

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA
AREA DE ANTROPOLOGÍA

“Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.”

VERÓNICA HAYDÉE PAREDES MARÍN

Nueva Guatemala de la Asunción
Guatemala, C.A. Noviembre de 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA
AREA DE ANTROPOLOGÍA

“Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad indígena. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.”

TESIS

Presentada por:

VERÓNICA HAYDÉE PAREDES MARÍN

Previo a conferírsele el Grado Académico de:

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA

Nueva Guatemala de la Asunción
Guatemala, C.A. Noviembre de 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Lic. Estuardo Gálvez Barrios
SECRETARIO: Lic. Carlos Alvarado Cerezo

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE HISTORIA

DIRECTOR: Lic. Ricardo Danilo Dardón Flores.
SECRETARIO: Lic. Oscar Adolfo Haeussler Paredes.

CONSEJO DIRECTIVO

Director: Lic. Ricardo Danilo Dardón Flores.
Secretario: Lic. Oscar Adolfo Haeussler Paredes.
Vocal I: Lic. Marlen Judith Garnica Vanegas.
Vocal II: Lic. Julio Galicia Díaz.
Vocal III: Dra. Walda Barrios-Klée Ruiz.
Vocal IV: Est. Marcos Orlando Moreno Hernández.
Vocal V: Tanya Isabel del Rocío García Monzón.

COMITÉ DE TESIS.

Dra. María Teresa Mosquera Saravia
Lic. Pedro Paredes
Dr. Angel Valdéz



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA

Nueva Guatemala de la Asunción
Lunes, 16 de octubre de 2006.

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Historia
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Presente

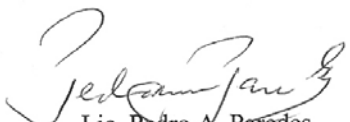


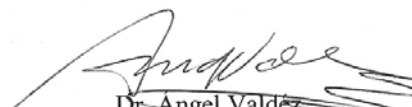
Honorables miembros:

En atención a lo especificado en el PUNTO TERCERO, inciso 3.4 del Acta No. 28/2006 de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el día miércoles 27 de Septiembre de 2006 y dando cumplimiento a lo que reza el Capítulo VI, artículo 13, Incisos a,b,c y d, del Normativo para la elaboración de Tesis de Grado de la Escuela de Historia, rendimos dictamen favorable al trabajo de tesis titulado **“Formas de autoatención en procesos de salud/enfermedad en una comunidad indígena xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.”** De la estudiante VERÓNICA HAYDÉE PAREDES MARÍN, carnet No. 200112400.

Sin otro particular y con muestras de consideración y estima, nos suscribimos de ustedes, atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Lic. Pedro A. Paredes
Miembro del comité de tesis


Dr. Angel Valdéz
Miembro del comité de tesis



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE HISTORIA

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA

Nueva Guatemala de la Asunción
Jueves, 25 de septiembre del 2,006

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Historia
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
ESCUELA DE HISTORIA
26 SET. 2006

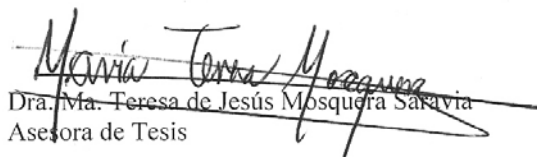
Honorables miembros:

En atención a lo especificado en el punto PRIMERO, del Acta 15/2005 de la sesión ordinaria realizada por el Consejo Directivo del día 10 de octubre del 2005 y dando cumplimiento a lo que reza el Capítulo V, artículo 11vo., incisos a, b, c, d, y e del Normativo para la elaboración de Tesis de Grado de la Escuela de Historia, rindo dictamen favorable al informe final de tesis titulado: "Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.", de la estudiante Verónica Haydée Paredes Marín, carné 2001 12400.

Por lo anterior solicito se nombre Comité de Tesis, para continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular y con las muestras de consideración y estima, me suscribo de ustedes, atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. Ma. Teresa de Jesús Mosquera Sakavia
Asesora de Tesis

“La curación no puede ser tal, si no curamos las inequidades que nos enferman” En revista Portadores de sueños de la INS. Año 3 No. 11, 2004. ,Pag. 19.

Dedicada a todo aquel que hizo que esta tesis,
fuera el resultado de un esfuerzo colectivo sin
delimitación de tiempo ni espacio.

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA: Hermanas, abuelos, tíos etc. Por creer y confiar en mí, así como haberme brindado su apoyo incondicional, pero sobre todo a mis padres Miguel y Teresa, por haberme apoyado y brindado cariño, educación, salud, alimentación apoyo moral y muchas cosas más indispensables para mi formación personal y profesional.

A SERGIO GONZÁLEZ: Por su apoyo, consideraciones, desvelos compartidos, y valiosas opiniones durante estos últimos 6 años, pero en especial durante la etapa de realización de la tesis.

A LA FAMILIA ALONZO GARCÍA: por su amistad, total apoyo moral y académico, en especial a Rocío García por su constante lucha por que esta tesis se llevara a cabo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: y la Escuela de Historia, por haberme otorgado la formación política y académica, tanto dentro de las aulas como fuera de ellas. Al los miembros del Consejo Directivo de la Escuela de Historia por su colaboración en los procesos administrativos relacionados con mi tesis. A la Lic. Olga Pérez, por enseñarme que mi formación apenas inicia y por su apoyo en todos los problemas que se nos presentaron en durante la carrera. A Dalila Gaytán, por llevarme a Jumaytepeque por primera vez, haberme enseñado la importancia del trabajo de campo y facilitado todo durante el tiempo que duró la auxiliatura de las Prácticas Antropológicas.

A LA POBLACIÓN DE JUMAYTEPEQUE:, por haberme abierto sus puertas para realizar este estudio. A mis informantes quienes me brindaron muchas horas de su valioso tiempo para poder realizar las entrevistas. En especial a Doña Menta, quien siempre hizo tiempo para nuestras largas conversaciones.

A LA FAMILIA VÁSQUEZ GONZÁLEZ: Por haberme abierto las puertas de su casa durante mi estadía en Jumaytepeque, pero sobre todo a Doña Gloria, quien me facilitó el ingreso a varios informantes.

