



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
DIRECCIÓN GENRAL DE INVESTIGACIÓN -DIGI-  
INSTITUTO DE ESTUDIOS INTERÉTNICOS -IDEI-**

**INFORME**

**“INTERVENCIÓN EN IDIOMA KAQCHIKEL EN PROFESIONAL DE  
SALUD”**

**Una aproximación a la salud intercultural**

**Investigadores**

**WALTER O. PANIAGUA SOLÖRZANO  
ANA LUCÍA HERNANDEZ CORDERO**

**Auxiliar de investigación**

**DORA ESQUIT CHOY**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2007.**

## RESUMEN

---

El presente informe es una aproximación de corto alcance hacia la salud intercultural a través del uso del idioma Kaqchikel. En este sentido, se presenta una comparación entre la perspectiva de los profesionales de salud que utilizan el idioma Kaqchikel en su práctica médica y las usuarias que asisten a los centros de salud de tres municipios del departamento de Chimaltenango; a decir, San Juan Comalapa, San Martín Jilotepeque y Patzún. Además se presenta un análisis del concepto de los profesionales de la salud sobre las formas particulares de cómo se entiende y se atiende la enfermedad y el alivio de éstas desde los hogares.

**Palabras Clave:** *Salud intercultural, idioma Kaqchikel, prácticas plurales, centros de salud.*

---

# INDICE

<b>Introducción</b>	1
<b>PRIMERA PARTE</b>	
<b>1. Metodología del estudio</b>	
1.1. Planteamiento del problema a estudiar: antecedentes	3
1.2. Justificación del estudio	4
1.3. Objetivos del estudio	5
1.4. Metodología	5
1.4.1. Universo de estudio	6
1.4.2. Consideraciones éticas	6
<b>SEGUNDA PARTE</b>	
<b>2. Marco Referencial</b>	
2.1. Atención en los servicios de salud	8
2.2. Salud intercultural	8
2.3. Pluralismo médico	9
2.3.1. Algunas catalogaciones previas	9
2.3.2. Prácticas plurales	11
<b>TERCERA PARTE</b>	
<b>Análisis de resultados</b>	
<b>3. Manejo y frecuencia del idioma Kaqchikel</b>	
3.1. Uso y manejo del idioma Kaqchikel en profesionales	13
3.1.1. Frecuencia del uso del idioma en profesionales	13
3.1.2. Importancia del uso del idioma en profesionales	14
3.1.3. Un lenguaje común para la medicación	20
3.2. Percepción del uso del idioma desde las usuarias	21
3.2.1. Presencia y frecuencia del uso del idioma	21
3.2.2. Importancia del idioma	22
3.2.3. Implicaciones del lenguaje en la medicación	25
<b>4. Satisfacción y propuestas</b>	
4.1. Satisfacción de la atención: perspectiva de los profesionales	29
4.1.1. Horario y espera	29
4.1.2. Propuestas de mejoras desde los profesionales	31
4.2. Satisfacción y calidad de los servicios según usuarias	32
4.2.1. Horario y espera	32
4.2.2. Propuestas desde las usuarias	33

<b>5. Integración de la salud intercultural</b>	
5.1.1. Los profesionales de salud y la inclusión de prácticas	35
5.1.2. ¿Y de las prácticas de la gente qué opina?	36
5.2. La perspectiva de las usuarias	37
<b>6. Radiografía de los trabajadores de salud</b>	39
<b>Reflexiones finales</b>	42
<b>Recomendaciones</b>	44
<b>Bibliografía</b>	45
<b>Anexos</b>	47

**“INTERVENCIÓN EN IDIOMA KAQCHIKEL  
DE LOS PROFESIONALES DE SALUD  
PÚBLICA”**

**Una aproximación a la salud intercultural**

# INTRODUCCIÓN

La salud visualizada desde la cosmovisión maya refiere en muchos casos a lógicas y racionalidades distintas a las que se hacen habitualmente en los centros urbanos (Mosquera, 2006). Las prácticas que se despliegan de la acumulación de los *saberes mayas* a cerca de la prevención, intervención, tratamiento y curación de las enfermedades pueden diferir sensiblemente de las prácticas que frecuentemente se usan en las poblaciones con mayor “desarrollo”.

Aunque estas prácticas son el resultado de un bagaje histórico-cultural de muchos decenios en las comunidades indígenas de Guatemala, es hasta hace relativamente poco tiempo que se le ha prestado la importancia que merece, y que precisamente, fue gracias a la transformación identitaria de indígena a maya que se empezó la potenciación del conocimiento, sistematización, normalización y estudio de este tipo de prácticas.

Los saberes acumulados de las prácticas de alivio o sanación en las comunidades indígenas, han sido mayormente legitimados a través de la valoración, funcionamiento y pragmatidad de éstas prácticas. Muchos de estos argumentos no poseen el carácter comprobable que se usa en la ciencia médica, sino que se recurre a experiencias dentro de la cotidianeidad en las que se pueda explicitar de forma clara y sencilla la efectividad de estos procedimientos. Es así que muchas personas recurren a las narraciones de lo que hacen para aliviarse y de esta forma, argumentar la eficacia del sistema de salud que emplean.

Este tipo de prácticas no sólo ayuda a la legitimación de los saberes sino que además, introduce el relato como validez del saber, es decir; al momento de narrar como propias, funcionales, baratas y aprendidas de los abuelos, estas formas de alivio establecen nexos con cuestiones identitarias, de historia y cultura.

Es por ello que se presenta a continuación un estudio en donde se explicita la importancia del uso del idioma Kaqchikel entre los profesionales que trabajan en el centro de salud de tres municipios de Chimaltenango como una aproximación a la salud intercultural.

De esta forma el lector-a encontrará dentro de este informe tópicos relacionados con las prácticas plurales de alivio, uso del idioma dentro de los centros de salud y las concepciones que tienen los y las usuarias de estos servicios. Así pues se ha estructurado el informe en tres apartados. El primero hace referencia a la metodología empleada para acceder a los datos. Dentro del segundo se mencionan algunos referentes que sirvieron de eje vertebrador en el análisis de las entrevistas. Finalmente en el tercer apartado se analizan los datos obtenidos.

Es necesario aclarar que este estudio fue realizado en dos meses, por lo que posee ciertas limitaciones por el alcance que puede llegar a tener, sin embargo, puede brindar algunos elementos para la implementación de la salud intercultural que es un tema que tiene carácter coyuntural pero puede pasar a formar parte de un sistema mucho más eficaz para los y las usuarias de los centros de salud.

# PRIMERA PARTE

## Metodología del estudio

### 1.1. Planteamiento del problema a estudiar: Antecedentes

En los acuerdos de Paz firmados en 1996 por el gobierno de Guatemala y la URNG, específicamente en el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas (AIDPI), en el numeral III inciso A, se hace referencia al idioma de los pueblos indígenas que conviven en Guatemala. Este inciso menciona que *“el idioma es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene la cultura, siendo en particular el vehículo de la adquisición y transmisión de la cosmovisión indígena, de sus conocimientos y valores culturales.”* En este sentido, todos los idiomas que se hablan en Guatemala, sean estos de origen mayense, garífuna o xinca, han tendido un proceso de re-valorizan y se elevan del estatus de lenguas o dialectos, a idiomas formales.

Por esta razón el gobierno ha decidido adoptar ciertas disposiciones para recuperar y proteger los idiomas indígenas, así como promover el desarrollo y la práctica de los mismos. Entre estas disposiciones que se mencionan en el Acuerdo están:

- a) Promover una reforma de la Constitución Política de la República en donde aparezcan el conjunto de los idiomas existentes en Guatemala y donde el Estado está constitucionalmente comprometido en reconocer, respetar y promover. Aunque el artículo 66 de la constitución no ha sido modificado hasta el día de hoy, lleva implícito que se respeta el derecho de usar los idiomas vernáculos.
- b) Promover el uso de todos los idiomas indígenas en el sistema educativo, a fin de permitir que los niños puedan leer y escribir en su propio idioma o en el idioma que más comúnmente se hable en la comunidad a la que pertenezcan, promoviendo en particular la educación bilingüe e intercultural e instancias tales como las Escuelas Mayas y otras experiencias educativas indígenas. Esta disposición se ha puesto a andar en varias comunidades del país como parte del programa PRONADE.
- c) Promover la utilización de los idiomas de los pueblos indígenas *en la prestación de los servicios sociales del Estado a nivel comunitario.*
- d) Informar a las comunidades indígenas en sus idiomas, de manera acorde a las tradiciones de los pueblos indígenas y por medios adecuados, sobre sus derechos, obligaciones y oportunidades en los distintos ámbitos de la vida nacional.
- e) Promover los programas de capacitación de jueces bilingües e intérpretes judiciales de y para idiomas indígenas;
- f) Propiciar la valorización positiva de los idiomas indígenas, y abrirles nuevos espacios en los medios sociales de comunicación y transmisión cultural,
- g) Promover la oficialización de idiomas indígenas. Para ello, se creará una comisión de oficialización con la participación de representantes de las comunidades lingüísticas y la Academia de Lenguas Mayas de Guatemala que

estudiará modalidades de oficialización, teniendo en cuenta criterios lingüísticos y territoriales<sup>1</sup>.

Dado que el Estado de Guatemala reconoce, promueve, capacita y revaloriza el uso de los idiomas indígenas en esferas educativas, de salud y, en general a todo nivel dentro del territorio nacional, se presenta el siguiente estudio de corto alcance en donde se pretenden conocer el uso y la importancia que otorgan los profesionales de salud pública al idioma Kaqchikel dentro de los centros de salud de tres municipios del departamento de Chimaltenango.

Además las opiniones de los trabajadores de salud se contrapondrán con las percepciones de las usuarias<sup>2</sup> de estos servicios. Esto se hace con el fin de tener un acercamiento a la salud intercultural, entendiéndose esta como aquella que además de utilizar procedimientos de la medicina científica, emplea prácticas médicas plurales dentro de la atención.

## **1.2. Justificación del estudio**

La Salud Pública en Guatemala, y en el contexto latinoamericano en general, desde sus inicios ha tenido carácter biomédico, científico, formal y hegemónico. Estas características no necesariamente son acordes con las concepciones y demandas de las poblaciones indígenas. Este hecho se arraiga muchas veces en los servicios de salud y deslegitima todas aquellas intervenciones que se desarrollan desde los hogares y comunidades como prácticas cotidianas de alivio o sanación.

Cabe destacar que la salud en Guatemala es un derecho de todo ciudadano, no obstante, los desfavorecidos o los que no acceden a dicho derecho, son: hombres y mujeres de cualquier edad que residen en áreas rurales, siendo éstas últimas las más afectadas

Asimismo, el sistema de salud pública está orientado a la atención de padecimientos biomédicos por lo que en ocasiones los encuentros entre pacientes (enfermos) y profesionales de la salud pública suelen haber concepciones diferenciadas sobre el proceso de la salud, enfermedad y atención.

Es por ello que se considera pertinente hacer una aproximación de corto alcance, para analizar algunos elementos que puedan orientar a dar recomendaciones para que Salud Pública y la población usuaria del servicio

---

<sup>1</sup> Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. Extraído de <http://www.congreso.gob.gt/Docs/PAZ/Acuerdo%20sobre%20identidad%20y%20derechos%20de%20los%20pueblos%20indígenas.pdf>

<sup>2</sup> Para este estudio se utilizará indiscriminadamente el término usuarias o usuarios ya que nos referiremos a la gente que acude para buscar alivio en el centro de salud. Aunque la mayor parte de población que acude a los servicios de salud del Estado son del género femenino, no quiere decir que los varones no acudan a estos servicios.

puedan llegar a un mejor entendimiento en lo que respecta al proceso de la salud, enfermedad y atención.

### **1.3. Objetos del estudio**

*Objetivo General:*

Identificar el manejo del idioma kaqchikel en los servicios de salud pública, en la intervención de los profesionales de la salud con sus pacientes.

*Objetivos específicos:*

Analizar la satisfacción y calidad de los servicios de los profesionales de la Salud Pública a través de usuarias (os) que salen de alguna atención.

Identificar el concepto de los profesionales de la salud sobre las formas particulares de cómo se entiende y se atiende la enfermedad desde los hogares y comunidades.

Contar con una radiografía del personal de los distritos de salud, en relación al género, edad, etnicidad y el grado de antigüedad de los trabajadores.

### **1.4. Metodología**

Dados los objetivos de este estudio, la metodología cualitativa es la más adecuada. Se trata de acercarse a los usos del idioma kaqchikel y las percepciones sobre la calidad de los servicios de salud desde la visión de quienes las viven, es decir, desde las mujeres usuarias. La perspectiva cualitativa privilegia la calidad de los hechos sociales y parte del supuesto de que la realidad se construye histórica, social y culturalmente (Denman y Haro, 2002), es por ello que pone énfasis en el análisis y la interpretación de las relaciones, los procesos, los significados y los discursos.

