parezca, tiene detrás una historia de sentido.
- La traducción no debe forzar equivalencias en la nomenclatura y clasificación de enfermedades. Algunas equivalencias pueden ser coherentes y operativas. Otras no. La traducción, no puede ser generalizable, pues se dejan de reconocer los condicionantes socioculturales e históricos, y se reducen los procesos de salud, enfermedad, atención a procesos casi exclusivamente biológicos.

No olvidarnos que el objetivo debe ser aportar a la salud y en particular de las poblaciones más discriminadas. Ello no puede ser abordado exclusivamente desde las ciencias biológicas, es necesaria la multidisciplinariedad y la resolución de las causas sociales, políticas e ideológicas que dan lugar a las desigualdades.



Promotores de salud aprendiendo acupuntura. (ASECSA)

Bibliografía en orden de consulta

- Morín, Edgar Morín. *Los 7 saberes necesarios para la educación del futuro*. Paidós Studio. Barcelona, 2001.
- Crehan, Kate. *Gramsci, cultura y antropología*. Ed. Bellaterra. Barcelona, 2004.
- García Canclini, Néstor. *Diferentes, desiguales y desconectados*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2004.
- Hill, Robert. Capítulo 1: La fiesta del volcán (pp. 1-11). En: *Los Kaqchikeles de la época colonial. Adaptaciones de los mayas del altiplano al gobierno español, 1600-1700*. Ed Cholsamaj. Guatemala 2001.
- Good, Byron J. *Medicina, racionalidad y experiencia*. Ed Bellaterra. Barcelona, 2003.
- Broda, Johanna. “Cosmovisión. Ritual e identidad”. En: *La Gaceta del FCE*. Número 380. México, DF, agosto 2002.
- Bonfil Batalla, Guillermo. “Desafíos a la antropología en la sociedad contemporánea”, Iztapalapa 24, año 11, número extraordinario. México, 1991.
- Capra, Fritjof. *Las conexiones ocultas*. Ed. Anagrama. Barcelona, 2002.
- Martínez Casas, María Regina. “Una cara indígena de Guadalajara: la resignificación de la cultura otomí en la ciudad”. Tesis doctoral en ciencias antropológicas. UAM, México, DF, 2001.
- Candiotti de De Zan, María Elena. *La construcción social del conocimiento. Aportes para una concepción crítica del aprendizaje*. Ed. Santillana. Argentina, 2001.
- Lenkersdorf, Carlos. Cosmovisión maya. Editado por CeAcatl. México, 1999.
- Kleinman, Arthur. “Toward a Comparative Study of Medical Systems”. *Science, Medicine and Man*, 1, 1973a, pp 55/65.
- Kleinman, A. “Medicine’s Symbolic Reality: On the Central Problem in the Philosophy of Medicine”. *Inquiry*, 1973b, pp. 206-213.
- Osorio Carranza, Rosa María. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. CIESAS. México, 1991.
- Menéndez, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En: “Hacia una práctica médica alternativa”. Cuadernos de la Casa Chata # 86. CIESAS. México, 1984.
- Menéndez, Eduardo. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. “Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones”. Cuadernos de la Casa Chata. CIESAS. México, 1990.
- Menéndez, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. CIESAS/México. Mimeografiado, sin fecha.
- Reyes, Oscar. Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad en Mesoamérica. Estudios Interétnicos. USAC. *Revista del Instituto de Estudios Interétnicos*. Año 6, número 8, Guatemala, 1998.
- Cabarrús, Carlos Rafael. *La cosmovisión q’eqchi’ en proceso de cambio*. Cholsamaj. Guatemala 1998.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

La instrumentalización de la población en función de las metas institucionales

“Antes que se hiciera popular el término Participación Comunitaria, PC, apareció el de Desarrollo Comunitario en el Tercer Mundo. Tuvo su origen en la Gran Bretaña y fue utilizado tanto por motivos políticos como económicos, en relación al desarrollo de la educación básica y bienestar social en sus colonias. Posteriormente, las Naciones Unidas y algunos países del Tercer Mundo lo promovieron con una orientación fundamentalmente rural. Es al final de los años 60 que se valoró necesaria la Participación Comunitaria cuando se tuvo conciencia del fracaso de los modelos de crecimiento económico y también de que proyectos ‘técnicamente’ correctos pero con poco conocimiento de la realidad sociocultural fracasan por el rechazo o diferente utilización de la prevista por los beneficiarios” (Turabián, 1992).

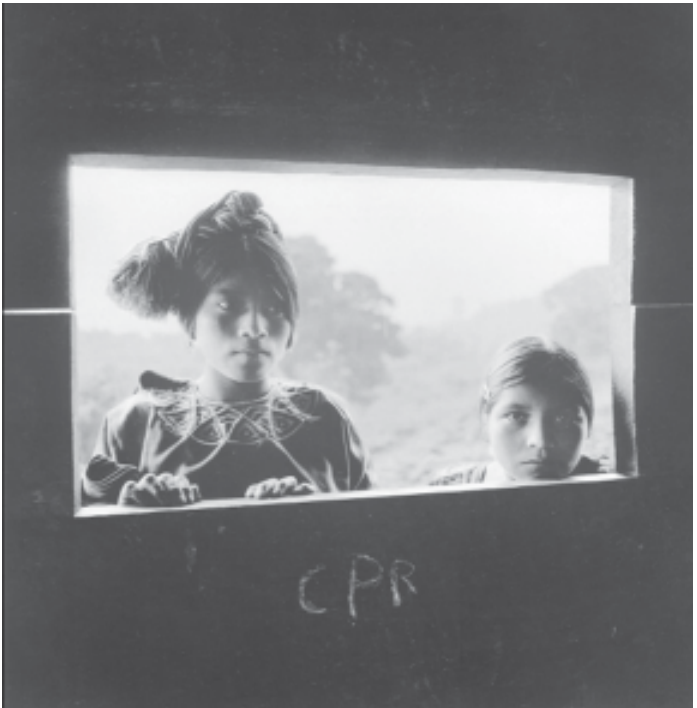
En contraposición al “injusto estatus quo” en ámbitos no gubernamentales surge “otro desarrollo comunitario” orientado a las necesidades de la población, confiando en las posibilidades de la gente y basado en las transformaciones estructurales.

El sector salud (Turabián, 1992) llegó a estar progresivamente interesado en el desarrollo comunitario y la participación comunitaria debido a la toma de conciencia de que las causas de la enfermedad estaban en las condiciones de vida: falta de agua o inadecuada potabilización, deficiente alcantarillado y eliminación de basuras, falta de tierra cultivable, mala nutrición, falta de educación, de recursos financieros y los efectos de las relaciones sociales. De este modo, la participación comunitaria pasó a ser utilizado indistintamente en zonas rurales y urbanas.

Navarro (1984) nos recuerda que las principales recomendaciones de Alma Ata (1978) ya habían sido publicadas en 1972, por la Office of Health Economics, el centro intelectual de la industria farmacéutica británica; en 1975 por el Banco Mundial y en la misma fecha aparece por parte de la Organización Mundial de la Salud, OMS, la publicación de Newell “Health by the people” que marca unos principios generales de participación comunitaria, en donde uno de los capítulos es la experiencia de Chimaltenango desarrollada por Carroll Behrhorst.

APS Selectiva	Se enfoca sobre un número limitado de servicios de alto impacto. ACTIVIDADES
APS como Nivel	Primer nivel atención institucional. Atención primaria, en lugar de Atención Primaria de salud. Se refiere al punto de entrada al sistema de salud. NIVEL
APS Integral	Como el primer de atención integral e integrada que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. ESTRATEGIA
APS Incluyente	Salud como derecho humano y la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de salud. Primer nivel somos todos y todas. FILOSOFIA

OPS, OMS. Renovando la APS en Las Américas. Un documento de Posición de la OPS/OMS. Borrador para discusión. Mayo 2005.



Jóvenes asomándose a una clínica de las CPR de la Sierra.
(Jonathan Moller).

Es cierto que mucho antes de Alma Ata, existían proyectos en agricultura, desarrollo urbano, vivienda, que habían incorporado la idea de la participación comunitaria (Ugalde, 1998) pero aquí se consagró la necesidad de la participación comunitaria en salud.

La Conferencia de Alma Ata (1978) definió una serie de elementos de la Atención Primaria de Salud, APS, (Vuori, 1984) como: un Conjunto de Actividades...; un Nivel de Atención; el Primer Contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales; una Estrategia, accesible, atenta a las necesidades de la población, integrada funcionalmente, basada en la participación comunitaria, de coste eficaz y caracterizada por la colaboración de sectores sociales; una Filosofía de justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad, aceptación de un concepto amplio y positivo de salud.

En todas las variantes de APS, la PC fue una de las tácticas o estrategias, según su relevancia, en el accionar institucional gubernamental y no gubernamental. Para Bassin (1999), “en la APS se prefirió utilizar el término *comunidad*, poniendo de relieve lo que tienen *en común*, instancia pacífica y no *pueblo*, que aparece como *belicoso*, en rebelión contra el opresor”.

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, la participación comunitaria es “un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal” y para Naciones Unidas (1981) “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”.

Para evaluar la calidad de la participación comunitaria son útiles las escalas de Rifkin y Arnstein. En las “Modalidades de participación” (Rifkin, 1990) de menor a mayor, la Participación pasiva (la población como beneficiaria pasiva), la Participación con mano de obra o dinero (los planificadores escogen actividades), la Participación en la ejecución (los planificadores fijan objetivos), la Participación en la vigilancia y evaluación y finalmente la Participación en la planificación.

Y por el “Nivel de poder de la comunidad” (Arnstein, 1969), también de menos a más: Información. Consulta. Negociación. Delegación de poder. Control ciudadano y veto.

La Participación comunitaria, según la utilización que se haga de ella puede ser considerada un instrumento para la integración en el sistema o al contrario para su transformación. “Para algunas agencias implementadoras, la participación tiene carácter funcional, ya que saben de la mayor probabilidad de fracaso cuando no toman en cuenta a la gente. La participación puede ser económica en forma de trabajo voluntario, mano de obra o a bajo costo... donaciones de materiales o terrenos...



Y para los gobiernos es una forma de reducir costos... Es indudable que el espíritu de la idea de participación es el derecho a la gestión de su propio destino y eso significa respeto a como las comunidades interpretan sus intereses, su cultura y el dominio de su entorno...” (Ugalde, 1998).

Entonces, la pregunta obligada es: Participación ¿para qué? ¿Es un fin en sí mismo como parte de una sociedad democrática o es un medio para integrar o cambiar el sistema? Es un derecho en la democracia participativa y puede por ello ser un fin en sí mismo, también tiene la utilidad de mejorar los resultados de los programas o proyectos; puede aumentar la capacidad de las personas, estimularlas a participar en otras esferas de la vida y promover un espíritu fraterno. Los diferentes fines a veces se complementan y en otras se excluyen.

Debates a nivel internacional sobre la participación de las/los Promotores de salud

La Participación comunitaria en la APS, muchas veces se ha focalizado a trabajar con las/los promotores y las comadronas. Al respecto ha habido varios foros organizados por la OMS en el que destacamos las declaraciones de varios amigos de los promotores de salud. Así, David Werner (1981) polemiza en el Primer Foro Mundial de la salud, OMS, titulando su ponencia “El agente de salud de aldea: ¿lacayo o libertador?”:

Es indudable que los factores políticos pueden constituir uno de los principales obstáculos a un programa de apoyo a la comunidad, tanto para las políticas de aldea como para la política nacional. La estructura política y económica del país influirá necesariamente en la medida en que su programa de salud se oriente o no hacia el apoyo de la comunidad. Si al agente de salud se le adiestra en un número considerable de técnicas, si se le estimula a que piense, tenga iniciativa y siga aprendiendo por su cuenta, si se respeta su criterio, si sus limitaciones vienen determinadas solamente por lo que sabe y puede hacer, y si la supervisión le da apoyo y contribuye a su formación, es muy probable que trabaje con energía y dedicación, que aporte de manera importante a su comunidad y que consiga confianza y el afecto de la población. Su ejemplo puede servir de modelo para que sus convecinos comprendan que también ellos pueden aprender nuevas técnicas y asumir nuevas responsabilidades, y que es posible mejorar la situación mediante el propio esfuerzo. Puede convertirse en un promotor de progreso en general al ayudar a los habitantes a tomar conciencia de sus posibilidades humanas, de sus derechos humanos. Sin embargo, en algunos países ¡esa clase de hombres son peligrosos! Son el germen del cambio social. Por ello que en algunos programas se moldea un agente de salud de aldea, al que se le adiestra en un número muy limitado de técnicas y no se le enseña a pensar sino que debe seguir una lista de instrucciones o normas muy específicas...

*Son muchas las personas que se inclinan a considerar al agente de salud como “sucedáneo” provisional del médico, que sólo es aceptable a falta de éste, y que piensan que los campesinos estarían mejor atendidos si contaran con más médicos y menos agentes primarios de salud, si fuese posible desde el punto de vista financiero. **Discrepo.** La función del agente de salud local es muy diferente a la del médico y es mucho más importante. El agente local de salud no es un “auxiliar” sino que es más bien el miembro principal del equipo de salud. No sólo atiende a las personas como individuos, sino del conjunto de la comunidad. No sólo atiende las necesidades inmediatas de sus convecinos sino ayuda a mirar al futuro y trabaja en equipo con ellos para liberarse de la opresión y cerrar el paso a la enfermedad antes de que se manifieste. Su función consiste en compartir sus conocimientos con los demás, no sólo porque la autoasistencia de una población debidamente informada puede hacer mucho más por la salud que la ignorancia y la dependencia, sino también porque el hecho de compartir es el principio fundamental del bienestar del ser humano.*



La principal función del agente de salud es la de libertador. Su misión no consiste en ayudar al médico, sino a los suyos. Su interés se centra en el bienestar de la gente.

Muriel Skeet, en el Segundo Foro Mundial de la salud (1984), titula a su ponencia: “El agente de salud de la comunidad: ¿motor o freno de la atención primaria de salud?”:

Siendo la participación comunitaria una de las claves de la APS, en la mayoría de los casos, se ha interpretado como el escoger un corto número de miembros de cada comunidad como agentes de atención primaria de salud y no en el sentido de estimular a todos los habitantes de las aldeas a manifestar sus necesidades y encontrar la mejor manera de resolverlas.

La prioridad es el desarrollo de la comunidad y no únicamente la atención en salud. Solamente cuando se hayan identificado sus problemas y necesidades de salud se podrán determinar cuáles son las tareas necesarias y sobre la base de ellas establecer los criterios de selección, planes de estudio y enseñanza para los diferentes agentes de salud. Pero un primer paso indispensable en el plano de la comunidad no es crear una categoría de “agentes de salud no profesionales”, sino en ayudar a establecer y organizar sus propios programas de desarrollo.

En un Foro sobre la Revolución sandinista, reconociendo los logros en el campo de la salud, educación, etc., se cuestionó la participación popular en salud y uno de los participantes, Ugalde (1998), se refirió a que:

Hay consenso generalizado de que el gobierno sandinista puso en lugar prioritario de su agenda política, la transformación social y política del país. La participación comunitaria en programas de salud en Nicaragua llevó a la movilización masiva de la población en inmunizaciones, saneamiento y educación en salud. La participación se realizó a través de voluntarios, los brigadistas, encargados de movilizar a las comunidades... pero su participación se limitó a colaborar con las autoridades o seguir sus recomendaciones.

En el estudio de caso de Tipitapa (municipio cercano a Managua), los brigadistas se encargaban de movilizar a las comunidades para el saneamiento ambiental (eliminación de charcas, basura, limpieza de botellas, construcción de letrinas, limpieza de casas y predios), vacunación, vigilancia epidemiológica, distribución de alimentos, recibir educación y atención médica, etc., pero la población no participaba en el proceso administrativo o decisorio.

Un brigadista manifestaba: El rol de las comunidades lo define el Ministerio de Salud y el personal de salud sólo se acercaba para las jornadas, sólo nos bajaban las orientaciones y teníamos que cumplirlas”. Los brigadistas se autonombraban como “jornaleros” pues sólo se acordaban de ellos y ellas en Las Jornadas de Salud. La contribución era de mano de obra y las necesidades venían definidas desde arriba.

Y es que movilización no es lo mismo que participación, salvo que ésta sea reducida a mano de obra.

La Participación comunitaria en el primer nivel de atención en salud en Guatemala

¿Era posible la genuina participación comunitaria en la Guatemala de las décadas pasadas? ¿Cómo se ha concretado la participación en las diferentes instituciones?

La política del MSPAS hacia la comunidad siempre ha sido de subordinación a sus planes y metas institucionales. La participación comunitaria, a través de promotores y comadronas, fue y sigue siendo instrumental, no pasa de ser ejecutora de los planes del Ministerio, jamás decisoria en el qué y el cómo.





Hombres asomándose desde una clínica de las CPR de la Sierra.
(Jonathan Moller)

La concepción de APS del MSPAS está en la línea de la “APS selectiva” en donde ni siquiera hay voluntad política para desarrollar las actividades mínimas previstas en Alma Ata, limitándose éstas a las actividades materno-infantiles y con baja calidad. Por otro lado, es obvio que el Primer Nivel de Atención en Salud es el personal, recursos e infraestructura del MSPAS, quedando la población relegada a beneficiaria y mano de obra de algunas acciones preventivas de alto impacto.

Para el Dr. Luis Octavio Ángel, “la población es beneficiaria de las acciones del MSPAS y los promotores de salud y vigilantes siempre han estado en función de las metas institucionales, tanto para el MSPAS como para la mayoría de las ONG. Para la mayoría de éstas, ni siquiera se definen aquí los proyectos”.

Y cuando en la década de los 70 se implanta el Ejercicio Profesional Supervisado y se implementa conjuntamente el Programa de Salud, PROSA o PROSAC, en Chimaltenango en una coordinación entre la USAC, el MSPAS, el INCAP, las Escuelas de Enfermería y Trabajo social, etc., la experiencia finaliza en 1982 en medio de la violenta represión en todo el país.

Para García Noval (1993), médico e investigador en bioética, está “la dificultad de desarrollo de verdaderos programas de APS en un país donde la participación efectiva conlleva riesgos”; y para Verdugo Urréjola (2003), médico y conocedor de las políticas de salud del MSPAS: “en ese marco histórico, se da una creciente polarización política y social, que deriva a la guerra de más de treinta años que padeció el país. Ello contribuye a que gran parte de las medidas de salud pública dependientes de la participación y organización de la población, como es la prevención y promoción de salud, fueran fallidas. En todo caso, todo el sistema funcionaba precisamente para no propiciar acciones sociales y políticas por parte de la población y el que ocurriese era digno de sospecha insurgente”.

Tras los Acuerdos de Paz, los tres sucesivos gobiernos, PAN, FRG, GANA, han implementado la Reforma del sector salud (SIAS) que se inició en el primer nivel y en donde las características de la Participación comunitaria son clarificadas en el estudio del Dr. Verdugo Urréjola (2000):

A nivel conceptual:

- *La concepción del modelo organizativo es de carácter piramidal y vertical, no generándose condiciones para procesos participativos que se encaminen a la autogestión y empoderamiento comunitario. El personal comunitario se concibe como ejecutores que son supervisados por el correspondiente personal superior y no establecen mecanismos de horizontalización de relaciones; así se dificulta una potencial participación en la toma de decisiones y fiscalización de los servicios de la prestadora de SIAS. De esa manera, se concibe a la organización que presta SIAS como la “jefe” de salud y no como la “obligada” o responsable a prestar servicios*

de calidad a la población.

- *Tampoco se concibe la articulación a las organizaciones locales ya existentes y por tanto previas a la implementación del SIAS.*
- *Dada la importancia del modelo operativo para el éxito del modelo, ¿puede existir un modelo operativo único para diferentes realidades rurales en el ámbito local? La consecuencia es un modelo limitado y estático que no se negocia para adecuarse a la realidad de las comunidades.*

A nivel operativo, la proporción del personal del primer nivel por categoría ocupacional en el total de prestadoras reportadas por el MSPAS, hasta junio 1999 es: personal contratado a tiempo completo representa sólo el 3.2%; el contratado a medio tiempo 4.7%; y, el voluntario, alcanza un 92% del total del personal que participa en el modelo (no se incluyen los voluntarios de malaria).

En la **metodología de implementación**, en la mayoría de los casos, la comunidad no participa en la toma de decisiones y se entera del SIAS cuando la ONG y el Ministerio de Salud ya firmaron el convenio. Cuestión contradictoria cuando más del 90% del personal que trabaja en el modelo son promotores/as de salud voluntarios de las comunidades.

En el sector de ONG/Iglesias, con contradicciones entre el discurso y la práctica, es donde más se han desarrollado los procesos de participación, con el objetivo para algunas instituciones de además de lograr la atención de la población, avanzar en el proceso de transformaciones sociales básicas para la salud y la vida. Así, para una organización de base como la Asociación de Promotoras y Comadronas de Pochuta, APSADEC, “todo el trabajo de salud lo hablamos en la asamblea mensual, para que cada quien sepa lo que se va hacer. Lo hablamos entre todas y nos ponemos de acuerdo” (Pilar Ramírez, promotora que participó en la fundación de la Asociación).

Igualmente en FUNDAESPRO: “Veíamos que (en el SIAS) no había responsabilidad, no se respondía a las necesidades de la gente. Somos conscientes del trabajo que hacemos y de la necesidad que hay, pues la hemos sentido. Es difícil orientar sino se ha vivido esa experiencia”, “nunca nos dijeron vamos a hacer esto o lo otro. Hicimos un autodiagnóstico, dónde estaba la necesidad más fuerte. Yo me siento responsable de dar a las compañeras las oportunidades que yo tuve y enseñarles lo que yo aprendí”, “con nosotras, la Asamblea general se reúne una vez al año pero además de la Coordinación General, en cada área donde trabajamos se reúnen dos veces al mes la coordinadora general de salud con la del área y además coordinamos con el centro de salud, a veces se está muy coordinado y en otras no”, “nuestros proyectos se definen en el área no en la coordinación general, cada área es libre de priorizar sus necesidades y el resto de la organización lo respeta, por ese respeto creo yo hemos seguido tanto tiempo unidas” (Magdalena García y Gladis Flores, reproinsas, actualmente administradora y directora respectivamente).

A nivel de ONG, la diversidad es su característica. En la Asociación PIES de Occidente, miembro del Movimiento Tzuk Kim-Pop, la tendencia ha sido considerar a los promotores y comadronas parte del Movimiento. Para ASEDE (Calderón, 2005, director), “los promotores y comadronas son de la comunidad pero a veces se presentan como ‘somos de ASEDE’, pues todavía a finales de los 80, el contar con una credencial institucional limitaba el hostigamiento y la represión”. Por las mismas razones, el carnet del MSPAS fue muy valorado, aunque en el 82-83 no había carnet que sirviera.

En el caso de la Iglesia católica, la diversidad también es notable, entre quienes caracterizan a los animadores de salud (promotores) como agentes de pastoral y miembros de la Iglesia y quienes les consideran antes que nada miembros de la comunidad y muchos promotores son evangélicos. Por otro lado, el nivel de participación en la toma de decisiones es muy diferente según la organización local. Así en la Asociación de promotores del área chortí son por principio autónomos.



En el Seminario de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, sobre “la Atención Primaria de Salud ante el nuevo milenio” (1999), en un ejercicio con más de 150 promotores, trabajadores y directores de los Programas Socios se evaluaron diferentes ítems entre ellos el de Participación. Los resultados hay que entenderlos como tendencias:

Ítems	Valoraciones de 1 a 5, de menos a más	
Participación	Participación pasiva. Participación con mano de obra o dinero. Participación en la ejecución. Participación en la vigilancia y la evaluación de los programas Participación en la planificación Rifkin (1990)	3.5
Integralidad e Intersectorialidad	1-consulta integral, 2-hay organización local de promotores y comadronas, 3-coordinación con las autoridades locales y otros grupos comunitarios, 4-coordinación con autoridades municipales y ONG, 5- coordinación con promotores y comadronas a nivel nacional).	3
Relaciones con otras personas de la comunidad que trabajan en salud y el uso de los recursos curativos comunitarios	1-utilización de plantas medicinales, 2-trabajar salud con las madres, 3-coordinar trabajo con comadronas, 4-coordinar y relacionarse satisfactoriamente con curanderos, 5-respondemos satisfactoriamente a las necesidades y preocupaciones de la población desde su cosmovisión.	3.1
Impacto sanitario	1- hemos aumentado los % de vacunación y hemos disminuido la polio, tétanos y sarampión, 2-disminución de diarreas e infecciones respiratorias, 3-mueren menos niños menores de 5 años, 4-mueren menos madres en el parto, 5-disminuyó la desnutrición.	3.1
Desarrollo comunitario	Primero, en cada grupo discutir qué entendemos por desarrollo comunitario y luego evaluar lo logrado del 1 al 5.	3.1

Promoción de salud como reto de la APS

Las limitaciones de la APS para alcanzar las metas de “Salud para Todos en el año 2000” (Ginebra, 1977), llevaron a que se elaborara una nueva estrategia que se concretó en la Carta de Ottawa (1986), donde se definió la Promoción de salud, como: “Un proceso que da a la población, los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud, y de mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente”.

Un programa de promoción de la Salud es aquel cuyo objetivo es implicar a la comunidad, que utiliza el proceso de planificación para lograr la movilización social y el desarrollo vecinal/comunitario mediante la formación de redes en una combinación de auto-interés y beneficios comunes.

En la promoción, la comunidad es el actor principal del proceso y contiene dos conceptos: la participación comunitaria y el empoderamiento. “Empoderamiento sería la capacidad de las personas para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa. Este sentimiento de empoderamiento, de control sobre su vida, es un buen indicador de bienestar pues tiene en cuenta la subjetividad del



individuo” (Le Bossé 1993, citado en Gómez Zamudio, 1998). “Algunos autores consideran que participar debe ser una forma de incrementar el poder de las comunidades (empowerment), una participación en la acción social y política más que una participación en el proceso decisorio... Por lo general, las agencias y personas que trabajan en proyectos de desarrollo han definido la participación de una forma más limitada... siendo la participación de colaboración o involucramiento... en forma de materiales, mano de obra, información, financiamiento, logística o de aceptación del entrenamiento que la agencia ofrece para que la comunidad o alguno de sus miembros pueda administrar el proyecto una vez que ella se retire”. (Ugalde, 1998)

En la Carta de Ottawa, para López Fernández (1992), médico y comprometido con la Promoción de la Salud, “la participación comunitaria se enmarca dentro de un concepto más amplio: la acción social en salud. Uno de los campos de acción de la Carta... expresa que para mejorar la salud de la población debemos reforzar la acción social en salud... que nuestras acciones... se realicen con el mayor efecto positivo sobre la salud colectiva”.

En Guatemala, la INS (2002) con su propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos” hace dos planteamientos de interés: definir la Participación social y diferenciar los ámbitos comunitario e institucional para luego pasar a trabajar la complementariedad.

Para la INS (2002):

La Participación social no debe ser entendida desde el enfoque instrumental que responde al criterio economicista de reducir cargas sociales al Estado, mediante el traslado de costos indirectos a la población a través del trabajo voluntario de la comunidad. Se concibe como la promoción de la organización y el empoderamiento de la población para su intervención en las diferentes etapas del ciclo administrativo para la atención en salud (atención entendida como prevención, promoción, curación y rehabilitación).

Es decir, las/los actores comunitarios jugarán un papel en el proceso de planificación, el cual deberá ser participativo y estratégico; en el proceso de organización, donde su rol es contingente; en el proceso de dirección, participativo a través de la organización comunitaria; y en el proceso de control, en el cual jugarán un papel importante basado en la acción política y social de las comunidades. En la parte de personal, es necesario destacar que la intervención comunitaria –en su forma y contenido– deberá ser decidida por las personas y grupos que conforman los diferentes grupos socioculturales, con base en sus posibilidades e intereses y no normada desde el ámbito institucional.