AL PROGRAMA MCB-II: Otorgado por la universidad de Tromso-Noruega a través del Instituto de Estudios Interétnicos- IDEI- USAC, por haberme seleccionado para formar parte de la última promoción de becados y haberme otorgado la valiosa ayuda económica y académica en esta última fase de mi formación en la Licenciatura en Antropología. A mi compañero de beca Diego González por su amistad y apoyo.

A MIS LECTORES: Pedro Paredes y Ángel Valdéz, por sus valiosas opiniones en pro del mejoramiento de este trabajo, así como haber hecho lo posible por que fuera en el menor tiempo. A Luis Raúl Salvadó por hacer observaciones valiosas al documento.

DE MANERA MUY ESPECIAL A MI TUTORA Y ASESORA: Dra. María Teresa Mosquera Saravia, por sus enseñanzas, el haber creído en mí, brindarme toda su confianza, haberme interesado en el tema y proporcionarme todo para que la tesis fuera llevada a cabo, por la valiosa oportunidad de formación como investigadora que me ha proporcionado y mucho más.

A TODO AQUEL, que aunque no se encuentra mencionado, formó y forma parte de este esfuerzo colectivo que da como resultado la tesis presentada.

Los criterios vertidos en la
presente tesis, son responsabilidad
exclusiva de la autora

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I	
1. Metodología	3
1.1 Perfil De Personas Entrevistadas	5
1.2 Objetivo General	8
1.2.1 Objetivos Específicos	8
1.3 Hipótesis	9
1.3.1 Hipótesis secundarias	9
Capítulo II	
2. Dinámica Socioeconómica, Política Y Cultural De La Población Jumaya	10
2.1 Generalidades Geográficas De La Aldea	10
2.2.1 Referencias Históricas De La Comunidad De Jumaytepeque	14
2.2.1 Jumay	14
2.3 Monografía De Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa	17
2.3.1 Vías De Acceso	18
2.3.2 Servicios Públicos	19
2.3.3 Tierra, Economía Y Comercio	24
2.3.4 Religión	28
2.3.5 Representación Social de la Identidad, Pertencia Xinka Y Organización	29
Capítulo III	
3. Antropología Médica, Salud, Enfermedad Y Modelos De Atención En Salud	31
3.1 Antropología Médica Y Corriente Latinoamericana	31
3.2 Salud Y Enfermedad, Condición De Colectivos Y No Individual	32
3.3 Modelos De Atención Frente A La Enfermedad	34
3.3.1 Modelo Médico Hegemónico	35
3.3.2 Modelo Médico Alternativo Subordinado	36
3.3.3 Modelo De Autoatención	36
3.3.4 Autoatención	38
3.4 Enfermedad, Familia Y Comunidad	42

Capítulo IV	
4.	Aspectos Generales De La Atención En Salud En Guatemala. 47
4.1	Atención En Salud A Nivel Nacional 47
4.2	Situación De Atención En Salud En El Departamento De Santa Rosa 54
4.2.1	Generalidades De La Atención En Salud Del Municipio De Nueva Santa Rosa, Departamento De Santa Rosa 56
4.2.1.1	Situación De Salud En La Aldea 58
Capítulo V	
5.	Casos De Enfermedad En La Comunidad. 62
5.1.	Casos Representativos. 62
5.2	Análisis De Las Constantes En Los Casos 76
Capítulo VI.	
6.	Enfermar En Jumaytepeque. 79
6.1	Hacer Cachas, La Categoría Nativa De Los Jumayos Para El Proceso De La Autoatención 79
6.2	Medidas Tomadas Frente A La Enfermedad Proceso De Autoatención 81
6.2.1	Automedicación Y Utilización De Fitoterapia (Autoatención En El Proceso De Salud/Enfermedad) 81
6.2.2	Aprender Con La Vecina, Abuela O Tía. ¿Cómo Se Transmite El Conocimiento? 84
6.2.3	Religión Y Enfermedad 84
6.2.4	Asistencia Al Farmaceuta 86
6.2.5	Asistencia Con El Médico O Terapeuta Tradicional 87
6.3	Representación De La Enfermedad En Jumaytepeque 87
6.3.1	Visualización De Las Enfermedades Desde Los Jumayos 87
6.4	Cuidado Del Enfermo, División Sexual Del Trabajo En La Enfermedad 93
6.5	Siembra, Almacenamiento Y Uso De Las Plantas Medicinales En Jumaytepeque 96
6.6	Redes Comunes Que Se Activan 96
6.6.1	Redes Familiares Frente A La Muerte. 97
6.7	Cuestión Económica Ante Un Episodio De Enfermedad 99
	Conclusiones 105
	Bibliografía 106
	Anexos 113

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de investigaciones de tesis de grado que se han realizado en Guatemala, en las ciencias sociales, se han centrado en la región occidental del país en especial a comunidades indígenas de origen maya, siendo muy pocas las aquellas dedicadas a las culturas garinagu y xinca.

Este estudio se enfoca en un tema poco tratado dentro de las investigaciones antropológicas y médicas en Guatemala, la autoatención en los procesos de salud/enfermedad y su vinculación a procesos económicos, históricos, políticos y culturales. El estudio se llevó a cabo en una comunidad del nororiente del país identificada como grupo étnico xinca. La comunidad elegida fue Jumaytepeque, en el municipio de Nueva Santa Rosa, departamento de Santa Rosa.

La salud va más allá de signos y síntomas. La salud es inexistente sin su contraparte: la enfermedad, pues ambas categorías son construcciones colectivas que abarcan entre otros aspectos lo social y lo psicológico, así como lo biológico; cada uno de estos aspectos relacionados entre sí. El objetivo general de la investigación es determinar los mecanismos de autoatención de los procesos de salud/enfermedad de los que hacen uso en la aldea mencionada.

El trabajo se encuentra dividido en seis capítulos compuestos de la siguiente forma:

El primer capítulo aborda la metodología utilizada durante el proceso de investigación. En él se hace referencia a las etapas cronológicas en las que se dividió la investigación, el perfil de los y las entrevistados, así como los objetivos y la hipótesis de la investigación.

El segundo capítulo hace una referencia histórica de los posibles lugares de asentamientos humanos xincas, la situación de la incursión española de Jumaytepeque y su historia post encuentro con los españoles. En la segunda parte del capítulo se encuentra una descripción monográfica de la situación actual de la aldea.

En el tercer capítulo se hace una revisión teórica de los modelos de atención, en la que está incluida una amplia revisión de la categoría de autoatención, también llamado de cuidados legos, endógenos ó folk por diversos autores, sobre todo latinoamericanos. En la segunda parte del capítulo se describe la metodología utilizada durante todo el estudio.