Uno de los objetivos centrales de los investigadores es tomar en cuenta la opinión de los participantes del estudio, particularmente porque se trata de abordar su subjetividad, rescatando sus experiencias y los significados que dan a sus prácticas. Dentro de este proceso es importante tomar en cuenta el papel de los investigadores como uno de los mejores instrumentos para conocer y comprender los fenómenos de estudio (Velasco y Díaz de Rada, 2004), pues las investigaciones cualitativas dan reconocimiento a “las experiencias subjetivas tanto del observador como de las personas estudiadas” (Martínez Salgado, 2002: 34; Szasz y Amuchástegui, 2002).

La investigación, en tanto relación social entre investigador/a e investigado/a, está cargada de ciertas dinámicas que definitivamente determinan el curso de los resultados del estudio (Galindo, 1998). Es por ello que la adecuada selección de las técnicas de recolección de información es muy

importante. En el caso específico del presente trabajo, juzgamos necesario utilizar un cuestionario con preguntas cerradas y otras de carácter más abierto.

¿Por qué entrevistas cualitativas? Esta decisión responde a que consideramos que esta forma de entrevista permite crear una relación cercana entre los investigadores y los entrevistados, en la que se ponen en juego las subjetividades de ambos, situación que permite la creación de un ambiente particular en el que se lleva a cabo ese diálogo. Más allá de que la entrevista a profundidad no está libre de una carga emocional y de poder en la relación entre investigador/a y sujeto de la investigación, permite abordar aspectos muy íntimos y, al establecer una relación de confianza, logra “entrar” en espacios muy personales (Szasz y Amuchástegui, 2002).

Para este estudio, se llevaron a cabo 26 entrevistas a usuarias del centro de salud y 36 de los profesionales de salud, utilizando una guía que permitió recoger información sobre los siguientes aspectos (véase el Anexo 2):

- Uso del idioma kaqchikel
- Percepción sobre la calidad y satisfacción de los servicios
- Significado de la enfermedad

#### *1.4.1. Universo de estudio*

Para llevar a cabo esta investigación entrevistamos a veinticuatro mujeres usuarias de los servicios de salud que brindan los centros de salud de tres municipios del departamento de Chimaltenango. Las entrevistas fueron distribuidas de la siguiente manera: nueve en Comalapa, siete en Patzún y nueve en San Marín Jilotepeque. La selección fue al azar ya que por lo corto del estudio no era pertinente seleccionar una muestra demasiado específica.

#### *1.4.2. Consideraciones éticas*

Cada una de las entrevistas se realizó con el consentimiento de la participante del estudio para grabarla, bajo la garantía del respeto total a su identidad, explicándole los objetivos de la investigación y de la entrevista, asegurando la confidencialidad de la información obtenida y el anonimato. Es por ello que a lo largo del texto se utilizaron nombres ficticios tanto de las entrevistadas como de las personas que nombraron en sus narraciones.

# SEGUNDA PARTE

## Marco Referencial

### 2.1. Atención en los servicios de salud

Generalmente la atención de los padecimientos, males o enfermedades se lleva a cabo de acuerdo a los recursos materiales y simbólicos de las personas. Al respecto, desde la antropología médica se reconocen tres modelos de atención: la medicina occidental o modelo hegemónico, la medicina alternativa y la auto-atención (Mosquera, 2002). Estos tres tipos de practicas de atención y/o alivio se conjugan en la vida cotidiana de la personas y éstas las ordenan de maneras particulares según sea el caso.

La cultura, entendida como el sistema de creencias, costumbres y normas de convivencia que se comparten en una comunidad y que se transmiten de generación en generación, es un factor muy importante en la configuración de las identidades y en las acciones que las personas emprenden al relacionarse con los otros (Geertz, 1992; Bartolomé, 1997). Para la población guatemalteca las decisiones que se toman con respecto al tratamiento y atención que le dan a sus padecimientos, en la mayoría de los casos, están determinadas por factores genéricos, generacionales y étnicos (Freyermuth, 2003). Es por ello que al tratar con grupos sociales étnicamente diferenciados no podemos dejar de lado los elementos culturales y étnicos.

Hablar de lo étnico nos remite a no perder de vista las relaciones sociales, pues es a partir de la interacción con los otros que se generan las distinciones a través de procesos sociales que excluyen o incorporan historia individuales (Freyermuth, 2003). Un grupo étnico forma una categoría de adscripción e identificación que permite a lo individuos interactuar entre sí y da como resultado una cultura común (Barth, 1976).

### 2.2. Salud intercultural

Lacaze menciona que no es sino hasta 1978 donde la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención Primaria de Salud (APS) reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla dentro de los sistemas oficiales. La finalidad con que fue pensada esta estrategia fue la de alcanzar la meta de "Salud Para Todos", y de esta forma poder mejorar la calidad de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo, donde el acceso a la medicina occidental no es del todo posible ni funcional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado en los últimos años en tópicos a cerca de la pertinencia cultural en las prácticas de salud, sin embargo no es sino hasta entrados los años noventa en que existe una aproximación más sistematizada. Los pueblos indígenas se han convertido en

un foco de preocupación por el limitado acceso a servicios sanitarios, las condiciones de vida y la situación económico-política

En el último lustro, interculturalidad en salud o salud intercultural, ha sido un concepto indistintamente utilizado para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud (Alarcón, Et. Al 2003).

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud/enfermedad/alivio.

Para entender de mejor forma la salud intercultural es necesario profundizar en los elementos que la sostienen. Es decir, aunque se hable explícitamente de salud intercultural como aquella que toma en cuenta la cultura del usuario, lo realmente importante son las prácticas de alivio o sanación que son parte del bagaje histórico-cultural de los usuarios. Es por eso que se hará énfasis en un tópico que engloba las prácticas de alivio de la población, esto es el pluralismo médico.

### **2.3. Pluralismo médico:**

#### *2.3.1. Algunas catalogaciones previas*

Una de las principales autoras que ha impulsado el término “pluralismo médico” en Guatemala ha sido Mosquera (2006a, 2006b), quien da un repaso a la formación y uso de este constructo en sus textos. Esta autora menciona que las principales herramientas para que se construyera esta categoría fueron desarrolladas en México, sin embargo las aportaciones a esta perspectiva han venido de muchos lugares y teorías.

Han sido varios los autores que han propuesto modelos explicativos hacia la atención de la salud en las zonas indígenas. Mosquera (2006b) menciona a Carlos Zolla que con su equipo proponen un enfoque llamado: respuesta social a la enfermedad, que la clasifican de la siguiente manera: Medicina doméstica, Medicina tradicional, Medicina académica.

También está la clasificación que realizó Menéndez y su escuela quienes proponen el proceso salud/enfermedad/atención que designa tres modelos: Modelo médico hegemónico, Modelo médico alterno subordinado y Modelo de auto atención

Según la autora, no existen mayores diferencias en ambas clasificaciones a excepción de una sobre la propuesta hegemónica en la que se analiza la influencia económica-socio-política que caracterizan y poseen determinados conjuntos sociales en el proceso salud/enfermedad/atención que no presenta

Carlos Zolla (Mosquera, 2006a) Posiblemente los aportes más importantes de este autor sean los contextos en donde se mueven los terapeutas tradicionales, los cuales corresponden al espacio familiar (principalmente mujeres) y que activa las redes familiares como un paso para visualizar el itinerario de la enfermedad.

Según Mosquera (2006a) Eduardo Menéndez (1981) propone una tipología de los curadores que describe de la siguiente manera: a) grupo técnico que incluye a comadronas y yerbateros; tienen habilidades técnicas y elemento mágico-religioso b) el grupo casero y/o auto-medicación c) el grupo religioso que se basa en la eficacia simbólica d) el grupo mágico; que tiene control social y eficacia simbólica (Mosquera; 2006a: 42)

Por otra parte en Guatemala durante los años setenta ya existía una clasificación de los terapeutas tradicionales que los define como parteras mujeres que ayudan en el momento del parto y llevan control prenatal y postnatal. Los compone-huesos, son las personas que dan el tratamiento a luxaciones, golpes, fracturas. También están los zajorines los que se dedican a la adivinación, por medio de los espíritus, Dios, santos de la iglesia católica para saber que enfermedad les dio; los curanderos que son los que tratan enfermedades comunes.

Mosquera explica que dichas publicaciones tienen un fuerte argumento desde el relativismo cultural porque lo que se pretendía conocer era la sociedad folk y sus representantes, que en principio, iban a incorporarse al desarrollo nacional pero no fue así. La clasificación de curanderos sigue siendo válida y a raíz de los acuerdos de paz surge un nuevo término: guía espiritual o terapeuta tradicional, el cual responde a planteamientos políticos del movimiento maya para revalorizar las prácticas de curación y los saberes mayas en torno a la salud (Mosquera; 2006a)

En Guatemala hay una publicación producto del programa nacional de medicina popular, tradicional, y alternativa; y que actualmente esta implementando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la propuesta es un reflejo de cómo la biomedicina<sup>1</sup> entiende otras propuestas o sistemas para atender el proceso salud enfermedad, es por esa la razón que se utiliza el término medicina popular tradicional y no se le designe como medicina maya. (Mosquera, 2006a)

### 2.3.2. *Prácticas plurales*

Según la definición del diccionario de la Real Academia Española, plural significa múltiple<sup>2</sup>. Las cosas que son plurales se presentan en más de un

---

<sup>1</sup> Por biomedicina se entenderá todos aquellos procedimientos y discursos de la medicina científica.

<sup>2</sup> Ver definición en [www.rae.es](http://www.rae.es)

aspecto, es decir, tienen la característica de poder ser percibidas desde distintos puntos de vista o perspectivas. Gran parte de las actividades humanas son plurales, tanto éticamente como antropológicamente, todo dependerá de la cultura y tradición en las que esté inserto el sujeto.

Para el caso de las prácticas en búsqueda de alivio, la categorización como "plural" añade un plus (+) en el entendimiento de las mismas, puesto que engloba de forma muy simple y concisa, cualquier forma de alivio o sanación.

El termino pluralismo medico es utilizado y originado por Sheila Cosminsky (1983) y, aunque otros autores explican y proponen otros modelos, como es el caso de Menéndez y Zolla; coinciden todos en señalar y caracterizar el proceso de la hegemonización de la biomedicina y la subordinación de otros saberes e ideologías. Según estos autores la biomedicina se basa en la explicación bioligista de la enfermedad; todo se explica en términos estrictamente bio-químicos dejando de lado factores políticos, culturales o económicos que inciden en la percepción de la enfermedad (Foucault, 1975; Pérez, 2005; Mosquera 2006).

La medicina científica no sólo rechaza otras formas de atención curativas descalificando y rechazando a los terapeutas tradicionales, sino que marginaliza los saberes y conocimientos que se producen de estas prácticas. Por ello se han argumentado desde las ciencias sociales, en especial la antropología, el sometimiento de las "prácticas de sanación tradicionales".

Autores como Cosminsky proponen términos en donde se pueda englobar y re-significar los saberes subordinados por la biomedicina. Es por eso que plantea que el pluralismo medico debe entenderse como *la existencia de sistemas paralelos o alternativos* (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, curadores tradicionales etc.) *que incorporan elementos de los dos o tres sistemas diferentes* (Cosminsky, 1983). Mosquera afirma que para esta autora es esencial la comprensión del pluralismo medico a partir de dos importantes procesos históricos a) la separación que se da entre medicina y religión y b) La difusión de la medicina occidental en todo el mundo.

La conducta pluralista se puede caracterizar como: a) pragmática b) la relaciona con la amplitud e intervención de la fe en los aspectos sobrenaturales y espirituales c) determina su coexistencia con varias tradiciones d) determina su existencia con la de sus propios especialistas, ideologías y practicas e) una combinación indistinta de fármacos de patente con remedios caseros (elaborados a partir de plantas medicinales), utilización que se va caracterizando porque cada vez recurren mas hacia los medios de la medicina occidental.(Mosquera: 2006)

En Guatemala las prácticas en búsqueda de alivio por parte de la población maya y no maya, está íntimamente ligada con un pensamiento plural,

es decir, además del uso de medicina tradicional se han articulado saberes biomédicos. En palabras de Mosquera:

“En la esfera de conocimientos, prácticas e ideologías sobre el proceso de salud/enfermedad/atención es incorrecto negar la articulación que existe entre las diversas fuentes de conocimiento: bio-medicina, biorritmos energéticos, nosotaxia popular, fitoterapia, etc. En la práctica, lo que experimenta la población guatemalteca es una articulación de todo lo que saben sobre determinada enfermedad para finalmente conseguir el alivio” (Mosquera, 2006b: 75)

En nuestra vida cotidiana, dependiendo de la cultura a la cual nos auto adscribamos, cambiamos y probamos opciones de curación, sean estas médicas o de cualquier otro índole. De esta forma se van construyendo múltiples alternativas y estrategias en búsqueda de salud.

Aunque se ha demostrado la existencia de una racionalidad étnica diferenciada de la medicina occidental para entender los males, padecimientos y enfermedades en los conjuntos sociales guatemaltecos (Mosquera, 2006a) no quiere decir que estas actividades sean excluyentes de los aprendizajes que la gente adquiere por otros medios que no sean culturales. Es por ello que lo que estos autores llaman pluralismo médico es una nueva interpretación y lógica de articulación, para crear un nuevo espacio de entendimiento de los conjuntos sociales de Guatemala.