La intervención comunitaria no normada desde el ámbito institucional se desarrolla al reconocer los diferentes procesos y estructura que se desarrollan en ambos ámbitos. Y se concreta en un ámbito comunitario autónomo del institucional con quien coordina estratégicamente las diferentes etapas del ciclo administrativo. Se reconoce que la capacidad resolutive global del primer nivel de atención en salud es dependiente de la capacidad resolutive de cada uno de estos ámbitos que, en su conjunto, deben regirse por atributos óptimos... y complementarse para la resolución de los problemas de salud.

Por ello, el primer nivel (INS, 2002) no es sólo el primer contacto de los profesionales con la población sino todas las actividades y lógicas existentes en la población, desde el modelo de autoatención al modelo maya y tradicional-popular, con sus actividades curativas, preventivas, promocionales y de rehabilitación. Se concibe “el primer Nivel de Atención en Salud como la articulación del conjunto de conocimientos y prácticas existentes en el ámbito institucional y comunitario local que, perteneciendo a diversas matrices/lógicas socioculturales, se complementan en la curación/ prevención/ promoción/ rehabilitación dirigida a la transformación de las condicionantes determinantes de salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la acción de la población como sujeto de su destino”.



De la idea de un primer nivel de atención enmarcado en los servicios formales de salud, se avanza a una idea de coordinar... al personal institucional, promotores, comadronas, curanderos, maestros, líderes, familias, organizaciones, recursos e infraestructura de las comunidades. “De hecho, las acciones de las cuales se espera un mayor impacto, como la promoción y prevención, dependen de la forma como se articula la dinámica comunitaria-familiar-individual de la población con los servicios de salud”. (INS, 2002)

Reflexiones finales

Guatemala, a pesar de sus condicionantes políticos, fue pionera de la APS antes de que esta tuviera nombre y definición. Las experiencias de Jacaltenango y Behrhorst fueron pioneras en la participación comunitaria, en integrar adecuación, proyectos agropecuarios, organización... en el abordaje de las condiciones de vida que determinan la salud. También para los sancarlistas, “la APS no llegó en vacío, nos vino a reforzar y dar certidumbre”. (Dr. Nuila, 2005, primer director del programa rural del EPS y supervisor del PROSAC)

Para el MSPAS más que para el resto, la APS “pasó de noche” y para el Estado guatemalteco contrainsurgente debió ser considerado subversivo, al menos en su acepción no instrumentalista. La APS como la teología de liberación fue perseguida a sangre y fuego.

Y es que la participación comunitaria es el reflejo del proceso político que vive un país y tiene una correspondencia con las políticas estatales, para integrarlo al sistema o para transformarlo.

En el campo de las ONG-Iglesias, siempre hay un debate de relación entre los ámbito institucional y comunitario, a veces son política o religiosamente parte de la institucionalidad y en otras ámbitos que se coordinan. El desarrollo socio-político de Guatemala, salvo en contadas ocasiones ha tenido experiencias de autonomía y coordinación horizontal entre las ONG-Iglesias y las comunidades, promotores y comadronas. El discurso aguanta con todo, la realidad es que predomina la instrumentalización de la población en función del “bien común” definido por el MSPAS, ONG-Iglesias y la población se sube al carro, más bien a la palangana del picop. ¿Justifica el fin los medios? ¿Es la población sujeto u objeto de las acciones de salud?



ASECSA.

Bibliografía en orden de consulta

- Turabian, José Luis. *Participación comunitaria en la salud*. Ed. Diaz de Santos S.A. Madrid, 1992.
- Navarro, Vicente. A critique of the ideological and political position of the Brand report and the Alma-Ata Declaration. En: *International Journal of Health Services* 14, pp. 159-172. Washington, 1984.
- Ugalde, Antonio. *Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud*. Car. Med. No. 14 AIS-Bol. 1998; Vol. 12 No. 1.
- Vuori H. ¿Qué es la Atención Primaria de salud? Atención Primaria 1 (1984). Citado en la referencia de López Fernández.
- Bassin, Didier. En: *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua: 1978-1998*. Ed. Instituto Mora. México, 1999.
- Werner, David. *El agente de salud de aldea: ¿lacayo o libertador?* OMS. Foro Mundial de la Salud, 2 (I): 54-63 (1981).
- Mesa redonda con Muriel Skeet (consultora de salud) y M. Jancloes (trabajador del Banco Mundial). Foro Mundial de la Salud, Vol. 5 (1984).
- García Noval, José. Alternativas y mitos en salud pública. Siglo XXI. 23 de noviembre de 1993. Guatemala.
- Verdugo Urréjola, Juan Carlos. Análisis de la implementación del modelo de Primer Nivel de Atención al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en Guatemala. Guatemala, 2000.
- ASECSA. Memoria Seminario Nacional 1999. “La atención Primaria de de Salud ante el nuevo milenio”. Chimaltenango, 1999.
- Gómez Zamudio, Mauricio. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. USI, CIES y ACIDI. Managua, 1998.
- López Fernández Luis A.; Siles Román D.; La participación comunitaria. Verdades y falacias. Granada, febrero 1992.
- Instancia Nacional de Salud. “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente -bases y lineamientos”. Guatemala, 2002.



CURANDEROS, AJQ´IJAB´, COMADRONAS...

Y LAS RELACIONES CON LAS Y LOS PROMOTORES DE SALUD

Luchas desde la cultura y el género tras el poder hegemónico de curar en las comunidades. Convergencias y divergencias en el curar

Antecedentes históricos

Los cambios sociales que se dieron en las comunidades del Altiplano en los años 50-60, nos trajeron de la mano de la Acción Católica, AC, no sólo catequistas sino también promotores de salud y como parte de una de las partes, nacieron en choque con los zahoríes, curanderos... al igual que los catequistas con los cofrades, los jóvenes con los ancianos, los cooperativistas con los finqueros, las ligas campesinas contra los patrones y gobiernos... Todos compitieron por la hegemonía en unas comunidades que “despertaban” y participaban en los cambios sociales, económicos, políticos, religiosos e ideológicos. Los nuevos promotores de salud y los históricos curanderos y zahoríes (se utiliza aquí sin ningún sentido despectivo), fueron sujetos activos de una revolución que transformó las comunidades del Altiplano y su relación con el mundo de fuera de la comunidad, la Iglesia, las ONG y los varios ministerios del Estado.

El dios del padrecito sí puede y el del zahorí no, fue una de las reflexiones en voz alta que por aquellos años hicieron algunos campesinos indígenas. Y es que la eficacia de la penicilina y del botiquín que llevaban las Hermanas, “invisibilizadas” ante el poder del Padre, curaba muchas de las enfermedades que el shaman, zahorí, no lo hacía o al menos no con tanta eficacia. (González, 2002)

Los zahoríes y promotores compitieron de los años 50 a los 70, por la hegemonía de la eficacia curativa y del poder simbólico entre las antiguas y nuevas ideas. Cada actor social era parte de una comunidad real, el zahorín de la comunidad de los cofrades y familias “tradicionalistas” y los promotores de la nueva comunidad de la Acción Católica y familias “modernizantes”. En estos cambios, las fuerzas de los ancianos y de los cofrades fueron siendo sustituidas por las nuevas fuerzas emergentes con los jóvenes y comerciantes a la cabeza. Las nuevas organizaciones comunitarias, catequistas, comités, cooperativas... requerían competencias como el conocimiento de la castilla, de la lecto-escritura, y abrir oportunidades para dar cumplimiento a las expectativas de mejora en las condiciones de vida. Para todo ello, los ancianos ya no tenían las competencias ni las respuestas para conducir a las nuevas comunidades. El liderazgo comunitario estaba pasando a los jóvenes y a los letrados.

Las comadronas tuvieron menos dificultades en su función y estatus como “gremio” pues su trabajo con las mujeres difícilmente podía ser sustituido por promotores hombres, que se abocaron más al trabajo preventivo y curativo de las enfermedades comunes y ni antes ni ahora, ninguna institución ha sido capaz de crear una nueva figura con la accesibilidad geográfica, cultural, económica y de género que ellas.

Tras el terremoto de febrero de 1976, los recursos disponibles de las ONG, Iglesias estuvieron en desarrollar el proyecto de la salud comunitaria que tenía como figura clave a los promotores de salud. La hegemonía de la curación, la eficacia, fue pasando de los curanderos a los promotores. Los terapeutas históricos fueron siendo sustituidos por los promotores, poco a poco, pues en 1980 en el estudio de Sheldon Annis (1980) para la AID y el MSPAS se reconoce que: “Todavía hay más curanderos, espiritistas, chimanes/brujos (que manipulan el destino humano a nivel sobrenatural), sobadores e inyeccionistas que promotores de salud del MSPAS y de otras instituciones”.



Los practicantes de salud por 1000 habitantes en las comunidades son:

	Sololá	Totonicapán	San Marcos
Curanderos	1.2	0.8	0.5
Espiritistas	0.2	0.2	1.0
Chimanes/brujos	3.4	2.1	0.8
Sobadores	0.2	0.4	0.8
Vendedores de medicinas	0.7	0.4	0.4
Inyeccionistas	1.2	1.2	2.8
Total de terapeutas tradicionales	6.9	5.1	6.3
Promotores del MSPAS	0.5	0.8	0.6
Promotores de otras instituciones	0.8	0.1	0.2
Total de promotores de salud	1.3	0.9	0.8

El marco legal guatemalteco para la medicina indígena tradicional es en base al estudio de Carlos Loarca, realizado para ASECSA (2004) el siguiente. El Convenio 169 adoptado en la 76 reunión de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, el 27 de junio de 1989 en Ginebra y el 5 de marzo de 1989 en el Congreso de la República de Guatemala y ratificado el 10 de abril de 1996 por el Gobierno en su artículo 25.3: “El sistema de asistencia deberá dar preferencia a la formación y empleo de personal sanitario de la comunidad, local...”. En el Acuerdo sobre Aspectos Socio Económicos y Situación Agraria de los Acuerdos de Paz, en el apartado de salud, numeral 23 inciso f: “valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas” y finalmente por medio del Código de salud, en su artículo 161: “El Ministerio de Salud reconoce la Medicina Tradicional y otras profesiones y oficios como las comadronas y otros que efectúen actividades de atención directa a las personas”. Sólo falta que se cumpla.

Ajkunanelab´ Mayab´

¿Quiénes son?: Son las comadronas, curahuesos, curanderos, chayeros, limpia ojos... ilonel, zahoríes, shamanes, ajq´ijab´...

Dentro del sistema médico maya o modelo de salud maya histórico, se denomina Ajkunanelab´ Mayab´, a personas de diferentes especialidades médicas, poseedoras de un don y que siguen un proceso ritual de selección y validación social dentro de su grupo cultural. La asignación de funciones se define a partir de un don determinado por el día de su nacimiento de acuerdo al calendario maya que es consultado por un ajq´ij (contador del día, del tiempo, guía espiritual maya). Además existen otras señales que revelan su don, como la presencia de lunares y velo blanco que el recién nacido trae en el cuerpo en el momento de nacer; a través de los sueños con flores, personajes guardianes de los altares mayas... Si la persona que tiene un Don, no atiende estas manifestaciones, surge el “dolor, sufrimiento”, enfermedades, que desaparecen en el momento en que asume y comparte su don (Consejo de médicos mayas, 2004). “Los curanderos, comadronas tienen su trabajo, su Don y el nawal les enseña, les guía en su trabajo. No necesitan aprender en cursos, sino viendo de sus mayores y de su nawal”. (Nicolás Lucas, ajq´ij´)

Para el Consejo de médicos mayas (Komon Kech Ajkunanelab´ Mayab´, 2004), su Don no es el de curar, sino ser un intermediario entre Ajaw –Dios– y sus expresiones –los nawales– y los hombres. Por eso antes de iniciar un proceso de curación y de consulta, se realizan rituales propiciatorios, invocando al Ajaw, a los ancestros, a los cerros y valles, solicitando permiso y consejo.





“La mediación simbólica es importante en la relación interpersonal... en la intersubjetividad. Un gesto simbólico tiene efectos físicos, así en los sacramentos como en el de la confesión, *yo te perdono* o en la consagración, *éste es mi cuerpo y ésta es mi sangre*... En los sacramentos se producen dos efectos, *ex ópere operato* y *ex ópere operantis*. Si como sacerdote celebro misa y no creo en ello, aún sin fe ni voluntad en el hecho, por la obra operada se produce un efecto físico, independiente de creer o no, es el *ex ópere operato* y se produce el mismo efecto que si lo hago creyendo, el *ex ópere operantis*. Si algo similar lo hace un ajq’ij, un comunitario o alguien de otra religión es considerado por el pueblo cristiano como brujería, magia, etc. Para el pueblo maya, los gestos simbólicos son parte de una cosmovisión y una cultura que lleva siglos buscando y dando respuestas a la vida”. (Suazo, 2005)

En palabras de Felipe Gómez, ajq’ij de la organización de Ministerios mayas Oxlajuj Ajpop: “la enfermedad (*yab’l*) tiene dueño y cuando una persona nos consulta observamos su estado espiritual, *k’o rajaw*, si es positivo o negativo, pues si es negativo la persona se enferma seguido. Si es un problema de la ‘misión’, *q’ij alxik*, necesitan el apoyo de los ancianos, de las plantas, una ceremonia y atención espiritual; también observamos su energía, su fuerza; su condición sicológica, si hay tristeza-lágrima, *b’is - oq’ej*; si es una enfermedad física, *tzij yabilal*; si hay transgresión de alguna norma en lo que debe o no debe hacer, *awas*. Y tras diagnosticar la enfermedad cuento con recursos terapéuticos como animales, minerales, plantas y espirituales. Las plantas tienen principios y energías, pero su uso no es mecánico, al igual que su energía cambia en el día o con los ciclos lunares, tampoco sirven igual a la diversidad de personas”.

Por ello: “el mayor reto está en saber cuándo mis capacidades son suficientes o no para curar, en qué momento y a quién debe remitir al enfermo. El desafío está en qué puedo y en qué no puedo ayudar. Mi primera pregunta en la consulta es ¿puedo curar esto? ¿puedo curarlo en nuestro sistema? ¿yo u otra persona? ¿ni yo ni otras?, las semillas de tzité me permiten ver el diagnóstico y a uno mismo. La humildad es importante, nadie crece solo y uno solo se equivoca más fácilmente. Para tener mucha capacidad hay que tener un vínculo espiritual bastante estrecho, hay que ser humilde, agradecer, dar... La envidia, *xuyal*, es mala y entre los curanderos existe pero no puedo robar sus conocimientos, puedo conocer pero no robar”. (Felipe Gómez, 2005)

Para José Cupertino Perén Bal, kaqchikel de Comalapa, promotor y ajq’ij: “primero fui promotor de salud, pero ya tenía avisos, enfermedades, no encontraba medicamentos... y un amigo me dijo *eso es por un trabajo*. Me hicieron ceremonia y... me resultó excelente. Luego tuve manifestaciones de sueño y descubrí el mundo de la espiritualidad. Cuando estoy dando la consulta, en algún momento le pido (al enfermo) que se encomiende a Dios, que es el dueño. Para que resulten los medicamentos debes tener fe, que se encomiende a Dios y crea en los medicamentos. Fe y medicamento. Si no tiene fe, va de un lado a otro, no se cura. Cuando la gente viene decepcionada porque no se cura, ahí le entramos a la espiritualidad. La gente me dice, esto ya no es enfermedad, esto es otra cosa. Entonces yo le trabajo psicológicamente, y por la espiritualidad. Lo espiritual, lo diagnóstico más por la forma en que se expresa, el planteamiento que hace la persona”.

“Con los curas tuve problemas, pues colaboraba como promotor y como ajq’ij, y se quejaron algunos de que me dedicaba más a lo segundo que a lo primero. Su preocupación era si representaba a la iglesia como ajq’ij y yo les dije que no, todo lo hago como servicio y colaboro con Uds. Para que no hubiera problemas me retiré después de 12 años de colaboración. Lo que es salud no tiene iglesia, la enfermedad no tiene iglesia”. (Perén Bal, 2005)

Para Delfino Chalí, promotor de salud y médico naturista, “los católicos ya no ven tan mal a los ajq’ijab y curanderos, pero en los años 60 los trataron de brujos y los llamaban zahoríes. Ya ahora con los católicos hay un poco de diferencia y es que los curanderos son católicos, es difícil que sean evangélicos. Ahorita son los evangélicos los que los ven como brujos. En los años 60,



en San Martín Jilotepeque, los catequistas eran también promotores y algunos eran curanderos. El sacerdote católico les decía, hay un curso de promotor de salud, vayan al curso, así algunos curanderos se adaptaron a ser promotores”.

Una buena parte de los curanderos, “hierberos”, por medio de la medicina natural y plantas medicinales se está reciclando como médicos naturistas, pues a través de los principios activos encuentran la legitimidad “científica” que no le concede la medicina biomédica a otras prácticas médicas más en la perspectiva energética y espiritual.

Especialmente desde 1992, con el “Movimiento de Resistencia de los 500 años” que se reivindica públicamente y a través del movimiento maya en su sentido más amplio, la espiritualidad maya y el modelo de salud histórico maya, iniciándose procesos organizativos entre los Ajkunanelab’ Mayab’. Todavía incipientes y lentos, con dificultades, pues la pobreza no ayuda a la organización, y los apoyos son escasos.

En los últimos años muchos promotores y promotoras se reconocen con el “don” y son también ilonel, ajq’ij, es decir, son promotores y guías espirituales. La nueva legitimidad de las reivindicaciones del movimiento maya en salud, evidencia el prestigio que empieza a ser público hacia el ajq’ij.

Los abuelos fueron cofrades, los hijos catequistas y los nietos integran sin conflicto el ser promotores de salud y ajq’ijab’

Por haber vivido esta experiencia, transcribo del “Don Juan Coc, Príncipe Q’eqchi’ (1945-1995)” de Pilar Yodli el siguiente texto:

Juan Coc: *Mirá Alfonso, yo quiero que ustedes le pidan favor a José Luis, el doctor, para que me busque un mi curandero en las aldeas vecinas que me cure el problema que tengo, porque he sido brujeadado. Yo digo que una cosa es mi dolor de huesos y otra la leucemia. Esto sólo los médicos pueden curarlo con medicina, pero el dolor de las piernas es provocado por un señor colono de Xamán que a mí me embrujó. Eso sólo puede remediarlo otro curandero que se enfrente a él para que me quite el mal de ojo que me echó*”.

Curandero: *este señor ya muy difícil se va curar, ya tiene muy poca vida, y hay enfermedades que tenía del cuerpo y también tiene mal espíritu. Lo han puesto mal, por su trabajo, y hay mucha gente ahí con ustedes y la comunidad que están contra él, pero si ustedes están de acuerdo, vamos a luchar por él. Hay que comprar seis clases de medicina, son 125 quetzales*.

Familiar: *¿Y cuánto vas a cobrar?*

Curandero: *500 quetzales si ustedes están de acuerdo pagar. Y mi tiempo –dijo– son 75, 700 por todo, y más materiales*.

...compró todo lo necesario para la consulta: 81 candelas negras, 5 veladoras de diferentes colores, 9 cigarros puros y una gallina para la comida. Con todo y el curandero, pusieron rumbo a Aurora. Cuando ya casi llegaban al desvío de la carretera de Chiquibul sube a la finca, César, el chofer, detuvo el pick-up para apartar a una persona que estaba tirada en medio del camino. Era Don Margarito Cifuentes, el brujo, completamente borracho.

La figura de Maximón presidió la ceremonia. El curandero colocó su santo en la cabecera de la cama donde reposaba Don Juan. Durante una hora, el enfermo, serio y concentrado, vio al curandero rociarle el cuerpo de agua bendita con un hisopo de zacates, pasarle la Biblia varias veces de la cabeza a los pies y trazarle tres cruces, una sobre la cara, otra en





las partes y otra en los pies, mientras rezaba jaculatorias y fumaba puros. Rezó sobre todos los presentes y preparó un altar con las candelas rodeando los puros. Quemó pom invocando la protección de Maximón y, sudando y exhausto dio por terminada la cura.

Familiar: “*Decía que a las 24 horas se va a ver el resultado de la medicina, pero no hay resultado, se fue*”.

Para la mayoría de la población, no hay incompatibilidades entre unos y otros terapeutas e incluso algunos trabajadores de salud la han utilizado, así la Dra. Beth Curruchiche relata que “no sé lo que pasó con mi hijo, pero yo no le curaba y mi vecina dijo es “ojo” y me lo curó. Pensé si no le va hacer mal, que le hagan”.

Las comadronas

Las comadronas por el hecho de ser mujeres trabajando con mujeres las convierte en especialistas de mujeres y no sólo de embarazadas y parturientas. Este rol difícilmente pudo ser cubierto por las y los promotores de salud, mayoritariamente hombres, que dirigieron sus esfuerzos a abordar las enfermedades comunes y al relacionamiento con las autoridades locales.

Una de las razones del “mal necesario”, término con el que algunos médicos calificaron a las comadronas, ha estado en que las instituciones no han sido capaces de tener quién con igual accesibilidad que ellas para lograr las coberturas. ¿Cuándo el modelo biomédico y sus instituciones van a ser capaces en Guatemala de dar atención domiciliaria? ¿Qué pasaría en centros de salud y hospitales si a partir de mañana todos los partos fueran en sus servicios? El colapso sería total. Gracias a las comadronas estamos como estamos, sino sería peor.

Igual que el curandero y el ajq’ij’, para la elección de la comadrona son importantes el nawal, el “don”, los sueños... El nacer en un día señalado o cubierta de membranas pueden ser las señas de futura comadrona, los sueños de flores también. En la actualidad, la elección de ser comadrona está bastante abierta en las comunidades a las mujeres que quieran serlo por decisión propia.

La bibliografía consultada refiere que a las ONG-Iglesias-MSPAS les ha sido más fácil la relación con las comadronas que con otros terapeutas comunitarios históricos, por la subalternidad asumida como mujeres y que el sentido para ellas del relacionamiento con estas instituciones es para las “tradicionales” acceder a recursos, mientras que para las nuevas comadronas tanto el acceso a los cursos para adquirir los conocimientos como a los recursos.

La relación puede asumir formas de coordinación, coexistencia, asimilación, subordinación, modificación y exclusión. No necesariamente las parteras más reconocidas son las que tienen relación con los doctores, sino las que reconocen ventajas en ello.

En la terminología y tipologías de comadronas se identifican las comadronas tradicionales con “don”, las parteras empíricas que por necesidad y sin “don” han aprendido en la práctica y las comadronas capacitadas por las diferentes instituciones de salud, algunas con “don” y otras sin “don”.

En Rabinal, Gloria González (trabajadora de ASECSA) refiere que “muchas promotoras mujeres son también comadronas y curanderas. Lo que más pesa es la transferencia de la mística familiar. La mitad de las comadronas son por el *don* y continúan reproducción el rol y conocimientos familiares y la otra mitad han sido elegidas por la comunidad y no tienen *don*”.

Ester de Quirós (2002), médica con muchos años de trabajo con comadronas en la ONG Ceiba, reconoce dos enfoques mayoritarios en el trabajo institucional con las comadronas, una conocida como la línea de UNICEF (1986), que fue propuesta al MSPAS en los años 1988-89 y en el que se refuerza el parto en casa y donde las comadronas deben conocer los riesgos. La comadrona no



se integra al hospital sino que refiere a las embarazadas en riesgo. Algo importante es lograr “una capacitación en la que no se durmieran las comadronas”. La otra propuesta fue conocida como la línea de Xela (1990), fue elaborada por el INDAPS y prioriza el enfoque de riesgo e incluye la pretensión de “ablandar al hospital” permitiendo que la comadrona entre en la sala de parto y se facilite su formación práctica en las instalaciones hospitalarias.

En Sololá, se ha trabajado en el hospital departamental para hacer de él, un “hospital amigo de las comadronas” (Yadira Villaseñor, 2003), permitiendo la permanencia rotativa de comadronas acompañando a las mujeres en la atención del parto y con reconocimiento económico a su labor. Algunas limitaciones están en que las comadronas desarrollan un rol pasivo y no se ha logrado estar permanentemente en la maternidad. Las resistencias médicas son notables y falta mucho, pero es un primer paso.

Para la clasificación de las prácticas de las comadronas y otros terapeutas comunitarios, a algunas instituciones les resulta apropiada la tabla de Jelliffe, que las ordena en: beneficiosas, inocuas, nocivas y dudosas. La pregunta obligada es ¿quién determina la inclusión de una práctica en cuál casilla? ¿el médico, la comadrona, las mujeres o la evidencia empírica?

“Se han visto determinadas ONG y del MSPAS que están más atentas a los errores que a las acciones correctas acciones que son la mayoría; consideran que es error todo lo que hacen diferente a uno. En Guate, las comadronas han sido muy regañadas. Para trabajar en profundidad con las comadronas tradicionales hacen falta como premisas, la confianza y el idioma. No me gusta catalogar sus prácticas en acciones beneficiosas, inocuas, peligrosas o inciertas. Por ejemplo, realizan la versión externa, las sobadas, con gran cuidado y desenredan las vueltas del cordón. A una señora que ha atendido 500 partos no puedo decirle que no lo haga, es delicado. He visto que ellas lo hacen con un cuidado y con cariño. No son cosas que se hayan establecido definitivamente que sean malas. De las cosas que hago más énfasis es la higiene en el parto, pero existen límites, porque estén las casas como están, no hay agua, tiene su límite también la higiene durante el parto”. (Ester de Quirós, 2002)

Las capacitaciones y encuentros de comadronas

Antes, las comadronas eran también curanderas, pero para el MSPAS, el promotor sólo es preventivo y las comadronas sólo para atender embarazadas y partos.

En ASECSA, “las preparamos para trabajar en Materno Infantil y Salud Reproductiva. A partir de su legitimidad como partera se le amplía su trabajo a promotora de salud de mujeres y buscamos cambios en las actitudes y prácticas para disminuir riesgos.

También que las antiguas y nuevas compartan experiencias, compartir las experiencias de ellas con las facilitadoras de los cursos. Es un reto adecuarlos a comadronas que vienen de diferentes lugares y tienen diferentes perfiles de trabajo. Priorizamos la atención del parto con los riesgos de la mujer y del recién nacido. Entre nuestras debilidades es la falta de monitoreo, el insuficiente acompañamiento a las comadronas”. (Rosario Tiú, 2002, facilitadora de comadronas)

Para PIES de Occidente (2000), su “visión de futuro” es que las comadronas se desarrollen integralmente para mejorar sus condiciones de vida y fortalecer el trabajo. Entre nuestros objetivos



Comadrona de las CPR del Ixcán.





está el modificar algunas prácticas... para disminuir la mortalidad materna y perinatal, fortalecer técnicamente la atención Materno-Infantil, reconocer y valorar culturalmente la labor de las comadronas mayas y facilitar su integración o articulación con el sistema oficial de salud y capacitar a un equipo de comadronas que pueda reproducir las capacitaciones.

“En la metodología se parte de que las comadronas conocen su contexto, tienen una vivencia y empoderamiento de su trabajo y reconocerles sus conocimientos. La capacitación tiene un enfoque de educación de adultos, se parte de sus necesidades, hay protocolos de trabajo, autopsias verbales y rotación hospitalaria. Hay investigación-reflexión-acción y una actividad que le llamamos LUNA, líderes unidas para nacimientos adecuados. La formación y la capacitación se visualizan como proceso y no como cursos específicos, pues se busca el desarrollo integral de las comadronas y la organización para ello. Se promueve la organización sectorial de las comadronas y su relacionamiento con otras organizaciones de sus comunidades con la intencionalidad de promover el desarrollo de los sistemas comunitarios de salud, para promover el ascenso de este personal comunitario dentro de los equipos técnicos. Para las referencias se coordina con el MSPAS” (PIES, 2000).