El cuarto capítulo aborda la situación de atención en salud a nivel nacional, departamental, municipal y local, utilizando datos oficiales de instituciones del Estado y Organizaciones no Gubernamentales.

El quinto capítulo se enfoca en casos representativos de procesos de salud/enfermedad en la comunidad y como fueron resueltos cada uno de los casos. En la segunda parte del capítulo se presentan las constantes encontradas en todos los casos.

El sexto y último capítulo hace un análisis de la autoatención y sus mecanismos, resultado del trabajo de campo realizado en la comunidad. Por último se presentan las conclusiones del trabajo y anexos relacionados al trabajo y a la comunidad.

CAPÍTULO I

1. METODOLOGÍA

La investigación se realizó bajo los lineamientos de la antropología de la medicina con énfasis en la corriente latinoamericana.

El trabajo de investigación se realizó en tres períodos ó momentos. Cronológicamente se pueden dividir en:

Trabajo de revisión bibliográfica: En este se llevó a cabo una intensa búsqueda y revisión bibliográfica, electrónica y documental sobre el tema a tratar. Se elaboraron los instrumentos a utilizarse en el trabajo de campo (Entrevistas en profundidad y grupos focales), así como salidas previas para hacer contactos dentro de la comunidad y validación de los instrumentos. Esta etapa se llevó a cabo del mes de junio de 2005, hasta octubre del mismo año.

Trabajo de campo: Esta etapa tuvo una duración de dos meses, se realizó en la aldea estudiada durante noviembre y diciembre del año 2005, y los primeros días de enero del año 2006. Para realizar este estudio, se habitó en la comunidad durante los meses antes mencionados, llevando a cabo las entrevistas, en su mayoría, en horario de la mañana y en la tarde, por medidas de seguridad y acoplamiento del tiempo disponible de los/las entrevistados, puesto que en su mayoría al ser mujeres las entrevistadas, estas deben de realizar sus labores domésticas entre las 11:00 de la mañana y las 3:00 de la tarde, por lo que su tiempo libre se encuentra en los horarios en los que se les realizó la entrevista. Dichas entrevistas fueron grabadas por sistema auditivo (cassete y digital) y en algunas ocasiones únicamente tomando notas posteriores a la plática.

Para obtener la información en esta etapa se utilizaron las técnicas de entrevistas en profundidad, tanto grupales como individuales. Bajo los parámetros de la investigación cualitativa, se diseñaron los instrumentos utilizados durante el trabajo de campo, entre los que se encuentran:

Grupos focales:

Técnica en donde se reúne una cantidad de personas que oscila entre 8 y 10 miembros, con características socioeconómicas, de género y etárea similares, en la cual se pregunta sobre un tema específico con subtemas relacionados. El objetivo es que las personas expongan y debatan sobre el tema tratado en una forma ordenada y sistemática. En esta técnica, se busca encontrar convergencias y divergencias en las opiniones del grupo. En la investigación se utilizó como un mecanismo para encontrar informantes claves, a las que se les podría realizar entrevistas en profundidad. Así mismo como mecanismo de validación de las posibles preguntas a utilizar en dichas entrevistas.

Entrevista en profundidad:

Las entrevistas en profundidad consiste en realizar una cantidad limitada de preguntas, en las cuales se tiene como objetivo primordial hacer que el individuo responda de forma ampliada, sobre un tema específico y para el caso de esta investigación, su experiencia sobre la enfermedad y sus formas de curación.

La observación participante, permite al investigador sumergirse en el tema investigado, convirtiéndose al mismo tiempo en parte del fenómeno social que se estudia. En la investigación se utilizó como recurso, charlas cotidianas con señoras en los chorros comunales, parada de buses ó bien dentro del interior de las unidades de transporte público.

En todas las técnicas se indagó sobre las formas de actuar frente a una enfermedad, terapias utilizadas, personas encargadas y las razones de su actuar.

Como complemento de la recopilación de la información se llevó un cuaderno de campo, donde se anotaron las impresiones sobre el tema investigado, así como generalidades de la aldea. En el se colocaron datos de los informantes, sucesos importantes en la cotidianidad de la comunidad, elementos de la vida cotidiana de la comunidad y todo aquello recopilado por la observación.

El cuaderno de campo se estructuró de la siguiente manera:

La primera parte se utilizó para registrar los principales problemas que presentaba la aldea y a partir de esto escoger el elemento de interés a estudiar.

Posteriormente se registraron datos geográficos y demográficos de Jumaytepeque, utilizando como fuentes instituciones públicas y comunitarias (Centro de Salud, Comunidad Agrícola de Jumaytepeque y Parlamento Xinca).

A continuación se elaboró un registro de los datos de los posibles informantes clave del lugar, basado en charlas informales que se mantuvieron con algunos habitantes de la comunidad.

Se anotó datos importantes que surgían en las conversaciones con distintos habitantes de Jumaytepeque, relacionadas con datos históricos, políticos y económicos de la comunidad, así como las representaciones sociales sobre la atención en salud y la actividad de sus representantes comunitarios.

Como último elemento del cuaderno de campo, se registraron notas personales utilizadas para el análisis.

Trabajo de gabinete final: en el cual se llevaron a cabo las transcripciones, sistematizaciones, análisis y redacción final de la investigación. Esta etapa se realizó a partir del mes de enero de 2006 y culminó en agosto del mismo año.

Las categorías utilizadas en el análisis se ordenaron en matrices que permiten explicar el significado que tiene en la población. Dichas matrices se depuraron varias veces para no duplicar los resultados y realizar así el análisis final presentado en el trabajo.

1.1. Perfil de personas entrevistadas.

La mayoría de personas entrevistadas fueron mujeres¹, todas residentes de la comunidad de Jumaytepeque, de los cantones La Cruz, Pueblo Nuevo y El Centro, únicamente dos de los informantes entrevistados son hombres. Las entrevistas fueron realizadas en la casa de habitación de los entrevistados, siendo únicamente uno de los informantes, entrevistado en la casa en la cual residí.

Las entrevistas circunscritas a estos cantones tienen como motivo que son los que conforman el núcleo de la aldea, los cuales responden a la limitación territorial demarcada para la realización del trabajo de campo

De las entrevistas que se llevaron a cabo con hombres, una de ellas fue realizada con la pareja, tanto el esposo como su cónyuge fueron respondiendo a las preguntas y complementándose en la conversación, lo que enriqueció los datos en la entrevista.