# TERCERA PARTE

## Análisis de resultados

### 3.1 Uso y manejo del idioma Kaqchikel desde los profesionales de salud

Ya que el objetivo general del proyecto es el de conocer el uso del idioma Kaqchikel en los profesionales de salud de tres municipios del departamento de Chimaltenango, se propone tratar este tópico desde tres aspectos relevantes, a decir:

- La frecuencia de uso del idioma
- La importancia del uso del idioma
- Aspectos relacionados con la comunicación entre usuarios y trabajadores de salud

#### 3.1.1. Frecuencia y uso del idioma Kaqchikel en los profesionales de salud

La frecuencia del uso del idioma Kaqchikel varía dependiendo de si los proveedores de salud pertenecen al grupo étnico. Aunque es bastante lógica esta aseveración, será de utilidad para el análisis que se efectuará posteriormente. La siguiente tabla muestra el uso del idioma kaqchikel en los centros de salud visitados<sup>1</sup>

**Cuadro No. 1**

Uso del idioma Kaqchikel en la atención de usuarios de los centros de salud

Municipio	Uso del idioma en atención	Porcentaje de hablantes en el centro
Comalapa	Si	99%
San Martín Jilotepeque	No	80%
Patzún	Si	90%

Fuente: elaboración propia con datos de las entrevistas.

Estas cifras dan cuenta de la frecuencia con que el idioma es utilizado en las consultas en centros de salud de estos municipios del departamento de Chimaltenango. Aunque no se puede generalizar que en todos los municipios se presentan estos porcentajes, sí es evidente que en su mayoría las personas que trabajan en los centros de salud utilizan con asiduidad el idioma kaqchikel.

Las personas que visitan comunidades lejanas a los centros urbanos como parte de la “Extensión de cobertura” suelen utilizar con mayor frecuencia el idioma materno de las poblaciones.

---

<sup>1</sup> Estos son porcentajes que los directores de los centros de salud hacen de sus trabajadores. Sin embargo en los anexos se muestran cuadros en donde se visualiza de forma más clara la cantidad de trabajadores que suelen utilizar el idioma kaqchikel en la atención de las usuarias.

### 3.1.2. Importancia del uso del idioma desde los profesionales de salud

El total de los entrevistados para esta investigación coinciden en la importancia del uso del idioma Kaqchikel en los centros de salud, y no sólo por la facilidad de comunicación, sino además, implican diferentes elementos para la atención. Existen aspectos en los cuales las personas basan sus argumentos

*“sí, yo creo que en todo momento. La mayoría de gente que consulta acá pues... talves 99% es en Kaqchikel entonces básicamente el idioma que se utiliza acá es pues en Kaqchikel ¿no? además porque la gente digamos la gente que consulta es del grupo de mujeres y niños”*

Dr. SC  
Comalapa

Este extracto hace explícita la postura del enunciante, no sólo porque enfatiza que el uso del idioma vernáculo debe de ejercerse en todo momento, sino que además, contempla a los usuarios como totalidad kakchiquel. Es necesario aclarar que el entrevistado se autodefine como kaqchikel, por lo que su visión de la realidad dota de mayor inteligibilidad a su argumento.

Aunque existen personas que no necesariamente pertenecen al grupo maya-kaqchikel los cuales también hacen uso de los servicios del centro de salud, es una minoría poco representativa. Otro aspecto interesante que se puede visualizar dentro del discurso del entrevistado es el poco conocimiento que existe del castellano entre población femenina y niños.

Para el estudio no era del todo relevante este tópico, los investigadores han considerado de importancia este elemento que coloca a las mujeres y los niños como población excluida por el poco acceso al castellano. Puede ser que, en general, la población de los cascos urbanos posea un manejo más fluido del castellano, sin embargo en las poblaciones más retiradas de estos centros urbanos el idioma que se utiliza como parte de las interrelaciones cotidiana es le kaqchikel.

*“pues realmente es importante por la mayoría de nuestra, de la gente que consulta, ya sea acá en el centro o en los puestos, muchas de ellas no hablan el español y el indicarles además en español la forma en que haya que tomar medicamentos o su padecimiento, les cuesta en español, la forma en que hay que tomar los medicamentos o su padecimiento les cuesta interpretar algunas veces lo que unos les está diciendo y el explicarles en el idioma materno prácticamente la gente se siente más segura, se expresan mejor, como que pierden el miedo de expresar lo que tienen y además se sienten más cómodos al estar expresando lo que tienen o lo que el motivo de venir, expresarlo en su idioma materno”*

En esta entrevista el entrevistado también apela a que la población femenina es la que menos posibilidad tiene de hablar el castellano. A diferencia del entrevistado anterior el casco urbano de esta población también presente características similares a las aldeas que se encuentran en la periferia del municipio. Esta es una de las razones por la cual el entrevistado considera que el uso del idioma kaqchikel es importante en el centro de salud.

El entrevistado, que es de origen kaqchikel, también menciona que las indicaciones de los procedimientos para la curación de las enfermedades es mejor atendida por la población si se expresa en el idioma materno. Sin embargo, y aunque es importante seguir las instrucciones de los usos de los medicamentos como el médico aconseja, resulta más interesante para nuestro análisis:

- a) la interpretación que hace la gente de las indicaciones de los proveedores de salud y
- b) la seguridad que representa el hecho de haber entendido estas indicaciones.

Si bien los médicos, y/o enfermeras, pueden seguir un protocolo estricto en la prescripción de medicamentos, no necesariamente la población sigue al pie de la letra estas instrucciones. En muchos casos, y no es novedoso incluso en la ciudad capital, la gente suele dejar de lado los tratamientos cuando empiezan a ver mejorías en su salud. Esto no refiere exclusivamente a elementos culturales, sino más bien de idiosincrasia por lo que el idioma tiene muy poco que ver ahí. Esto depende en gran medida de la *interpretación que se hace de los procedimientos* para el alivio. Podría pensarse que es una cuestión más ligada al cuidado de sí y de una forma pro-activa de participar en el propio alivio (Paniagua, 2007). Generalmente, y es una cuestión inherente al ser humano, la búsqueda de alivio en agentes externos está ligada a la incapacidad de poder autogestionar el propio alivio. Esta es una posible explicación del porqué la gente recurre en última instancia a los centros de salud, claro, pasando por toda el abanico de posibilidades que otorga la autoatención (Mosquera 2006).

Para el caso de la *sensación de seguridad* que tiene la gente al haber entendido lo que el proveedor de salud explicó, podría estar más vinculado a la búsqueda de alivio por su propia cuenta. Esto refuerza el argumento de que la autoatención es el mecanismo por el cual la gente "siente" que hace algo por estar mejor. Por esta razón se asume que el entrevistado se refiere al uso del idioma materno como de vital importancia para entablar nexos con esa capacidad para poder autocurarse.

Existe muy poca bibliografía al respecto de estos procedimientos subjetivos que se dan en el proceso de enfermedad/atención/alivio. No obstante, como parte de la producción de conocimiento a la que el Instituto de Estudios Interétnicos se avoca, se podría problematizar en un futuro.

Otro elemento interesante para el análisis es la expresión "*como que pierden el miedo de expresarse*". Esto tiene varios puntos de anclaje ligados con el lenguaje, aunque no necesariamente el de uso cotidiano.

Siguiendo con el análisis, y a diferencia de los posicionamientos de los entrevistados anteriores, el siguiente extracto muestra otro factor que los profesionales de salud consideran importante para el uso del idioma kaqchikel

*“Yo creo que sí, sí es bien indispensable porque yo creo que tal vez las personas sentirían un poco más de confianza si uno les hablara en su propio idioma, se sentirían un poco más identificadas o más tal vez con menos vergüenza de poder explicar las cosas, entonces yo creo que es bien importante, a pesar de que no se habla y que no tenemos a veces el interés de aprenderlo, posiblemente. Es super importante”.*

Dr. MF

Director del Centro de Salud de San Martín Jilotepeque

Esta persona no pertenece al grupo kaqchikel por lo que el uso de este idioma es ajeno a su práctica médica, sin embargo, dentro de su discurso es evidente la importancia del uso y manejo de este idioma. No obstante y a diferencia del caso anterior, enfatiza en un aspecto más subjetivo: la confianza.

Resulta interesante comprobar que no sólo las personas del mismo grupo identitario coinciden en que el uso y manejo del idioma vernáculo es importante en los centros de atención en salud del Estado, sino que implícitamente se acerca a la postura de la interculturalidad en los servicios médicos. Al mencionar que las personas que acuden al centro de salud *“se sentirían un poco más identificadas”* con el tipo de práctica médica que se ejerce en el municipio, establece nexos afectivos, identitarios y de legitimidad. ¿Por qué se propone este argumento? Básicamente la confianza para los servicios de salud poseen dos componentes bien definidos según este estudio: el primero es la eficacia del tratamiento y el segundo la valoración que hacen las personas del servicio prestado.

El primer elemento no se pone en duda ya que la biomedicina ha mostrado la efectividad en el tratamiento y curación de las enfermedades, al menos en las que no tienen componentes culturales como el susto o el mal de ojo. Sin embargo el segundo elemento (la valoración en tanto que afecto) es uno de los puntos que la mayoría de proveedores de salud pasa por alto; es decir, la valoración que de los procedimientos médicos, tanto como el trato de los médicos y/o enfermeras, es algo que no se toma en cuenta por las implicaciones de tiempo y esfuerzo para conocer el punto de vista de los usuarios-as.

El entrevistado afirma que para que las personas valoren positivamente un ambiente de confianza, el uso del idioma es indispensable. Esto no sólo es un efecto de los procesos comunicativos de un idioma que es ajeno a la propia cultura, sino que además de ser parte importante en la construcción simbólica de los servicios de salud, establece nexos directos con la valoración del servicio.

Es por ello que el entrevistado enfatiza, o el menos esa es la interpretación que se hace de su discurso, que el idioma puede ser una vía rápida y eficaz para establecer vínculos de confianza entre los usuarios y los proveedores de salud.

Además es interesante la posición en la que se coloca el enunciante. El hecho de afirmar que muchas veces no existe una disposición a aprender el idioma con el que la gente suele comunicarse, otorga importancia a lo que hemos descrito como salud intercultural.

Como se ha expuesto, no en todos los puestos de salud el idioma Kaqchikel es el predominante en la atención, sin embargo, todos los entrevistados coinciden en la importancia del uso y manejo del idioma.

Aunque puede ser que estos discursos se enmarquen dentro de posturas políticamente correctas, es evidente que el mensaje de los Acuerdos de Paz ha calado hondo, ya que está presente la idea de la utilización de los idiomas de los pueblos indígenas *en la prestación de los servicios sociales del Estado a nivel comunitario*.

Ahora bien, el uso del idioma kaqchikel no necesariamente implica que se de un acercamiento a la salud intercultural por parte de los proveedores de salud, es decir, aquella que involucra prácticas de curación/alivio provenientes de diferentes sistemas de salud.

El mero hecho de que la comunicación se de en un idioma no hegemónico no implica que las prácticas de alivio que se dan en la población sean aceptadas por el modelo biomédico. Es por ello que es necesario aclarar algunos aspectos que se dan con el uso del idioma que suele usar la población, verbigracia el trato.

¿Varía el trato con el uso de un lenguaje a otro? En principio no. Aunque puede variar dependiendo de qué se entienda por trato. Según los entrevistados, el trato que se le da a los usuarios en tanto que atención se presta de igual forma, ya sea hablando en kaqchikel o en castellano. La diferencia la hace la posible relación que se establece entre paciente y proveedor de salud al coincidir o disentir en las concepciones que se tienen del proceso de enfermedad/atención/alivio, o con la intimidad con que se realizan las preguntas.

Como menciona el Dr. M:

*Eh, el trato no, sino eh, el decir hablarle en su idioma materno como si se levantara una gran barrera entre el médico y el paciente, o entre enfermera y paciente, porque sienten que se les está indagando o se les está brindando el servicio en el idioma en que mejor lo entienden.*

Dr. M  
Patzún

El simple hecho de *“levantar una gran barrera”* ya es un plus en el trabajo de los proveedores de salud. La barrera idiomática ha sido uno de los principales problemas en los centros de atención del Estado, especialmente

porque la gente no suele darse a entender con personas que no manejan el mismo idioma.

A diferencia del texto anterior, el Dr. SC enfatiza en aspectos de la atención que tienen que ver con el grado de profundidad de las preguntas que se realizan a las usuarias:

*“sí, así es diferente porque en en Kaqchikel se le puede preguntar cosas digamos más íntimas, en español la gente no entiende lo que uno quisiera preguntarle porque por la misma barrera ¿no? Ella no saben... preguntarle por ejemplo algún signo, algún síntoma, las señoras no saben decir que es signo y que síntoma pero si lo pregunto en en Kaqchikel ¿qué le duele? Obviamente le dicen si es dolor, si es molestia, entonces es mucho más directo el diálogo en en Kaqchikel”*

Dr. SC  
Comalapa

Aquí se establece una diferencia significativa entre los proveedores de salud, y es el hecho de poder preguntar cosas más íntimas. Esta característica que obviamente otorga el manejo y entendimiento del lenguaje, es indispensable para poder profundizar en la atención. Por supuesto, esta característica puede deferir sensiblemente entre los profesionales, sin embargo es importante recalcar la sensibilidad hacia aspectos mucho más profundos de la enfermedad, por ejemplo etiología y construcción simbólica de la enfermedad.