Para la Acción Cristiana Guatemalteca (2000), lo justo es plantearlo como “intercambio de experiencias y no capacitaciones. En las capacitaciones se hace de menos a las comadronas y no todas las comadronas quieren carnet, sino reconocimiento”

Históricamente las comadronas han realizado su trabajo de manera individual, pero en los años 80, con el apoyo de UNICEF, surgieron los primeros grupos de comadronas. En 1989, de los grupos de Jacaltenango, Nebaj y Chiché nace el Comité Nacional de Comadronas que en el 2000 agrupaba a 78 asociaciones. Desde su conformación han realizado Encuentros nacionales. Aunque participan todo tipo de comadronas, reivindican el término de “comadrona tradicional” pues pretenden revalorizar el conocimiento empírico y los sueños. Consideran que la organización debe ser específica de comadronas, sin promotores ni curanderos, pues los promotores hegemonizan los procesos.

Un “acuerdo estratégico” del octavo Encuentro Nacional fue cuando las comadronas tradicionales “se comprometieron a cambiar su práctica cuando se evaluara que resultaba dañina o peligrosa” y que “toda mujer con un niño en transversa al comienzo del noveno mes, hay que referirlo”. Son metas del Comité el que autoevalúen sus prácticas y su rol y que las más jóvenes y que sepan leer y escribir asuman la función de facilitadoras. Para Ester de Quirós es importante que las actividades sean “en sus idiomas, que trabajen en grupos organizados, que las valoren otros grupos organizados en las comunidades que no siempre lo hacen, que intercambien y que ellas decidan de sus prácticas, valorar éstas y que sea un proceso de cambio desde ellas. Hay disposición al cambio en lo que consideraran pertinente, que lo evalúen y asuman compromisos entre ellas sin imposición externa”.

Desde ASECSA se han impulsado “encuentros” para que formen asociaciones. “Las metas son, que tengan personería jurídica y se unan con otras organizaciones para tener más fuerza en las demandas. Entre sus demandas están el diploma, el reconocimiento económico y contar con los recursos con que les enseñan en las capacitaciones.” (Rosario Tiú, 2002)

Por PIES (2000), se han promovido encuentros de comadronas en los cuales ha elaborado el concepto, función e importancia de las comadronas desde su propia perspectiva; las problemáticas que enfrentan diariamente como comadronas a nivel de la familia, trabajo, comunidad y con las instituciones de salud; las problemáticas, sus causas y concretar las soluciones.

Casa materna para atender ¿los partos normales o de riesgo?

El embarazo y el parto, lo podemos abordar socioculturalmente o medicalizar. En el parto tradicional en casa se realiza el acompañamiento a la madre y los rituales de integración del nuevo miembro en la familia, etc., mientras que el parto hospitalario es médico y prima el evitar



los riesgos de la madre y el niño. Para Freyermuth (2002) “todo parto es riesgoso y además de que las comadronas conozcan las señas de los riesgos quiere que la población esté sensibilizada a la mortalidad materna y esté organizada para evitarla”.

Para Ester de Quirós, “las casas maternas deben abordar partos con riesgo, estar cerca de la gente y que los centros de salud tengan la infraestructura para la intervención médica y quirúrgica que ahora solo tienen los hospitales. La comadrona debe seguir haciendo sus visitas domiciliarias, viendo cómo es la casa, el ambiente donde vive, cuantos patojos tiene, cómo es el marido, su situación económica, dando una atención integral a la embarazada y su familia”. Hoy por hoy, “las mujeres embarazadas le temen al hospital, más bien creo es a la cirugía porque una vez operadas, cesárea, no van a poder hacer los oficios de la casa”, además “los servicios de salud son discriminadores y maltratadores, por lo que esto es otro obstáculo”.

En PIES “tenemos una Casa materna en Concepción Chiquirichapa, donde las comadronas rotan en los servicios de labor y partos. Se atiende partos que valoran sin riesgo pues de lo contrario lo refieren al hospital. Aunque se elaboró un instrumento de referencia, de manera participativa y validado por las comadronas participantes, no se ha logrado que las comadronas reporten su trabajo y alimenten el sistema de información de salud”.

Para Graciela Freyermuth (2000), médica, antropóloga mexicana, feminista comprometida en la lucha por la reducción de la mortalidad materna: “la significativa prevalencia de la muerte materna en la región chiapaneca conjuga una serie de factores entre los que podemos reconocer: el difícil acceso a los servicios de salud, limitaciones de tipo económico, las inequidades genéricas al interior de la familia y la comunidad y las relaciones interétnicas”. Y es que cuando el parto se complica, la decisión es de los hombres, tanto para llevarla al hospital como para dejarla en casa, por lo que en la muerte materna intervienen “factores culturales del tipo de prácticas y representaciones en torno a la maternidad, la posición de la mujer dentro de la familia, la composición familiar, la forma en que se dio la concertación del matrimonio y la formación de la nueva pareja, la posición de la familia en la comunidad... sin olvidar las disputas en el campo de la salud entre terapeutas”. (Freyermuth, 2002)

Problemas de las comadronas

Para Ester de Quirós, de CEIBA, “de que las comadronas son líderes, que la comunidad respeta, reconoce, no es tan verdad, porque la comadrona es una mujer y toda mujer en las aldeas y de todo el mundo son discriminadas. Es muy buscada y reconocida sólo en el momento del parto, antes y después pasan de ella. No tienen, en general, apoyo de la comunidad. Su reconocimiento tiene cierta invisibilidad, no es poder para la toma de decisiones”.

Las comadronas se quejan del poco caso que les hacen los hombres a sus solicitudes, incluidas las autoridades comunitarias. De todos modos, las mujeres quieren ser atendidas en su parto por otras mujeres (Villaseñor, 2003) y así lo dicen “que la carne de hombre, es carne de hombre y la carne de mujer es carne de mujer, expresando con ello que el parto debe ser entre mujeres”. (Ester de Quirós, 2002)

Para Doña Timotea (1999, comadrona capacitada, de Salquil, Nebaj): “Tengo buenos conocimientos aprendidos con ustedes los doctores, pero yo no las sobo, ni les pongo piedras calientes, entonces no vienen conmigo, prefieren ir con las ancianitas”. Para Gallego y Morán (PIES, 2000), la edad de las comadronas, a mayor edad mayor experiencia y prestigio, así como la lejanía de los centros con atención médica son variables a favor de las comadronas.

La asociación Pies de Occidente (2000) apoyó a organizaciones de comadronas a sistematizar su problemática, sus causas y valorar alternativas:





En el ámbito del trabajo, son problemas la falta de equipo y material necesario, algunas familias no pagan, no quieren ser referidas, consultan a última hora, la envidia entre las comadronas, hay que caminar largas distancias, peligros en la noche y no se valora el trabajo.

En el ámbito familiar, hay incompreensión, celos del esposo, abandono del hogar y descuido de los niños, falta de recursos económicos y las critican que sólo en la calle se mantienen.

En el ámbito comunitario, los malos caminos, la falta de ambulancias y transporte para las emergencias, falta de agua y lugar adecuado para atender los partos, falta de apoyo de las autoridades, vecinos y familiares de la paciente, les critican de no saber si las refieren al hospital, los lugares a referir están lejanos...

En el ámbito de las instituciones de salud, hay discriminación y maltrato hacia ellas y las pacientes, no les dejan entrar con las parturientas y no les atienden rápido ni bien, hay descuidos e irresponsabilidad en el personal, hablan mal de las comadronas, dificultades con el idioma, etc.

Entre las alternativas para el ámbito de trabajo está el que en la noche les envíen acompañante, apoyo para conseguir los equipos, organizarse para resolver nuestros problemas.

En el ámbito familiar, que nos apoyen los vecinos, hacerle conciencia a nuestros esposos, que las parturientas lleguen a nuestras casas... Desde el ámbito comunitario, la organización comunitaria y el apoyo de las autoridades. En el ámbito de servicios de salud, buscar el diálogo con el personal, reuniones para conocerse y que trabajen con respeto, que hablen nuestro idioma, que bajen los costos económicos.

Tras lo planteado por ellas mismas, la conclusión es que ha habido muchas veces en la literatura, una idealización del rol y estatus de las comadronas y que como mujeres, su reconocimiento pertenece más al ámbito de las mujeres.

Convergencias y divergencias entre terapeutas de los diferentes modelos de salud

Nicolás Lucas (ajq'ij) recuerda los tiempos en que el conflicto religioso se reflejó en el trabajo de salud y los llamaban despectivamente “zahoríes”, “los ajq'ijab' trabajaban en la clandestinidad y los de Acción Católica llegaron a decir, que la marimba eran las costillas del diablo”. Los ajq'ijab', antes zahoríes, shamanes, fueron seguramente los más perseguidos por los grupos religiosos puesto que representaban a la religiosidad, espiritualidad que querían sustituir. Aunque en la actualidad, la espiritualidad maya se presenta como no competitiva e incluso complementaria con las religiones, la lucha religiosa se muestra en las comunidades como una lucha de verdades absolutas y excluyentes, donde difícilmente se admiten matices de complementariedad.

Acusados de brujos por los grupos cristianos en los años 50-60, ha sido hasta el resurgimiento maya de los 90 que han abierto un espacio político a nivel nacional para reivindicar la espiritualidad maya, las ceremonias en los cerros y la conformación de organizaciones de ajq'ijab'. Siguen teniendo dificultades y muchos guías espirituales prefieren seguir siendo si no clandestinos, sí discretos, siendo en la actualidad, “los evangélicos los más agresivos contra la espiritualidad maya y sus ritos, a los que acusan muchas veces de ser prácticas satánicas” (ajq'ij, 2005). Pero también entre los grupos evangélicos como entre los católicos, hay diferentes abordajes del mismo.

Debimos de llegar a finales de los años 80 y en la década del 90, cuando los promotores ya hegemónicos frente al resto de terapeutas comunitarios reivindicaran ante las ONG, los conocimientos y prácticas de la medicina natural en la que las y los curanderos fueron los expertos. Factores que intervienen están, el poder contraponer otro conocimiento y otro poder de curar



ante los profesionales de las ONG, y así procurar equilibrar las desigualdades en el conocimiento, mejora de la autoestima de las y los promotores y de una población considerada “ignorante” que ahora es reconocida y legitimada en sus saberes; reivindicar la medicina natural como parte del acervo cultural en un tiempo de ascenso del movimiento maya; ser recursos terapéuticos disponibles a bajo costo frente a los altos costos de los medicamentos de farmacia y de los limitados botiquines disponibles por las y los promotores que “limitan el impacto del poder de curar” desde las nuevas prácticas.

En esta lucha por ampliar el espacio de la medicina natural, para Quirino (1999), sanmartineco con gran conocimiento en plantas medicinales, reconoce las dificultades: “hay una lucha entre la facilidad de que están cerca de casa y gratis, y los jóvenes que prefieren las pastillas, pues es más cómodo que ir al monte”, pero en su perspectiva, la medicina química, “por un lado cura pero por otro enferma, mientras que lo natural no hace daño”.

Para un sector de ONG-Iglesias, es parte del empoderamiento comunitario, una lucha contra la medicalización y abuso farmacéutico, contra las multinacionales farmacéuticas y el afán de promover una vida más naturista y/o más espiritual.

Para el MSPAS y otros muchos Ministerios de Salud de toda América Latina, el apoyo a la Medicina Natural, y la denominada Popular y Tradicional, tiene según Menéndez (1990), “un origen en la crisis económica de los años 70 y en diferentes intereses, como el abaratamiento de costos, la recuperación de prácticas eficaces ante determinados problemas y la extensión de cobertura y busca la legitimidad política ante quienes mayormente participan de esos conocimientos y prácticas. La recuperación de dichas prácticas tiene objetivos que pueden ser diferenciados y aparecer como complementarios o conflictivos según sean los sectores sociales que se hacen cargo de los mismos. Para la población es el abaratamiento en la atención y la obtención de determinados servicios, la revalidación ideológica de sus propias prácticas, la apropiación de instrumentos eficaces, una mayor cobertura... para otros autores supone un paso en la integración cultural y una fuente de identidad. Para la medicina privada, una competencia en el mercado. Para la industria farmacéutica, espacio para inducir la automedicación”.

El conocimiento y prácticas de las plantas medicinales que reivindican las y los promotores es un conocimiento que se muestra legitimado pero también resignificado, pues ya no tiene en general el mismo significado energético que para sus abuelos. Por el lado de la población su legitimación se da desde la eficacia comprobada y ante las ONG-Iglesias y la Organización Panamericana de la Salud –OPS– es mayormente desde sus principios activos, comprobados tras exámenes en laboratorios farmacéuticos. El diferente modelo explicativo sobre el que se basa su eficacia radica que mientras para unos/unas son sus principios activos para otros/otras es su energía, la fuerza de la planta, lo que justifica recogerla a determinadas horas y días, según la fase de la luna para una mayor eficacia y que sigue siendo parte de los conocimientos de buena parte de la población.

Para Graciela Freyermuth (1993), en Chiapas, “las modificaciones en la cosmovisión de la causalidad de la enfermedad y su práctica curativa son más por la influencia religiosa e instituciones de salud que por el desarrollo económico... La población de las comunidades rurales no puede ser considerada como un todo homogéneo en su cosmovisión sobre la salud y la enfermedad, se diferencian aún siendo mayoritariamente indígenas, por su desarrollo económico y su relación con el sistema económico extracomunitario, las influencias religiosas y las intervenciones institucionales estatales o no. Las concesiones a la medicina tradicional son diferenciales entre la Iglesia católica y las evangélicas, y también entre las diferentes ONG. Las variables favorables a la permanencia de los curanderos para Chiapas son el aislamiento de la comunidad, la menor presencia activa de catequistas católicos y menos aún de pastores evangélicos y la ausencia de servicios médicos cercanos”.





En el caso de las comadronas, su presencia en Chiapas, Freyermuth (1993), “es independiente del acceso a servicios, número de habitantes, religión e instituciones presentes”.

Para Delfino Chalí, “algunas comadronas llaman a los promotores cuando se complica el parto” pero “no siempre hay buenas relaciones entre promotores y comadronas”. Con los curanderos, “pocas veces hay coordinación, predomina el celo por saber quién tiene más gente”.

En palabras de Axel Ruiz, “hay celo ocupacional”. El curandero dice “empezando están y no saben nada. Yo lo sé por mi padre y el padre de mi padre que ya sabían curar y ellos me enseñaron a mí” mientras el promotor responde “prueben con él y verán que no sirve”. Entre promotores y comadronas “a veces se complementan, en otras cada quién está en su cajón y el divorcio es total”.

Aunque hay experiencias de comadronas asociadas con promotores, quizás las experiencias de Petén e Ixcán sean las más destacadas con la particularidad que por sus historias locales se observan comadronas capacitadas y más empoderadas, la tendencia es a la separación puesto que los promotores, mayoritariamente hombres, asumen la representatividad de ellas desde una perspectiva de género muy masculina.

Para la Hermana Marie-Paule Broekmans, religiosa con casi 40 años de trabajo de salud comunitaria en la región chortí:

En las comunidades hay mucho pleito por las tierras entre comunidades y entre familiares y vecinos y lo mismo pasa entre los líderes, hay muchos líderes y entran en competencia. Es una etapa que tienen que pasar, cada uno por su lado pero mi esperanza es que aprendan a trabajar juntos. En las comunidades hay curanderos, comadronas y promotores, y en nuestro Programa hemos tratado de tener una relación amistosa. Aprender lo que ellos (los curanderos) hacen y ver qué no sirve de eso. Los promotores de las comunidades no se han acercado tanto, el equipo central sí. Hoy día es el tema y se oye en la consulta, fueron a buscarle y se curó, el otro que le cobró bastante y no le ayudó. Yo misma estoy aprendiendo reflexología, reiki y cosmología maya. Siento en mi mano todo esto. Cada quién tiene su carisma.

El año pasado en un curso con comadronas, la doctora les habló de lo suyo. Yo les hablé desde la Biblia y Joselino (promotor de salud y guía), argumentó desde la cosmología maya, les confirmó sus conocimientos y prácticas, sus caras se pusieron como sol. Y ellas se pusieron a contar con todo el tiempo del mundo. No hubo programación y ellas no tuvieron hambre, su tiempo era para compartir. No fue capacitación, sino intercambio de experiencias.

La población me motiva. Nuestra población es pobre en lo material pero no en lo espiritual. Yo llegué en los tiempos de crisis religiosa, en la secularización, en la crisis de fe religiosa, pero en el transcurso del tiempo la gente campesina indígena me ha alimentado en la espiritualidad cristiana y maya. El laboratorio de plantas es también un lugar de oración, primero para recibir las plantas con las plantas y luego con los enfermos a quiénes vamos a servir. El número uno es el servicio, pero el servicio no es hacer las cosas gratis sino hacerlo bien, que es cuando hay una espiritualidad. La cosmología maya nos enseña que primero hay que curar lo espiritual y después lo otro sigue. La consulta es como un confesionario. Tienen granos porque tienen un gran conflicto familiar. Está confirmado que es cierto. Para mí religión, cultura y salud es una misma cosa. Es una gracia el haber venido a Guatemala.

La experiencia de los autores ha sido de no complementariedad entre promotores y curanderos, de no relacionamiento y de competencia, salvo cuando el curandero era el papá del promotor o el promotor era a su vez curandero. Las luchas de poder entre ambas figuras, se saldaba con quién era “el más chingón”, pero lo mismo pasaba entre promotores, por quién atendía más pacientes.



En los últimos años, se observa el reconocimiento y búsqueda del promotor al curandero, con similitudes al reconocimiento que algunos catequistas realizan a los guías espirituales, ajq'ijab.

La terminología como espejo de las relaciones sociales

En la conceptualización de los modelos de salud predomina la terminología de las diferencias más que de las relaciones. Así los modelos de salud son el tradicional que tiene en el otro polo el moderno, al natural se opone el químico, al occidental el maya, al popular el científico. La terminología no es neutra, al contrario refleja las relaciones de hegemonía/subalternidad propias de la sociedad en la que vivimos. La racionalidad occidental y su sistema político tiende a construir relaciones polares excluyentes y a través de ella construye una realidad que no visualiza la imbricación entre todas ellas. Menéndez (1990) aborda la terminología desde la perspectiva político-ideológica y considera que “tradicional sería todo aquello que es considerado no moderno, homogeneizando en abstracto, todos los contextos e ignorando las particularidades. Acumula y sintetiza homogéneamente prácticas diferenciadas, interpretándolas como parte del polo no científico. Limita dichas prácticas a uno de los polos y no puede dar cuenta de esas mismas prácticas cuando operan en el sistema opuesto. También puede considerarse “tradicional”, la práctica que realizan las personas y grupos considerados tradicionales, grupos culturales diferentes y minusvalorizados”.

Para el mismo autor, lo “popular” sería la cultura que desarrollan las capas populares, los grupos económicos subalternos y es parte de la cultura no académica, no científica. Todo ello expresa la tendencia a considerar los polos como realidades históricas y no justamente como construcciones metodológicas.



Promotoras de salud de San Ildefonso Ixtahuacán. (ASEDE).

Tras las denominaciones está claro que en la visión predominante, lo superior es lo moderno, lo científico y lo occidental, quedando relegado al atraso lo tradicional, popular.

Los modelos de salud nunca los podemos separar de las personas que los hacen suyos y las relaciones que establecen los modelos son las relaciones que pueden establecer personas de diferentes culturas y de diferentes clases sociales. Es más fácil que a nivel comunitario se construya un espacio común a partir de objetivos comunes como la salud integral de las y los comunitarios. Si hay en el plano religioso, una Pastoral de inculturación, una Pastoral indígena ¿por qué no va ser posible un encuentro similar entre las personas de los diferentes modelos de salud?

Algunos promotores y promotoras son también ajq'ijab', y otras personas también integran conocimientos provenientes de diferentes modelos de salud. La población en general, camina sin exclusiones por los diferentes modelos en el “todo sirve”. La exclusión parece ser más la práctica de los especialistas de todos los modelos y tras ello, están las concepciones excluyentes y los intereses de los grupos dominantes.





Las relaciones de género entre promotoras y los promotores de salud

La mayoría por goleada de las décadas de los 60-70, entre el porcentaje de promotores y promotoras, va acercándose al empate técnico. ¿Es resultado de los avances de las mujeres o que ser promotor ya no interesa a los hombres?

En los 60-70 el aprender para atender a la familia, “descubrir los secretos de la medicina moderna” (Salazar, 2005, director del Hospital Behrhorst), ampliar relaciones sociales y generarse recursos era el estímulo para que cientos de hombres campesinos se incorporaran a promotores de salud. La baja participación de mujeres en esos años se explica por el rol cultural de las mismas, dentro del hogar y menos en lo público, que por las personas entrevistadas era caracterizado como de machismo cultural. En la Behrhorst, sólo el 3% de promotores eran mujeres por razones de mayor analfabetismo en las mujeres y el machismo cultural que los esposos no permitían la salida de casa de sus mujeres. “En aquellos tiempos era un gran estatus ser promotor”.

En la región chortí, en el oriente del país, la Hermana Marie-Paule Broekmans (2005) relata que en 1977 cuando comenzaron con el trabajo de promotores eran sobre todo hombres y muy pocas mujeres. La tendencia se ha mantenido a que predominen los hombres, pero al otro lado de la frontera, en Honduras predominan las mujeres.

En Rabinal, Gloria González, enfermera que desde hace varios años es encargada del proyecto de promotores de salud en ASECSA-Baja Verapaz, nos platica que “iniciamos el trabajo de salud con las viudas, reconociendo el papel de las mujeres en el cuidado de la familia, sensibilizándolas en su superación”, “culturalmente en Rabinal, las mujeres ven por la salud comunitaria y los hombres por infraestructuras” además “los hombres migran mucho y las que quedan en casa son las mujeres”. “Nosotros, como institución promovimos que fueran sobre todo las mujeres... pero la influencia fue mínima. En Rabinal las promotoras son el 75% y los hombres el 25%, pero en sus aldeas más alejadas la participación de las mujeres es cero, por la distancia... y las propias mujeres nos dicen que *aquí los únicos que bajan a las capacitaciones son los hombres, porque nosotras nos quedamos cuidando los niños y además hay peligros en la salida.*”

En algunas comunidades de Rabinal, “el empoderamiento va unido a la viudez y tiene que ver con las necesidades de la sobrevivencia, por no tener el obstáculo de los hombres que negaban la libertad, por la vivencia y conciencia”. Por el contrario, en Purulhá, de mayoría pocomchí, pero también en Baja Verapaz, la mayoría de los promotores son hombres.

En las capacitaciones de ASECSA-Rabinal, entre 1994 y el 2005, las promotoras han predominado sobre los promotores, salvo los años 2000 y 2001, y en el total de promotores capacitados, la suma total es de 304 mujeres por 96 hombres (Cuadro A).

En el caso de la Pastoral de salud de las Verapaces, donde mayoritariamente se trabaja con población q’eqchí’, el 65% de los animadores de salud son hombres y el 35% son mujeres. Igual tendencia, se observa en la Regional de ASECSA-Alta Verapaz, donde la proporción de promotoras entre los años de 1999 a 2005 era de 17%, observándose un aumento notable en los dos últimos años (Cuadro B). Igualmente, en los cursos por niveles desarrollados por ASECSA-Chimaltenango en el año 2001 (Cuadro C).

En ASECSA-Petén, siguen predominando los hombres salvo en los cursos realizados en Las Cruces y La Cumbre, donde hay alternancia entre unos años con mayoría de hombres y otros de mujeres con tendencia al equilibrio. Esta alternancia, corresponde a los tres primeros niveles de capacitación, y no se muestran los cuadros. Por el contrario en el cuadro D, correspondiente a la última semana del cuarto nivel, en los diferentes centros de capacitación, siempre dan mayoría de hombres, salvo en Las Cruces.



En San Juan Ostuncalco, los cursos de la Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam, ACODIMAM, se realizan en una de las comunidades cuya ubicación facilita el regreso en la tarde a casa y posibilita la participación de las mujeres. El trabajo de salud comunitaria, recae en gran medida en las mujeres, pues muchos de los hombres trabajan en Quetzaltenango, en la cabecera municipal y es fuerte la migración a EEUU. El resultado es que en el primer año de capacitaciones en el 2001, participaron 36 mujeres y 8 hombres.

En la capital, el 100% de las Representantes del Programa Integral de Salud, reproinsas de FUNDAESPRO, son mujeres e igualmente en las fincas de Pochuta con APSADEC. En ambos contextos, las mujeres asumen su “deber ser”, en la salud comunitaria y familiar, de base voluntaria y gratuita, mientras los hombres priorizan su “deber ser”, en la generación de ingresos familiares.

Las variables que condicionan la participación de los hombres y las mujeres como promotores y promotoras de salud, están relacionados con los roles desiguales de género y la lucha por por la generación de ingresos.

El ser promotor genera conocimientos y una cuota de poder, que aunque no es fuente de ingresos, sí proporciona un cierto estatus comunitario. En las comunidades campesinas en donde los hombres trabajan en sus parcelas, los hombres son mayoría como promotores. En las comunidades donde los hombres salen a trabajar fuera de la colonia o comunidad, en las fincas, migran a los EEUU o por motivo del conflicto interno hay una viudedad importante entre mujeres, el trabajo de promotor se feminiza, tal es el caso de la capital, Pochuta, San Juan Ostuncalco y Rabinal.

En estos lugares, los cursos se realizan cercanos a las viviendas, permitiendo muchas veces el regreso a casa en las tardes, y haciendo “compatible”, el ser promotora de salud y ama de casa.

La figura del promotor, en donde haya ausencia de hombres o se priorice el ingreso económico, se convertirá en espacio social de mujeres. En el caso de los hombres consideramos que es importante la motivación de atender a su familia y el afán de aprender, más que el estatus de promotor en la comunidad. En el caso de las mujeres, podrá ser, ya lo es, un espacio de empoderamiento, de aprendizaje de nuevos conocimientos, perspectivas y nuevas relaciones interpersonales, a la vez que una ampliación de su rol de cuidadora y curadora del hogar a cuidadora y curadora de la comunidad.

Cuadros de promotores y promotoras en las capacitaciones

Cuadro A: Promotoras y Promotores capacitados en ASECSA-Rabinal. 1994-2005

AÑO	Hombres	Mujeres	TOTAL
1994	0	9	9
1995	3	15	18
1996	1	11	12
1997	5	7	12
1998	5	6	11
1999	2	9	11
2000	7	3	10
2001	5	4	9
2002	8	20	28
2003	35	115	150
2004	25	105	130
TOTAL	96	304	400





Cuadro B: Promotoras y Promotores capacitados en ASECSA-Alta Verapaz, 1994-2005

AÑO	Hombres	Mujeres	Total	Centros de capacitación
1999	19	0	19	Cobán
2000	96	3	99	Cobán
2001	138	27	165	Cobán, Lancetillo, Fray Bartolomé, Semahí, y en Ixcán (en Xalbal, San Marcos, Cantabal y Nuevo Porvenir).
2002	20	4	24	Cobán
2003	17	6	23	Cobán
2004	19	11	30	Cobán
2005	49	22	71	Cobán
Subtotal	358	73	431	
Porcentaje	83 %	17 %	100 %	

Cuadro C: Promotoras y Promotores capacitados en ASECSA-Chimaltenango, en 2002

Año 2001	Hombres	Mujeres
1er nivel	16	7
2do nivel	21	2
3er nivel	22	13
4to nivel	18	11
	77 H	33 M

Cuadro D: ASECSA-Petén, año, lugar de capacitación y nivel de curso

AÑO	Lugar de capacitación	H	M	Ultima semana del cuarto nivel
1999	La Libertad	10	3	Sexta semana del año (última)
2000	San Benito	16	8	Sexta semana del año (última)
2001	La Cumbre	11	3	Sexta semana del año (última)
	La Reynita	23	2	Sexta semana del año (última)
	Oxlajú PSDC	18	0	Sexta semana del año (última)
2002	Libertad	16	1	Quinta semana (última)
2003	San Benito	4	6	Quinta semana (última)
	Libertad Oxlajú	14	0	Quinta semana (última)
2004	Las Cruces San Benito	10	12	Cuarta semana (última)

Petén. Cursos de seguimiento o reforzamiento con notable mayoría de hombres

	2002		2003		2004		2005	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Machaquilaito	23	0	18	0	17	0		
El Naranjal	11	0	15	0	15	1		
Poptún	12	3	8	0	16	1		
La Cumbre							15	7
Cruce Chinchila							15	2
San Lucas Aguacate							17	0

Bibliografía por orden de consulta

- González, Matilde. *Se cambió el tiempo. Conflicto y poder en territorio k’iche’*. 1880-1996. AVANCSO. Cuadernos de investigación # 17. Guatemala, 2002.
- Annis, Sheldon. Estudio de los servicios de salud en los departamentos.
- Loarca, Carlos. Marco legal nacional e internacional. ASECSA. Guatemala, 2004.
- Komon Kech Ajkunanelab´ Mayab´. Consejo de Médicos Mayas. Quetzaltenango, 2004.
- Yoldi, Pilar. *Don Juan Coc, Príncipe Q´eqchi´ (1945-1995)*. FRMT, MDM-E, Intermon, Entrepueblos. Guatemala, 1996.
- Villaseñor, Yadira; Trabajo con comadronas en el Hospital de Sololá, experiencias desde 1996. Ponencia en el curso de Interculturalidad, Género y salud en el Foro de comadronas.. Médicus Mundi Navarra, FLACSO, UE. Guatemala 2003.
- Freyermuth, Graciela; Manca, María Cristina. Luna golpeada. Chiapas, 2002.
- Freyermuth, Graciela y cols. Campaña para reducir la muerte materna en Chiapas. En: *Acciones exitosas para una maternidad sin riesgos*. Editora: María del Carmen Elu. UNICEF/Comité promotor para una maternidad sin riesgos en México. México, 2000.
- Freyermuth Enciso, Graciela. Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. CIESAS del Sureste. Gobierno del Estado de Chiapas. DIF-Chiapas/ Instituto Chiapaneco de Cultura. Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1993.
- Menéndez, Eduardo. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. Casa Chata # 179. CIESAS, Guadalajara 1990. México.
- Gallegos, Rafael. Morán, Carlos. El rol de la comadrona en su contexto sociocultural. Pies de occidente. Xela, 2000.
- Pies de Occidente. La Comadrona tradicional: ¿obstáculo o solución al problema materno-infantil en regiones de pobreza extrema, exclusión y marginación? Capacitación, formación y acompañamiento. Xela, 2000.