Todos los entrevistados son mayores de edad, comprendidos en las edades entre 24 y 78 años, siendo pocos los jóvenes con los que se mantuvieron conversaciones. Dentro de las entrevistas con los pobladores, únicamente dos personas se podrían considerar como jóvenes, sin embargo, en un caso la persona está casada, y el otro viudo.

A excepción de uno de los casos, todas las mujeres entrevistadas han sufrido la pérdida de por lo menos uno de sus hijos, todos los casos de muerte infantil han sido menores de cinco años. En el caso del joven viudo, su pareja no contaba con más de 25 años.

La mayoría de personas entrevistadas cuentan con terreno propio, siendo únicamente tres personas las que no cuentan con este privilegio. Dos de ellos porque ya están ancianos y les han repartido a sus hijos su herencia, mientras una de ellas dice no contar con terreno propio a causa de su pobreza, por lo cual su hijo alquila un pequeño terreno donde cultiva productos de subsistencia.

El hecho de no contar con cantidad equitativa de hombres, mujeres, jóvenes y ancianos dentro de las entrevistas no es con la intención de excluir a ciertos sectores dentro del estudio, responde más a situaciones circunstanciales, pues en los meses que se llevaron a cabo las entrevistas, la comunidad se encontraba en época de cosecha de café.

Durante esta época, hombres, mujeres casadas pero jóvenes, niños y jóvenes a partir de los 11 años aproximadamente, salen desde la madrugada para el corte, regresando en horas de

¹ 21 de las personas entrevistadas fueron mujeres. Se toman en cuenta las participantes en el grupo focal.

la tarde (de seis a ocho de la noche), para hacer actividades que han dejado abandonadas durante el día, por lo que no fue posible concertar una cita para entrevistas

Se realizaron 17 entrevistas con 26 personas diferentes en los cantones antes mencionados, en algunos casos se realizaron varias entrevistas a una misma persona; a los varones entrevistados se les contactó por ser cónyuges de las mujeres entrevistadas anteriormente. Ambos varones son campesinos y uno de ellos toca en una banda de música, con la que viaja constantemente. Cabe aclarar que una de las entrevistadas se desenvuelve como comadrona de la comunidad, las demás mujeres son amas de casa las cuales comparten con el esposo la jefatura del hogar, pues las mismas se encuentran entre los 35 y 70 años, lo que representa que sean ellas las mujeres con mayor edad en el terreno donde residen.

En todos los casos, por ser los informantes de avanzada edad, es común que los hijos les aporten económicamente para el sostenimiento de la familia. La mayoría de los informantes se podrían catalogar con una condición económica de pobreza, hubo un solo caso de pobreza extrema. No obstante, se encuentra dentro del estudio una familia que cuenta con altos ingresos monetarios.

También se realizó una única entrevista con 3 diferentes representantes del sector salud en la localidad y en la cabecera municipal: una realizada a la doctora encargada del Centro de Salud de Nueva Santa Rosa, una con el técnico de salud del Centro de salud antes mencionado y una con la enfermera encargada del puesto de salud de la aldea de Jumaytepeque.

Los informantes se eligieron al azar y por afinidad con mi persona, hubo personas a las que se les pidió ser entrevistadas, más no fue posible ya sea por negación de los posibles entrevistados o por incompatibilidad de horario.

Dentro del trabajo de campo no se presentaron problemas serios, más corrió dentro de la aldea el rumor de que yo pertenecía a la guerrilla y andaba reclutando a los jóvenes, situación que generó desconfianza hacia mí y que se aclaró gracias a la intervención de la persona que me daba alojamiento en la comunidad ante el sacerdote, para que se explicara el objetivo de mi trabajo durante las diferentes misas.

Las entrevistas se dividieron de la siguiente forma:

Cantidad de Entrevistados	Tipo de Entrevista y cantidad de entrevistas	Cantidad de ♀ ú ♂	Lugar ó Cantón	Sub-total de entrevistas	Total de entrevistas
8 personas	Individual: 3 Grupal: 2	5 ♀ 3 ♂	Pueblo Nuevo	5 entrevistas 1 nt ¹	

¹ Por haberse grabado mal, no se pudo transcribir.

12 personas	Individual: 4 Grupal: 2	Todas ♀	La Cruz	6 entrevistas 2 nt ¹	
3 personas	Individual: 3	2 ♀ 1 ♂	El Centro	3 entrevistas	
1 Persona	Individual	1 ♀	Puesto de Salud	1 entrevista	
2 personas	Individual	1 ♀ 1 ♂	Centro de Salud. Nueva Santa Rosa.	2 entrevistas	
26 personas, divididas entre grupos focales, entrevistas individuales y entrevistas de parejas		La mayoría de las entrevistadas son mujeres, contando dentro de las entrevistas únicamente con 5 hombres			
					17 entrevistas con 26 personas distintas

Se realizaron además de las entrevistas por el beneficio de encontrarse dentro de la comunidad residiendo, pláticas informales con los pobladores, en las cuales surgía información que después era escrita en el cuaderno de campo, eso hizo que información que no fácilmente salía en las entrevistas, al encontrarse en un ambiente más relajado, fluyera con mayor facilidad.

Dentro de las limitaciones que se tuvieron durante las etapas ya mencionadas, se encuentran:

- La falta de bibliografía sobre antropología médica en bibliotecas guatemaltecas, sobre todo aquellas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo que se tuvo que acudir a bibliotecas privadas y a medios electrónicos para obtener la bibliografía necesaria para el trabajo documental.
- La desconfianza de algunas personas, impidió que se llevaran a cabo algunas entrevistas.

¹ Por haberse grabado mal, no se pudo transcribir.

- Así mismo se experimentaron ciertos fallos técnicos, entre ellos se puede mencionar:

Mala calidad en las grabaciones: tuvo como consecuencias que por lo menos una tercera parte de las entrevistas, no se pudieran transcribir y por lo tanto se perdieron datos valiosos.

Mal manejo de las entrevistas en algunas ocasiones: lo que provocó que quien manejara la entrevista fuera el entrevistado y no la entrevistadora. Acciones fuera del alcance de mi persona que en cierta medida afectaron mi trabajo de campo.