También en este extracto aparece la idea del idioma como barrera, situación que puede colocar a los proveedores no kaqchikel hablante con cierta desventaja en la atención, no porque posean menos competencias, sino porque se puede perder ciertos elementos importantes en el entendimiento de los procesos subjetivos con la enfermedad de los usuarios. Se puede pensar que el uso del mismo idioma con que la gente suele comunicarse en la cotidianidad crea vínculos más cercanos con los trabajadores de salud.

Aunque el uso del idioma kaqchikel sea asiduo, no quiere decir que no se presenten algunos malentendidos dentro de la población.

*W: ¿no ha habido ningún tipo de problemas con confusiones o algo?*

*E: bien, bien, hemos tenido casos donde la gente a pesar de que se les explica en en Kaqchikel no logran captar el mensaje, pero muchas veces es por qué a veces con tanta gente acá que se les explica de una manera rápida que la gente se equivoca. Tuvimos el caso de una señora que la encargada de su consulta asegura que le explicó en en Kaqchikel cómo se toma la medicina, tenía que disolver el polvo en agua pero estaba dando el polvo a su niño, y cuando yo hable con la encargada de consulta es una compañía también Kaqchikel ella me asegura que se lo había dicho en Kaqchikel. Pero vamos a que la señora... el niño empezó con otros problemas que eran más... intoxicación porque estaba dando una dosis alta ¿no? Yo creo que sí hay problema porque hay gente que en realidad no, no no capta así las especificaciones bien, no es lo mismo darle una especificación de una acción X que explicarle el uso del medicamento. El uso del medicamento también requiere de su*

*forma de darle, de la explicación de su forma de usarse.*

Dr. SC

Director del Centro de Salud de Comalapa

Este caso es muy ilustrativo para explicar los elementos que a veces se pasan por alto dentro de la atención biomédica. Aunque es muy explícito que el uso del idioma kaqchikel es importante para articular la salud intercultural, no implica que las usuarias tengan pleno entendimiento del manejo y uso de los medicamentos. Esto puede deberse a la poca costumbre que se tiene de los procedimientos biomédicos.

El primer elemento evidente de análisis es el tiempo que dedica cada profesional de salud en atender a los pacientes. Es innegable y poco cuestionable que es complicada la tarea de los profesionales que trabajan en las comunidades visitadas al atender cantidades que rebasan los estándares de atención. Muchas veces, y es muy frecuente escucharlo en los centros de salud de todo el país, la cantidad de médicos y demás trabajadores, no es suficiente para brindar una atención de calidad a las usuarias. En promedio cada médico tarda aproximadamente 12 minutos por cada paciente. Si a eso le agregamos que atienden entre 40 a 50 por día eso nos da un déficit de atención, al menos una atención que pueda profundizar en aspectos relacionados con la experiencia de la enfermedad de los usuarios. Un médico que trabaje de 8 a.m. a 12 p.m. atiende más o menos a 20 pacientes. El resto es atendido por las enfermeras o quizás por EPSistas que estén haciendo pasantías por la región.

¿Qué calidad de servicio se brinda entonces? El humanamente posible. Esto no es culpa de los proveedores de salud, más bien es un síntoma del pésimo estado en el que se encuentran los servicios estatales de salud. Y que conste que es sólo para la población que tiene las posibilidades de viajar a los centros de salud, no estamos tomando en cuenta la población que por uno u otro motivo no puede viajar desde sus comunidades hasta donde se encuentra el centro de salud.

Más interesante aún es la percepción que tienen los trabajadores de salud del uso o abuso de los medicamentos. Para analizar este extracto partiremos de la idea de que la principal función de cualquier lenguaje no es la de representar el mundo ni la de comunicar ideas, sino la de coordinar las diversas acciones sociales creando, manteniendo, reproduciendo y transformando ciertas formas de relaciones (Shotter, 1993; Ibáñez, 2001).

Los pacientes no se relacionan racionalmente durante la consulta con los médicos, más bien se podría pensar que el componente que se pone en juego es el de la afectividad. Necesitan alivio sí, pero los referentes simbólicos de las enfermedades y el imaginario que hay detrás de cada enfermedad es percibidos y vivido de forma distinta a las catalogaciones racionales que efectúan los médicos o los distintos trabajadores de salud. Esta puede ser una explicación

del porqué aunque se pertenezca al mismo grupo étnico y seamos hablantes competentes del mismo idioma, no necesariamente las ideas (en tanto comunicación) llegan a ser entendidas.

El lenguaje tiene la característica de que construye realidades a partir de las relaciones que mantiene. Incluso aquellas que se nos presentan como ajenas o poco lógicas como es el caso de los centros de salud. Cualquier práctica discursiva es una práctica social que sistemáticamente forma los objetos y/o sujetos de los cuales se habla. De esta forma, los discursos articulan un conjunto de condiciones que permiten las prácticas: constituyen escenarios que se erigen como facilitadores o dificultadores de posibilidades, hacen emerger reglas y sostienen nuestras relaciones cotidianas.

### *3.1.3. Un lenguaje común para la medicación*

Para los casos que hemos expuesto hasta ahora, el grupo étnico al que pueda adscribirse el director del centro de salud puede influir positivamente en el uso del idioma kaqchikel. Sin embargo, es generalizado en muchos de los casos de los tres municipios visitados, que las instrucciones de la medicación así como de los padecimientos y enfermedades, son explicados en el idioma vernáculo. En especial para las ancianas.

Los profesionales de salud tienen diferentes estrategias para saber si los pacientes han entendido el procedimiento a seguir. Sin embargo la principal es el preguntar si la persona ha entendido. Además, escriben en las recetas las dosis así como la cantidad. El problema que suelen encontrarse en este tipo de procedimiento es el analfabetismo de la población. Cuando la gente no sabe leer se le explica que busque a una persona que sepa leer y así poder transmitir el mensaje.

## **3.2. Percepción del uso del idioma desde las usuarias**

Las relaciones que se establecen en el campo de la salud también están marcadas por distintos elementos. Además de establecer relaciones autoritarias, jerárquicas y desiguales entre los agentes de salud y sus pacientes, el componente étnico influye en la dinámica que se establece. El contacto se da a partir de cómo cada quién reconoce y construye su propia concepción de enfermedad y atención (Freyermuth, 2003). Por ello, la comunicación entre el proveedor de salud y sus pacientes juega un papel importante, pues determina en gran medida el éxito del tratamiento. Ambos sujetos deben asumir un papel activo en el proceso de la salud/enfermedad/atención para que el resultado sea positivo en beneficio de los/as pacientes.

En el análisis del uso del idioma las elaboraciones que hace la gente de la enfermedad deben tomarse en cuenta, éstas pueden entenderse como el conjunto de significaciones y referencias que nos permiten interpretar, clasificar y dar sentido a las experiencias personales y colectivas que suceden en la

cotidianidad, pero que permiten construir un orden social (Jodelet, 2000), son un instrumento importante para el análisis de las identidades. En el caso que nos ocupa, la representación social de los padecimientos construida dentro de un conglomerado social con raíces indígenas nos remite a un modelo definido como tradicional. Y éste emerge tanto en las prácticas como en los discursos que las personas elaboran en su vida cotidiana, de tal suerte que se encuentra presente en las conversaciones diarias. En esa medida el idioma en el que se establece la comunicación resulta ser un factor significativo que debe considerarse al momento de estudiar las relaciones sociales en el campo de la salud.

En este apartado revisaremos las modalidades en las que es utilizado el idioma kaqchikel en la prestación de servicios de salud. En el análisis está contemplado reflexionar en tres aspectos: presencia y frecuencia en el uso del idioma kaqchikel; 2. importancia del uso del idioma y 3. Aspectos relacionados con la comunicación entre usuarios y proveedores de salud

### *3.2.1 Presencia y frecuencia en el uso del idioma kaqchikel*

Para las usuarias de los centros de salud la mayoría de los prestadores de servicios de salud hablan dos idiomas el castellano y el kaqchikel, en ese sentido es un gran avance para la construcción de un sistema de salud intercultural, pues denota la intención de tomar en cuenta las propias concepciones de salud que se manejan al interior de los grupos sociales, en especial con palabras que expresan distintos significados en ambos lenguajes. A pesar de ello no es posible plantear que el uso del idioma implica la adopción de este sistema, ya que como veremos más adelante, éste reconoce la importancia de las propias concepciones de salud, enfermedad y atención que se manejan en los grupos sociales rescatando los conocimientos que existen sobre medicamentos de corte más tradicional.

Según los datos recogidos en las entrevistas a usuarias, en Comalapa la mayoría opinó que los profesionales de la salud manejan ambos idiomas en el servicio que presta a la comunidad. Mientras que en los casos de Patzún y San Martín Jilotepeque es la mitad aproximadamente quienes señalan que en su centro de salud hay personal que maneja los dos idiomas. Estos datos pueden ser muy relativos pues estamos tomando en cuenta la percepción de las usuarias únicamente, sin embargo es importante no obviar dichos datos pues se trata de lo que los y las pacientes perciben del servicio de salud. A continuación observaremos un cuadro que presenta estos datos de manera cuantitativa.

## Cuadro No. 2

Presencia del idioma kaqchikel en el centro de salud, desde la perspectiva de las usuarias

Municipio	Uso del idioma Kaqchikel	%	Ausencia del idioma Kaqchikel	%	Total
Comalapa	8	88	1	11	9
Patzún	3	42	4	58	7
San Martín Jilotepeque	5	55	4	45	9

Fuente: elaboración propia con datos de las entrevistas.

Estos datos se quedan solamente al nivel de percepción de las usuarias, sin embargo, nos dan luces sobre lo que la población beneficiaria supone de los servicios y cómo estas apreciaciones impactan en las actitudes que se toman frente a los servicios en salud. Aunque el personal profesional de los tres centros de salud estudiados cuente con conocimientos del idioma kaqchikel, si los usuarios y usuarias consideran que no existe ese servicio, las decisiones de acudir o no al centro en caso de necesitarlo estarán mediadas por esa información que manejan. En tal sentido, es importante informar a la población sobre los cambios que se están dando en los centros de salud.

### 3.2.2 Importancia del uso del idioma

La necesidad del uso de ambos idiomas en los servicios del Centro de Salud es un hecho palpable que las entrevistadas manifestaron. En todos los casos se expuso como algo positivo que el personal médico utilizara el idioma kaqchikel en la atención a los pacientes. Al respecto, las entrevistadas mencionan que el uso de ambos idiomas en el centro de salud es un cambio reciente que marca una diferencia en cuanto a la comodidad que pueden sentir los pacientes, así como la facilidad que significa llegar al servicio médico y saber que una persona le atenderá en su propio idioma.

*“Es muy útil hablar en nuestro idioma porque sino se perdería nuestro idioma; por ejemplo los niños ya no hablan en kaqchikel. Hasta nosotras estamos perdiendo nuestro idioma porque hablamos revuelto español y kaqchikel junto; por eso es necesario que los que trabajan allí [el centro de salud] que son indígenas nos deberían de hablar en nuestro idioma”.*

Entrevista a usuaria, 32 años. Patzún. Patz0241007

La cita anterior refleja la importancia que algunas personas le dan al uso del idioma kaqchikel en la prestación de servicios públicos, en este caso de salud. Haciendo referencia a una necesidad de mantener el idioma materno como un elemento fundamental de su vida cotidiana. La referencia a que los niños ya no hablaban en kaqchikel indica la preocupación que existe en relación a la pérdida de ciertos marcadores culturales, en ese sentido, se manifiesta la

satisfacción de que a nivel estatal se estén promoviendo cambios en beneficio de la cultura indígena.

Para la población entrevistada, este cambio favorece a la comunidad. Sin embargo, algunas de ellas lo ven necesario principalmente para las personas que no hablan el castellano o lo manejan poco. Este dato es muy importante de considerar, pues indica que el uso del idioma kaqchikel en la prestación de los servicios de salud no es considerada por todos los usuarios como un derecho que toda la población kaqchikel tiene, sino que en varias ocasiones se ve como una ayuda particularmente para los vecinos monolingües, que en su mayoría son los adultos mayores. A continuación, los siguientes testimonios reflejan lo mencionado.

*“Yo creo que sí porque hay personas que de verdad no entienden el español y tienen necesidad de... o por ejemplo que si hay personas que hablan kaqchikel ahí y entonces no hay problema, pero mientras no habla en kaqchikel, si las personas están enfermas y no entienden español y ahí no entiende que es lo que pasa a la persona las que están enfermas.”*

Entrevista usuaria, 29 años. Comalapa. Com0011007

*Pues deberían saber el idioma kaqchikel, porque nuestros mamás y nuestras abuelas, ellos no saben hablar el castellano y así como yo no tengo escuela; hay cosas que nosotras no entendemos, por lo tanto ellas [médicos, enfermeras, promotores] deberían de hablar en kaqchikel.*

Entrevista usuaria 47 años. Comalapa. Com0081007.