TIEMPO AL TIEMPO

Los proyectos son como un tiempo de ciudad que se mete en la comunidad y altera nuestra vida

El poema de Ak´abal: “para quienes no hablan nuestros idiomas somos invisibles”,

puede ser una muestra de cómo el sentido común de cada persona, grupo, no deja ver la mayoría de las veces, lo que los otros nos dicen con sus palabras o su silencio. El tiempo es una de esas construcciones en donde cada persona, grupo sociocultural, clase social, camina a diferente hora, día, año, constelación.

En el campo de la salud, el pasado que es presente, el presente que es ahora y el futuro también presente es otra forma de comprender la integralidad a través de la concreción de todas las dimensiones humanas, sociales, históricas en el ahora. ¿Cómo comprender a una persona si no se conoce su historia de vida? ¿Es la enfermedad sólo una expresión de un padecimiento individual?

El tiempo como vida, que pesa y necesita ser cargada

Los 400 muchachos que construían su casa comunal fueron muertos por Zipacna, hijo del soberbio Wuqub´ Kaqix, y fueron elevados al cielo, formando el firmamento de estrellas. Cuando murieron Junajpu´ e Ixb´alamke, Después de triunfar sobre Xib´alb´a, formaron, uno el sol y el otro la luna.

Popol Wuj

Para los mayas (Eduardo León Chic, 1999), hay tres maneras de contar el tiempo. Una de ellas es el Chotun, para llevar el registro de los años transcurridos desde el principio del tiempo maya y cuya utilidad es la de registrar el tiempo de los fenómenos astronómicos. La cronología maya se inicia con un hecho hipotético, la “fecha cero” que se remonta al 11 de agosto del año 3114 antes de nuestra era, 13.0.0.0.0.4 Ahau 8 Cumhú con el que se inicia la “Serie Inicial o Cuenta Larga”, la Quinta Era, el Quinto Sol, la Quinta Creación.

La fecha cero: 13.0.0.0.0.4 Ahau 8 Cumhú

13 B´aqtun

0 K´aktun

0 Tun

0 Winal

0 Kin

4 Ahau 8 Cumhú



1er nivel	Kin o q´i	1 q´ij	1 día
2do nivel	Winal o winaqj	20 q´ij	20 días
3er nivel	Tun o junab´	18 winal	1 año
4to nivel	K´atun	20 tun	20 años
5to nivel	B´aqtun	20 k´atun	400 años
6to nivel	Piktun	20 b´aqtun	8.000 años
7to nivel	Kalab´tun	20 piktun	160.000 años
8to nivel	Kinchiltun	20 kalab´tun	3.200.000 años
9º nivel	Alautun	20 kinchiltun	64.000.000 años

Eduardo León Chic (1999)

El segundo calendario, Cholab´, lleva la cuenta del año astronómico o solar con una duración de 365 días, organizado en 18 periodos de 20 días cada uno y 5 días complementarios. La tercera, el Tzolkin o Cholq´ij, el calendario de la cuenta corta o lunar, el calendario sagrado de la cuenta de los días. Está organizado en 13 meses de 20 días y responde a la convergencia de las 10 corrientes energías cósmicas y las 10 telúricas que corresponden respectivamente a los 10 dedos de las manos conectados al cosmos y de los 10 de los pies conectados con la Madre Tierra, la corriente telúrica y a su vez conectados con las 13 articulaciones principales del cuerpo humano. Los días se reconocen o cuentan en rotación nominal de 20 nombres que son:

E	Aj	I´x	Tz´ikin	Ajmaq
No´j	Tijax	Kawok	Ajpu	Imox
Iq´	Aq´ab´al	K´at	Kan	Keme
Kiej	Q´anil	Toj	Tz´i´	B´atz´

El año nuevo lunar comenzará con el *Wajxaqib´ B´atz´* (8 Hilo-Mono), fecha resultante de la rotación nominal de los 20 días y de la rotación numeral del uno al trece. Este calendario relaciona los estados de la luna, los ciclos de siembras y cosecha, determina las “predestinaciones” de las personas, los estados espirituales de las personas...

La unidad básica del calendario maya es el día: *kin o q´ij*. Y decir 20, es decir *juwinaq*, una persona en k´iche´ y una persona completa es *jun tz´aqatalaj winaq*, una persona de 20 dedos. A cada día le corresponde un nawal, y un número (del 1 al 13) de cuya combinación resultará la fuerza de su espíritu.

Para Alberto Valleja Reyna (2001): “El maya miraba en el cielo la marcha de *los cargadores del tiempo*, cada personaje divino cargaba con su mecapal el número del día, del mes o del año correspondiente y así el tiempo caminaba. Esta secuencia eterna de relevos que cargan el tiempo durante una interminable marcha por la eternidad era calculada a través del calendario. Al día del calendario Tzolkin que coincidiera con el primer día del año solar se le consideraba como *cargador del año*. Estos cargadores sólo podían ser cuatro días del calendario sagrado: Ben, Etz´nab, Ak´bal y Lamat, en el calendario del periodo clásico, y Kiej (Venado), E (Camino), No´j (Sabiduría), Iq´ (Viento) en nuestros días.





Este enlace de cada año se observa como una especie de nudo que relaciona el tiempo en un gran tejido cósmico. Este *atado* del tiempo como nudo, estudiado por Bárbara Tedlock, ata los cinco días finales del año y el enlace con la entrada del nuevo. Son días peligrosos en donde se limitan las actividades sociales y comerciales.

Para Rita Roesch Gálvez (1998), una estudiosa de la cultura maya clásica:

En el concepto del tiempo maya intervienen dos problemas centrales: el del sentido de la transición o devenir del tiempo, representado en la marcha de los divinos cargadores, en sus puntos de descanso que abren o cierran los ciclos y el de la validez de las responsabilidades de cada generación.

La imagen de los cargadores, explica que el tiempo era concebido como algo que pesaba, que estaba vivo. Y los cargadores como las voluntades, el sí y el no del tiempo. Es como que si lo que cargasen los divinos cargadores fuese la vida, que el maya llegó a entender a voluntad y entrega de los dioses. La ansiedad sobre su reaparición y continuidad explica aún más la visión del tiempo como vida. La concepción de que el tiempo es “la vida”, que “pesa”, que debe ser “cargado” y que en turnos diferentes, los dioses siguen una “marcha” que abre y cierra pequeños, medianos y largos “ciclos”, es ajena a las concepciones de un tiempo abstracto que contienen únicamente referencias de orden, sin ningún otro significado con la vida y con las normas de conducta del hombre.

El vínculo entre generación y generación era entonces el mismo universo. El resto consistía, como con los cargadores, ser capaces de aguantar la carga de sentido humano, la obra del hombre, de unos a otros: no perderse en la gran marcha.

El calendario maya cumple dos funciones primordiales: como instrumento cronológico para lograr la exacta medida del tiempo y como instrumento de organización. Hay 3 hallazgos admirables: un punto de partida fijo, un ciclo sincronizado de todos los ciclos y una fórmula para corregir el año bisiesto, denominada “serie secundaria”.

Sigue siendo admirable la precisión que lograron en la medición de la rotación completa de la tierra alrededor del sol, que los mayas lo calcularon en 365,2420 días y la NASA, en 365,2422 días.

La concepción de un ciclo que “anudara” y ordenara el paso del tiempo de todos los demás ciclos no es sólo una expresión de su altísimo grado de avance matemático, es también una prueba del afán de predicción y de control sobre el devenir del tiempo, y sobre todo, de las circunstancias que le acompañaría. El Calendario establece un vínculo entre la realidad universal y la realidad en que vive, es la aplicación del modelo de vida universal al modelo de vida de las personas, de los animales, de la naturaleza, y al establecimiento de criterios para la organización social.

Cuando se entiende la vida como una fuerza, como un camino... la necesidad de encontrar la ruta, de reconocer las señales es una obligación. Los mayas encontraron, a través del Calendario, que la mejor ruta era el universo. Para seguir el modelo del universo era preciso conocer sus leyes con exactitud, le dio un sentido y posición de valor a los elementos y conjuntos de todo este vasto sistema que identificó como dioses hasta que logró concebir que, en la marcha de los cargadores, toda la vida estaba presente como una fuerza total y única.

La predicción en el Calendario maya está vinculada a la vida porque el fruto de la predicción era la interpretación del mensaje de los dioses, que hacía que la predicción se convirtiera en previsión y orientación de la vida, un medio de encontrar sentido a la vida de la personas en el Universo.

Del concepto del tiempo se desprenden la conciencia del grupo, la periodicidad y la



trascendencia natural. Del concepto de espacio, la unidad, la armonía y la integración.

El tiempo es concebido como ser, un organismo vivo. Era procesión infinita de cargadores donde el reto era reconocer con anticipación, la divinidad protectora del momento que se avecinaba. Existía como ser y su existencia era total (pasado, presente y futuro) en cada momento.

Para que el tiempo presente existiera era preciso que aún permaneciera la vida que había creado el pasado; e igual, el futuro, exigía del tiempo anterior para perfeccionar lo creado. El tiempo era un ser que cargaba con todas las posibilidades del mundo, cargaba con el pasado, presente y futuro. Era un ser vivo sin representación individual y los dioses que le cargaban y le depositaban en el mundo no eran de ningún modo su representación, sino divinidades encargadas de transportarlo, tal como el cántaro con agua que cargamos desde el río al hogar y lo vertemos sobre los alimentos.

El tiempo es infinito como pasado, presente y futuro en cada momento. En cada momento el tiempo recoge todo su pasado y lo revive a través del presente que deja ya sembrado un futuro. Sostenía el pasado y germinaba el presente con futuros –posibilidades– para cada ser.

Para que la vida se mantuviera era preciso que este tiempo soportara la carga del pasado y que el encuentro con la misma cualidad de cada ser le permitiera reiniciar sus ciclos de vida.

De ese criterio vital y concreto de un tiempo como sembrado de vida, los mayas extrajeron valores de vida como la conciencia del grupo, que posee la misma connotación del tiempo totalizador. La comunidad hecha con todas las personas unidas por la presencia de un pasado. Una comunidad que es todas las personas, un tiempo que es todos los tiempos, una vida que es toda la vida.

La conciencia de grupo, comunidad, lleva no sólo a pedir al dios por su sobrevivencia, sino también por su continuidad como comunidad. El yo individual era parte del yo social. Yo soy de todos y todos somos para algo. Pertenecer a todos y ser algo. Hacer de todos. Sólo ese sentido de continuidad entre la misma comunidad construye a la persona total.

El tiempo es algo que se carga y se vierte en la vida que existe, es el tiempo como sembrador de vida. Los mayas llevaron a categorías de seres concretos ideas abstractas de contenido absoluto. (Roesch Gálvez, 1998)

La memoria indígena es un proceso de revitalización del pasado. Las festividades, las danzas, los rezos son la fuerza de una memoria que se comunica con esa otra dimensión donde la vida sigue. Por eso cuando hablan de héroes del pasado, están hablando de una fieza que se mantiene viva. En esa otra dimensión del mundo, el tiempo no transcurre o es actual. Esa mirada al pasado como actual, es otra forma de comprensión de la vida social. “El tiempo mítico es atemporal, concentrado, puede incluir algo que pasó el año pasado”. (Ruth Piedrasanta, 2005)

El tiempo es lineal para los europeos, “espiral para los mayas, como las fuerzas del universo. Inicia con el cero, no con el uno, se cuenta de cero a 19 y al llegar a 20, se cambia de nivel. Se corta el ombligo al nacer y al morir. Hay 5 calendarios, 5 nawales, fecha de concepción, fecha de nacimiento... somos la unidad en la diversidad. El tiempo maya es una sucesión de ciclos astrales y el 2012, es el final del ciclo galáctico” (Mendoza, 2005).

El tiempo desde otras perspectivas

“Mientras los griegos clásicos consideraban que el tiempo venía desde detrás de ellos, alcanzándoles y colocándose delante, convirtiéndose así en el pasado que tenían ante sus ojos. Los ingleses se consideran moviéndose a través del tiempo” (Kluckhohm, 1999). .





El tiempo para Einstein “no está en la física” y para Bergson: “el tiempo no puede ser objeto de la ciencia pues es demasiado complejo”. El descubrimiento por Einstein de que la velocidad de la luz resultaba ser la misma para todo observador, sin importar cómo se estuviese moviendo, condujo a la teoría de la relatividad, teniendo con ello que abandonarse la idea de un tiempo absoluto único. En su lugar, cada observador tiene su propia medida del tiempo, que será registrada por el reloj que lleve consigo, así el tiempo se convirtió en algo más personal, relativo al observador que lo mide.

“Cuando se intentó unificar la gravedad con la mecánica cuántica se tuvo que introducir la idea del *tiempo imaginario*. El tiempo imaginario es indistinguible de las direcciones espaciales. En el espacio se puede ir hacia el norte, dar la vuelta e ir al sur, de la misma manera, en el tiempo imaginario uno puede ir hacia delante y debería poder también dar la vuelta e ir hacia atrás. Pero a diferencia del imaginario en el *tiempo real*, sí hay una diferencia muy grande entre esas direcciones y por ello es que recordamos el pasado pero no el futuro”. (Stephen Hawking, 1990)

“El que con el tiempo aumente la entropía, el desorden, es un ejemplo de lo que se llama una flecha del tiempo, algo que distingue el pasado del futuro dando una dirección al tiempo. Hay al menos tres flechas del tiempo diferentes. La primera es la flecha termodinámica, que es la dirección del tiempo en la que la entropía aumenta. La flecha sicológica es la dirección en la que nosotros sentimos que pasa el tiempo, la dirección en la que recordamos el pasado pero no el futuro. La flecha cosmológica es la dirección del tiempo en la que el universo está expandiéndose en vez de contrayéndose. Sólo cuando las tres flechas apuntan en la misma dirección se han dado las condiciones adecuadas para nuestra existencia”. (Hawking, 1990).

Para el Premio Nobel de física, Ilya Prigogine (1991), “el tiempo es el estudio del movimiento pero en la perspectiva del antes y del después; el tiempo debe ser objeto de la ciencia pues hay que pensar el universo como una evolución irreversible. ¿Tiene inicio el tiempo?: En cierto sentido precede al universo, es decir, el universo es el resultado de una inestabilidad sucedida en una situación que le ha precedido. El tiempo precede a la existencia, precedía en estado potencial en el vacío fluctuante. La idea de un tiempo creado por los humanos presupone que somos diferentes a la naturaleza. Si nosotros fuéramos quienes creáramos el tiempo, éste sería evidentemente una barrera entre los humanos y la naturaleza. Los humanos formamos parte de esta corriente de irreversibilidad que es uno de los elementos constitutivos del universo”.

Dossey (1986) visualiza “el tiempo como un río. Lo ordinario es sentir que el tiempo fluye, pero no nos ponemos de acuerdo sobre el ritmo de ese flujo. Es una sensación cambiante, unas veces lento, otras rápido. Los sucesos ingresan en la conciencia de forma secuencial, pero este proceso no tiene la sensación de linealidad en el flujo del tiempo. El tiempo del físico, no es el tiempo del poeta. El tiempo del calendario no nos sirve para saber en cuánto tiempo se cocen las papas, aunque puede decirnos cuándo plantarlas. El tiempo de mi vida (duración) no es lo mismo que el tiempo (hora) en que debo llegar a una reunión. El dominio que otorgamos al tiempo sobre nuestras vidas es, no sólo arbitrario, sino totalmente absurdo. Y sin embargo mantenemos la ilusión de que el tiempo es un concepto único”.

“¿Cómo experimentamos el tiempo? No se ha encontrado un órgano para la sensación del tiempo. Los relojes biológicos de nuestros órganos no van al mismo ritmo. La naturaleza hizo nacer la antigua idea del tiempo como un fenómeno cíclico. Los planetas siempre regresaban en determinados periodos fijos. El sol y la luna observaban una infalible periodicidad, lo mismo que las estaciones. Y el hombre primitivo reflejó ese aspecto del mundo en el concepto del tiempo. La lengua de los indios Hopi no contiene palabras para referirse al tiempo de forma lineal. Sus verbos no tienen *tiempos*. Viven en una especie de presente continuado que abarca todo cuanto haya sucedido alguna vez”. (Dossey, 1986)

“El estado de conciencia del místico y del religioso es un estado carente de duración, por el hecho de vivir en un presente continuado y no por eso son personas primitivas. La meditación y la



oración simplemente dejan transcurrir el tiempo en esa quietud de la que han hablado los grandes místicos. Los niños también tienen la capacidad de abolir el tiempo. Para la cultura hindú, la unidad básica del tiempo real es el tiempo que tarda en cocer el arroz. El reloj influenció en gran medida en el concepto del tiempo moderno como algo lineal, como algo continuo y homogéneo. Que el tiempo fluye, que es divisible en pasado, presente y futuro. Nuestro tiempo cronométrico es una convención arbitraria que se usa para hacer planes y establecer citas. Pero no es un tiempo real”. (Dossey, 1986)

“La Conferencia Internacional del Meridiano tuvo lugar en Washington en 1884 y se adoptó la hora meridiano de Greenwich como la norma para el sistema de usos horarios internacionales. En las sociedades industriales, el tiempo se ha convertido en la medida del trabajo, mientras que en épocas anteriores el trabajo era la medida del tiempo. Antes de la invención del reloj era imposible quedar a las 3 en punto”. (Tomlinson, 1999)

Nuestro sentido del tiempo cambia con la edad. “Los niños menores de un año no parecen tener sensación del tiempo. A los dos años, aparece la expresión *hoy* y a los dos años y medio usan la palabra *mañana*. A los tres años, *ayer*, a los cuatro años, aparecen por la *mañana* y por la *tarde* y a los cinco años comienzan a distinguir los días. A los once o doce años tiene un máximo progreso y a los 16 años alcanza la madurez en su comprensión del tiempo” (Dossey, 1986). En una de las cartas de Margarita Yourcenar escribe: “Me atreveré a decirte que no pienso tanto en la vejez: nunca creí que la edad fuera un criterio. No me sentía particularmente *joven* hace 50 años (cuando tenía 20, me gustaba mucho la compañía de gente mayor), y no me siento *vieja* hoy. Mi edad cambia (y siempre ha cambiado) de hora en hora. En los momentos de cansancio tengo diez siglos; en los momentos de trabajo, 40 años; en el jardín, con el perro, tengo la impresión de tener cuatro años”. Y todos hemos experimentado mayor inseguridad a las 3-4 am, y mayor seguridad a las 3-4 pm ¿Por qué el miedo y la seguridad cambian a lo largo del día y la noche?

“Hay notorias diferencias en como nos relacionamos con el tiempo. Muchos buscan estar siempre haciendo algo, pues el tiempo vacío produce en ellos el mismo efecto que el espacio vacío en los agorafóbicos. Toda vida real es encuentro y éste no se da en el espacio y en el tiempo, sino que el espacio y el tiempo se dan en el encuentro”. (Martin Buber citado por Dossey, 1986)

En un artículo periodístico publicado en *El Mercurio* de Chile (15 de agosto de 2004), Olaya Sanfuentes comenta que:

El tiempo es por su naturaleza inconsistente, sin espacialidad y por ello nos ha llevado a utilizar metáforas para poder entendernos. Así definimos tiempos espaciales: largos y cortos, lineales y cíclicos... tiempos anímicos como el peor tiempo de mi vida, buenos y malos tiempos... tiempos climáticos: soleado, lluvioso, nublado y hasta tenemos un hombre del tiempo. El tiempo es lo que nos relaciona con la muerte, el que nos recuerda que estamos involucrados constantemente en un viaje sin retorno.

Para Heidegger en “Ser y tiempo”, la existencia humana es posible porque “está siendo en el tiempo” rompiendo la tradicional idea de que el tiempo es pasajero. San Agustín ya lo había intuido que no podemos hablar exactamente de pasado, presente y futuro sino más bien de un presente de las cosas pasadas, de un presente de las cosas presentes y de un presente de las cosas futuras. Heidegger concluye esta idea de que lo real no está contenido en el presente sino en el haber sido, que incluye al pasado, presente y futuro en una totalidad. No hay futuro posible que no parta de una situación que se viene gestando desde el pasado. Las tres dimensiones son las que conforman el tiempo. El presente nunca es presente porque cuando ya lo pienso deja de serlo.

El tiempo viene del futuro, pasa por el presente y va hacia el pasado. Para Aristóteles esta articulación del tiempo se concreta en tanto que antes y después. Y ese es el tiempo físico. Pero también hay un tiempo psíquico, de la conciencia, que para Williams James





en “Los principios de la psicología” es un fluir de la conciencia, es ésta en tanto corriente de vida que va pasando y llegando a distintos estados. En este tiempo el pasado en vez de ir desapareciendo, se va acrecentando. El pasado acumula todo lo que tenía antes y acumula el presente que se va. Y el futuro que viene después se hace pasado y va creciendo.

En física el tiempo se convierte en categoría científica. Para Einstein no se puede separar tiempo de espacio y cada ser tiene su propio espacio-tiempo, pues cada ser selecciona una dirección en su espacio y tiempo. Entre más lejos estemos de la Tierra, más lento corre el tiempo, pero aunque subamos a la montaña más alta las diferencias son mínimas.

Susanna Tamaro (1994), escritora italiana, en la carta póstuma de la abuela a la nieta, escribe:

De repente, un día como otro cualquiera, conecto la televisión y veo que todo eso ya no existe, se derriban los muros, las alambradas, las estatuas: en menos de un mes la gran utopía del siglo se ha convertido en un dinosaurio. ¿Entiendes ahora por qué te digo que el tiempo se ha acelerado? Durante el neolítico, ¿qué podía ocurrir a lo largo de su existencia? La temporada de las lluvias, de las nieves, la estación del sol y la invasión de langostas, alguna escaramuza cruenta con unos vecinos poco simpáticos, acaso la llegada de algún pequeño meteorito con su cráter humeante. Aparte del propio territorio, más allá del río no había otra cosa. Al ignorar la extensión del mundo, forzosamente el tiempo era más lento.

Te irritabas enormemente cuando te hacía notar que perder el tiempo no es en absoluto grave. Pero llegaste al máximo de irritación cuando te dije que la vida no es una carrera, sino un tiro al blanco, lo que importa no es el ahorro del tiempo, sino la capacidad de encontrar una diana.

El tiempo puede ser alterado y de hecho a lo largo de la historia ha sido alterado. Nada explica por qué la hora deba tener 60 minutos (ni el minuto 60 segundos) o por qué la jornada diaria se divida en día y noche, con la paradoja de incluir la noche en el día. Por Acuerdo Gubernativo 57-2003, el Centro Nacional de Metrología de Guatemala declaró que el segundo tiene una duración de “9 193 631 770 oscilaciones de la radiación correspondiente a la transición entre los dos niveles hiperfinos el estado fundamental del átomo de cesio 133”. (Prensa Libre, 16 septiembre de 2005)

El tiempo y la historia

“El 2001 de los cristianos y occidentales, se llamó 1739 para los musulmanes, 5114 del calendario de los mayas y 5762 de los judíos. El nuevo milenio nace de un primero de enero por obra y gracia de un capricho de los senadores del imperio romano, que un buen día decidieron romper la tradición que mandaba celebrar el año nuevo en el comienzo de la primavera. Y la cuenta de los años proviene de otro capricho: un buen día, el Papa de Roma decidió poner fecha al nacimiento de Jesús, aunque nadie sabe cuándo nació”(Galeano, 1998)

Quebrar el tiempo lineal, que simula ser neutro es parte de la elaboración de una historia crítica de autores como Tischler Visquerra (2002):

La dialéctica entre temporalidades contradictorias, entre la discontinuidad del movimiento de resistencia frente al de continuidad y dominación es radicalmente diferente al tiempo como agregación de días o años en el calendario. Por ello es necesario quebrar conceptualmente el tiempo lineal, vacío, homogéneo...



Ni siquiera los muertos estarán a salvo del enemigo, si éste vence. Abrir el pasado es pensar el tiempo de la resistencia y la lucha contra el dominio como tiempo de fragmentación e invisibilización de las luchas. La lucha contra el olvido es “actualización, no conmemoración” (Lowy, 2002). Lo que galvaniza el esfuerzo por salvar del olvido a aquellos hombres y mujeres es nuestra propia lucha, nuestra propia manera de existir sin dejarnos aplastar por la sobrevivencia. Es la crisis de hoy la que nos abre camino a la crisis de ayer, porque la crisis del ayer no ha sido resuelta en el hoy. La crisis es la emergencia de una nueva constelación: unidades de tiempo definidas por luchas que se actualizan como resultado del golpe que produce el sujeto en el continuum de la historia. La constelación no es continuidad, sino “partículas de verdad” que se mueven en el sentido de un tiempo que no es el del reloj sino del tiempo “lleno” de la liberación. La constelación se opone al continuum, es la imagen del tiempo condensado en la figura del sujeto en lucha. La constelación rompe la idea de un tiempo neutro y vacío, e implica pensar la historia desde la insubordinación, la cual no es parte del tiempo lineal sino de su negación.