- En cuanto a la última etapa se llevó a cabo sin mayores eventualidades, siendo los únicos problemas, los que están relacionados con cuestiones de formación para poder realizar la última parte del trabajo de investigación.

1.2 Objetivo general:

Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud/enfermedad de los que hacen uso los habitantes de la aldea de Jumaytepeque, en el municipio de Nueva Santa Rosa, departamento de Santa Rosa.

1.2.1 Objetivos Específicos:

1. Ubicar los principales padecimientos patológicos de la región y los mecanismos de ayuda a los mismos.
2. Determinar como los procesos históricos y políticos de la localidad en relación con la región inciden en la forma de los procesos curativos que los habitantes de Jumaytepeque hacen uso.
3. Describir el tránsito en la carrera del enfermo dentro del modelo de autoatención.

1.3 Hipótesis:

1) Las prácticas de autoatención en los habitantes de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa, son utilizadas como forma de subsistencia biológica, económica y cultural.

1.3.1 Hipótesis derivadas:

1) Los habitantes de Jumaytepeque utilizan mecanismos del modelo de autoatención frente a las enfermedades.

2) El modelo y las prácticas realizadas bajo la autoatención son la base para que los habitantes se vinculen con otras formas y modelos de atención en salud.

3) El modelo de autoatención tiene como base la experiencia y el trabajo reproductivo de la mujer y sus prácticas están determinadas por los recursos que posee el núcleo familiar.

CAPÍTULO II

2. DINÁMICA SOCIOECONÓMICA, POLÍTICA Y CULTURAL DE LA POBLACIÓN JUMAYA.

2.1 Generalidades geográficas de la aldea:

El Diccionario Geográfico de Guatemala proporciona datos sobre la aldea de Jumaytepeque, sin embargo estos no están actualizados, y tampoco responden a la concepción que los habitantes mantienen sobre la territorialidad de la aldea. En dicho libro se dice que la aldea cuenta con 9 caseríos, los cuales el texto identifica como:

<i>El Anonillo</i>	<i>Joya Grande</i>	<i>Los Izotes</i>
<i>El Limar</i>	<i>La Cruz</i>	<i>Pueblo Nuevo</i>
<i>Guacamayas</i>	<i>La Tuna</i>	<i>Zacuapa</i>

Se menciona que dicha aldea pertenece al municipio de “*Nueva Santa Rosa, departamento de Santa Rosa, que su nombre anterior fue Jumay.*” (*Instituto Geográfico Nacional:1981;477*)

La aldea colinda al norte y al oriente con el municipio de Casillas, al sur con Cuilapa y al occidente con Nueva Santa Rosa, todos municipios del departamento de Santa Rosa. Según cálculos del comité pro-feria de Jumaytepeque, la aldea cuenta con una población aproximada de 15,220 habitantes, repartida en todo el territorio que abarca Jumaytepeque. (Editora Educativa:2005;5). El territorio se encuentra en la zona de vida del bosque húmedo sub-tropical.

Por haber sustentado Jumaytepeque el título de municipio, los habitantes de la actual aldea de Jumaytepeque aún manejan dentro de sus representaciones e idearios, referentes distintos a los datos oficiales en cuanto al sentimiento de pertenencia de territorialidad y distribución de los diferentes espacios de la finca comunal.

Por dicha situación, los habitantes reconocen a los diferentes poblados circunvecinos de éstos como aldeas de su núcleo, denominada Jumaytepeque y cada una de las aldeas cuenta con diferentes caseríos, aún cuando pertenezcan a otro municipio. Es así como los habitantes reconocen a las siguientes aldeas:

Los Izotes, El Limar, Concepción Zacuapa, San José Guacamayas, Guacamayitas, Monte Verde Estanzuelas, El Portezuelo, Santa Ana la Montaña (parte de ella), El Anonillo, Joya Grande, El Portezuelo. (Centro Universitario de Cuilapa; 2004:8)

El núcleo central de la aldea está conformado por los caseríos: El Centro, La Cruz, Pueblo Nuevo y El Cedro.

La actual aldea, hasta antes de 1935, había sido considerado legalmente como municipio, sin embargo, el título que detentaba le fue suprimido por acuerdo gubernativo en 1935

durante la gestión del presidente Jorge Ubico, anexándosele en calidad de aldea al ahora municipio de Nueva Santa Rosa. Esta acción ha construido a través de los años en el ideario social de los jumayos y los habitantes de Nueva Santa Rosa un recelo y tensión en las relaciones de ambos.

Por una posible epidemia de malaria del lado opuesto de la ribera del Río de los Esclavos (Santa Rosa de Lima), algunos pobladores de dicha comunidad decidieron migrar, estableciéndose en los terrenos que actualmente ocupa la cabecera municipal a la que llamaban “Aldea Los Bordos”, la cual se encontraba ubicada entre la vertiente del Río los Esclavos y el riachuelo de nombre El Riachuelo. Estos terrenos pertenecían a la comunidad de Jumaytepeque, es posible que esto sea el inicio del mutuo recelo entre ambas poblaciones. (cf: Imprenta Jumay: 2004; 44-45)

El centro de la aldea se encuentra en latitud 14° 20' 43'' y longitud 91°15' 40'', ubicado a una altitud promedio de 1800 metros SNM; cuenta con dos vías de acceso, la que se utiliza constantemente es la que lleva de la cabecera municipal hacia la aldea; sin embargo, también se puede acceder por medio del camino de terracería que lleva de Estanzuelas hacia Jumaytepeque.

Según el Comité Pro-Feria, Jumaytepeque cuenta con 127 caballerías o 56 Km², esto quiere decir que ocupa más de la mitad del territorio total de Nueva Santa Rosa, del total de 67 Km², que tiene el municipio al cual pertenece la aldea. Dentro de la Aldea se encuentra un área protegida denominada El Chicón, con una extensión de una caballería, esta es la única área protegida con la que cuenta todo el municipio. Ahí se encuentra una de las fuentes de agua que abastece a la comunidad de Jumaytepeque, la cual extraen para su distribución interna.

Los terrenos destinados al cultivo se encuentran administrados por la “Comunidad Agrícola Xinca de Jumaytepeque”, son terrenos de carácter comunal, y que en su mayoría se encuentran sembrados con cafetales, por lo que se ubica el café, como el producto estratégico de la aldea. La mayoría de habitantes poseen tierra que van desde pequeñas parcelas hasta extensiones de varias manzanas. A las personas que tienen propiedades dentro de las tierras comunales se les denomina “**comuneros**”.