*Para mí hablar los dos idiomas porque hay personas que sí entienden en español y hay personas que no, igual en Kaqchikel, hay personas que si entienden bien y hay personas que no lo entienden, entonces es necesario de que los dos idiomas se hablen ahí.*

Entrevista usuaria 25 años. Patzún. Patz0261007.

Como vemos, los testimonios fueron diversos en cuanto a la percepción de las usuarias en torno al uso del kaqchikel en el centro de salud, pero todos se dirigen hacia el reconocimiento que tiene el uso del idioma materno junto al idioma oficial del país: el castellano. A continuación veremos un testimonio que nos remite a lo que sucede cuando se están impulsando cambios en las prácticas y todavía falta promover las transformaciones en las creencias.

*¿Usted me podría decir cómo es el mecanismo en el centro de salud cuando hablan kaqchikel?*

*Fíjese que yo no he hablado con nadie así, no he hablado en kaqchikel con ellos porque más que todo, las personas, las personas cuando se visitan en las casas si hablan el kaqchikel, pero ahí no, yo no.*

Entrevista usuaria 32 años. Patzún. Patz0241007.

Esta usuaria opina que el centro de salud no es el lugar adecuado para comunicarse en su idioma materno, siendo la casa y con la familia y amigos los

lugares y las personas con quienes se sienten cómodas hablando en kaqchikel, es decir en los espacios privados.

Esto denota una división históricamente definida de qué se puede hacer en cada lugar social. Los lugares públicos han estado dominados por la cultura mestiza donde el castellano se ha constituido como el idioma oficial. Esta división corresponde a lo que se ha denominado división social y sexual del trabajo<sup>2</sup>, esta división del trabajo está acompañada de un esquema valorativo que les asigna un valor menor a las actividades desempeñadas en el hogar. Es por ello que, tomando en cuenta la historia de discriminación y exclusión que ha vivido la población indígena en nuestro país, el valor que ha tenido el uso de un idioma maya en los espacios públicos ha sido inferior al que le dan al castellano. Esta situación justificaría el por qué en la actualidad no se ve como un derecho la posibilidad de comunicarse en su idioma materno.

Por otro lado la dinámica actual modernizada y urbanizada nos obliga a relacionarnos en un solo idioma. Para este caso el castellano sigue siendo el dominante, es por ello que se mantiene la idea de que se debe usar el kaqchikel por las personas que no hablan el castellano principalmente los y las ancianos o personas mayores, pero en el caso de los niños esto ya no es necesario, es decir, que con el paso del tiempo esta innovación será desechada por los mismos usuarios y usuarias.

Como mencionamos anteriormente, el uso del idioma kaqchikel en los centros de salud es una práctica bastante nueva, que viene a contrarrestar una práctica tradicional de comunicarse únicamente en español. En esa medida, el adoptar el kaqchikel en las instancias públicas, implica cambios tanto en el personal que brinda el servicio como en la población que lo recibe. Es por ello que el testimonio de la usuaria nos ejemplifica otro camino que se debe recorrer en este proceso. Las transformaciones de las mentalidades son muy lentas, necesitan de más tiempo y de estar acompañadas con mecanismos de reflexión a nivel comunitario y personal.

### *3.2.3 Implicaciones del lenguaje en la medicación. ¿Qué pasa cuando la atención en salud es en distintos idiomas?*

Cuando la atención que brinda el centro de salud se realiza en kaqchikel varias de las usuarias consideran que cambia en pro de los y las pacientes. El hecho de recibir la atención y la consulta médica en el mismo idioma de los y las pacientes, implica un cambio en el servicio de salud. Ya sean adultos o jóvenes, la posibilidad de comunicarse en su idioma materno ayuda en la

---

<sup>2</sup> Como parte de los procesos históricos propios de nuestras sociedades, la división sexual del trabajo ha implicado la creación de dos espacios claramente diferenciados, en los que se llevan a cabo tareas y responsabilidades asignadas en términos de género: el espacio privado se representa como fundamentalmente femenino y el público como masculino (Ortner, 1979).

creación de ambientes más cómodos para la atención de los padecimientos así como la posibilidad de colaborar en el éxito de los tratamientos.

*Yo pienso que sí, porque pienso que hay muchas personas que quizás no saben, se les habla en español y no entienden qué es lo que se les dice, y como no lo entienden quizás muchas veces un medicamento no lo saben utilizar porque no saben leer, en cambio explicándolo así en kaqchikel, ellos lo empiezan a usar verdad, porque quizás por un medicamento que no saben leerlo verdad, entonces quizás por eso le dan rápido la medicina o no le dan al paciente, yo siento que es muy importante que hablen en kaqchikel.*

Entrevista a usuaria, 32 años. Patzún. Patz0241007.

La cita anterior refleja la posición de algunas de las usuarias. La entrevistada hace referencia a que cuando se atienden en el mismo idioma la probabilidad de que los pacientes se confundan o no entiendan el procedimiento a seguir al momento de administrar un medicamento, es muy poca, situación que se vuelve muy común cuando esto no sucede así. La misma usuaria señala que aunque los pacientes no sepan leer, si las indicaciones se hacen en kaqchikel ellos entienden más esos mecanismos, lo cual nos indica que es posible romper la barrera de comunicación a partir de compartir el mismo idioma.

*Si, porque se siente más en confianza y por los que viven en las aldeas que son más los que utilizan no se les entiende, o sea, no entienden ellos que les hable uno así en castellano español y se entiende mejor así.*

Entrevista a usuaria 17 años. San Martín Jilotepeque. SanM0181007.

Para el caso de San Martín Jilotepeque, la usuaria señala concretamente que *se siente más en confianza* cuando se le atiende en kaqchikel. Esto también es un plus para el proceso de atención de los padecimientos, pues la tranquilidad y serenidad que tenga un paciente frente a su médico impacta de manera directa en la relación que se establece. Esta confianza permite crea un vínculo más cercano que parte del hecho de compartir el mismo idioma. Al igual que en el análisis que se hizo de los profesionales, la afectividad circula durante la atención, incluso antes de que las usuarias lleguen a ser atendidas por el trabajador de salud.

Aunque los servicios de salud sean los mismos y sean las misma personas quienes atienden a los pacientes indígena y no indígenas. La atención en el idioma materno suscita que se sienta una diferencia en cuanto al trato y la atención.

*Sí es diferente porque fuera que yo solo hablaría en Kaqchikel y si la personas no me podría contestar en Kaqchikel no, saber no me va a dar nada, no me va a explicar lo que yo tengo o no podría explicarle yo lo que la persona o por ejemplo el doctor que sólo en español hablara no le podría explicar porque ni a mí también me entiende.*

Entrevista a usuaria, 29 años. Comalapa. Com0011007.

Si acá se hablara el idioma Kaqchikel en los centros de salud, ¿cree que sería diferente el trato hacia las personas?

*Quizás si, es diferente porque por ejemplo si yo hablo con una personas así en Kaqchikel siento que tenemos la misma identidad, las mismas costumbres y postura pero ya siente muy diferente cuando una personas trata así en castellano, a otra personas como que está dejando por un lado su cultura y está tratando de tomar otras ideas de las cultura ladina.*

Entrevista a usuaria, 20 años. Patzún. Patz0231007.

Esta última entrevista va más allá de la comodidad o confianza que implica recibir atención médica en el idioma materno. La usuaria manifiesta que compartir el mismo idioma significa compartir la misma identidad. La identidad de cada individuo se construye y reconfigura a lo largo de la vida, mediante las múltiples relaciones que se establece con las personas que se encuentran alrededor, en estas relaciones el lenguaje y la comunicación cobran mucha importancia. Bajtín (2002) así como muchos autores modernos, afirma que la identidad es un fenómeno relacional, es decir, un proceso en el que la conformación de la mismidad está determinada por la interacción con los otros.

Giménez (2000) distingue algunos elementos importantes:

- 1.- Hay una relación entre cultura e identidad, sin embargo, la existencia objetiva de representaciones culturales no genera una identidad de manera automática, ésta se constituye a través de la interiorización, selección y distinción de ciertos elementos.
- 2.- En otro sentido, la identidad no es en sí misma suficiente, existe en la medida en que se relaciona con el otro, de tal manera, que se le ve como el resultado de un proceso dentro de una situación relacional.
- 3.- Por último, la identidad es una construcción social, se lleva a cabo dentro de ciertos marcos sociales que establecen la posición de los actores y orientan sus representaciones y acciones (Giménez, 2000: 54 y 55).

Al hablar de identidades étnicas estamos remitiéndonos a contextos históricos socialmente específicos. Como lo plantea Bartolomé (2006: 63) “la identidad étnica se construye como resultante de una estructuración ideológica de las representaciones colectivas derivadas de la relación diádica y contrastiva entre un “nosotros” y un “los otros””. Pensamos en ellas como el resultado de construcciones sociales en el tiempo que responden a determinadas representaciones sociales, como respuesta a los acontecimientos que suceden al interior de un sistema de relaciones sociales. En esa medida, cuando las usuarias hacen referencia al uso del idioma kaqchikel como parte de su identidad, están relacionando este comportamiento con la construcción de su ser maya-kaqchikel.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos entonces ¿en que idioma se debería brindar la atención en los centros de salud? Al respecto la mayoría de las usuarias coincidieron en que ésta debe darse en ambos idiomas.

¿Qué idioma cree que se debe de utilizar en el centro de salud?

*Los dos. El Kaqchikel y también el español porque llegan personas ladinos, e indígenas entonces se debe de utilizar los dos.*

Entrevista a usuaria, 29 años. Comalapa. Com0051007.

¿Cuál es el idioma que debería de utilizarse en el centro de salud?

*Se podrían utilizar quizás las dos, dependiente de qué personas asista, pero así como le digo, la mayoría de personas son de la cultura maya, indígenas, ellas necesitan también que se les atienda el idioma de su cultura para que ellos se sienten más a gusto.*

Entrevista a usuaria, 20 años. Patzún. Patz0231007.

¿Cuáles son los idiomas que deberían hablar en el centro de salud?

*Pues la verdad pienso que así en Kaqchikel y en castilla, yo digo que los dos porque es lo que más se habla, porque otros no*

Entrevista a usuaria, 50 años. San Martín Jilotepeque. SanM0131007.

Estos testimonios son una muestra de la tendencia que se encontró en las entrevistas las cuales apuntan a que debe haber atención en los idiomas que se utilizan en la comunidad: castellano y kaqchikel. La posición de las usuarias es que tanto las personas indígenas como las ladinas deben recibir atención en el idioma que maneja y conoce. En ese sentido, aunque la población indígena es mayoritaria en estos municipios, la presencia de ladinos obliga a utilizar el castellano. Al respecto se debe rescatar la intención de respetar el idioma de los otros, aunque no se comparta del todo.

## 4.1. Satisfacción de la atención: opinión de los trabajadores de salud

Quizás es necesario aclarar que este apartado tomará en cuenta las condiciones en las que trabajan los profesionales de salud. Sin embargo se ha colocado este título puesto que se contrapondrá que las experiencias de las usuarias.

### 4.1.1. Horario y espera

Todos los centros de salud del país empiezan la atención a las 8 de la mañana. Sin embargo, en algunos casos los médicos y otros profesionales, llegan más temprano para empezar a repartir números y así poder establecer un cierto orden para la atención de las usuarias. En casos especiales se da prioridad a usuarios que necesiten urgentemente el servicio.

Generalmente cuando los trabajadores de salud llegan al centro asistencial ya hay gente esperando la atención. Esto según comentaron los trabajadores, es algo normal, aunque no necesariamente bueno para la población. En este sentido la atención que brindan los centros asistenciales no tiene la capacidad para atender la demanda completa de la población.

*Nosotros tenemos que ser concientes que eh admitir que tenemos muy poca capacidad resolutive ¿porque? porque es un centro de salud tipo B creado hace 30 años cuando la población era de 15 mil 16 mil habitantes, ahora tenemos cerca de 40 mil habitantes y sigue el mismo servicio, el mismo personal, es decir, la realidad de la población ha crecido, entonces es insuficiente.*

Dr. MF  
San Martín Jilotepeque

Este fragmento hace explícitas las limitaciones con las que los profesionales en salud trabajan. La capacidad de atención y resolución de los centros de salud en el área kaqchikel es realmente baja, sin embargo, con estas limitaciones los trabajadores se las arreglan para atender la mayor cantidad de pacientes en un día. El hecho de tener centros creados hace varias décadas no sólo evidencia la falta de apoyo que el Ministerio de Salud, sino que pone de manifiesto las deficiencias del presupuesto que es asignado a estas dependencias. El total de entrevistados coincide que el trabajo que realizan con la infraestructura actual limita las actividades, por ejemplo este testimonio

*El problema acá es la infraestructura, no es un área donde se le pueda sacar provecho al tiempo de espera de los pacientes. Este centro de salud por ejemplo, no fue diseñado específicamente para atención de consulta externa, este centro de salud cuando lo diseñaron se planeó como una maternidad, cosa que nunca funcionó y se fue adaptando a las necesidades del municipio, por eso es que las personas que están haciendo cola tienen que estar un poco asinadas, en espera de ser atendidos en la pre-consulta.*

Dr. M  
Patzún

De igual forma que en muchos centros de salud del país, el tiempo de espera de las pacientes resulta como tiempo perdido por la poca capacidad que tienen los profesionales, en tanto atención e infraestructura.