La dominación niega el tiempo de las luchas fragmentándolas, rompiéndolas y congelándolas en la producción del olvido o en la elaboración del pasado como un tiempo muerto configurado por datos inertes. “No estábamos ahí para reivindicar su nombre simplemente, sino sobre todo para construir una nueva verdad”. (Payeras, 1980)

Configurar una nueva constelación con el tiempo roto, pero no muerto... ha llegado un viento fuerte trayendo voces y claves semejantes al relámpago de Benjamín que ilumina la historia cortando el tiempo del poder. Su propuesta es actualizar, resignificar el concepto de revolución y que nos vincule con las generaciones revolucionarias que supuestamente perdieron la batalla. Una apertura del pasado desde el acto de transformación del presente, estableciendo un secreto acuerdo entre las generaciones pasadas y presentes, porque a nosotros como a las generaciones que nos precedieron, nos ha sido dada una débil fuerza... sobre la cual el pasado tiene un derecho. (Benjamín, 1982)

“La memoria como conocimiento de la realidad dominante desde la insubordinación, es un elemento central en la configuración de una subjetividad revolucionaria. La mayor novedad, el cambio más radical que puede verificarse en nuestro medio es la instauración de un régimen democrático. Lo conocemos de oídas pero jamás lo hemos vivido. Su realización en suelo guatemalteco, tal como se desea por todos, constituye la médula de la revolución”. (El Libertador, 4 de noviembre de 1944)

En un país, en donde por momentos, se comparten testimonios a borbotones y en otras, la compartimentación y el silencio, me sorprendió encontrarme que muchas de las personas entrevistadas a lo largo de este año 2005, tenían ganas de hablar, de contar sus experiencias y que se emocionaban en ellas. Mi posición al entrar había sido la de, “a saber” si quieren, y en la salida, “púchica”, qué está pasando aquí.

En un presente, que no sabemos si avanzamos o vamos como el cangrejo, que en medio de la penumbra y a la luz del ocote, caminamos a pequeños pasos, donde muchas veces, la percepción es de estar en alta mar, en medio de una tormenta y a la deriva, algunas de las personas entrevistadas me han transmitido experiencias, aprendizajes e identidades que me acercan el pasado y el presente. Al pasado, al hacerme partícipe de sus experiencias en donde por sus emociones, reconocía una época difícil pero a su vez, creativa en donde se anclaban sus mejores esperanzas y anudaban sus identidades personales y grupales. Y me acercaban el futuro, pues reconocía en esas experiencias, las esperanzas de hacer realidad, los cambios que Guatemala necesita, del trabajo creativo, innovador, en el que a pesar de las tormentas de su época, se construía con la misma luz del ocote, caminos en medio de la oscurana. Todas las épocas han tenido tiempos difíciles de deriva en los que se pone a prueba la capacidad crítica de renovarse y ellos y ellas fueron renovadores en los tiempos cercanos.





La historia no pueden sólo escribirla, quienes quieren homogenizar el pasado desde la visión de los vencedores, por ello quienes participaron en aquellas batallas deben escribir la versión de su historia, de sus esperanzas, de sus fortalezas y debilidades, de sus historias personales, de sus emociones, pues de ellas deben salir los aprendizajes, las luces para construir los nuevos caminos.

Mejor en los caminos que en las batallas, como Susan Sontag en *La enfermedad y su metáforas* (2003) nos gustaría ver archivada la imaginaria y las metáforas militares: “El modelo médico es peligroso, no sólo porque justifica persuasivamente el poder autoritario sino que sugiere implícitamente la necesidad de la represión y la violencia del Estado, el equivalente de la extirpación quirúrgica o el control químico de aquellas partes ofensivas o “malsanas” del cuerpo político. El efecto de la imaginaria militar en la manera de pensar las enfermedades y la salud está lejos de ser inocuo. Moviliza y describe mucho más de la cuenta, y contribuye a excomulgar y estigmatizar a los enfermos. No, no es deseable que la medicina, no más que la guerra, sea total. Nosotros –la medicina, la sociedad– no estamos autorizados para defendernos de cualquier manera que se nos ocurra... Y parafraseando la frase de Lucrecio sobre la metáfora militar: devolvámosla a los que hacen la guerra”.

Dos poetas, dos vivencias del tiempo

Si pudiera vivir nuevamente mi vida,
en la próxima, trataría de cometer más errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido, de hecho
Tomaría muy pocas cosas con seriedad.
Sería menos higiénico.
Correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría
Más atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos.
Iría a más lugares a donde nunca he ido, comería
Más helados y menos habas, tendría más problemas
Reales y menos imaginarios.

Yo fui una de esas personas que vivió sensata y prolíficamente
Cada minuto de su vida; claro que tuve momentos de alegría,
Pero, si pudiera volver atrás, trataría de tener
Solamente buenos momentos.
Por si no lo saben, de eso está hecha la vida: sólo de momentos;
No te pierdas el de ahora.
Yo era uno de esos que nunca iba a ninguna parte sin un
termómetro
una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas;
si pudiera volver a vivir, comenzaría a andar descalzo a principios
de primavera
y seguiría así, hasta concluir el otoño.
Y jugaría con más niños, si tuviera otra vez la vida por delante.
Pero, ya ven... 85 años y sé que me estoy muriendo.

Instantes, de Jorge Luis Borges



De vez en cuando
camino al revés:
es mi modo de recordar.
Si caminara sólo hacia delante,
te podría contar
cómo es el olvido.

K’o kuriqá’
kimtz’olaq’omij ri nub’e:
xa jewa’ kinna’tisaj jun jasach
Weta xata nutukel kinb’in chonuwach
in kwin rek’uri kinb’ij chawejas ri’, ri
ucholaj ri sachib’al.

Camino al revés. Tz’olq’omin b’e, de Humberto Ak’abal

El tiempo en las comunidades

Regresando con Pilar Ramírez: “Con nosotros no es como en la ciudad, correr y correr, aquí la gente está acostumbrada a llevar su tiempo, con horario de comer, de trabajar, de dormir, se acuestan rápido y se levantan temprano. Cuando les apuran, se desesperan, pues no están acostumbrados a correr. Los proyectos (de ONG) son como un tiempo de ciudad que se mete en la comunidad y altera nuestra vida. La gente de la ciudad pide información y no se adaptan al ritmo de la gente. Lo trastorna a uno, el tengo que hacer esto y lo otro. Nos enferman”.

Para el padre carmelita Cirilo Santamaría, que ha trabajado por casi 20 años en Izabal y Petén:

Los históricos del Petén manejan el tiempo como pasmados. Se levantan y observan el día, pasean... observan una hoja por 24 horas. Ellos han vivido sosegadamente, nada les apremia. No les apremia ni para trabajar ni para comer. Comían pescado o venado... Por eso, muchos de ellos se quedan en la miseria, pues los otros, con sus prosas se han hecho dueño de todo. Los nuevos llegan con categorías occidentales y se adueñan de todo. Nosotros tenemos que tener resultados inmediatos y ellos lo hacen sin horas ni días, en una perspectiva más larga, de vida. Viven mucho más libremente

Carmelita de Petén es de raíces chicleras y xateras (de xate). Ahora están en lo forestal... En esta comunidad al llegar el cura, lo más te saludan y te dan agua... pero no hay ninguna respuesta religiosa, ni de católicos ni evangélicos. Tradición más de montaña, anclados en la experiencia de la historia, no dan el salto a la modernidad, una especie de sonámbulos. Están integrados en la selva, ser parte de la naturaleza era su religión, la religión ecológica. Viven con una tranquilidad, sin prisa...

Y ¿qué era el dinero para un chiclero? Cuando tenían dinero y llegaban al pueblo, alquilaban la cantina, la cerraban y era para ellos solos. Cuando se gastaban todo el dinero, regresaban a la selva. Tras 4-5 meses en la selva, llegaban a San Benito y alquilaban una cantina. Eran varios días de orgía hasta gastar todo y vuelta a la selva.

En Carmelita no han prosperado los proyectos. Sólo el forestal. Claro que hay choques. Hemos trabajado con emigrantes orientales y sureños y lo más difícil es cumplir con los requerimientos de las agencias. El tiempo no ata, no apremia. No viven con la urgencia del tiempo. El resultado es la vida y no los productos de cada trabajo.

Hay que entrar en el diálogo de los tiempos. Los procesos comunitarios llevan un ritmo más pausado que los tiempos de las agencias y los proyectos.

Para Gervasio Atz, director de APROSADSE, de San Martín Jilotepeque, con un pie en las comunidades y otro con las agencias internacionales de financiamiento: “Hemos logrado que las agencias entiendan el tiempo de las comunidades. A la institución le toca estar en medio, entre la gente y la financiera. Nosotros hacemos programaciones con la gente y dejamos un tiempo por





algún imprevisto. Empezamos (a recordar) un mes antes con la gente de que se acabe el proyecto, para ser puntuales. Los proyectos se elaboran y planifican con la gente y deben estar informados de los tiempos, así son conscientes del tiempo en que se acaba el proyecto. A las agencias siempre les pedimos que vengan a conocer a la gente, han venido y ahora nos entienden, están convencidos de nuestro trabajo”.

La enfermedad como “pérdida de los días”

El antropólogo guatemalteco Jesús García Ruiz (1992) escribe que entre los kaqchikel, la enfermedad terminológicamente tiene que ver con la “pérdida de los días”, y el proceso terapéutico es “meterle los días adentro”, *oksa tz’aik*, meterle de nuevo los días a la persona. La muerte será “perder todos los días”.

El Dr. Uribe Oyarbide (1996) aborda el tiempo de médicos y pacientes europeos:

Las enfermedades tienen diferentes tiempos. Hay un tiempo circular caracterizado por la recurrencia de síntomas y sólo captado por el paciente y el tiempo lineal que construye el médico, como secuencia lógica de las fases en la evolución prevista de la enfermedad. Desde el paciente el primero es el importante mientras mientras que desde el médico, el primero se subestima y el segundo se sobreestima.

El tiempo biográfico del individuo se correlaciona con el tiempo de la patología a través de lo que el médico enseña como experiencia de enfermedad al paciente. Y es que el tiempo de la enfermedad está pautado por la ciencia.

En los centros de salud el tiempo se fragmenta de tal modo que las consultas pueden ser cortas y largas, la enfermedad es vieja o nueva...

Lo que caracterizamos como integralidad en un Centro de salud, no es otra cosa que tomar en consideración el pasado del enfermo y el conjunto de momentos—clínicamente significativos— que en su biografía pueden dar cuenta de la actuación, queja o constatación patológica: un trabajo duro en el campo... malos hábitos de alimentación... un duelo mal resuelto. El tiempo como contexto de enfermar.

La edad del paciente, el dolor que dura 15 días, la alergia de todos los otoños, el tiempo de las enfermedades, como evitar la dolencia presente y prevenir la enfermedad futura, las enfermedades agudas y crónicas, tiempo valioso es el del médico, tiempo largo de espera el del enfermo, una intervención rápida, tiempo de prácticas, tiempo de estudio, sin tiempo para ver enfermos, los antecedentes del enfermo y el motivo presente de consulta, ganar tiempo a la enfermedad, enfermo terminal, tiempo para el trabajo, tiempo, tiempo para la diversión, tiempo para la alimentación, tiempo para el descanso... el tiempo.

La importancia del tiempo ha ido cambiando para los médicos, así mientras “desde el siglo XIX, el reloj era para el médico el instrumento imprescindible, más que el estetoscopio u termómetro” (Dossey, 1986), a mediados del siglo XX, se transformó y “para el médico no era importante el tiempo que el enfermo disponía para hablar, lo importante era que el médico tuviera tiempo para hacer preguntas, pero la tecnología ha desplazado al médico y ya no hace falta su tiempo para las preguntas pues la tecnología realiza los diagnósticos”. (Menéndez, s/f)

La Hna. Marie-Paule Broekmans, de la Congregación de la Asunción, trabaja en Jocotán desde hace 40 años y nos relata que:

Hemos tenido desgracias, como cuando una tormenta se nos llevó nuestro trabajo y la respuesta de los promotores fue “Hay que saber perder. El río se llevó la huerta y el altar de piedras. Espere hermana, no se aflija, dese tiempo que vamos a reconstruir todo. Yo me lamentaba”.



El tiempo tiene mucho que ver con la vida. Para mí al principio, el tiempo estaba muy controlado pues venía de una cultura de reloj y lo traje aquí. Todas mis actividades estaban muy controladas. Tras 7 años de trabajar en el hospitalito de niños desnutridos, tenía una programación muy fuerte. Las clases estaban calculadas con horas y minutos, tanto para tomar el refresco como para estudiar, incluso me llevó a problemas de relaciones. La mayoría de errores en las relaciones ha estado con el tiempo. Si me pedían platicar, les decía un ratito pues tengo clase. Y poco a poco me di cuenta. Mi trabajo era muy limitado.

En aquellos tiempos, íbamos a las aldeas a pie y a caballo, estaban muy lejos, eso me hizo reflexionar. Aunque nos cansábamos nunca pensé que era duro. Ahí descubrí el tiempo, no había hora de llegada, la mula andaba despacio y al caminar iba sobre las huellas de los indígenas que sentía me daba entrada en su mentalidad y me preparaba para entrar en la aldea. En la noche, junto al fuego, teníamos las pláticas que nunca tuvimos tiempo en los cursillos.

Un día, cuando a la gente le recomendábamos ponerse caites pues había muchas uncinarias, un promotor me dijo:”nosotros así andamos pues nos ponemos en contacto con la tierra que nos da energía”. Para aprender eso, hay que tener tiempo para escuchar.

El gran valor de tener tiempo. Por fin, poco a poco, gracias a Dios, me fui retirando de la responsabilidad y los promotores fueron asumiendo responsabilidades. Para mí, sigue siendo importante el cumplimiento de horarios, pero ahorita pienso que lo importante es que hagamos bien el trabajo, bien, y no tanto el horario, pero me cuesta, me dejo molestar. Es alegre que he avanzado pero hasta la fecha cometo errores.

Ahora podemos decir que el tiempo tiene que ver mucho con la espiritualidad. La espiritualidad, necesita tiempo y si el promotor está motivado en el trabajo y tratas de dar la motivación a los promotores de salud, hay que estar suficiente tiempo con ellos.

En la consulta he experimentado que empiezan a contar su vida y a contar muchas cosas, y yo pensaba ¿a qué viene? Al principio no lo entendía. Di consulta en las aldeas lejanas y allí toda la gente es mucho lo que cuenta. Si no hubiera dado el tiempo no hubieran contado eso. Eso ahorita es lo número “uno” en nuestro programa de promotores. En la parroquia están los promotores del SIAS, y para no duplicar el trabajo, entramos de lleno en la medicina natural con plantas y cosmología maya, también la iriodología. La vida nos enseña.

En la consulta nadie sale antes de 20 o 45 minutos. En la consulta, los promotores dan su tiempo a los enfermos. Acompañan a los enfermos para saber qué pasa en sus vidas y que ellos lo descubran (las personas). Se ve muy bien que es el estrés la causa inicial, por el miedo y la violencia, hay estrés por la pobreza, por la miseria, la violencia doméstica... por abuso de la medicina química. El primer planteamiento es purificar y calmar. El estrés y la constipación son las más frecuentes. La gente nos viene cada vez más a pedir el nawal, platican más y más, pues tiene que ver en cómo uno es, el nawal del esposo, de la esposa, de la pareja y eso lleva tiempo. El tiempo se ha introducido en el programa.

“Todo a su tiempo” dice la Biblia. Y en eso están los nawales y sus energías. Nuestras actividades están programadas tomando en cuenta la energía del día. No conocía eso pero estoy sorprendida, lo aprendí rápido.

Para Pilar Ramírez, promotora de salud de Pochuta: “cada quién tiene su tiempo, y hay que tener paciencia y sabiduría. La gente quiere platicar aunque sólo venga a inyectarse su neurobión y uno



tiene que darle su tiempo, tiene que escuchar. Una señora me vino a pedir ayuda por cálculos en la vesícula y me empezó a contar su dolor. Resultó que tenía un retraso de 3 meses y eso era lo que le estaba matando, salió todo a luz. Con la terapia de hablar con su esposo e hijos, se le quitó el dolor”.

Cuando los antecedentes se entremezclan con el motivo de consulta y el futuro se adelanta, a través de los temores y previsiones de los futuros padecimientos, es más de lo que un trabajador de salud con pensamiento lineal puede comprender. Es fácil caer en la tentación de considerarles ignorantes, primitivos. Pero es un reto para las y los trabajadores de salud, adecuarse a la racionalidad de las personas con las que se trabaja y abrirse a la riqueza de un mensaje que nos lleva a la integralidad de nuestra historia personal, familiar, comunitaria... a concretar nuestro tiempo de historia, pasado, presente y futuro en el ahora.

Quienes originarios de la ciudad han trabajado en el campo, no se habrán librado al caminar, de preguntar: ¿dónde queda tal lugar? y obtener la respuesta campesina de: “ahí nomasito”. Pronto el caminante comprobará que el tiempo corto del campesino, es para él, caminante urbano, un tiempo largo. En la consulta, volverán a enfrentar nuevas diferentes medidas del tiempo pues mientras que los enfermos “ahí no más, quieren curarse con la primera pastilla”, para el trabajador de salud, el tratamiento y la curación requieren más tiempo. En ese divorcio del tiempo ante la actuación del medicamento ¿cómo hacerles comprender, que el tratamiento debe durar 5 o 7 días? ¿cómo cambiar nosotros para conocer su reloj cultural, su comprensión de los medicamentos?. Los actuales motivos de conflictos e incomprensiones mutuas deben llevarnos a nosotros, las y los trabajadores de salud, más que a ellos, a adecuar los servicios a las personas y no pretender que las personas deban adecuarse a nuestros servicios. Ello va requerir transformar nuestra formación con base en un mutuo conocimiento, a un diálogo, que debe romper con la ciencia de la verdad exclusiva.

Bibliografía en orden de consulta

- León Chic, Eduardo. *El corazón de la sabiduría del pueblo maya*. Fundación CEDIM. Guatemala, 1999
- Vallejo Reyna, Alberto. *Por los caminos de los antiguos nawales*. Fundación CEDIM. Iximulew, 2001
- Roesch Gálvez, Rita. Lo maya auténtico. En: *Cultura de Guatemala*. Univ. Rafael Landívar. Año 9, Vol 3. Sept-Dic 1988.
- Piedrasanta, Ruth. *Espacio y tiempo entre los chuj*. Congreso de Estudios Mayas, URL, agosto 2005.
- Mendoza. *Mis aprendizajes al caminar con los ancianos*. Congreso de Estudios Mayas, URL, agosto 2005.
- Kluckhohm, Clyde. *Antropología*. FCE. México, 1999.
- Hawking, Stephen. *Historia del tiempo. Del big bang a los agujeros negros*. Alianza editorial. Madrid, 1990
- Prigogine, Ilya. *El nacimiento del tiempo*. Tusquets Editores. Barcelona, 1991.
- Tomlinson, John. *Globalización y cultura*. Oxford Univ. Press. México, 1999.
- Sanfuentes, Olaya. *El Mercurio*. Chile. 15 de agosto de 2004.
- Tamaro, Susana. *Donde el corazón te lleve*. Seix Barral. Barcelona, 1994.
- Galeano, Eduardo. *Patas arriba*. Siglo XXI. Buenos Aires, 1998.
- Tischler Visquerra, Sergio. *Memoria, tiempo y sujeto*. Capítulo: Abrir la historia. UA de Puebla. FyG Editores. Guatemala.
- Sontag, Susan. *La enfermedad y sus metáforas*. Editorial Santillana. Ediciones Generales. Madrid 2003.
- Ak´abal, Humberto- Ajkem Tzij. *Tejedor de palabras*. Cholsamaj. 4ª edición. Guatemala, 2001.
- García Ruiz, Jesús. *Historias de nuestra historia. La construcción social de las identificaciones en las sociedades mayas de Guatemala*. IRIPAZ Ediciones, 1992.
- Dossey, Larry. *Tiempo, espacio y medicina*. Kairós. Barcelona, 1986.

REFLEXIÓN DE NUDOS CRÍTICOS

¿Es la identidad de promotores, una identidad religiosa al convertir el servicio recíproco en servicio altruista?

¿Es, desde la perspectiva del derecho a la salud –responsabilidad del Estado– el actual trabajo voluntario de las y los promotores, trabajo forzado?

¿ Es la inculturación una pérdida cultural o la reproducción histórica de las culturas? ¿Hay algún grupo sociocultural a lo largo de la historia de la humanidad al margen de las resignificaciones/inculturaciones?

El *todo sirve*, ¿qué tanto es pragmatismo o un perspectiva incluyente?

¿Cuáles fueron los aportes guatemaltecos a la definición de la Atención Primaria de Salud y la Declaración de Alma Ata?

¿Fue posible la Atención Primaria de Salud en un Estado contrainsurgente como el de Guatemala? ¿Cuáles son las limitaciones históricas de Guatemala para desarrollar una APS con todas sus potencialidades?

Los Acuerdos de Paz ¿cambiaron las preguntas, cambiaron las respuestas?

●●●● El futuro que es presente

*Las veredas de mi pueblo se le enredan a uno entre los pies.
Ri uq'ab' b'e re re nutinimit kub'atz'ij chirij ri qaqan jun.
(Ak'abal)*

*Si no pensamos el futuro, sólo sobrevivimos el presente
(Castoriadis)*

*Todo aspirante a revolucionario tiene que conocer las realidades culturales que está llamado a transformar, entre otras razones porque las contrahegemonías, capaces de desafiar efectivamente la hegemonía dominante, nacen de la realidad y de las vivencias cotidianas
(Gramsci)*

“La vida es eso que te pasa mientras haces planes” es una frase atribuida por algunos a Jhon Lennon y por otros a Sam Sheppard. Es una forma de abordar el presente y el futuro, diferente a las experiencias de un sector notable de la población guatemalteca, en donde los temores y esperanzas, el futuro, son parte del presente. Temores de un pueblo, en el que sus élites dirigentes, económicas y políticas, maman desde el nacimiento su “destino manifiesto” y no dan más opción a los jóvenes que el “no hay futuro en Guatemala”, “la emigración al norte”, convirtiéndolos en la primera materia prima de exportación y en un importante ingreso para el sistema bancario a través del envío de las remesas. Pero también de esperanzas de cambio, contra viento y marea, en que el futuro ya se hace presente. Para Pablo Freire, pedagogo brasileño: “La esperanza es el ingrediente indispensable de la experiencia histórica. Sin ella, no habría historia, sino sólo determinismo, porque el mundo no es, está siendo. No soy sólo objeto de la historia, sino igualmente su sujeto”.

En el campo de la salud y por su relevancia, destacamos cinco futuros, que son semillas del presente. Éstas son:

- Los aportes de la Instancia Nacional de Salud: “Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos” y la “Imagen Objetivo del Sistema Público de Salud Incluyente para Guatemala”.
- Un currículo para el cambio, en el camino de la necesaria transformación de las y los trabajadores de salud.
- Las potencialidades presentes en las y los promotores de salud. Aportes del personal comunitario a la calidad y accesibilidad de la atención en salud.
- Las personas como sujetos.
- Los procesos organizativos de las comadronas y ajq'ijab'.

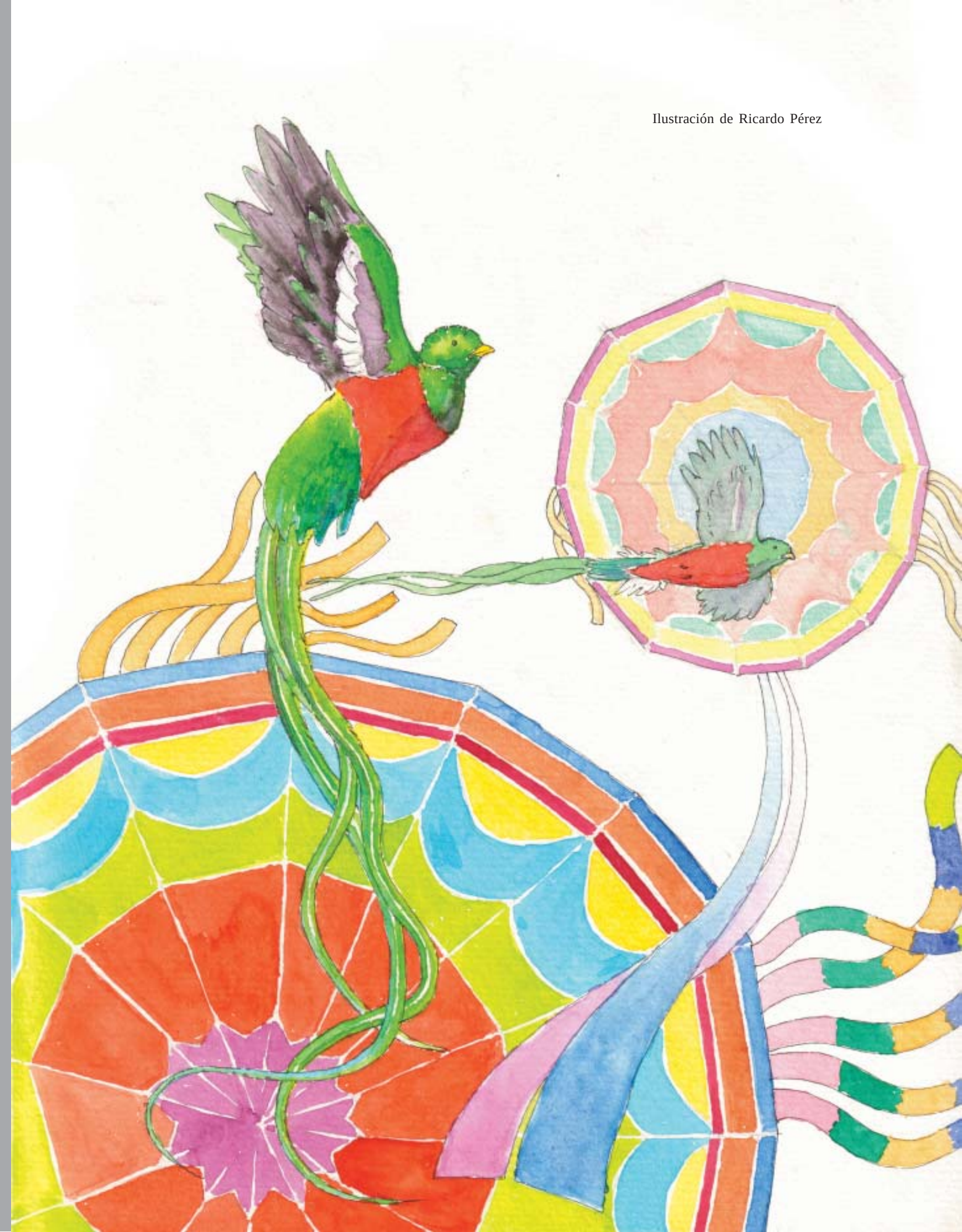
A través de los barriletes, el quetzal y el viento acercamos el futuro al presente pero también el pasado.

Los barriletes de noviembre, nos acercan la presencia de los ancestros, el pasado, a través del viento.

El quetzal es pasado y siempre el futuro presente.

El viento, el medium que une el pasado, el presente y el futuro.

Ilustración de Ricardo Pérez



Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente
–bases y lineamientos–
y una imagen objetivo de sistema público de salud incluyente
para Guatemala (Instancia Nacional de Salud)

A lo largo de casi 2 años, 2000-2001, un equipo de la Instancia Nacional de Salud, coalición política de organizaciones no gubernamentales de salud, de pastorales de salud y organizaciones de promotores y comadronas, elaboraron una propuesta para la transformación a nivel nacional del primer nivel de atención en salud: *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente – bases y lineamientos* (INS, 2002) y posteriormente, otro equipo, se echó a la tarea de elaborar: *Una imagen Objetivo de Sistema Público de de Salud Incluyente para Guatemala*. Ambas, tuvieron como punto de partida, las limitaciones de nuestros modelos y sistema de salud, excluyentes, y como metas, su transformación en propuestas incluyentes.