Como ya se dijo, la tierra dentro de los linderos de la aldea se basa en la propiedad común, figura legal que ha permanecido con pocos cambios desde la época de la colonia, por haber sido pueblo de indios durante este período histórico, al que le denominaban “**Xumaytepeque**”. A lo largo de la historia, los comuneros han sufrido de la disminución de sus terrenos, por apropiaciones ilegales de finqueros vecinos. Actualmente la comunidad se encuentra en un litigio legal.

Dentro de los terrenos domina el cultivo del café, sin embargo también se pueden encontrar sembradíos de maíz, frijol, árboles frutales (jocotes, naranjas), pacayas, ayotes, izotales y otros, los cuales se utilizarán en su mayoría como productos de autoconsumo, destinándose una parte de la recolección de las frutas y las pacayas a la venta. Dichos productos estarán destinados a la comercialización en inmediaciones de los mercados cercanos por las mujeres de la aldea, ya sea en Nueva Santa Rosa ó Barberena. La mayoría

de personas cuentan con animales de corral y bestias de carga. La activación económica en la comunidad se produce en los meses de octubre, noviembre y diciembre, debido a que el corte y la cosecha de café son durante estos meses.

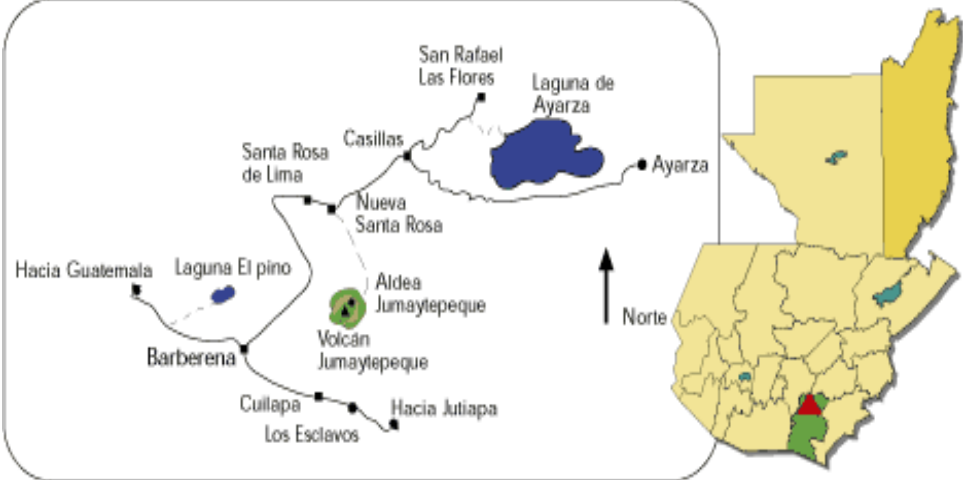


Imagen No. 1. Fuente: <http://viajeaguatemala.com>

Fuente: Google Herat 2006-09-22 Imagen satelital del cerro, la población de Jumaytepeque (mancha blanca en forma de V inversa) así como poblaciones vecinas.



Imagen 2

2.2 Referencias históricas de la comunidad de Jumaytepeque.

2.2.1 Jumay:

Se cree que los xincas tienen su origen en las migraciones de poblaciones del norte de Sur América, los cuales emigraron por fuertes sequías que azotaron la región. COPXIG en su Informe final de diagnóstico dice: *“la raíz gramatical del idioma xinca, en algunos rasgos es similar a los idiomas quechua y guaraní”* (COPXIG;2003:37) Sobre los datos de los lugares donde se asentaron los xincas, José Letona, dentro de su trabajo denominado **“Las tierras comunales xincas de Guatemala”**, hace una síntesis de varios autores acerca de la posible ubicación geográfica del grupo étnico xinca. Inicialmente para Letona, expone que para Barillas, la territorialidad abarcada por los xincas la ubicaría en un *“Territorio que en sus inicios pudo haber sido desde Santa Lucía Cotzumalguapa hasta Aguachapán”*. *Los xincas se asentaron desde la ribera del río Michatoya, hasta el Río Grande de Mita”*.

Posteriormente Letona explica que para Rita Grignon, la *“Zona de influencia se encontraba entre los ríos María Linda al occidente y el Río Paz al Oriente*. Para Daniel G. Brinton, *la localización precisa del pueblo xinca fue sobre el río Los Esclavos y sus ramales... Su área comprendía la mayoría de los departamentos de Santa Rosa y Jutiapa... Para el mismo autor, el idioma fue hablado en Atescatempa, Chiquimulilla, Comapa, Guazacapán, Ixguatán, Yupiltepeque, Mustiquepaque, Nancinta, Sinanacatán, Taxisco, Tepeaco, Texcuaco y Tupitepeque.”* (Letona et. al.: en red)

En su libro, **“Identidades Étnicas y Tierras Comunales en Jalapa”**, la antropóloga Claudia Dary propone que la ocupación territorial del grupo xinca abarcó los entonces poblados de Taxisco, Chiquimulilla y Guazacapán en el departamento de Santa Rosa. Dentro del mismo estudio la autora hace una revisión de autores e incorpora a Del Busto quien afirma que la zona xinca *“tenía los siguientes límites: al norte por la sierra de Nestiquipaque, por el pueblo de Guanagazapa (Escuintla) y, por el río Michatoya al occidente; y al oriente con los pueblos de Pasaco y Moyuta (Jutiapa), que fueron considerados también zona populaca. ...Y que ya en los siglos XVI y XVIII, algunos pequeños grupos de xincas, hayan emigrado tierra adentro y hacia el norte, dirigiéndose a los pueblos de Yumiltepeque, Atescatempa y Comapa”*. (Dary: 2003, 39)

Dary menciona que los xincas tuvieron influencia pipil a causa de la expansión territorial de dicho grupo, por tal motivo, el grupo xinca pudo haberse reducido territorialmente ocupando únicamente desde Cotzumalguapa hasta Ahuachapán, por lo que los pipiles los mantenían en un estado de sumisión y fueron vistos por los pipiles como un sector de servicios.