El tiempo de atención varía, sin embargo, para los primeros números el tiempo de espera es de 20 minutos, pero los últimos pueden llegar a esperar 3 horas. Esto no sólo afecta a las usuarias sino que también influye en el desempeño de los profesionales. Aunque muchos de los médicos y enfermeras están acostumbrados a tratar con mucha gente, el desgaste psíquico y físico es otra de las limitantes para poder llegar a la salud intercultural, es decir, la atención puede verse afectada por estos elementos.

Este tipo de servicio se presta en los cascos urbanos, sin embargo para las comunidades más alejadas el Ministerio apela a la extensión de cobertura. Este programa atiende cierta cantidad de comunidades (aprox. 60% de la población, según los entrevistados) pero el presupuesto no es asignado por los centros de salud sino que se directamente el área de salud de Chimaltenango quien tiene a su cargo la contratación y pago de los empleados. Generalmente son ONGs quienes administran el presupuesto pero las capacitaciones son efectuadas en los centros de salud.

*“Está el programa de extensión de cobertura que también la maneja el Ministerio de Salud a través de ONG's donde hay dos médicos ambulatorios que recorren las comunidades una vez por mes donde dan un servicio más, digamos escaso pues, pero sí hay comunidades que tienen puesto de salud en el área rural, pero igual el centro de salud tiene demanda de todo el municipio”*

Dr. M  
Patzún

El lector ha podido constatar a través del análisis realizado hasta ahora las serias limitaciones con las que los profesionales de salud trabajan. Para nadie es secreto que el trabajo de los distintos profesionales que laboran en el Ministerio de Salud se ve limitado por la falta de insumos (materiales y humanos) en su que hacer. Es por ello que los profesionales de salud son concientes de las limitaciones que existen en torno a la atención de usuarias.

Aunado a la atención los médicos tiene que entregar reportes, llevar estadísticas y brindar capacitaciones, por lo que el horario es insuficiente para llevar a cabo todas estas actividades. Este es el principal motivo por el que en la tarde sólo se atiendan casos de emergencia. Aunque en la atención de pacientes siempre existe una persona encargada, suelen ser las tardes cuando el personal aprovecha para realizar actividades de carácter administrativo.

Los profesionales de salud saben que las madres de familia pierden casi una mañana al asistir a los centros de salud, sin embargo, aunado a la falta de personal también el transporte y la distancia son factores para que las personas

acudan a los centros asistenciales por la mañana.

#### *4.2.1. Propuestas de mejora desde los profesionales de salud*

El Ministerio de Salud (como casi todos los ministerios del país) necesita una reestructuración completa. Esta frase engloba la impotencia que se percibe en las respuestas en torno a la mejora de la atención de las usuarias en los tres municipios estudiados. El incremento del personal, la mejora de las infraestructuras, la dotación de más y mejor material de trabajo, así como el incremento del presupuesto son respuestas recurrentes en los profesionales de salud.

Por supuesto, y he ahí la impotencia de los trabajadores de salud, esto refiere más que nada a cuestiones políticas más que académicas. La asignación de plazas no depende directamente de los directores de centros de salud sino que dependen del área de Chimaltenango.

*“Ahorita estamos en proceso de convertirnos en un, digamos en un servicio de segundo nivel, es decir, donde haya encamamiento, donde haya especialistas, pero es un proceso algo más político que técnico verdad, entonces depende mucho de las autoridades que están gobernando, entonces estamos en ese proceso de convertirnos en un centro de salud tipo A con encamamiento. Por ahora no hay especialistas y un médico para toda la población, específicamente del casco urbano”*

Dr. SC

Director Centro de salud de San Juan Comalapa

La importancia de la política en actividades técnicas, como menciona el entrevistado, no pasa desapercibida en los centros de salud. Para muchas personas que tienen acceso a información es un tópico redundante, el cuál no debe de ser pasado por alto por estudios como el de este tipo.

Las actividades académicas pueden servir para evidenciar que la salud no depende exclusivamente de los profesionales de salud, sino que es una tarea de nuestros gobernantes también. La voluntad política del conjunto de partidos políticos, puede mejorar la atención que se brinda en los centros de salud de todo el país a través de leyes que mejoren la calidad de la atención y el incremento de personal.

## **4.2 Satisfacción y calidad de los servicios de salud desde la opinión de las usuarias**

La calidad y satisfacción de los servicios que brindan los centros de salud dependen de distintos factores tales como el horario de inicio, la jornada de atención, el tiempo de espera para la consulta y el trato recibido por los profesionales. En este apartado revisaremos lo que las usuarias perciben de los servicios del centro de salud.

#### 4.2.1 Horario y espera

El horario en que inicia la atención en el centro de salud oscila entre las siete y las ocho horas. A pesar de empezar labores a esa hora, los pacientes deben llegar dos o tres horas antes aproximadamente, es decir, a las cinco o seis de la mañana, por dos razones concretas: 1) para ser de los primeros en ser atendidos y poder salir en las primeras horas de la mañana y 2) para alcanzar turno de consulta.

*¿Cuándo viene al centro de salud a qué hora tiene que salir de su casa?*

*A las seis para que uno, depende también de uno, si uno quiere pasar tempranito llega a esa hora y sino a las 8 y media o casi nueve pero son dos cosas por muchas veces se terminan los tiquets que dan a la personas, si llega a esa hora regresa hasta la una, una y media.*

Entrevista a usuaria, 29 años. Comalapa. Com0051007.

En muchas ocasiones no es suficiente con llegar temprano para asegurarse una atención rápida y eficiente. Depende también de la cantidad de pacientes que lleguen a consulta y en contraste de la cantidad de personal médico que labore en el centro. Por ello, algunas veces pueden tardar hasta cuatro o cinco horas en ser atendidos. Esta situación provoca el disgusto e incomodidad de los usuarios y usuarias, pero reconocen que no tienen otra opción. A menos que posean ingresos que les permitan pagar consultas con médicos privados.

*¿Cuánto tiempo se tarda una persona para que la atiendan en el centro de salud?*

*Empiezan desde las 8 y si hubiera mucha gente tarda todo el medio día. Pero como uno está necesitado tiene que esperar el tiempo hasta que llegue su turno, pero a veces por gusto espera, yo he visto que si hay medicina pero no le dan sólo le recetan medicina.*

Entrevista a usuaria, 35 años. Comalapa. Com0041007.

Otro elemento que entra en juego es la jornada de atención de los centros de salud. Según las entrevistadas, el horario de atención al público es únicamente de medio día. Esta situación dificulta aun más la eficiencia y eficacia de los servicios. Los centros de salud se deben organizar para atender a la población usuaria en un promedio de cuatro o cinco horas al día. Es por ello que los turnos de consulta se terminan en las primeras horas. Al respecto, se plantea la necesidad de aumentar el personal médico. Por el lado de los y las pacientes, ir a consulta implica en varias ocasiones, pasar medio día entre la espera y la consulta, esto muchas veces provoca que los usuarios posterguen la visita al médico y recurran a otras instancias que le resuelvan en menos tiempo.

#### 4.2.2 Propuestas de mejora desde las usuarias

Desde la perspectiva de las usuarias, el aumento de personal capacitado ayudaría en gran medida a agilizar el proceso de atención, lo cual significa invertir menos tiempo en acudir a los centros de salud y al mismo tiempo, ampliar la cantidad de cobertura.

¿Cree que está bien esperar tanto tiempo? ¿Qué recomienda usted?

*Yo estaba pensando con esa pregunta que es necesario que manden más médicos para que las personas, por ejemplo aquí en Comalapa ya hay bastante personas y muchas personas viven, o sea necesitan ayuda en el centro de salud y necesitamos aquí más médicos o más aparatos también porque a veces uno le dicen máxime el ultrasonido y todo casi o sea en el centro de salud no la hacen porque no tienen el aparato, entonces eso es lo que necesitamos y más médicos que están capacitados, también tratar bien a los pacientes porque a veces uno cuando llega ahí sólo le empiezan a preguntar ¿de qué padece o qué le hace o para qué, qué es lo que más le duele? Entonces uno explica, entonces yo cuando estaba pequeña o sea yo bien me acuerdo cuando me llevaban al centro de salud los doctores nos examinan de todo, o esa que es un examen general el que le hacen a uno, le ponen los aparatos en todas partes después, pero ahora últimamente ya no hacen eso.*

Entrevista a usuaria, 29 años. Comalapa. Com0051007.

En esta cita vemos que para la usuaria la cantidad de médicos es uno de los pasos necesarios para mejorar la calidad de servicios prestados por el centro de salud, así como la presencia de equipo especializado que facilite los tratamientos necesarios para procurar el alivio a los pacientes. El aumento del personal de salud y del equipo adecuado, son factores de tipo material que se alcanzarían con el aumento en el presupuesto, pues en ambos casos el elemento financiero es indispensable para solventar estas carencias.

Sin embargo, existen otros problemas de tipo simbólico que le apuesta al cambio de actitudes principalmente de parte de los profesionales de la salud. La entrevistada presenta la situación a partir de la percepción que tiene del trato que recibe en el centro de salud. En primer lugar, cuando se refiere al trato que reciben de parte del personal médico. Señala la necesidad de recibir un buen trato que, desde su perspectiva, implica un trato más cercano en el que los profesionales se interesen en los pacientes y no los bombardeen con preguntas que muchas veces éstos no pueden contestar.

La otra razón se refiere a las diferencias en cuanto a la atención que en años anteriores encontraban en los centros de salud. La usuaria menciona que cuando era niña recibía una atención más integral en la que el médico la examinaba de manera completa y general. Esto provocaba la seguridad y confianza que el médico como “experto en su área” tenía en control de la salud de sus pacientes. En la actualidad esto no sucede así. La cantidad de pacientes que deben atender y el poco personal capacitado para tal cometido no permite que la atención sea minuciosa, completa y dedicada, es por ello que la opción preguntar sobre los síntomas y dirigir la consulta hacía el motivo de la misma. Las usuarias están conscientes de ello, pero al mismo tiempo saben que el trato depende en la mayoría de los casos de la persona quien provee el servicio.

## 5. Integración de la salud intercultural

A través de los datos presentados se muestra cómo el uso del idioma kaqchikel dentro de los profesionales de salud es bastante asiduo y ayuda en el desempeño de sus funciones cotidianas. Sin embargo, el uso del idioma Kaqchikel es el primer acercamiento que se da hacia la salud intercultural.

Párrafos atrás se mencionaba la importancia del uso del lenguaje Kaqchikel para entender procesos de la enfermedad que no necesariamente son explícitos en el castellano. No obstante, en este apartado se analizará la opinión de algunos trabajadores de los centros de salud visitados, al respecto de las prácticas de alivio de la gente.

### 5.1.1. Opciones de alivio según los profesionales

Generalmente las opciones de alivio que posee la población son variadas. Es en este punto donde las prácticas plurales de alivio son más explícitas, aunque no necesariamente son aceptadas por los profesionales de salud.

*“San Martín es un municipio que tiene bastante fuerte la influencia que tiene toda la gente curanderos, comadronas que además de atender partos curan también, eh, hay varias personas que tienen farmacias y la gente los conoce como médicos. En el caso de alguno que a mi me molesta mucho porque él fue secretario de aquí, tiene farmacia y la gente lo busca, tiene clínica, atiende a la gente con bata como que fuera médico y él fue secretario del centro de salud hace muchos años”*

Dr. MF

Director centro de salud de San Martín Jilotepeque

Este fragmento deja en evidencia la diversidad de proveedores de salud en la comunidad. El entrevistado menciona los curanderos y comadronas como parte de los proveedores de salud del municipio y pareciera que es algo normal dentro de su discurso. Es decir, el hecho de que se enfatice en que *“además de atender partos, curan”* implica que, de alguna forma, las actividades que realizan los curanderos y las comadronas son aceptadas dentro de los trabajadores de salud. Esto es un elemento importante para la salud intercultural porque se toma en cuenta a los terapeutas tradicionales en el alivio de la población.

También dentro del texto aparece un farmacéutico que atienden como que fuera médico. Aunque la población acude recurrentemente a él para buscar alivio pareciera que no es del todo aceptada su práctica dentro de los profesionales de salud.

Lo interesante de este discurso es la contraposición de dos opciones de alivio: las terapeutas tradicionales representados por las comadronas y los curanderos, Vs. Los farmacéuticos. Lamentablemente este tópico desborda los intereses del estudio, pero es algo que se podría profundizar en un futuro ya

que es interesante comprobar que la medicina tradicional empieza poco a poco a entrar dentro del discurso médico.

Otra posible explicación es el malestar que provoca dentro de los trabajadores de salud la usurpación de identidad, en especial la médica. En este sentido se puede pensar que el poder que se posee al ser titulado es una cuestión que posiblemente afecte las relaciones que se dan entre el que cura y los usuarios del servicio. Esto no sólo afecta las relaciones entre proveedores y usuarios sino que se entra en una lucha de poder entre los distintos proveedores. Obviamente no entraremos en detalles de las implicaciones que tiene este fenómeno, pero por lo menos era interesante hacer un paréntesis para evidenciar esta parte del discurso.