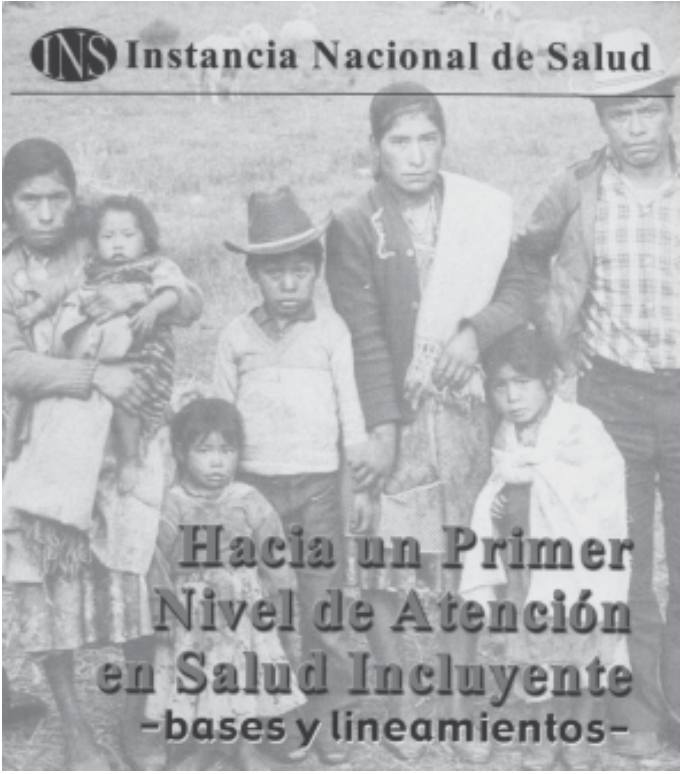
Ambas propuestas cuando se refieren a atención en salud incluyen la atención preventiva, curativa, la rehabilitación y la promoción de salud.

Las bases teóricas que dan sustento a la propuesta de Primer nivel de atención y la concepción de salud incluyente, ameritó la inclusión de categorías de análisis diferentes al enfoque tradicional de salud pública, en aras de lograr mayores niveles de equidad en la atención en salud. También se desarrollaron lineamientos programáticos, gerenciales y operativos que permiten traducir a la práctica concreta, el bagaje teórico formulado, a partir de dos premisas fundamentales: la salud como derecho y la participación de la población como sujeta de su destino.

Los aspectos fundamentales abordados por la primera propuesta pueden sintetizarse en:

Una nueva concepción de salud (*concepción incluyente*) como proceso histórico-social, multidimensional determinado por la reproducción social (procesos de producción, consumo y sociocultural), la cual condujo a la definición de un nuevo concepto de primer nivel centrado en la equidad (en términos del género y de adecuación a necesidades y contextos diferentes), en la salud como derecho ciudadano y en la construcción de una atención en salud y una epidemiología socioculturales.

Un planteamiento de pertinencia intercultural en salud dirigido a la valorización de otros conocimientos y prácticas diferentes al modelo biomédico occidental (hegemónico), que propone el conocimiento de otros



Versión académica. (INS, 2002)

marcos explicativos, el camino del enfermo, el intercambio horizontal y respetuoso de experiencias y la coordinación en paralelo como punto de partida para las actuales condiciones socio-políticas de Guatemala.

La pertinencia comienza con el reconocimiento del modelo de autoatención como estructural y universal. La autoatención se refiere a la atención que nos damos nosotros mismos, nosotras mismas, o a nivel familiar, en los aspectos preventivos, curativos, de promoción y rehabilitación. Todas las personas, indígenas y no indígenas, han aprendido conceptos y prácticas de salud desde sus familias y en especial desde las mujeres; en cómo diagnosticar, tratar y prevenir muchas de las enfermedades comunes, y también otros ámbitos de la vida ligados a salud como los valores, los proyectos de vida y nuestra participación social.

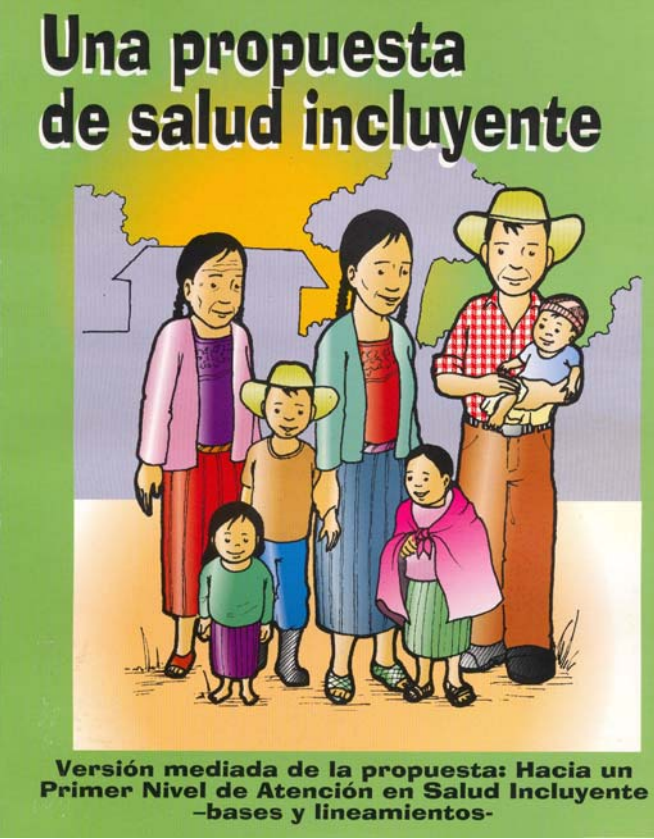
Una estrategia y diseño programáticos basados en la construcción de tres niveles de análisis-acción. que se cristalizan en 3 programas (comunitario, familiar e individual). Si las condiciones de vida, trabajo, cultura y género se constituyen en condicionantes de la salud, existen mayores posibilidades de contribuir a la salud, interviniendo en los espacios en los cuales se desarrollan esos condicionantes. Los 3 niveles citados tienen en su desarrollo programático, diferentes énfasis en promoción de la salud, enfoque de riesgo y atención clínica individual respectivamente; pero se articulan a partir de un abordaje integral. El Medio Ambiente/Madre Naturaleza y los ciclos de vida de las personas: infantes, niños mayores, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores se constituyen en 7 subprogramas.

Un modelo organizacional basado en el enfoque de procesos, la planificación estratégica, el trabajo en equipo y una fuerte articulación entre el ámbito institucional y comunitario, donde el

papel de este último es definido por las y los actores locales dentro de un enfoque de promoción de la salud que contempla el empoderamiento a través de la promoción de la organización comunitaria.

Un diseño operativo basado en una institucionalidad fuerte (casas de salud comunitaria en el nivel local y centros de referencia en un nivel intermedio) y que está caracterizado por: servicios permanentes brindados a través de personal remunerado trabajando a tiempo completo (agentes de salud comunitaria), criterios de equidad acordes a la realidad local y en la construcción de una coordinación en paralelo con el personal y terapeutas comunitarios que trabajan desde otros modelos de salud.

Las personas que llevan a cabo la implementación, son personas de las comunidades, hombres y mujeres que conocen el idioma local y que han recibido una formación acorde a los conceptos, prácticas y actitudes que requiere la propuesta.





La propuesta inició su implementación en el año 2003, en dos experiencias piloto, en los distritos de salud de Xejuyub y Guineales del departamento de Sololá, y en el distrito de salud de San Juan Ostuncalco, en el departamento de Quetzaltenango. Tanto para la selección de los lugares de intervención como para las fases posteriores se coordinó y coordina con el Ministerio de Salud.

El que la propuesta se inicie con “Hacia un...” nos clarifica que no es la última palabra, sino un aporte en el camino a recorrer. Las dificultades en la implementación son acordes a los retos que se quieren superar. Y los aprendizajes fluyen y no se agotan. El intercambio de experiencias con el Ministerio de Salud es el siguiente paso.

La Instancia Nacional de Salud también presentó: *Una Imagen Objetivo de Sistema Público de Salud Incluyente para Guatemala*, una contrapropuesta de fondo a la Reforma del sector salud, desde la perspectiva del derecho a la salud como responsabilidad del Estado y no sólo como rector. Es pues un aporte a la construcción de un Estado social desde el campo de la salud.

Tiene como Visión, un Sistema Público de Salud Incluyente que define su estructura, organización, objetivos y acciones en función de garantizar el derecho a la salud y brindar una atención incluyente y humanizada para mejorar la salud de la población y para contribuir a la realización social de las personas y colectividades. También plantea la articulación, como complementariedad equitativa, de los diferentes modelos de salud que existen en el país, promueve la participación social y contribuye a la eliminación de las inequidades sociales a través del protagonismo del Sistema Público, la redefinición de la función pública para los diferentes actores del sistema y el replanteamiento de la relación Estado-sociedad.

La Misión es la de garantizar el derecho a la salud de toda la población para su realización social. Y sus objetivos son: Brindar una atención en salud incluyente y humanizada a toda la población. Mejorar la salud de la población y contribuir a la eliminación de inequidades étnicas, socioeconómicas y de género. Promover la acción intersectorial para cambiar los condicionantes-determinantes de salud.

La propuesta plantea 4 pilares para el Sistema Público de Salud Incluyente, siendo uno la Humanización de la salud, haciendo que las políticas de salud tengan como fin a las personas. El deber y el derecho a la salud, cuya responsabilidad de garantizar corresponde al Estado. La interculturalidad equitativa como la búsqueda, construcción y promoción de relaciones equitativas entre los diferentes pueblos del país, y las personas que hacen suyos diferentes modelos de salud, para la eliminación de toda forma de exclusión por diferencias culturales o de modelos de salud. Y por último, la equidad de género, promoviendo la eliminación de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, así como el análisis y la definición de programas y acciones que resuelvan en forma diferenciada las necesidades de salud tanto de hombres como de los hombres.

Como principios están la Unicidad, la Universalidad, la Equidad, el Financiamiento público y solidario, la Calidad, la Intersectorialidad, la Sostenibilidad por el Estado y la sociedad y la Función pública.

La propuesta incluye las políticas, las estrategias y las líneas de acción que pueden hacer posible la construcción de este Sistema Público. Es difícil la incidencia sin propuestas, y la Instancia Nacional de Salud está en la protesta y en la propuesta.

“La política de salud es profundamente interdependiente a procesos mundiales y nacionales más amplios, de carácter político, económico, cultural, genérico, ecológico, social. Cualquier proceso de reforma de salud, además de afectar a dichos procesos, redefine las funciones y relaciones entre el Estado, mercado y la sociedad en el campo de la salud.” (Verdugo, 2003)



Un currículo para el cambio, en el camino de la necesaria transformación de las y los trabajadores de salud

Hacer del derecho a la salud, la pertinencia intercultural y la equidad de género, principios sobre los que se asienta una propuesta de salud incluyente, requiere la transformación de los conceptos, prácticas y actitudes sobre las que se construye el modelo biomédico y la formación de sus trabajadores.

El modelo biomédico parte del concepto griego de in-firmus, el enfermo o enferma como alguien privado de firmeza, no sólo en el campo físico o biológico, sino también en el moral. De ahí se desprende que el médico hipocrático tenga una actitud claramente “paternalista” al considerar a los enfermos como incapacitados para hacer el bien, desprovistos de toda autonomía moral y, por tanto, como personas que no pueden ni deben decidir sobre su propia enfermedad. El enfermo ya no es un sujeto sino un objeto del trabajo médico.

En la relación de las y los trabajadores de salud con la ciudadanía, no basta la calidez humana, es necesario el reconocimiento de las personas como sujetos y sujetas, su individualidad y su inserción en un mundo de relaciones familiares y sociales asimétricas a transformar. Si la discriminación de todo tipo, nos enferma, ¿cómo interviene una propuesta de salud transformando estos condicionantes enfermizos? La transformación del modelo implica necesariamente la transformación de sus trabajadores en los promotores de esos cambios. Para ello es necesario una formación diferente, un currículo que promueva las transformaciones personales necesarias y se complemente con una propuesta que plantee el cambio.

La implementación de *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos*, requirió diseñar un programa de formación en dos fases, el inicial para dar comienzo a la implementación y otro de carácter permanente.

Las y los participantes en el curso inicial, 40 personas, eran originarios de las comunidades y de la región lingüística donde iban a desarrollarse las experiencias piloto. El perfil profesional de ellas y ellos fue de auxiliares de enfermería, maestros, promotores de salud, líderes comunitarios y una comadrona.

El equipo de facilitadores contó con el apoyo de una asesora pedagógica (Olga Orellana) y se formuló como objetivo del curso, el promover la formación de trabajadores de la salud con capacidades y actitudes básicas en la perspectiva de la propuesta. Para lograrlo, la formación técnica de los futuros trabajadores se orientó al desarrollo de competencias, es decir conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales para implementar una atención en salud incluyente e integral. Las competencias se definen como capacidad de realización, es decir, la aplicación del conocimiento en una situación específica. Expresan lo que las y los trabajadores “sabrán hacer” en un contexto determinado y definen con claridad “el para qué” del aprendizaje.

El programa se desarrolló en un proceso intensivo de seis meses de duración, último trimestre del 2003 y primer trimestre del 2004. Se estructuró en 7 módulos de diferente duración, y cada uno combinó actividades presenciales con prácticas de campo; tanto en centros y clínicas de salud, como en ámbitos familiares y comunitarios.

Para el programa de formación de las y los trabajadores, cuya denominación fue Agentes de Salud Comunitaria, se plantearon las siguientes **competencias**. Cada participante:

1. Realiza diagnósticos y priorizaciones de los problemas de salud en el nivel individual, familiar y comunitario, de manera participativa, para programar acciones de atención.
2. Planifica acciones integrales (curación, prevención, promoción y rehabilitación) en los programas individual, familiar y comunitario, para la atención de la problemática de salud.





- Desarrolla acciones integrales planteadas en los programas y subprogramas de la propuesta para abordar la problemática de salud.
- Establece relaciones caracterizadas por las perspectivas de la propuesta (la salud como derecho, la equidad de género y la interculturalidad) con individuos, familias y comunidades, para desarrollar un trabajo en salud incluyente.
- Desarrolla procesos de articulación/coordinación entre el ámbito institucional y comunitario, para la gestión del primer nivel de atención en salud incluyente.
- Desarrolla las etapas del ciclo administrativo (planificación, organización, control) en el ámbito comunitario e institucional privilegiando el trabajo en equipo, para la gestión del primer nivel de atención en salud incluyente.
- Opera los sistemas de vigilancia de la salud, de información, de referencia y contrarreferencia, para identificar los problemas de salud.

Los contenidos se organizaron de forma modular, que se desarrollaron de manera consecutiva y respondiendo al orden de implementación que iban a tener los programas:

- Acogida e introducción al curso.
- Introducción a las perspectivas de la propuesta.
- Programa Individual.
- Programa Familiar.
- Programa Comunitario.
- Gestión y vigilancia en salud.
- Evaluación y reflexión.

Cada módulo se estructuró de la siguiente manera:

M ó d u l o :		
a. C o m p e t e n c i a s e s p e c í f i c a s :		
1 .		
2 .		
3 .		
b. C o n t e n i d o s		
P r o c e d i m e n t a l e s	C o n c e p t u a l e s	A c t i t u d i n a l e s
B l o q u e 1		
B l o q u e 2		
B l o q u e 3		
c. P r o d u c t o :		

a. Competencias específicas

Para cada módulo se plantean competencias específicas que responden a la pregunta: ¿Qué deben saber hacer las personas al finalizar cada módulo? Las competencias son:

- Orientadas al “saber hacer”.
- Definen el “para qué” del aprendizaje.
- Reflejan la integralidad del aprendizaje.



- Tienen aplicación en contextos específicos (con posibilidad de transferencia a otros contextos).
- Se alcanzan a mediano y largo plazo.

b. Contenidos

Más que saber las bases y perspectivas de la propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente”, la organización de la misma, los programas y subprogramas, etc., las y los Agentes de Salud Comunitaria –ASC–, desarrollarán las capacidades necesarias para saber hacer las prácticas y funciones que la propuesta requiere, con determinada actitud (saber ser).

El contenido educativo de cada uno de los módulos se trata integralmente, es decir, en sus tres dimensiones: procedimental, conceptual y actitudinal. Por ello, para concretizar el logro de las competencias, en cada módulo se planifican y desarrollan contenidos de tres tipos:

- Contenidos conceptuales:** Este tipo de contenido se refiere a la comprensión de los hechos, datos, conceptos y teorías, es decir, información. Es un saber-hacer con el cual los estudiantes aprehenden los significados más importantes del área de estudio. El saber-hacer más que memorización de definiciones, implica comprensión y apropiación de la información que el estudiante necesita para desarrollar habilidades y destrezas.
- Contenidos procedimentales:** Se trata del contenido relacionado con el saber hacer. Incluye procesos, procedimientos, habilidades y destrezas que permitan pasar de conocer algo a saber hacer con lo que se conoce (contenido conceptual). Implica el desarrollo de habilidades como: recrear conceptos, plantear propuestas, evaluar, analizar, expresar, imaginar, introducir cambios, proponer alternativas, comparar, criticar, buscar causas, seleccionar, resolver problemas, etc. La práctica del saber procedimental contribuye a una mejor comprensión del contenido, pues implica ponerlo en práctica.
- Contenidos actitudinales:** Los contenidos de este tipo están representados por las actitudes, los valores, los intereses, los sentimientos, entre otros. Implican asumir una posición a favor o en contra del contenido conceptual y procedimental aprendido. Están enfocados a las actitudes que se espera, que en el proceso de formación, las y los ASC desarrollen.

A la vez, los contenidos de cada módulo están organizados en **bloques de estudio**. Éstos agrupan los contenidos procedimentales, conceptuales y actitudinales relacionados a la misma temática o competencia.

Desde el inicio, en el desarrollo de cada módulo, se busca que las y los participantes integren teoría y práctica y que de forma permanente, a través de diferentes actividades, apliquen lo aprendido.

Aunque los ejercicios de aplicación son constantes, se diseñan en cada módulo espacios específicos para aplicación de contenidos prioritarios. La aplicación de estos contenidos se desarrolla a través de ejercicios en el aula, así como prácticas de campo planificadas para cada módulo: centros de salud, clínicas, visitas domiciliarias, actividades en y con la comunidad, etc.

c. Productos

En cada módulo las y los participantes elaboran un producto específico, el cual se va construyendo durante el desarrollo de los contenidos procedimentales, conceptuales y actitudinales.





Las y los participantes encuentran en esta actividad productiva un espacio para expresar toda su capacidad y aplicar su aprendizaje. Son elaborados con flexibilidad y creatividad, tanto en contenido, como en forma.

El producto se entrega al finalizar el módulo y es un material valioso para evaluar el aprendizaje.

Orientaciones pedagógicas y resultados

La transformación del personal de salud y el logro de competencias no es un proceso de acumulación de información, sino un proceso de construcción del conocimiento. Para ello, el aprendizaje debe ser significativo, a través de encontrarle sentido a lo que se aprende y su aplicación en el contexto social. También debe promover el conocimiento de la realidad y el actuar sobre ella para transformarla. El proceso educativo debe promover actitudes críticas y creativas, así como procesos permanentes de reflexión, que son fundamentales para transformar la propia práctica. El punto de partida y regreso del proceso de aprendizaje es el contexto social y cultural de las personas, tomando en cuenta sus necesidades, sus problemas, sus sentimientos, sus esperanzas. El protagonismo de la acción educativa debe estar en el sujeto que aprende y esto requiere facilitar experiencias para que analice, explore, juzgue, opine, invente, descubra, experimente, juegue, intuya, sienta, se comunique, proponga soluciones, etc.

Lo anterior implica que toda actividad que pueda ser realizada por las y los educandos, no sea realizada por las y los facilitadores.

La experiencia tuvo sus limitaciones, pero fueron un importante aprendizaje tanto para reconocer las dificultades en el paso de la teoría a la práctica, como en reconocer las propias limitaciones de los facilitadores y poder diseñar más adecuadamente el programa de formación permanente de las y los agentes de salud comunitario como de los equipos de apoyo y facilitadores.

Q’o’nk tk’u’j ti’j
Ponerle corazón e inteligencia a lo que se hace

Las potencialidades presentes en las y los promotores de salud

Aportes del personal comunitario a la calidad y accesibilidad de la atención en salud

Las y los promotores de salud fueron la respuesta modernizante de las comunidades rurales y de las áreas precarias de la capital a las necesidades sentidas en salud, ante la ausencia del Ministerio de Salud y la insuficiencia de las y los terapeutas históricos o tradicionales.

Por varias décadas, sectores de ONG y del MSPAS, promotores y trabajadores del Ministerio de Salud han tenido recelos del rol político que el otro representaba, cada quien etiquetado, con razón o sin ella, en bandos contrarios. Los Acuerdos de Paz no han cambiado las necesidades, ni las preguntas de los problemas pero sí las respuestas.

Si durante años, las y los promotores fueron imaginados por un sector de personas, de ONG, de asociaciones de promotores como la alternativa al MSPAS, hoy en día, no parece ser ese el camino, más bien, el Estado y el MSPAS son cada vez más, el punto de mira a donde dirigir nuestras demandas y nuestras propuestas.

Entre los aprendizajes que pueden cosecharse de la experiencia de promotores de salud cara a demandas y propuestas a una nueva política de salud están:



- Abrir las oportunidades para que las y los promotores de salud puedan optar a ser personal institucional, del Ministerio de Salud, con todas las prestaciones laborales. El requisito de contar con estudios de Básico para aspirar a ser auxiliar de enfermería, más que un requisito de calidad, en el área rural se convierte, en un obstáculo para acercar la atención a la población. Y es que el personal comunitario con experiencia en atención de salud, con dificultad tiene la Primaria completa, pero sí con una experiencia notable que ningún Ministerio de Salud que aspire a extender la cobertura, puede echar en saco roto.
- Aprender de las y los promotores de salud, la articulación que hacen de los diferentes conocimientos, el “todo sirve”, y que les lleva a realizar una atención, en buena medida adaptada, pertinente, a las personas a las que atienden.
- Abrirse a procesos de formación en que prime el “entreaprendernos” y no sólo la acumulación de información. Esto lleva a reconocer los procesos de aprendizaje de las y los promotores y la población, la articulación que hacen de los diferentes modelos, de las diferentes perspectivas. El entreaprendernos pasa por reconocer las limitaciones del modelo biomédico.
- La atención en salud es más que la atención curativa y la eficacia curativa de los medicamentos, por ello, la atención curativa y preventiva, de promoción y rehabilitación debe superar el estrecho marco de lo biológico entendido como dimensión física, y asumir la multidimensionalidad de las personas y de la vida social.
- El apoyo entre promotores ha sido junto al acompañamiento y monitoreo del personal institucional una clave en las experiencias exitosas de promotores de salud. Es un aprendizaje que se concreta en la importancia de desarrollar el trabajo en equipo, el monitoreo y acompañamiento permanente de los equipos de apoyo al personal que trabaja directamente con la población en sus comunidades.
- Las Casas de Salud Comunitaria deben ser realmente espacios de Confianza, Solidaridad y Comunicación, que concreten nuevas relaciones entre la población y las y los trabajadores de salud en la línea de una salud incluyente y transformadora contra las discriminaciones y desigualdades.

¿Quién mejor que el personal comunitario para comprender y entenderse con las personas desde sus lógicas comunitarias? El personal comunitario de salud puede ser de nuevo, intermediario social en la articulación de las diferentes perspectivas. El resultado sería una mayor y mejor accesibilidad geográfica, social y cultural de la población al derecho que tiene a la atención en salud. Aunque un refrán diga que “nadie es profeta en su tierra”, las comadronas, curanderos y promotores de salud han demostrado serlo.

“Las veredas de mi pueblo se me enredan entre los pies”, por su número y diversidad, y porque no debieran ser excluyentes. Y uno de esos caminos entiende que las actuales condiciones de trabajo de las y los promotores de salud debe ser transitorio y debe dar paso a otro, en que el personal comunitario como las comadronas, promotores de salud... sean parte del personal institucional, que asegure la mejor calidad y accesibilidad en la atención de salud.

El objetivo es garantizar el derecho a la atención de salud con calidad, lo que conlleva promover desde las instituciones, desde las y los trabajadores de salud, las transformaciones que el país necesita para hacer una Guatemala incluyente.





Las personas como sujetos

El modelo médico hegemónico, al igual que muchos de los modelos de medicina natural, maya... son constructos teórico-metodológicos, en los que las personas se escapan como el agua entre los dedos de las manos. Son instrumentos para acercarnos a la realidad pero al igual que el mapa, “el mapa no es el territorio” o el dedo, “para señalar la luna es necesario un dedo, pero una vez reconocemos la luna, dejamos de preocuparnos del dedo”, no pueden convertirse en el fin.

“Dios se negó a revelar su nombre a Moisés y prohibió que se hicieran imágenes suyas... prohibió la idolatría que le identificaba con un ídolo de piedra, una imagen, sino también que le identificaran con un concepto. Para ver debo quitar la etiqueta, debo abandonar las experiencias precedentes y no negar la oportunidad de manifestarse, como es, al individuo presente”. (Tony de Mello, 1987)

Toda etiqueta, modelo de salud al igual que el instrumento, el mapa, el dedo, no son la persona ni las personas. Igualmente la enfermedad, no puede convertirse en el objeto de la atención en salud, que como ya nos adelantaba Hipócrates, padre de la ciencia moderna: “no hay enfermedades sino enfermos”.

La medicina moderna es también un espejo de las relaciones desiguales entre las personas y grupos sociales, por ello el in-firmus como falto de autoridad moral se convierte en un ser dependiente que necesita de otros para curarse. Pero además, la medicina moderna olvida la multidimensionalidad de la persona, enfermo o sano, y hace una aproximación física, unidimensional.

La biología, como el género y la cultura, la base material como la espiritual, no son accesorios de la persona, sino consustanciales a su ser. No es posible entender a una persona sin hígado o sin cabeza, como no puede entenderse sin género, cultura, clase social... sin relaciones con otras personas. Son categorías que nos forman y sin las cuales no se entiende nuestra humanidad.

Para transformar el modelo, debemos ir viendo a la persona, primero no sólo como enfermo sino también como sujeto y en el contexto sociocultural en que se desarrolla. No sólo en la enfermedad sino también en la salud. Lamentablemente nuestro(s) Ministerio(s) de salud, son más Ministerios de la Enfermedad y es en otros Ministerios como el de Economía, Planificación... donde se dirime la salud de la población. La salud, se aborda fundamentalmente desde fuera de los servicios.

En la perspectiva de Promoción de salud, Carta de Ottawa, la propuesta “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente -bases y lineamientos” (INS, 2002) hace tres planteamientos de interés que apuntan a reconocer la población como sujeto y la necesaria intersectorialidad para abordar la salud: definir el primer nivel de atención como incluyente, la participación social y diferenciar los ámbitos comunitario e institucional para una posterior complementariedad.

Se concibe el primer Nivel de Atención en Salud como la articulación del conjunto de conocimientos y prácticas existentes en el ámbito institucional y comunitario local que, perteneciendo a diversas matrices/lógicas socioculturales, se complementan en la curación/ prevención/ promoción/ rehabilitación dirigida a la transformación de las condicionantes determinantes de salud, a partir de un fuerte compromiso institucional y de la acción de la población como sujeto de su destino.

La Participación social como promoción de la organización y el empoderamiento de la población para su intervención en las diferentes etapas del ciclo administrativo para la atención en salud (atención entendida como prevención, promoción, curación y rehabilitación).

A nivel de ámbitos, el comunitario tiene procesos y estructura diferentes al ámbito institucional y éste no debe normar al primero. El ámbito comunitario debe ser autónomo del institucional y



coordinar estratégicamente en las diferentes etapas del ciclo administrativo. La capacidad resolutive global del primer nivel de atención en salud será dependiente de la capacidad resolutive de ambos ámbitos que deben complementarse para la resolución de los problemas de salud.

De la idea de un primer nivel de atención enmarcado en los servicios formales de salud, se avanza a una idea de coordinar... al personal institucional, promotores, comadronas, curanderos, maestros, líderes, familias, organizaciones, recursos e infraestructura de las comunidades. De hecho, las acciones de las cuales se espera un mayor impacto, como la promoción y prevención, dependen de la forma como se articula la dinámica comunitaria-familiar-individual de la población con los servicios de salud.

En el campo de la salud, posiblemente sea en el acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado donde más se ha avanzado en el reconocimiento a la persona, a las personas. El trabajo psicosocial orientado a la afirmación de la dignidad de las víctimas parte de su consideración como sujetas y sujetos.