El territorio lo compartieron también con el grupo poq'omam. Una gran cantidad de lugares poq'omames detentaron nombres en idioma xinca u originados de este, como es el caso de Sansare, Ipala, Tatasirire, Sanarate, Sansur, Sampaquisoy, Suquinay, Sanguayabá, Arloroma, Sanyuyo y otras. (cf. Dary) Esto demuestra que la influencia cultural xinca, siguió presente en los diversos territorios que alguna vez ocuparon, y que su territorialidad posiblemente fue mayor a lo ocupado hoy en día.

Para la llegada de los españoles, la región situada hacia el sur oriente del Río Motagua estaba habitada por población poq'omam, pipil y xinca. (Dary:2003;43) Siendo estos los pueblos que habitaron la zona y que recibieron mutua influencia cultural, lo que motivó a que en algunas relaciones de la época de la colonia, a la población xinca se les confundía con los pipiles u otras etnias.

El Diccionario Geográfico de Guatemala, hace mención que los habitantes de los territorios del entonces llamado por los españoles “Xumaytepeque”, eran guerreros, los cuales habían presentado una fuerte oposición a las tropas españolas en campañas militares llevadas a cabo, negándose varias veces a solicitudes de paz hechas por Don Pedro de Alvarado y que huyeron de su poblado hacia las montañas. Para dichas luchas hicieron una unión estratégica con los “*de Jalpatagua y otras con los Petapanecos como auxiliares*” (Instituto Geográfico Nacional: 1981; 447)

“La conquista la realizaron Juan Pérez Dardón, Pedro González Náxera, Hernando de Chávez y otros “*con ochenta infantes españoles, arcabuceros y ballesteros, y treinta de a caballo: con mil indios Guathimaltecos, Mexicanos y Tlastaltecos, con cabos españoles como la presisa disciplina de las milicias nuestras acostumbraba*” (Instituto Geográfico Nacional: 1981; 447) Llevando así la invasión del pueblo de Jumay. Durante esta época, “*Del entonces Jumay, que estaba regido por el “cacique o mandón que se intitula Tonantel¹, que significa Piedra del Sol...*” (Ibid)

Dentro de la Recordación Florida, se hace toda una relación de cómo el Pueblo de Jumay fue invadido, como en la mayoría de Latinoamérica, en forma violenta; incluso existe dentro de dicha relación un aviso de la condición de rechazo, que recibirían españoles y auxiliares, de parte de “los indios de Jumay” .

“Pero como á el moverse de Goathemala este ejercito, no pudiese ser á la sorda el tránsito de sus marchas, prevenidos de los avisos no solo estos indios de Jumay, sino, otros pueblos, o no bien domesticados, o sobre si por entonces, les ofrecieron á el paso, no pocas ocasiones de fatigarse con el manejo de las armas” (Fuentes y Guzmán:1933;141)

Los españoles fueron repelidos con una serie de ataques por parte de los pobladores xincas, con los medios que estuvieron al alcance de los habitantes así como la ventaja del conocimiento de su situación geográfica. Se relata que los españoles iban acompañados de indígenas de otros pueblos y que mantuvieron la lucha en el valle de Jumay (hoy Nueva Santa Rosa). Al tiempo los indígenas xincas emprendieron la retirada; sin embargo, el afán era el de que los españoles subieran con ellos al cerro, tomando como estrategia de guerra una supuesta retirada.

Los españoles subieron tras los indígenas. Unos subían delante de ellos como señuelos y cuando estaban en las laderas desprotegidos, los de Jumay tiraron piedras cuesta abajo,

¹ Actualmente, los pobladores tienden a contar historias sobre el cacique Tonantel, incluso una de las cooperativas que funcionan en la cabecera municipal de Nueva Santa Rosa y en el centro de Barberena, lleva por nombre “Cooperativa Tonantel”

manteniendo una ventaja sobre el ataque. El cacique que manejaba al ejército xinca era Tonantel.

Para dicho ataque, Fuentes y Guzmán dentro de la “Recordación Florida”, describe el uso de instrumentos bélicos hechizos¹, que consistían en un arco hecho de palos, que con una cuerda, mantenía un grueso tronco amarrado al centro con un lazo, al cual daban muchas vueltas, que al soltarlo se desenrollaba dando vueltas y disparaba con mucha fuerza y velocidad piedras que se encontraban en una pila de rocas puestas debajo de dicho artefacto. Fue un arma ofensiva que provocó muchas bajas para el ejército español, sin embargo las bajas fueron en su mayoría de indígenas que los acompañaban.

“Con semejantes máquinas, y artificios militares, se defendían en esta ocasión los indios de Jumay, y no menos con ellas, que con cautelosos ardidés, procuraba la última desolación, y ruina de los españoles, y más ahora que siendo dominados y poseídos por los cristianos su gran propugnáculo y defensa, para sacar á los nuestros de la eminencia de aquel monte á la llanura de los valles” (Fuentes y Guzmán: 2003; 143)

Al terminarse las piedras, los indígenas quedaron desprotegidos, situación que favoreció a los invasores, para terminar de subir e invadir a dicho pueblo.

Se organizó un grupo diplomático de los habitantes de Jumay (llamado por Fuentes y Guzmán como embajada), que debía encontrarse con el Capitán Juan Pérez Dardón, donde se le ofrecía obediencia y pidiéndole que fueran a su pueblo, sin embargo dicho Capitán lo visualizó como una posible traición, tomaron la ciudad, la quemaron y tomaron como rehenes a los embajadores (hijo de Tonantel y súbditos), tras una ardua pelea entre españoles y lugareños de Jumay.

Los rehenes junto a sus aliados fueron conducidos al poblado actual de Los Esclavos, donde fueron marcados y obligados a trabajar. Los ahora prisioneros jumayos junto a otros rehenes de diferentes lugares invadidos, fueron los primeros en ser marcados y vueltos esclavos en ese lugar, por esta razón dicho poblado toma el nombre de Los Esclavos, con el cual se denomina hasta la actualidad.

También el Diccionario Geográfico de Guatemala, hace mención que Don Alonzo Crespo, escribió en 1740, una relación geográfica, que describe al poblado como “lugar frío, de camino fragoso”, lo menciona ya para esa época ubicado en lo alto del cerro, región sembrada de trigo² y maíz; de poca población siendo habitado por indios de ambos sexos de diversas edades y con lengua “xingua” (ccf: Instituto Geográfico Nacional)

Posteriormente hubo incursión en el área de pipiles y tlascaltecas, como resultado de la inclusión de estos grupos en la conquista de la zona por Don Pedro de Alvarado. (cf. Dary)

¹ En el dibujo realizado por el autor, se describe el arma como “Ingenio militar de los pipiles”

² Producto estratégico de la época en Jumay. Algunos ancianos, aún recuerdan los campos cubiertos de sembradíos de trigo. Este producto fue remplazado completamente por cultivos de café. Actualmente es el producto estratégico, y sobre el cual se basa su economía.