### 5.1.2. ¿Y de las prácticas de la gente qué opina?

En general dentro de los trabajadores de salud las prácticas de alivio pueden ser aceptadas, aunque no necesariamente valorados como positivos o beneficiosos para la población. Esto es quizás lo más importante para que el acercamiento a la salud intercultural sea una realidad por parte de los profesionales de salud de los municipios estudiados.

Para el caso del susto y el mal de ojo que se preguntó dentro de la entrevista, la mayor parte de profesionales poseía cierto recelo a dichos tratamientos.

*“inclusivo dentro de la misma gente el decir susto y lo que manifiesta es muy subjetivo; entonces la tendencia acá en el municipio es que mucha gente ya le hizo algún tratamiento al susto y que probablemente no era y entonces lo trae al médico para que le diga qué es.*

Dr. M  
Patzún

Las posibles prácticas de alivio en torno al tratamiento del susto no se ponen en duda por el entrevistado, más bien es la nominación de la enfermedad lo que pareciera ser que no se adecua al esquema biomédico.

Sin embargo existen algunos procedimientos que suelen ser más intrusivos por lo que los trabajadores ven con mucho más desconfianza estas prácticas.

*“yo creo que hay varias razones, pero uno es lo que yo mucho le digo a la gente que cuando trae a sus niños especialmente, ya los traen habiéndoles dado un montón de cosas, verdad, medicamentos, los han sobado, por ejemplo se conoce mucho la caída de barillas, la gente les mete los dedos. Les hacen tantas cosas que cuando ya los traen acá uno los refiere y no quieren ir porque dicen que se mueren pero las complicaciones que traen de días antes que definitivamente ni en el hospital se van a poder lograr porque ya vienen como más graves porque no se han tratado, no le han dado ningún medicamento que los trate, entonces varios se han ido a morir al hospital y entonces ahí es el médico el que no sabe, el que los*

*ha matado, eso ha complicado un poquito las cosas."*

Dr. MF  
San Martín Jilotepeque

La eficacia de la medicina científica no ha podido eliminar las prácticas tradicionales de alivio y en algunos casos éstas prácticas son consideradas por los médicos como nocivas para la salud de la población. El siguiente caso da cuenta de varios elementos en la autoatención que no necesariamente son vistos como positivos para la atención. En principio el enunciante habla de que la gente suele llegar al centro de salud "*habiéndole dado un montón de cosas*" a los enfermos. Esto no sólo limita la eficacia de los medicamentos sino que pone de manifiesto que las prácticas que usa la gente para curarse o aliviarse no son aceptadas por los profesionales de salud. Mientras los trabajadores de salud no tomen en cuenta las concepciones, tradiciones y construcciones de la gente durante la atención no se podrá construir la salud intercultural.

## **5.2. La perspectiva de las usuarias**

Las concepciones que se tienen sobre los padecimientos y las enfermedades se ligan profundamente a las construcciones que se elaboran en cada grupo social. Las representaciones sociales de las enfermedades son un reflejo de la relación del individuo tanto con la salud y la enfermedad como con la sociedad (Castro, 2000). En el caso que nos ocupa, las usuarias de los centros de salud han construido una clasificación de los padecimientos que las hace elegir a un profesional de la salud según sea el caso a tratar.

Así como se pueden encontrar diversos tipos de padecimientos que pueden ser clasificados en distintos grupos. Para este caso nos interesa remarcar una clasificación tal vez muy general, pero que permite ejemplificar lo que sucede en el centro de salud, esta es la clasificación entre lo tradicional y moderno. El pujido, hijillo, mal de ojo, alboroto de lombrices, empacho, entre otras son padecimientos que no pueden ser atendidos por el personal del centro, son los terapeutas tradicionales como curanderos, guías espirituales, comadronas, quienes si lo pueden hacer utilizando plantas medicinales y remedios caseros para tratarlos.

¿Usted cree que el susto el mal de ojo son enfermedades que también deben de curarse en el centro de salud?

*Yo digo que sí, pero a veces nosotros cuando nos enfermábamos de eso mi mamá nos curaba, pero eso no creo que lo atiendan en la clínica.*

Entrevista a usuaria, 18 años. San Martín Jilotepeque. SanM0171007.

Usted considera que el susto, el mal de ojo o el ojeado, son padecimientos que deben atenderse en el centro de salud?

*Yo pienso que deberían de curar eso allá, si consiguieran una medicina para eso porque yo solo se que el maná es bueno para esa enfermedad porque otra medicina como jarabe nunca he escuchado que pueda curar eso u otra medicina que pueda curar el ojeado.*

Entrevista a usuaria 32 años. Patzún. Patz0241007.

En síntesis, la percepción de las usuarias pueden diferir mucho al respecto del tratamiento que se brinda para las enfermedades de corte tradicional. En general las usuarias mencionan que este tipo de enfermedades podrían ser tratadas en el centro, siempre y cuando se contrate a una persona que se especialice en el tratamiento exclusivo de estas enfermedades.

## 6. Radiografía del personal

A continuación se presentan los datos recogidos sobre el personal que trabaja en los centros de salud de los tres municipios estudiados. Los datos se presentan en razón del cargo que ocupan, la edad, el sexo, su idioma materno y el tiempo que tiene de laborar en el centro.

**Cuadro No. 3**

Profesionales que laboran en el Centro de Salud de San Martín Jilotepeque

Cargo	Edad	Sexo	Antigüedad	Idioma materno
Médico	43	M	2000	Español
Enf. Profesional	40	F	1998	Kaqchikel
Aux. enfermería	42	F	1998	Español
Aux. enfermería	26	F	2004	Kaqchikel
Aux. enfermería	34	F	2007	Kaqchikel
Aux. enfermería	41	M	2007	Español
Aux. enfermería	25	F	2003	Kaqchikel
Técnico de salud	49	M	2007	Español
Técnico de salud	24	M	2003	Zutuhil
Inspector de salud	41	M	2004	Kaqchikel
Técnico de vectores	30	M	2003	Kaqchikel
Técnico de vectores	26	M	2004	Español

Fuente: elaboración propia con datos de las entrevistas.

**Cuadro No. 4**

Profesionales que laboran en el Centro de Salud de San Juan Comalapa

Cargo	Edad	Sexo	Antigüedad	Idioma materno
Médico	40	M	2007	Kaqchikel
Enf. Profesional	39	F	2004	Kaqchikel
Aux. enfermería	40	F	2005	Kaqchikel
Aux. enfermería	48	F	2003	Kaqchikel
Aux. enfermería	33	F	1995	Kaqchikel
Aux. enfermería	30	F	2003	Kaqchikel
Aux. enfermería	32	M	2001	Kaqchikel
Técnico de salud	29	M	2000	Kaqchikel
Técnico de salud	30	M	2001	Español
Inspector de salud	43	M	1990	Kaqchikel
Técnico de vectores	31	M	1996	Kaqchikel
Técnico de vectores	25	M	2003	Español

Fuente: elaboración propia con datos de las entrevistas.

## Cuadro No. 5

Profesionales que laboran en el Centro de Salud de Patzún

Cargo	Edad	Sexo	Antigüedad	Idioma materno
Médico	39	M	2007	Kaqchikel
Enf. Profesional	28	F	2005	Kaqchikel
Aux. enfermería	39	F	2002	Kaqchikel
Aux. enfermería	50	F	1993	Kaqchikel
Aux. enfermería	46	F	1987	Español
Aux. enfermería	45	F	1990	Kaqchikel
Aux. enfermería	25	F	2005	Kaqchikel
Técnico de salud	29	M	2003	Español
Técnico de salud	35	M	2000	Kaqchikel
Inspector de salud	38	M	2003	Kaqchikel
Técnico de vectores	32	M	2001	Kaqchikel
Técnico de vectores	28	M	1997	Kaqchikel

Fuente: elaboración propia con datos de las entrevistas.

El personal de los tres centros se encuentra conformado por un total de 12 profesionales cada uno. De ellos solamente uno es médico y una es enfermera graduada, es decir, el 16% del total. Mientras que el resto, el 84% se maneja a un nivel técnico. Cinco son auxiliares de enfermería, dos técnicos en salud, dos técnicos de vectores y uno como inspector. En algunas ocasiones trabaja también un médico EPS.

En relación a la edad, en los tres centros existe un porcentaje alto de personal mayor de 30 años. Para el caso de San Martín Jilotepeque y Patzún el 33% del personal tiene menos de 30 años, mientras que para San Juan Comalapa este grupo está conformado solamente por un 16%. Esto significa que los tres centros cuentan con personal que posee experiencia en su área.

La conformación por sexo está claramente diferenciada por actividad a la que se dedica cada uno. Aunque en cada centro la presencia de las mujeres es fuerte, el 42%, éstas se encuentran dentro de las actividades más ligadas a su rol femenino: enfermeras y auxiliares de enfermería. Esto implica una segregación laboral en virtud del género (Aguirre y Batthyány, 2003) que debe ser analizada con mayor detenimiento.

En cuanto al tema de la antigüedad de los empleados del centro de salud, se observa un fenómeno en los tres municipios. Solamente el 25% del personal tiene más de siete años, es decir que inició sus labores antes del año 2000. Los demás lo han hecho dentro de los últimos siete años, y en el caso de los médicos tanto en San Juan Comalapa como en Patzún los médicos empezaron a trabajar en el presente año 2007. Esta situación puede verse de manera positiva en cuanto a la posibilidad de innovación que se logra con personal nuevo, sin embargo, también significa la dificultad de continuidad en los procesos iniciados a demás de percibir un constante cambio de reglas cada vez que llega

un miembro al equipo médico.

En relación al idioma materno de cada uno de los profesionales que laboran en los centros, es claro que existe una mayoría de maya hablantes. En Patzún y San Juan Comalapa el 84% del personal señala que el Kaqchikel es su idioma materno, mientras que en San Martín Jilotepeque este grupo lo conforma el 58%. Es decir, que se trata de centros de salud donde el uso del idioma Kaqchikel en los servicios que prestan a sus comunidades es una política que puede ponerse en práctica sin mayores dificultades pues se cuenta con un grupo de trabajadores que conocen casi a la perfección el idioma.

## Reflexiones finales

A través de los datos presentados en este estudio se trata de ilustrar la manera en la que las relaciones sociales, históricamente específicas, conforman la experiencia subjetiva del enfermo, su tratamiento y alivio. Es necesario reconocer que a las concepciones populares de la salud y la enfermedad les asiste una lógica propia y una coherencia específica.

La enfermedad es una de las principales formas en que se expresa socialmente la desgracia tanto individual como colectiva, por lo que siempre exige una explicación que vaya más allá de la mera búsqueda de las causas y que enuncie simultáneamente una verdad, tanto acerca del orden del mundo como del cuerpo del enfermo. La experiencia de la enfermedad de las personas, no puede separarse de los fenómenos macrosociales.

Estos fenómenos macrosociológicos influyen decisivamente en lo que piensan y sienten los individuos y su forma de entender la realidad. Por consiguiente, la subjetividad de los individuos, en este caso, su manera de construir su propia experiencia de la enfermedad, se estudia principalmente como el efecto de estructuras sociales específicas que inciden sobre los individuos y conforman sus vivencias.

Las concepciones que la sociedad se forma a cerca de los enfermos, y que ellos internalizan y sostienen, orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y en cierta medida, producen la realidad de los enfermos.

La figura de la persona enferma ha evolucionado históricamente. Cuando las plaga eran la forma dominante de enfermedad, el concepto de persona enferma no existía con claridad, debido a que la colectividad entera era atacada y a menudo eliminada por la calamidad. El concepto más individualista de la persona enferma ha surgido de manera gradual, en la medida en que la experiencia de los individuos sobre el mundo también se ha individualizado. Sin embargo, esta transición hacia una manera moderna de conceptualizar a la enfermedad no implica que nada de los tiempos antiguos hayan sobrevivido. Por el contrario, algunas representaciones antiguas de la enfermedad han sobrevivido hasta la actualidad.

La enfermedad ha asumido un carácter individual a la vez que se ha convertido en un fenómeno social: actualmente la enfermedad es sinónimo de incapacidad de trabajar. El significado básico de enfermedad, al nivel de las representaciones colectivas de la sociedad contemporánea, está estrechamente relacionado con la productividad y competitividad económicas. Al mismo tiempo, las enfermedades se ha medicalizado tanto que ya no se puede concebir un

padecimiento en el que no haya que recurrir a un médico y a un tratamiento. En este contexto, estar enfermo se ha convertido en un de las categorías centrales de la percepción social de la enfermedad, donde la incapacidad para trabajar y la necesidad de consultar a un médico son sus significantes principales.

Estos argumentos nos servirán para hacer unas reflexiones finales al respecto del uso del idioma Kaqchikel en los centros de salud de Comalapa, San Martín Jilotepeque y Patzún. Al usarse el idioma Kaqchikel en la atención de las usuarias existe un acercamiento explícito por la cultura del otro, sin embargo, esto no implica necesariamente que el mero uso del lenguaje conlleve un entendimiento de la cosmovisión y prácticas que tiene la gente en la cotidianeidad.

En este sentido los trabajadores de salud de los municipios estudiados hacen uso del idioma Kaqchikel, pero adolecen de los criterios necesarios para poder llevar a cabo un acercamiento a lo que hemos denominado salud intercultural.