Sub-jectum, en latín, se refiere a lo que subyace delante, que aunque se encuentra presente, permanece sin embargo escondido. Así al decir sujeto, reconocemos que estamos delante de alguien cuya interioridad no nos pertenece. Por el contrario, ob-jectum designa lo que se encuentra delante, en tanto que ofrecido o disponible. La cultura maya va en esto más allá, primero porque atribuye la condición de sujeto a todos y cada uno de los seres de la creación, y además, porque reconoce la condición sagrada de eso que permanece escondido. Es un misterio que no sólo debe ser reconocido o contemplado, sino que además constituye un principio activo con el que los humanos deben establecer relaciones de reciprocidad.

(Fernando Suazo, 2003)

Los procesos organizativos de las comadronas y ajq'ijab'

Hace varias décadas, en plena modernización comunitaria, para el sector hegemónico de aquellos tiempos, hubiera sido difícil imaginar un futuro con pasos hacia el pleno reconocimiento de comadronas, ancianos, ajq'ijab',... símbolos “del pasado” y hoy, cada vez más, expresiones de la diversidad del futuro.

Aunque nunca suficientemente, para Felipe Gómez, ajq'ij' de Oxlajuj Ajpop, Consejo de Ministros Mayas:

Hay cada vez más, un reconocimiento a la importancia del calendario maya y de los roles que nos asigna a cada quién, a las comadronas y ancianos, hay un crecimiento y acercamiento cada vez mayor hacia la espiritualidad maya y avances en los procesos organizativos a nivel local y nacional. A nivel comunitario ya se interpela al modelo oficial de salud por su limitada cobertura y su incapacidad para algunas curaciones que llevan a la necesidad de reconocer a los médicos tradicionales. Hay cada vez más interés en sistematizar la experiencia para dar a entender los fundamentos sobre los que funciona la medicina tradicional maya.

Hasta ahora ha sido más curiosidad e interés en reconocer la vigencia de los que prestan un servicio en las comunidades, pero no se ha avanzado en el diálogo. El interés de quienes tienen el poder... es folclórico. Y si no hemos avanzado en el diálogo intercultural, también entre nosotros hay envidias, descalificaciones y competencias que no ayudan al diálogo





intracultural. Cuesta reconocer entre nosotros mismos, nuestra diversidad, nuestras especialidades y nuestras limitaciones. Es necesario sistematizar la experiencia para dar a entender los fundamentos sobre los que funciona la medicina tradicional maya.

En estos momentos, somos un aporte desde el pasado y hacia el futuro, siempre presentes, unas veces más visibles, otras menos, con aportes en la resolución de conflictos en la misma comunidad, con un abordaje integral de los problemas de salud al tomar en cuenta las diferentes dimensiones de las personas que nos consultan, reflexiones sobre aspectos de su vida que les promueven cambios y aportan valores. Ayudamos a integrar socialmente a las personas en sus raíces históricas, familiares y comunitarias, promoviendo la conciencia de nuestra historia. Curamos con elementos de la naturaleza y el fuego y ello nos concientiza del valor de la naturaleza. Ayudamos a despertar en las personas, su función en la comunidad, su Don, su misión.

La organización de ajq'ijab' y su mayor reconocimiento cada día, por las y los comunitarios y otros sectores, obliga a las personas a reconocer y abrir su pensamiento, a reconocer las diferencias y a replantearse sus teorías. El hecho de curarse en una ceremonia es un reto a los fundamentos de la medicina oficial y desafía el conocimiento científico actualmente reconocido por las autoridades estatales a los otros modelos de salud que también funcionan y resuelven. La ciencia está en crisis y son un problema la unidimensionalidad y la estática de la ciencia.

El camino del diálogo es simultáneo, a nivel intra e intercultural y este diálogo debe llevar a las coordinaciones equitativas.



Ceremonia maya. (Oxlajuj Aj Pop)



Reflexiones finales

En el futuro presente, el método ya no puede separarse de su objeto que es también sujeto. El método no puede formarse más que durante la búsqueda.

Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante no hay camino,
se hace camino al andar.

Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.

Caminante no hay camino,
sino estelas en el mar.

Antonio Machado

*Que cada día sea más difícil defender las diferencias sin
cuestionar las inequidades.*

Bibliografía en orden de consulta

- Ak'abal, Humberto. *Aqajtzij. Palabramiel*. Cholsamaj, Guatemala, 2001.
- Tello, Nerio. *Cornelius Castoriadis y el imaginario radical. Campo de ideas*. Madrid, 2003.
- Crehan, Kate. *Gramsci, cultura y antropología*. Edicions Bellaterra. Barcelona, 2002.
- INS. *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente –bases y lineamientos*. Guatemala, 2002.
- Verdugo Urréjola, Juan Carlos. *Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala. Portadores de Sueños 5*. Guatemala, enero-marzo 2003.
- Orellana, Olga. *Un currículo para el cambio*. Mimeografiado. San Lucas Sacatepéquez, 2004.
- Vallés, Carlos. Cita de Tony de Mello en “Ligero de equipaje”. Sal Terrae. Santander, 1987.
- Suazo, Fernando. *A propósito de los trabajos de salud mental comunitaria en Guatemala. Portadores de Sueños 5*. Guatemala, enero-marzo 2003.
- Machado, Antonio. *Poesías completas*. Selecciones Austral. Espasa Calpe. Madrid, 1985.



2012

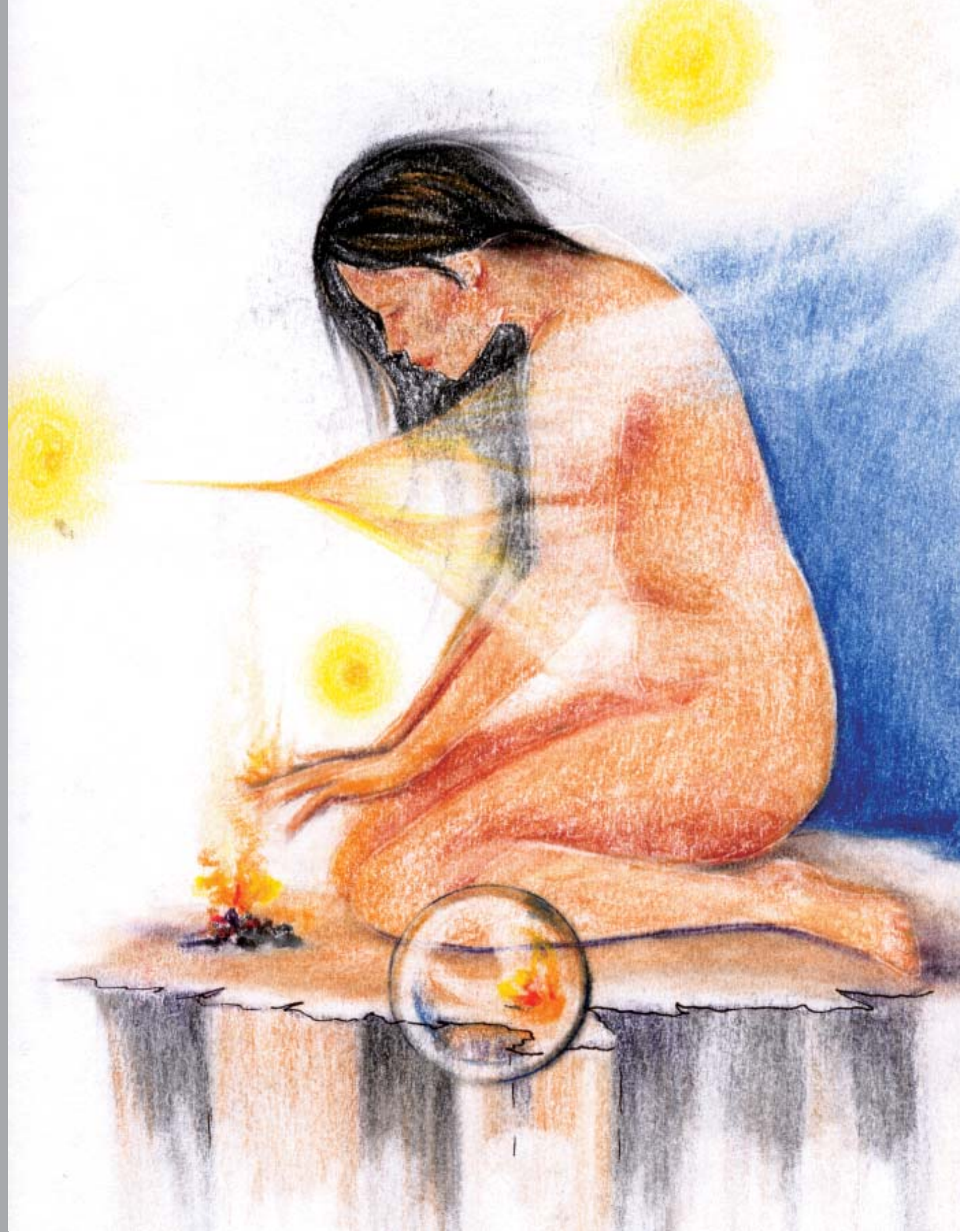
*Toda revolución nos acerca al Reino de los Cielos,
aun una revolución perdida.*

Ernesto Cardenal

En 1990, las Comunidades de Población en Resistencia, a través de los medios de comunicación, hicieron pública la declaración de su existencia que contradecía la información del ejército de que ya no existía gente en la montaña y que denunciaba las acciones del mismo en violación de los derechos de la población civil. La declaración fue un grito de sobrevivencia y un grito de auxilio a la sociedad guatemalteca para que rompiera el cerco militar que los aprisionaba y le brindaran apoyo.

Una delegación de las CPR (en la que iba Francisco Esteban) logró bajar a la ciudad de Guatemala y repetir su testimonio, que a su vez fue complementado con la visita de decenas de personas guatemaltecas e internacionales que cruzando el cerco militar llegaron a ver con sus propios ojos, esa especie de zarza que había ardido con los sufrimientos y no se consumía.

Ricardo Falla





El 2012 ¿es algo más que una fecha de calendario? ¿es un fenómeno galáctico, terrícola, cultural, maya, posmoderno, espiritual? ¿es la entrada al Sexto Sol de los mayas?

La fecha cero en el calendario maya fue el “nacimiento de Venus, el 12 de agosto del 3114 de nuestra Era”, y tendrá el 21 de diciembre del 2012, “el final del Calendario de Cuenta Larga Maya y el inicio a su vez del Sexto Sol”. (Barrios, 2004)

En el tiempo cíclico de los mayas, cuatro Eras nos han precedido y fueron destruidas por el agua, el viento, por los cambios del fuego y de la tierra. Al final de cada etapa hubo una época de caos al que siguió un tiempo de reconstrucción... y el comienzo de una nueva Era.

Los mayas aseguraban que su civilización era la quinta iluminada por el Sol, Kinich-Ahau, el gran Quinto Ciclo Solar. Creían que cada civilización era sólo un peldaño en el ascenso de la consciencia colectiva de la humanidad y en el último cataclismo la civilización había sido destruida por una gran inundación que dejó unos pocos sobrevivientes de los cuales ellos eran sus descendientes.

En la mitología náhuatl... los Dioses convencieron a Chalchitlicue, Diosa de las aguas serenas, de que subiera al cielo y se convirtiera en Sol. Los Dioses hicieron al hombre chiquito y corría pero no hacía sacrificios a Dios y Chalchitlicue llenó el mundo de agua. Este hombre se convirtió en pez.

La segunda vez que los Dioses se animaron a crear otro hombre le pidieron a Ocelotl (Jaguar) que fuera Sol. El hombre era tan grande y torpe que caía al suelo y se rompía. Ocelotl bajó del cielo y el hombre, hecho de barro, se convirtió en cerros, plantas y animales. Así acabó el Segundo Sol.

En la tercera, Ehecatl, Dios del viento se hizo Sol. El hombre fue hecho de maíz pero era tan perfecto que no hacía nada. Lo convirtieron en marrano y terminó el Tercer Sol.

Tlaloc, Dios de la lluvia, subió al cielo y se hizo Sol. Lo volvieron a hacer de maíz pero se la pasaba hablando, por lo que lo convirtieron en guajolote. Y terminó el Cuarto Sol.

Los Dioses se negaron a hacer un quinto intento, pero Quetzalcoatl robó los huesos con los que los Dioses hacían los hombres. Así nacieron los hombres actuales, hijos del Quinto Sol.

Estudiosos de las culturas mesoamericanas afirman que “el sol era un ser vivo que cada 5125 años entraba en erupciones solares y cambios magnéticos que afectaban a la tierra produciendo radicaciones y desplazamiento de su eje de rotación y auguraron que el 22 de diciembre del 2012 el sol al recibir un fuerte rayo sincronizador proveniente del centro de la galaxia cambiará su polarización y producirá una gigantesca llamarada radiante”.

Iván Rodríguez (2005), estudioso del 2012, en el último Congreso de Estudios Mayas realizado en Guatemala expuso que “en esa fecha habrá una alineación planetaria del sistema solar y el centro de la vía láctea, evento que sucede cada 26,000 años. A su vez es sorprendente que el calendario ritual no tiene límite pero por razones inexplicables acaba su fecha el 21 de diciembre del 2012. Los 5 calendarios coincidirán en esa fecha”.

Para algunos ajq’ijab’ y también para autores de la “new age” será un tiempo en que “la humanidad entrará al gran salón de los espejos, una época de cambios para enfrentar al hombre consigo mismo para hacer que entre al gran salón de los espejos y se mire, y analice su comportamiento con él mismo, con los demás, con la naturaleza y con el planeta donde vive”.

“El Sexto Sol posibilitará a los humanos la ascensión a un nivel espiritual que será de armonía y el retorno de B’alameb’, míticos seres hombres-dioses, que son los cósmicos guardianes de las 4 esquinas del universo...”. (Barrios, 2004)

Para varios autores: “La humanidad deberá estar preparada para atravesar la puerta que nos dejaron los mayas, transformando a la civilización actual basada en el miedo en una vibración mucho más



alta de armonía. Sólo de manera individual se puede atravesar la puerta que permite evitar el gran cataclismo que sufrirá el planeta para dar comienzo a una nueva Era, en un Sexto ciclo del Sol”.

La danza de Shiva

El físico cuántico, Fritjof Capra, (2001), nos transmite una experiencia, en donde sus propuestas teóricas, investigaciones de laboratorio y la imagen de la Danza de Shiva se recrean en una tarde de verano:

Estaba yo una tarde de verano sentado frente al océano con el sol declinando. Observaba el movimiento de las olas y sentía al mismo tiempo el ritmo de mi respiración, cuando de pronto fui consciente de que todo lo que me rodeaba parecía estar enzarzado en una gigantesca danza cósmica. Como físico, sabía que la arena, las rocas, el agua y el aire que había a mi alrededor estaban formados por vibrantes moléculas y átomos y que estos, a su vez, se componían de partículas que interactuaban unas con otras creando y destruyendo a otras partículas.

También sabía que la atmósfera de la Tierra es bombardeada continuamente por una lluvia de “rayos cósmicos”, partículas de alta energía que sufren múltiples colisiones al penetrar en la atmósfera.

Todo esto me resultaba conocido por mis investigaciones físicas en el campo de la alta energía, pero hasta aquel momento sólo lo había experimentado a través de gráficos, diagramas y teorías matemáticas.

Sin embargo, sentado en aquella playa, mis anteriores experiencias cobraron vida; “vi” cascadas de energía que llegaban del espacio exterior, en las que las partículas eran creadas y destruidas siguiendo una pulsación rítmica; “vi” los átomos de los elementos y los de mi cuerpo participando en aquella danza cósmica de energía; sentí su ritmo y “oí” su sonido y en ese momento supe que aquella era la Danza de Shiva, el Señor de los Danzantes adorado por los hindúes.

Para los físicos cuánticos como Fritjof Capra (2001),

Cada molécula de nuestro cuerpo ha formado antes parte de otros cuerpos –vivos o no– y volverá a hacerlo en el futuro. Nuestro cuerpo nunca morirá, sino que vivirá una y otra vez porque la vida sigue. Y puesto que nuestra mente también está encarnada físicamente, nuestros conceptos y nuestras metáforas se hallan tan inmersos en la trama de la vida como nuestros cuerpos y nuestros cerebros. Pertenecemos al universo, él es nuestro hogar y este sentimiento de pertenencia puede conferir a nuestra vida un profundo sentido.

El ADN de las diferentes especies animales es la memoria de sus cambios como especie. ¿Tiene memoria la materia? La experiencia de vida impregna a la materia ¿guarda memoria la materia de sus experiencias, de sus vidas vividas?

Nuestro cuerpo nunca morirá, sino que vivirá una y otra vez porque la vida sigue. Con el resto del mundo vivo no compartimos únicamente las moléculas de la vida, sino también sus principios básicos de organización. Y puesto que nuestra mente está encarnada físicamente, nuestros conceptos y nuestras metáforas se hallan tan inmersos en la trama de la vida como nuestros cuerpos y nuestros cerebros. Pertenecemos al Universo, él es nuestro hogar, y ese sentimiento de pertenencia puede conferir a nuestra vida un profundo sentido.

Tras muchos siglos de vivir de espaldas y enfrentados, los científicos y los pueblos “bárbaros”, los físicos cuánticos han llegado a similares visiones de la realidad que los pueblos amerindios:





El hombre blanco olvida su tierra natal cuando, después de muerto, va a vagar entre las estrellas. Nuestros muertos nunca olvidan esta hermosa tierra, pues ella es la madre del hombre rojo. Somos parte de la Tierra y ella es parte de nosotros. Las flores perfumadas son nuestras hermanas. El venado, el caballo y la gran águila son hermanos nuestros. Las cumbres rocosas y las campiñas verdeantes, el calor de los ponis y el del ser humano, todos pertenecen a la misma familia.

Esta agua brillante que corre por los ríos y arroyos no es sólo agua, sino también la sangre de nuestros antepasados... El murmullo del agua es la voz del padre de mi padre. Los ríos son nuestros hermanos. Sacian nuestra sed. Los ríos transportan nuestras canoas y alimentan a nuestros hijos...

Sabemos que el hombre blanco no comprende nuestro modo de vida. Para él, un lote de terreno es igual al otro,... La Tierra no es su hermana, sino su enemiga. Y después de conquistarla se marcha. ... Su voracidad arruinará la Tierra, dejando tras de sí sólo desierto...

¿Qué es el hombre sin los animales?. Si todos los animales se acabasen, el hombre moriría de soledad de espíritu. Porque todo lo que sucede a los animales, le sucede luego también al hombre. Todo está relacionado entre sí.

Debéis enseñar a vuestros hijos que la tierra donde pisan simboliza las cenizas de nuestros antepasados... que la Tierra es nuestra madre...

Una cosa sabemos: que la tierra no le pertenece al hombre. Es el hombre el que pertenece a la Tierra. De eso estamos ciertos. Todas las cosas están relacionadas entre sí como la sangre que une a una familia. Todo está relacionado. Lo que hiere a la Tierra, hiere también a los hijos e hijas de la Tierra. No fue el hombre el que tejó la trama de la vida: él es sólo un hilo de la misma. Todo cuanto haga con la trama se lo hará a sí mismo.

(Jefe Seattle, s/f)

Ligeros de equipaje

El 2012 es quizás una excusa para reflexionar con Tony de Mello (Vallés, 1987):

“Nada, nada, nada” es lo único que puede llevarnos al “todo, todo, todo” decía San Juan de la Cruz. Cuando no tienes nada donde agarrarte, es porque ya comenzaste a volar. Dios conoce esa frase de Aristóteles, “natura abborres vacuum”, y por eso cuando un alma se ha despojado de todas sus posesiones, apegos y pistos, se apresura a llenar ese alma con su presencia y su poder.

Lo que no nos deja vivir plenamente son los apegos y los miedos. Nos aferramos a una experiencia gozosa y no la soltamos de nuestra mente, aun cuando el suceso ya haya pasado. O tenemos miedo de algo que va pasar, y ese temor llena la mente antes de que el suceso se produzca. Con una mente así cargada, no se puede vivir. Vivid plenamente cada experiencia, para que no deje traza en vuestra mente. Nada de sobras, nada de restos, nada de basura. Una cuenta sin “suma y sigue”, un relato sin “continuará”, una excursión sin mochila, nunca vivaís de crédito, sino pagad al contado en cada instante. Adentro y afuera; entrad del todo y salid del todo. Dejaos llevar por la corriente de la vida... ligeros de equipaje.

En el camino... el mejor amigo del hombre es... su nariz. La respiración consciente, el fijarse al inhalar y exaltar el aire, el ponerse a tono con los ritmos del cuerpo. Gran secreto de paz interior.



Para un intérprete de las culturas como Geertz (2000): “el hombre sabio, prudente y razonable, no se esfuerza por alcanzar la felicidad, sino que aspira a un tranquilo desapego que lo libere de la interminable oscilación entre gratificaciones y frustraciones”.

Leonardo Boff (2002), teólogo brasileño, silenciado por el inquisidor Papa Juan Pablo II, dialoga con el Dalai Lama y le pregunta: ¿Qué es la espiritualidad?

La espiritualidad es aquello que produce en el ser humano una transformación interior.

Alguien que no había entendido la respuesta hizo otra pregunta: Pero si yo practico la religión y observo las tradiciones, ¿no es eso espiritualidad?

Y el Dalai Lama respondió: Puede que sea espiritualidad; pero si no produce en usted una transformación, entonces no es espiritualidad.

Y añadió: ¡Una manta que no da calor deja de ser manta!

Volvió a preguntar el otro: Pero la espiritualidad cambia o es siempre igual?

Y el Dalai Lama repuso: Como decían los antiguos, los tiempos cambian y las personas con ellos. Lo que en otro tiempo fue espiritualidad no tiene por qué seguir siéndolo hoy. Lo que en general se llama espiritualidad no es más que el recuerdo de antiguos caminos y métodos religiosos.

Y concluyó: El manto debe ser cortado para ajustarse a la persona; no es la persona la que debe ser cortada para ajustarse al manto.

El ser humano es un ser de transformaciones, pero nunca está acabado, sino que está siempre haciéndose, física, psíquica, social y culturalmente. Pero hay transformaciones... y transformaciones. Hay transformaciones capaces de dar un nuevo sentido a la vida o de abrir nuevos campos de experiencia y de profundidad rumbo al propio corazón y al misterio de todas las cosas.

Hoy día, la singularidad de nuestro tiempo reside en el hecho de que la espiritualidad está siendo descubierta como una dimensión profundamente del ser humano, como el momento necesario para la plena eclosión de nuestra individuación y como espacio de paz en medio de los conflictos y desolaciones sociales y existenciales.

No se trata de separar, sino de distinguir entre religión y espiritualidad.

El Dalai Lama en *Una ética para el nuevo milenio* (citado por Boff, 2002), escribe:

Considero que la espiritualidad está relacionada con aquellas cualidades del espíritu humano, tales como el amor y la compasión, la paciencia y la tolerancia, la capacidad de perdonar, la alegría, las nociones de responsabilidad y de armonía..., que proporcionan felicidad tanto a la propia persona como a los demás. Y no hay, pues, ninguna razón por la que un individuo no pueda desarrollarlas, incluso en un grado muy elevado, sin recurrir a sistema religioso o metafísico alguno”.

Las religiones únicamente salvan, permitiendo el acceso al nirvana y la transfiguración de las personas, si consiguen transformar la recta visión del mundo en una práctica profundamente coherente, en amorosidad para con los demás... en sentido de responsabilidad por los semejantes y en una vida de desprendimiento que nos capacite para abriarnos acogedoramente a todo cuanto nos llega de la realidad. Si logramos desarrollar esa práctica, entonces seremos capaces de construir un camino que llevará inexorablemente a lo que es el cielo, el nirvana, la suprema realización del ser humano.

Pero esa transformación no comienza y termina en el interior de cada ser, sino que, a partir de ese interior, desencadena toda una red de transformaciones en la comunidad, en la sociedad, en las relaciones con la naturaleza y con el universo entero.





Leonardo Boff (2002) concluye en que “la espiritualidad tiene que ver con experiencia, no con doctrinas”.

Posiblemente, algo de eso, quería transmitirnos Machado (1985) cuando escribía:

Hay dos modos de conciencia:

una es luz, y otra paciencia.
Una estriba en alumbrar
un poquito el hondo mar;
otra, en hacer penitencia
con caña o red, y esperar
el pez, como pescador.

Dime tú, ¿cuál es mejor?
¿Conciencia de visionario
que mira en el hondo acuario
peces vivos,
fugitivos,
que no se pueden pescar,
o esa maldita faena
de ir arrojando a la arena
muertos, los peces del mar?

Los prosistas cuánticos se acercan a los místicos y escriben:

Somos polvo de estrellas... polvo que ha evolucionado hasta crear la vida. Somos hijos e hijas de las estrellas, provenimos de ellas, conectados a la tierra, animales, plantas, objetos inanimados pues estamos hechos de la misma materia... a la que periódica e inexorablemente regresamos como individualidad. Se mantiene la especie, pero como individualidades materiales nos reciclamos diariamente y con la muerte. ¿Cómo no vamos a estar conectados si somos los mismos?

Las partículas de nuestro cuerpo han existido desde el origen de los tiempos. No se crearon al nacer tú, ni morirán cuando tus células se descompongan. Son parte del universo y por lo tanto una parte del continuo espacio-tiempo. Es sólo su disposición actual lo que forma la entidad que tú eres. En realidad, el cuerpo que te pertenece ni siquiera está compuesto hoy por las mismas partículas que lo componían hace unos pocos años (o segundos). Gracias al permanente reemplazo de células viejas por otras nuevas, la disposición del cuerpo está siempre renovándose. No deberíamos ver nuestro cuerpo como una escultura congelada sino como un río. Mientras el flujo del cambio de nosotros sea vigoroso, gozamos de salud, mientras el envejecimiento es el estancamiento del flujo.

Para Mal Warshaw, fotógrafo de “Vivir hasta despedirnos” (1991):

La vida es compartir el poco tiempo que nos queda. La fuerza de decir adiós, sabiendo que, asimismo, cada despedida incluye una bienvenida...

Si protegéis los cañones (el Gran Cañón del Colorado) de las tormentas, nunca veréis la belleza de las erosiones. Un enfermedad incurable no debe ser una fuerza negativa y destructiva, sino como uno de los problemas de la vida que enriquecerá su crecimiento interior ayudándoles a volverse tan bellos como “los cañones (del Colorado) a la luz del relámpago”.



Amar es darse y darse tiene sentido solamente si es en beneficio mutuo. Solamente aquellos que desearon compartir su vida dejaron una huella.

En el campo de la salud estamos todavía en pañales y así Beth, con un cáncer terminal, puede comentar a Warshaw: “Tengo una cita con mi peluquero y con un especialista en cáncer. Sé que mi peluquero hará que me sienta mejor. Pero no estoy tan segura de que lo mismo ocurra con el especialista... Es tan agradable poder salir y pasear al sol, sentir que aún estoy viva y despierta”.

Así Maria Zambrano en *Delirio y Destino* nos expresa que “cuando a nadie le podemos contar nuestra historia: Eso es muerte. Vivir es convivir, había dicho Ortega Gasset”.

Para los físicos cuánticos como Niels Bohr: “Una gran verdad es aquella, cuyo opuesto es asimismo verdad. Así el nacimiento y la muerte. El ser que nace no ha pedido vivir, pero tan pronto como nace, sólo pide vivir. Hemos nacido con la muerte. Nacemos por azar y morimos inevitablemente. Nacer es una suerte excepcional. La vida es un milagro y todas las vidas son valiosas. Toda vida aporta a la creación, a la evolución del Universo”.

Niels Bohr distinguió dos tipos de verdad, la verdad trivial, cuyo contrario evidentemente es absurdo y la verdad profunda, que se reconoce porque su contrario, también es una verdad profunda. No se trata únicamente de asociar dos verdades contrarias sino de ver que la verdad puede encontrarse en la brecha lógica que abre una contradicción “fuerte”.