El paso hacia la salud intercultural deberá empezar desde la forma en que se educan a los futuros médicos, ya que la forma en la que está estructurada la carrera de medicina (y en general del resto de trabajadores de salud) no permite que las relaciones de poder que se establecen en las interrelaciones con las usuarias sean mucho más laxas y de esta forma poder acceder a la información necesaria para entender el mundo de los otros.

Aunado a esto, las limitaciones de recursos materiales y humanos (en tanto cantidad) es otro de los factores que inciden negativamente para que la salud intercultural sea un tópico de muy poco interés para las altas esferas del Ministerio de Salud. El hecho de trabajar en condiciones más bien precarias, no es un aliciente para ningún profesional en salud para poder ampliar la visión de la medicina.

Por último, un aspecto de suma importancia en la implementación de la salud intercultural es la dedicación de más tiempo para la consulta. Los afectos que circulan en torno a la relación que se establece entre los profesionales de salud y sus pacientes es de vital importancia para conocer los elementos que integran la enfermedad, o la percepción que de ésta se tiene. No es lo mismo que un médico haga una catalogación prolija desde su punto de vista académico, que una que contemple varios elementos que se relacionan con la representación de la enfermedad y el alivio.

## Recomendaciones

Ya que la idea original con la que fue planteado este estudio fue la de dar ciertas recomendaciones para la implementación de la salud intercultural, enfatizaremos en los elementos que los investigadores consideran de importancia:

- Tiempo de consulta: para que los centros de salud se acerquen a la salud intercultural deberían, en principio, extender el tiempo que le dedican a cada paciente. Esto con el fin de poder entender el mundo, la construcción de la enfermedad y el tratamiento que las usuarias poseen. Aunque pareciera complicado extender el tiempo que se le dedica a cada paciente es muy importante para poder llegar a la salud intercultural.
- Entendimiento de la cosmovisión: como se ha explicado anteriormente la construcción del mundo por parte de las usuarias es importante para poder ligar las prácticas plurales de alivio al modelo biomédico. En ningún momento estamos diciendo que uno sea mejor que el otro, pero sí argumentamos que el éxito de los procedimientos de alivio serían mejor captados por la población que acude al servicio.
- Uso y profundización del idioma vernáculo: El uso asiduo del idioma materno de la población es necesario para que la salud intercultural se lleve a un feliz término.

**Anexo 1**  
Guías de entrevistas

**BOLETA SOBRE INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE SALUD:**

**1.- DATOS GENERALES:**

Centro de salud, lugar:                      Nombre del trabajador:                      Fecha de ingreso:                      Cargo que ocupa:  
Edad                      Sexo                      Idiomas que sabe:                      Idioma materno:

**2.- USO Y MANEJO DEL IDIOMA KAKCHIKEL:**

¿Me podría decir cuáles son las 10 palabras en idioma Kaqchikel que usted más utiliza en el centro de salud?  
¿Me puede explicar en qué casos se vuelve indispensable usar el idioma kaqchikel en el centro de salud?  
¿Usted considera que el trato que se le da a la persona cambia cuando se utiliza el idioma Kaqchikel? ¿Por qué?  
¿Cuál idioma cree usted que debería utilizarse en el centro de salud? ¿Por qué?  
¿Utiliza el idioma Kaqchikel para explicarle al paciente la cantidad de medicina que debe tomar y la frecuencia con que se la debe tomar? ¿Qué hace usted para saber como el paciente ha entendido la forma en cómo debe tomar su medicina?

**3.- SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN, OPINIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD:**

**Horario:**

¿A qué hora se comienza a laborar en el centro de salud?  
¿Cuándo usted llega al centro de salud, ya está esperando la gente para ser atendida? ¿Por qué pasa esto?  
¿Me puede decir aproximadamente a qué hora ya no llegan personas a pedir consulta? ¿por qué?  
¿Todos los trabajadores de salud salen a almorzar a la misma hora?, ¿quiénes se quedan mientras unos salen?  
¿Cuáles son las actividades que se hacen después de la hora de almuerzo?  
¿Por qué después de almuerzo ya no llegan las personas al centro de salud?

**Tiempo de espera:**

¿Qué piensa usted sobre el tiempo de espera que tienen que hacer las personas en el centro de salud?  
¿Cuánto tiempo aproximadamente tarda una persona para que le atiendan en el centro de salud, tomando en cuenta que debe hacer cola para obtener su turno?  
¿Usted sabe que las madres cuando van al centro de salud tienen que usar una mañana completa, qué piensa usted de eso?  
¿Qué se puede hacer para que las personas en el centro de salud no pierdan una mañana para ser atendidas?

**Trato:**

¿Qué pasa cuando una madre de familia no trae su carnet o se le ha olvidado en casa?  
¿Me puede explicar por qué algunas veces es necesario darle preferencia a una persona que no tiene turno? ¿Usted explica esa situación a las personas que están esperando? ¿Por qué?

**Tipo de atención:**

¿Qué tipos de padecimientos o enfermedades no se atienden en el centro de salud?  
¿Usted considera que el susto, el mal de ojo o el ojeado, son padecimientos que deben atenderse en el centro de salud?  
¿Por qué?

## **BOLETA SOBRE INFORMACIÓN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD:**

### **1.- DATOS GENERALES:**

**Lugar:**

**Edad:**

**Sexo:**

**Idioma materno:**

**Idiomas que sabe:**

### **2.- USO Y MANEJO DEL IDIOMA KAKCHIKEL:**

¿Las personas que trabajan en el centro de salud hablan el idioma Kaqchikel? ¿Cuántas personas, qué porcentaje de las personas que trabajan en el centro de salud hablan Kaqchikel?

¿Me podría decir cuáles son las 10 palabras en idioma Kaqchikel que más se utiliza en el centro de salud?

¿Me puede explicar cuando es indispensable el uso del idioma kaqchikel en el centro de salud?

¿Usted considera que el trato que se le da a la persona cambia cuando se utiliza el idioma Kaqchikel? ¿Por qué?

¿Cuál idioma cree usted que debería utilizarse en el centro de salud? ¿Por qué?

¿Se le explica a usted en idioma Kaqchikel la cantidad de medicina que debe tomar y la frecuencia con que se la debe tomar?

### **3.- SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN, OPINIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD:**

**Horario:**

¿A qué hora comienzan a repartir turnos en el centro de salud? ¿A qué hora comienzan atender y abren el centro de salud?

¿A qué horas tiene que salir usted de su casa cuando tiene que venir al centro de salud? ¿Por qué?

¿Después del medio día atienden en el centro de salud? ¿Por qué?

¿Usted sabe por qué en el centro de salud ya no atienden después de medio día?

**Tiempo de espera:**

¿Cuánto tiempo se tarda una persona para que le atiendan en el centro de salud?

¿Qué piensa usted sobre el tiempo de espera que tiene que hacer para ser atendido en el centro de salud?

¿Qué se puede hacer para que las personas que van al centro de salud no pierdan toda una mañana para ser atendidas?

**Trato:**

¿Qué pasa cuando una madre de familia no trae su carnet porque lo ha olvidado en casa?

¿Qué piensa usted cuando en el centro de salud le dan preferencia a otras personas y no respetan la cola?

**Tipo de atención:**

¿El médico o la enfermera cuando la atienden le explican la frecuencia y la cantidad del medicamento que se debe otorgar al enfermo?

¿Usted considera que el médico o la enfermera le escuchan a usted? ¿Usted le cuenta todos los detalles de su enfermedad al médico o a la enfermera?

¿Usted considera que todas las enfermedades y todos los padecimientos se atienden en el centro de salud?

¿Usted considera que el susto, el mal de ojo o el ojeado, son padecimientos que deben atenderse en el centro de salud?

¿Por qué?

## Bibliografía

Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. Extraído de <http://www.congreso.gob.gt/Docs/PAZ/Acuerdo%20sobre%20identidad%20y%20derechos%20de%20los%20pueblos%20indígenas.pdf>

Aguirre, Rosario y Karina Batthyány, (2003), *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003*. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer -UNIFEM-, Universidad de la República de Uruguay.

Alarcón, Ana; Vidal, Aldo; Neira, Jaime (2003) *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales* Revista médica de Chile, septiembre 2003 V. 131, No. 9 Chile. Páginas 1061-1065.

Atkinson, Paul y Marty Hammersley (1994) *Etnografía. Métodos de Investigación*, Barcelona, Paidós.

Bajtín, Mijail (2002) *Yo también soy (fragmentos del otro)* Madrid, Editorial Taurus.

Barth, F. (1976), *Los grupos étnicos y sus fronteras, la organización social de las diferencias culturales*, México, Fondo de Cultura Económica.

Bartolomé, Miguel (2006), *Procesos Interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*, México, Siglo XXI Editores.

----- (1997), *Gente de costumbre y gente de razón. Las identidades étnicas en México*, México, Instituto Nacional Indigenista/ Siglo XXI Editores.

Bastos, Santiago y Manuela Camus (2003), *Entre el mecapal y el cielo. Desarrollo del movimiento maya en Guatemala*, Guatemala, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -FLACSO.

Castro, Roberto (2002), "En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 57-85.

----- (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, Universidad Nacional Autónoma de México -UNAM-, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias -CRIM-.

Cunningham, Myrna (2002) "Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua" Extraído el 17 de noviembre de 2007 de: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/ETN/MCunninghamConf.pdf>

Denman, Catalina y Jesús Armando Haro (comps.) (2002), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, Hermosillo, Sonora, El Colegio de Sonora.

Espinosa Damián, Gisela (2004), "Doscientos trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas", en Martha Castañeda *et al.*, *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C./ K'inál Antzetik, A.C./ Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/ Universidad Autónoma Metropolitana-

- Unidad Xochimilco y Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, pp. 161-238.
- Freyermuth, Graciela (2003), *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social -CIESAS/ Instituto Nacional de las Mujeres/ Comité por una Maternidad Voluntaria y sin riesgos en Chiapas/ Miguel Ángel de Porrúa, grupo editorial.
- Galindo, Jesús (1998), *Sabor a ti: metodología cualitativa en investigación social*, Jalapa, Veracruz, Editorial Universidad Veracruzana.
- Geertz, Clifford (1992), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Editorial Gedisa, S.A.
- Giménez, Gilberto (2000), "Identidades étnicas: estado de la cuestión", en Leticia Reina (coord.), *Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI*, México, Instituto Nacional Indigenista/ Miguel Ángel de Porrúa/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social -CIESAS, pp. 45-70.
- Hernández, Ana Lucía (2007) "*Maternidades guatemaltecas: prácticas y significados de mujeres indígenas y no indígenas universitarias*" Tesis de maestría, Colegio de México.
- Herzlich, C. y J Pierret (1987), *Illness and self in society*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Ibañez, Tomás (2001) *Municiones para disidentes*" Gedisa España.
- Jodelet, Denise (2000), "Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras", en Denise Jodelet y A. Guerrero, *Develando la Cultura: estudios en representaciones sociales*, México, Universidad Nacional Autónoma de México -UNAM-, Facultad de Psicología, pp. 7-30.
- Navarro (1992) "*La antropología médica en México*" Universidad autónoma metropolitana, México. Tomo 1
- Menéndez, Eduardo (1990) "*Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*" México, Centro de Estudios superiores en Antropología social, Cuadernos de la casa chata No. 179
- Moore, Henrietta (1996), *Antropología y Feminismo*, Madrid, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- Mosquera, María Teresa (2006), *Lógicas y Racionalidades entre Comadronas y Terapeutas Tradicionales*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala-Instituto de Estudios Interétnicos.
- (2004), "Género y etnicidad: una propuesta para entender el acceso al control de los recursos materiales y simbólicos de terapeutas tradicionales", en *Revista de Estudios Interétnicos*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala-Instituto de Estudios Interétnicos, núm. 18, Los desafíos de la diversidad; relaciones interétnicas: identidad, género y justicia, pp. 22-45.

- (2001), *Conociendo la Sabiduría Achí, Salud y enfermedad en Rabinal*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala-Instituto de Estudios Interétnicos.
- Mosquera, Ma. Teresa; Kolstrup Nils (2006) *“La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica”* IDEI-USAC Guatemala.
- Paniagua, Walter (2007) *“Para defender la vida: estrategias en la búsqueda de alivio en tres comunidades de San Gaspar Chajul”* CONCYT-IDEI. Texto inédito.
- Ortner, Sherry (1979), *“¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”*, en Olivia Harris y Kate Young, *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 109-132.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Aljibe.
- Rojas Soriano, Raúl (2001), *Guía para realizar investigaciones sociales*, México, Plaza y Valdés editores.
- Shotter, John (2003) *Realidades conversacionales* Edit. Amorrortu Argentina 2005.
- Szasz, Ivonne y Ana Amuchástegui (2002), *“Un encuentro con la investigación cualitativa en México”*, en Ivonne Szasz y Susana Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 17-30.
- Tarrés, María Luisa (2001), *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en investigación social*, México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -FLACSO/ El Colegio de México.
- Velasco, Honorio y Ángel Díaz de Rada (2004), *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*, Madrid, Editorial Trotta.