La contradicción vale para nuestro entendimiento, pero no para el mundo. La contradicción está en la manera en como representamos las cosas. El mundo puede presentar antagonismos complementarios que nuestro pensamiento traduce en contradicciones. El error está en imaginar que el conocimiento es espejo de la realidad y no reconocer que las contradicciones son el modo en que se traducen a los ojos de nuestra razón los agujeros negros en los que se hunden nuestras coherencias lógicas.

La vida vive de contradicciones y para comprenderla estamos obligados a unir de forma dialógica conceptos contradictorios y la incertidumbre. Sin contradicciones, no hay progresión. Ante las certezas absolutas, la subversión de las dudas. Ante los dogmas, la contestación. La primera condición de una dialógica cultural es la diversidad de los puntos de vista. Hay que abandonar cualquier esperanza de fundar la razón en la sola lógica.

Las ideas son mediadoras pero no son lo real. Lo real se resiste a la idea.

Por efecto de la ciencia, la humanidad tiende cósmicamente al cero, pero por efecto del humanismo, tiende antropológicamente hacia el infinito.

“El mundo es lo que es en una instancia histórico-social. Pero también puede ser otra cosa, es fundamentalmente transformable, mutable, metamorfoseable, y ha sido efectivamente transformado, mutado, metamorfoseado... Es tiempo de reconocer el papel que cada uno lleva adelante en tanto individuo social, representante y agente de la sociedad histórica. Lo histórico-social requiere para decidir sobre su destino que cada uno asuma una función autónoma de las acciones y las ideas. Los individuos deben comprender que el mundo no se acaba en lo que ya es, que el mundo puede ser de otra manera”. (Tello, 2003)

¿Qué es el 2012? Lo que tú quieras que sea.

Para llegar al punto que no conoces, debes tomar el camino que no conoces
(San Juan de la Cruz)





Bibliografía en orden de consulta

- Falla, Ricardo. *Sociedad civil, pueblos indígenas y la paz en Guatemala*. Mimeografiado. Guatemala, 2004.
- Barrios, Carlos. *Ch’umilal Wuj*. Cholsamaj. Guatemala, 2004.
- Rodríguez, Iván. Congreso de Estudios Mayas. Univ. Rafael Landívar. Guatemala. 4 de agosto 2005
- Capra, Fritjof. *El Tao de la física*. Ed Sirio. Málaga, 4ta edición, 2001.
- Capra, Fritjof. *El punto crucial*. Ed Estaciones. Argentina, 1992.
- Jefe Seatle. Carta al Gran Jefe en Washington. s/f.
- Vallés, Carlos. “Ligero de equipaje. Tony de Mello”. Sal Terrae. Santander, 1987.
- Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Gedisa Ediciones. Barcelona, 2000.
- Boff, Leonardo. Sal Terrae. Cantabria, 2002.
- Machado, Antonio. *Poesías completas*. Espasa Calpe. Madrid, 1985.
- Kubler-Ross, Elisabeth. *Vivir hasta despedirnos*. Luciérnaga. Barcelona, 1991.
- Tello, Nerio. Cornelius Castoriadis y el imaginario radical. Campo de ideas. Madrid, 2003.

REFLEXIÓN DEL FUTURO QUE ES PRESENTE

¿Qué otras experiencias conocés que son ya un adelanto del futuro?

¿Qué tanto debe cambiar el sistema de salud guatemalteco para avanzar a una Guatemala incluyente?



VIAJE A ÍTACA-GUATEMALA

Si vas a emprender el viaje hacia Ítaca,
pide que tu camino sea largo,
rico en experiencias, en conocimiento.
A Lestrigones y a Cíclopes,
al airado Poseidón nunca temas,
no hallarás tales seres en tu ruta
si alto es tu pensamiento y limpia
la emoción de tu espíritu y tu cuerpo.
A Lestrigones ni a Cíclopes,
ni a fiero Poseidón hallarás nunca,
si no los llevas dentro de tu alma,
si no es tu alma quien ante tí los pone.

Pide que tu camino sea largo.
Que numerosas sean las mañanas de verano
en que con placer, felizmente
arribes a bahías nunca vistas;
detente en los emporios de Fenicia
y adquiere hermosas mercancías,
madreperla y coral, y ámbar y ébano,
perfumes deliciosos y diversos,
cuanto puedas invierte en voluptuosos y
delicados perfumes;
visita muchas ciudades de Egipto
y con avidez aprende de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en la memoria.
Llegar allí es tu meta,
mas no apresures el viaje.
mejor que se extienda largos años;
y en tu vejez arribes a la isla
con cuanto hayas ganado en el camino,
sin esperar que Ítaca te enriquezca.

Itaca te regaló un hermoso viaje.
sin ella el camino no hubieras emprendido,
mas ninguna otra cosa puede darte,
aunque pobre la encuentres, no te engañará Ítaca,
rico en saber y en vida, como has vuelto,
comprendes ya, qué significan las Ítacas.

Ítaca (1911)
Constantino Cavafis, 1863-1933.

*La vuelta al comienzo no es un círculo vicioso,
si el viaje significa experiencia de donde se vuelve cambiado.*

Morín, El método I.



Ilustración de Miriam Rommers

El error está en imaginar que el conocimiento es espejo de la realidad.

Las ideas son mediadoras pero no son lo real. Lo real se resiste a la idea.

Maya, en sánscrito, es “lo que no es”, ilusión, ilusión de fronteras, la pérdida de la perspectiva cósmica.

Los símbolos, las metáforas nos llevan a interpretar lo que no se puede explicar con palabras.

Somos polvo de estrellas... polvo que ha evolucionado hasta crear la vida.

Somos hijos e hijas de las estrellas, provenimos de ellas, conectados a la tierra, animales, plantas, objetos inanimados pues estamos hechos de la misma materia... a la que periódica e inexorablemente regresamos como individualidad. Se mantiene la especie, pero como individualidades materiales nos reciclamos diariamente y con la muerte. Somos parte de la Naturaleza. El principio cuántico destruye la noción del mundo como algo que está ahí, convenientemente separado del observador...

Estamos en un universo participativo.

¿Cómo no vamos a estar conectados si somos los mismos?

Para recuperar nuestra plena humanidad, debemos reconquistar nuestra experiencia de conectividad con la trama entera de la vida. Los átomos de nuestro cuerpo necesitan estar en contacto, comunicación e intercambio constante con el mundo que está más allá de la propia piel a fin de mantenernos en la condición de seres vivos. Confinar a los propios átomos dentro de las fronteras del propio cuerpo físico, sería violar una condición de la vida misma, la necesidad de contacto con el mundo exterior, y confinarnos a nosotros mismos a una posición de aislamiento frente a los demás, que sería exponernos a la enfermedad y a la muerte. A todos los niveles, desde lo atómico hasta el personal, la conexión es una exigencia de la vida.

Es la biodanza.

FRIJOF CAPRA



Ilustración de Luca Paltrinieri

GLOSARIO DE SIGLAS

MSPAS	Ministerio de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ONG	Organización No Gubernamental
EEUU	Estado Unidos de Norteamérica
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMS	Organización Mundial de Salud
SAPIA	Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
APS	Atención Primaria de Salud
BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
PUMAR	Programa de Unidades Móviles en Áreas Rurales
CEH	Conferencia Episcopal de Guatemala
USAC	Universidad de San Carlos
REMHI	Proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica
ODHA	Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
EPS	Ejercicio Profesional Supervisado
PAN	Partido de Avanzada Nacional
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
AC	Acción Católica
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
FECOMERQ	Federación de Comercio y Mercadeo
KATOKI	Cooperativa de Crédito y Ahorro.
SARUCH	Saneamiento Rural de Chimaltenango.
ILV	Instituto Lingüístico de Verano.
FUNDAPI	Fundación de Ayuda a los Pueblos Indígenas.
DC	Democracia Cristiana
AID	Agencia Internacional de Desarrollo del Gobierno de los EEUU
USAID	Agencia Internacional de Desarrollo del Gobierno de los EEUU de Norteamérica.
APROSADSE	Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo de San Martín Jilotepeque
APROSACOP	Asociación de Promotores de Salud y Comadronas de Petén
AGRUMS	Asociación de Guatemaltecos Unidos para Mejorar la Salud
ETESC	Equipo Técnico de Educación en Salud Comunitaria
EAPSEC	Equipo de Apoyo para la Promoción de la Salud y Educación Comunitaria.
COMAR	Comisión Mexicana Gubernamental de Ayuda a los Refugiados.
APROCOSGUA	Asociación de Promotores y Comadronas de refugiados.
FTN	Franja Transversal del Norte
ASEDE	Asociación para la Educación y el Desarrollo
VM	Visión Mundial
MDM-F	Médicos del Mundo Francia
MDM-E	Médicos del Mundo España
FUNDAESPRO	Fundación Esperanza y Prosperidad
ESFRA	Fundación Esperanza y Fraternidad
EGP	Ejército Guerrillero de los Pobres
URNG	Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca
CPR	Comunidades de Población en Resistencia
CIDH-OEA	Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos
IC	Informante Clave
CCPP	Comisiones Permanentes
CEAR	Comisión Especial de Ayuda a Refugiados del Gobierno de Guatemala
ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
ASERSI	Asociación de Servicios de Salud Integral
ACSMI	Asociación Comunitaria de Salud del Municipio del Ixcán
TSR	Técnicos de Salud Rural
CERNE	Centro de Recuperación Nutricional
APSADEC	Asociación de Promotores de Salud y Desarrollo Comunitario.
AGROSALUD	Patronato para el mejoramiento de la salud de los trabajadores agrícolas, Agrosalud
CONALFA	Coordinadora Nacional de Alfabetización
ISMU	Instituto para la Superación de la Miseria Urbana
COINAP	Coordinadora Interinstitucional de Áreas Precarias
AVANCSO	Avances de las Ciencias Sociales de Guatemala.
REPROINSA	Representantes del Programa Integral de Salud
RECAP	Responsables Capacitadoras de reproinsas
JD	Junta Directiva
APSADECO	Asociación de Promotores de salud y Desarrollo Comunitario
ACPD	Asamblea Consultiva de la Población Desarraigada
INAPCOMS	Instancia Nacional de Promotores y Comadronas.
FGT	Fundación Guillermo Toriello

FENACOAR
INTA
APRUXAL
APRUSPLAG
ASERSI
APRUSDACI
ACAFAM
SERJUS
FDNG
CNOC
COKADI
ANAPROSADI
ASS
PSS
INS
CV
SINAPS
PRINAPS
PROSA-PROSAC
OPV
OPVRS
TRO
PAI
IRA
COCODES
COMUDES
GSD
SEGEPLAN
GO
DT
CONDEG
MES
MMH
MMAS
MAA
PC
OIT
ACG
ACODIMAM
AIEPI
FI
FC
FYDEP
INCAP
DASI
PMSS
CCF
CELAM
GANA
CEIDEC
COPMAGUA
CHS
PRODERE
ASOCVINO
FAO
BANRURAL
BANDESA
UNICEF
PRODUSSEP
PIES de Occidente
INDAPS
FORELAP
FRG

Federación Nacional de Cooperativas
Instituto Nacional de Transformación Agraria
Asociación de Promotores de Salud de Xalbal. También
Asociación de Promotores de Salud de Playa Grande
Asociación de Servicios de Salud
Asociación de promotores rurales de salud del Área Cuatro de Ixcán
Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina.
Servicios Jurídicos
Frente Democrático Nueva Guatemala
Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas
Coordinadora Kaqchikel para el Desarrollo Integral
Asociación Nacional de Promotores de Salud y Desarrollo Integral
Administradora de Servicios de Salud
Prestadora de Servicios de Salud
Instancia Nacional de Salud
Colaborador Voluntario
Sistema Integrado de Nutrición y Atención Primaria de Salud
Programa de Investigación del Adiestramiento de Promotores de Salud
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.
Organizaciones Privadas Voluntarias
Organizaciones Privadas Voluntarias Relacionadas con Salud
Terapia de Rehidratación Oral
Programa Ampliado de Vacunación Infantil.
Atención Precoz de Infecciones Respiratorias Agudas.
Coordinadoras Comunitarias de Desarrollo
Coordinadora Municipal de Desarrollo
Grupo de Salud y Desarrollo/ Consultores Asociados de Guatemala
Secretaría General de Planificación
Organizaciones Gubernamentales
Desarrollo Transformador.
Coordinadora Nacional de Desplazados de Guatemala
Modelos Explicativos de Salud
Modelo Médico Hegemónico
Modelo Médico Alternativo Subordinado
Modelo de Autoatención
Participación Comunitaria
Organización Internacional de Trabajo
Acción Cristiana Guatemalteca
Asociación Comunitaria de Desarrollo Integral Mam
Atención Integral de Enfermedades Prevenibles de la Infancia
Facilitador Institucional
Facilitador Comunitario.
Fomento y desarrollo Económico del Petén
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
Dirección de Área del Ixcán.
Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (préstamo del BID)
Cristian Children Fond
Consejo Episcopal Latinoamericano
Gran Alianza Nacional
Centro de Estudios Integrados de Desarrollo Comunal.
Coordinadora de Organizaciones del Pueblo Maya de Guatemala
The Canadian Hearing Society
Programa de Desarrollo de Desplazados, Refugiados y Retornados.
Asociación de Comadronas del Ixcán
Organización de naciones Unidas para la agricultura y la alimentación
Banco Rural
Banco de Desarrollo S. A.
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular
Promoción, Investigación, Educación en Salud.
Instituto de Adiestramiento del Personal de Salud
Fondo para la Reinserción Laboral y Productiva
Frente Republicano Guatemalteco



Tomás Chitic Guachiac, Genaro Tiño Tiño, Carmen Jutzutz Coló, Juan Francisco Barreno Castro, Juan Miza Perén, Juana Alvarado López, Francisco Jiménez Pérez, Alvaro Antonio Gaspar, María Pablo Pablo, Juana Pablo Cachua, Emma Floridalma Sitán Gabriel, Lucas Ixquiacché Poz, Manuel Pú Tui, Carmen Chutá Mejía, Domingo Mazariegos, Olayo Moales, Rafael Quilá Spantzay, Marco Tulio Panjoj Batz, Hugo Alfredo Tartón Jutzuy, Claudi Yanira Ajquijay, Dionisio Xajap Xot, Celestina Bulux, Rosa González Magtzul, Rafaela Esperanza Hernández, Lauro Sajbochol Telón, Francisca Sajbochol Telón, Juan López y López, Abraham López Mendoza, Delfino Molina Maxia, Edilberto Sabuc Maxia, Jesús Mejía Jerónimo, Lucrecia Pablo Pablo, Juan Ramírez Matías, Magnolio Julio Pascual Alva, Evelio Santiago Xitimul, Norma Felipa Iboy de Paz, Pulino Raxcacó Pangan, Francisco Guadalupe López Cruz, Francisco Ambrosio Méndez, Irma Consuelo Cordero Catalán, Vilma Esperanza Reyes Méndez, Clara Maribel Díaz Torres, Luis Vásquez Marroquín, Mariela Mauricio Gómez, Miguel Méndez Pérez, Carmen Sacalxot, Gregoria Montejó Ros, Sofía Lorenzo Pérez, Luis Funes Carrillo, Ronaldo Miguel Méndez, Mario Eugenio Paquix, Diego Eufasio González, Cándida Pascuaza González Gómez, María Obispa Hernández Hernández, Romilio Morales García, Javier Ramírez Mendoza, Rogelio Díaz estrada, Doroteo Esquit González, Flaviano Curruchich, Juan Francisco Xico Can, Carlos Ricardo Ajuchan Umul, Yudi Angélica Jutzutz Coló, Guadalupe Ajquijay, Gervasio Sepet Sansir, Albertina Quechenoj, Francisco de la Cruz, Daniel Pérez López, Feliciano Gregorio Son, María Ernestina Otzoy Chex, Elsa Carolina Mendoza Sancay, Yolanda Antonia Tiú García, Estela Paulina García Tzoc, Eufemia Natalia López Pretzantzin, Nicolás Alejandro Pretzantzin, Rubén Cruz Jerónimo, Rubén García Hernández, Alejandro Cerón, Ana María Rivas, Anabella Marcos, Arnaldo Bringez, Brenda Quemé, Carlos Morán, Carmen Castro, Claudia Gamarra, Cornelio Sosa, Efraín López, Emma Estrada, Evelyn Nufio, Francisco Sojuel, Iñigo Lasa, Isolda Fortín, José Miranda, Juan Manuel Chic, Juan Poz, Lesly Ramirez, Lidia Morales, Lucrecia Hernández, Luis Prieto, Magda Ramírez, , Marco Bergh, Marco Gutiérrez, María Teresa Mosquera, María Tuyuc, Miguel Guarchaj, Noelia Cumes, Ovidio Rodríguez, Patricia Cortéz, Paula Irene del Cid, Quimmy de León, T. Yanira Escobar, Yadir Villaseñor, Yolanda Florentino, Adrián Andrés Juan de Nueva Libertad, Juan José Andrés, de Nueva Libertad, Fray Bartolomé de las Casas, Claudio Aguilar Hilario, Resurrección Balam, Fray, Gerardo Ba Chen, Alfredo Bartolomé, NL de Fray, Alfredo Cabinal Tzi, de San Miguel, Chisec, Erick Coc Che, El Quetzal, Chisec, Alfredo Cuc, La Libertad, Chisec, Marcos Coc, San Miguel, Chisec, Pedro Domingo Matías, Aurora 8 de Octubre, Chisec, Abel Enriquez Ayú, Pozo Seco, Chisec, Esteban Macario, Las Casas, José Imperio, Imperial, Chisec, Miguel Hernández, Unión Maya Itzá, José Antonio Ical, San Pedro Limón, Chisec, Missael Jiménez, Nueva Libertad, Francisco López, El Progreso, Tuilá, Cahabón, Pedro Lux Pérez, El Quetzal, chisec, Sebastián Marcos Lucas, Cooperativa La Unión Maya Itzá, Alfredo Maaz, Limón Sur, Chisec, Tomás Maaz Tox, San Francisco Mayejón, Matías Manuel Francisco, Nueva Libertad, Fray, Macaria Matías Ortiz, Unión Maya Itzá, Marcelo Méndez, NL, Fray, Félix Paau Coy, Valle de la esmeralda, Roberto Pop Acté, Limón Norte, Chisec, Diego Rodríguez, Las Casas, Fray, Jacinto Sanchez Ortiz, La Esmeralda, Petén, Francisco Sebastián, Aurora 8 de Octubre, Chisec, Tomás Sotz Pan, Pozo seco, Chisec, Diego Toma y Toma, Aurora, Chisec, Mateo Tores santizo, Pregreso Thuilá, Cahabón, Alejandro Tun Pec, San Miguel, Chisec, Armando Velásquez, NL, FBC, Raúl Rolando Yacas, Poptún, Manuel Isaías Benitez, Limón Sur, Chisec, Osvaldo Caal, Fray Bartolomé de Las Casa, FBC, Natalio Matíaa López, Resurrección Balam, FBC, Arcadio Ojom Sinal, Santo Domingo, Domingo Ax Ical, Quebrada Seca, Boloncó, Manuel Cuc Xol, Secapur, Boloncó, Andrés Maquín, Caoba 2, Boloncó, Ricardo Chub, Maguila, Sebastián Caal, Semukbila, Samuel Can, Sechactí, Boloncó, Isidro Cac Cucul, Semelvina, Manuel Pop Caal, Secolay, José Pérez, FBC, Victoria Cajbón Choc, NL, FBC, María Matías, Resurrección Balam, FBC, María Natividad Pérez, Resurrección Balam, FBC, María Lainez Gómez, NL, FBC, María Santos, NL, FBC, Juliana Carina López, Resurrección Balam, FBC, Victoria Higueros, ASECSA, Cobán, Francisca Sosa, ESFRA, José Pedro Mata, IPES, Carolina Magallanes, Pastoral de Salud de Suchitepéquez, Carlos González, Clínica Bethania, Jocotán, Luis Alberto Prieto, PIES de Occidente de Xela, Patricia Morales de ADEPAC, Moisés Rosales de Pastoral de Salud de Totonicapán, Isaías T. Chaj de Pastoral de Salud de Toto, Carlos Arreaga, CNOC, Santos A. Maceo de Cooperativa El Recuerdo de san Pedro Pinula, Jalapa, Dimas Díaz García, Bethania, Héctor Guzmán, ASIPROCOS, Nuevo Porvenir, AV, Juan Bautista Tuch, Pastoral de salud de Toto, Miguel C. Xuyuc, Pastoral de Salud de Toto, Julio Mactzul de Renacimiento, Patzún, Enrique A. Cas, de Pies de Occidente, xela, Claudia Torres, ESFRA, Ana B. Colindres, ESFRA, Clímaco Ichich, de ACOPROS-Rukowil Tinamit, AV, Abelina Uz Pu, Santa María Chiquimula, Totonicapán, María M. Chic Pu, Santa María Chiquimula, Paulina Yus, Kaqlá, Josefino y Herminio de Clínica Bethania,



Jocotán, Juan Poz de Maxeña, Santo Tomás la Unión, Cristina Chávez, Médicos Descalzos, Chinique, Quiché, Carlos Morán, Pies de Occidente, Xela, Carlos Lix, ASECSA de Chimaltenango, Karen Eder, ASECSA, Chimaltenango, Frank Taylor, Jesús y Felipe Gómez de Oxlajuj Ajpop, Rubén Morales del MSPAS, María Chan Saquic, Pastoral de Salud de Toto, Ana Yolanda López, Renacimiento, Patzún, Yolanda Carmela e Ileba Ramírez de González de Fundesco, Huehuetenango, Hugo Icó, ASECSA de Chimaltenango, Orfa Ninet Morales, ESFRA, Guatemala, Mauricio Vanheusen, Cooperativa El Recuerdo, San Pedro Pinula, Jalapa, Lissette Minera López, ESFRA, Guatemala, Irma González, Cáritas, Quiché, Silverio González, Cáritas, Quiché, Lidia Chiché, APROSADE, Jerónimo Hernández y Quirino Hernández de ASECSA, Chimaltenango, Onelia Torrelloto y Hna Catti B. de Pastoral de Salud, San Martín Chile Verde, Hna Santos Reyes, ALESI, Francisco Pérez, Jerónimo Ramírez, N. Rodríguez, Clínica San Martín, Sacatepéquez, Jorge Matías, Clínica de Cabricán, Teodora Calán y Alejandro Tejax, APROSADSE, San Martín Jilotepeque, Santos Caxaj y Florencia Hernández, Pastoral de Salud de Totonicapán, Estanislao Ch. y Delfina Quiej, Pastoral de Salud de Momostenango, Claudia Ernades, PIES de Occidente, Xela, Marta Salazar, Tecnología para la salud, El Tejar, Chimaltenango, Miguel Chan Juárez, CCAM, Chichicastenango, Quiché, Mario Sop, Pastoral de Salud, Xela, Antulino Matías, OASIS Rieti, Jesús Ojom de Paz, Adecomaya Achí, Guatemala, Cristóbal Cojtí García, Paxil Cayalá, Tecpán, Silvia Solórzano Foppa, URNG, Ronal Cortés Barrios, Pastoral de Salud de Xela, Carlos Arriola, Dispensario Bethania, Jocotán, Sandra Quixtán, Laura Morales, Cáritas, Quiché, Juan Carlos Reyes, IDEI, Quetzaltenango, Carlos Rodas, Magdalena Ajú, Renacimiento, Tecpán, Carlos López, CNOC, Vicente García, Pastoral de Salud de Huehuetenango, Francisca Boch, Patzún, René crocker, Asociación Maya-Petén, Las Cruces, Petén, Eduardo Martínez, Bethania, José Soc Chivalán, Oxlajuj Ajpop, Elsa Ramírez y Amalia Ortiz, Fundesco, Huehuetenango, Hna Marileva, Pastoral de asalud de Huehuetenango, Dimas, Armando, Bethania, Hnas Bárbara Ford y Virginia, Karen García, Cáritas, Quiché, Pascuala, Mariano, Nicolás, Miguel, Nicolás Lucas, Oxlajuj Ajpop, Guayo, René, Julia y Kate, Asociación Maya-Petén, Las Cruces, Carmen Chen, Isabel Reyes, Vicariato de Poptún, Petén, Rosario Pií, Julia Tich, Maribel Santos, ASECSA Chimaltenango, Alfreddo Ochoa, Luis Ochoa, Elsa Arreaga, María López, Universidad Misionera de los Pobres, Zona 18, Guatemala, Hna María, Miguel Guarchaj, Francisco Velásquez, Micaela Quemá, Micaela Ixquiactap, Venancio Dionisio, Clínica Maxeña, Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez, Auruy Pisquí, Gladis, Rafale Gallego, Pies de Occidente, Vidal Herrera, Xela, Rodolfo Patal, Julio Patzul, Renacimiento, Patzún, Luis Velásquez, Byron Martínez, Wilfred Barrientos, San Pedro Pinula, Jalapa, Ruth Rodans, Pastoral de Salud, Suchi-Reu, Myriam Rommers, Domnall, Luis López, Andrés, ACG, Santa Cruz del Quiché, Juan Ixchoy, Chiflan Balam, Santa Cruz del Quiché, Elba Villatoro, Guatemala, Santiago y Manuela, Antigua, Fernando Suazo, ECAP, Rabinal, Ester Quirós, Ceiba, Leopoldo Méndez, Saq'be, Chimaltenango, Juan José Hurtado, Isolda Fortín, UFM, Maureen Reyes de Herrera, URL, Erick Espinosa, María Teresa Mosquera, Gloria Dominga Tecún, María Pascual, María Eugenia Lemus, Tierra Viva, Ofelia Baltasar, Emma Chirix, María Luisa Cabrera, Carlos Amézquita, Carlos Aldana, José Miguel Vázquez, Clínica El Novillero, Santa Lucía Utatlán, Salvador Cruz, CNOC, Carmen de Vázquez, URL, Manuel Cul, Semul, Kamol Kawilal, Pantaleón Caal, Aurora 8 de octubre, María Santos, San José el Tesoro, Rafael Pop, Chahal, Francisco Sebastián, Miguel, Margarita Morales, Antonio Pec, Arenal 2, Kamol, Mateo Pascual, Armando Velázquez, Lola y Clara, Macelo Méndez, Bensaí, Cayetano Rojas, Juan Andrés, Anacleto Méndez, Juana Yolanda, Pedro, Alfredo, Matías Manuel, Feliciano, Huber de Nueva Libertad, Fray Bartolomé de Las Casas, Concepción Chic, Chapayac, Andrés Maquín, Caoba 2, Kamol Kawilal, Osvaldo Caal, Fray, Pedro Ayú Cac, Chahal, APSARUCH, Manuel Chuj, Secapur, José, Bolomcó, Arcadio, Bolomcó, Victoria Pop, Chahal, Hermógenes Xoc, Fray, Enrique Tibul, Boloncó, Carmen, Chahal, Elías, Samuel Can, Boloncó, Florinda, San José El Tesoro, Andrés y Asun, Luis Ramos, Cobán, Pablo Vicente, Pilar Ramírez. Eleuterio Pérez. Ana Simón Pascual. Ronaldo Luna, Enrique Soto Urbina, Otto R. Menéndez. Jorge Rosal. Monseñor Gerardo Flores, Conchita Reyes, Axel Ruiz, Hna Argentina Cuevas, Hna Juana Buellesbach, Carolina Salazar, Gloria González Mayor, Fernando Suazo, Lair Espinosa, Magdalena García, Gladis Flores, Francisca Soza. Felipe Gómez. Nicolás Lucas. Hilario de Xamán. Guido Calderón, Leslie Alonso, Omeri de Leiva, Miguel Itzep, Silvia García, Matías Rul, Marco Tulio Gutiérrez, Doña Gabriela Zamora Rodríguez, Miguel Quiej y Juana Tipaz, Cirilo Santamaría, Dr Héctor Nuila, Luis Octavio Ángel, Pascual Pérez, Daniel Salazar, Gervasio Atz, Beth Eugenia Curruchiche, Giovanni Salazar, José Miranda Gómez, Cristóbal Ayllón, José Miranda Godinez, Karina Pineda Villena, Aura Marina Palma, Hna. Marie-Paule Broekmans.