En muchas ocasiones sacerdotes y doctrineros, que realizaban diccionarios de lenguas indígenas ubicaron a los xincas como Popolucas ó popolucas-xinca.(cf. Dary) En la actualidad muchos autores sostienen que no existen, por no poseer marcadores culturales visibles, a lo que Dary propone “...Podríamos decir que los xincas no desaparecieron sino que adoptaron la vestimenta e idioma castellanos, que seguramente les hizo parecer como mestizos... y poco a poco fueron borrados de los registros oficiales” (Dary: 2003;40)

Hay un abismo en temporalidad de los registros sobre los xincas del poblado de Jumaytepeque; sin embargo, ya durante la época republicana empiezan a haber registros nuevamente sobre dicho poblado, más no como pueblo xinca. Con la firma de los Acuerdos de Paz, se le da un empuje a la reivindicación y reconstrucción de su identidad como pueblo xinca, acción que está en construcción en este momento.

El actual municipio de Nueva Santa Rosa está asentado en terrenos que fueron de la comunidad de Jumaytepeque. La habitación de dicho espacio comienza por una migración de los habitantes de lo que actualmente se conoce como el municipio de Santa Rosa de Lima.

La posibilidad de una epidemia de malaria mermó la cantidad de pobladores del lugar. Algunos de ellos, para escapar de tal mal, migraron hacia el sur-este ubicándose en el valle ubicado entre el riachuelo de nombre El Riachuelo y el Río Los Esclavos, en un lugar de nombre los Bordos de Oriente. Este se encontraba en terrenos del entonces municipio de Jumaytepeque. Situación que posteriormente se solucionó oficialmente con un acuerdo gubernativo. “*Por acuerdo gubernativo del 25 de mayo de 1921 se fijó el arreglo de límites entre Jumaytepeque y Nueva santa Rosa*”. (Instituto Geográfico Nacional:1981;447), separándose así definitivamente del municipio de Santa Rosa de Lima.

Jumaytepeque hasta entonces detentaba el título de municipio, sin embargo, fue rebajado de categoría, anexándose este a Nueva Santa Rosa, quedando con estatus de Aldea. “*El municipio fue suprimido por acuerdo del 2 de octubre de 1935 y anexado como aldea a Nueva santa Rosa*”.(Ibid.)

Los datos de las medidas territoriales hechos bajo los acuerdos antes descritos, se encuentran ubicados en el paquete #29, expediente #5 del Archivo General de Centroamérica. (Urrutia:1961:345)

2.3 Monografía de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa:

Población que se encuentra en terrenos elevados, cuenta por el relieve del terreno con una población dispersa, pues está ubicada en las laderas entre el Volcán de Jumaytepeque y las montañas aledañas.

La aldea colinda al Norte y al Oriente con el municipio de Casillas, al Sur con Cuilapa y al occidente con Nueva Santa Rosa, todos pertenecientes al departamento de Santa Rosa. Según cálculos del Comité Pro-Feria de Jumaytepeque, la aldea cuenta con una población aproximada de 15,220 habitantes repartida en todo el territorio que abarca Jumaytepeque.

(Editora Educativa:2005;5) El territorio se encuentra en la zona de vida del bosque húmedo sub-tropical. Su clima suele ser frío en horas de la mañana y en la noche así como templado al medio día y por la tarde. En su mayoría habitado por personas originarias del lugar, en parte por su calidad de finca comunal.

El levantamiento de una monografía del lugar responde únicamente al núcleo de la aldea, pues al poseer alrededor de 50 kilómetros, no se abarcó toda su extensión, se incluyen únicamente el núcleo de la aldea, y las aldeas de Estanzuelas y los Izotes, por lo que en este sentido, la monografía está enfocada en el trabajo de campo.

El trabajo de campo se delimitó al núcleo ya que únicamente se contaba con una investigadora de campo para toda la región, además se tuvieron limitaciones económicas y temporales que impidieron poder estudiar todos los caseríos que componen la aldea.

2.3.1 VIAS DE ACCESO

La aldea tiene dos vías de acceso, aquella que lleva desde la cabecera municipal hasta su núcleo, la cual es un camino de terracería de aproximadamente 7 kilómetros en pendiente y camino pedregoso, por lo cual se requiere el uso de un automóvil tipo Pick- up, doble tracción u otro similar, ya que el terreno es suelto y altamente empinado.

Por haber sido municipio, el actual Jumaytepeque todavía guarda algunas figuras en cuanto a su conformación territorial e imaginarios, por lo que La Cruz, Pueblo Nuevo y El Centro, serían tomados como caseríos del núcleo de la aldea, mientras que El Anonillo, El limar, Guacamayas, Joya Grande, Estanzuelas, Zacuapa y las otras, son aldeas de Jumaytepeque.

La vía con mayor accesibilidad para ingresar a la aldea, es la que se ubica en las cercanías a la cabecera municipal en un camino de terracería en ascenso, donde se tendrá que recorrer 7 kilómetros. En esta vía, entran las diversas camionetas, estas se abordan a dos cuadras hacia el sudeste del parque municipal de Nueva Santa Rosa.

El transporte público que presta sus servicios para hacer el enlace entre Nueva Santa Rosa y Jumaytepeque, hace viajes con un lapso aproximado de una hora, viaje que tiene una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos. Se ha de mencionar que sus propietarios son originarios de Jumaytepeque o alguna de sus aldeas. Las empresas son: La Chata, La Gata y Niña Bonita.

Salen desde Nueva Santa Rosa a partir de las siete de la mañana, pudiéndose abordar la última alrededor de las siete de la noche entre semana, en fines de semana desde las nueve de la mañana hasta las seis de la tarde, no son seguros los horarios de salida ni los viajes a realizar, condicionando el servicio a la afluencia de personas.

El transporte de la aldea hacia el municipio comienza a funcionar alrededor de las cuatro y media de la mañana, en viaje directo hacia la Ciudad de Guatemala, la cual tendrá como destino final la Terminal de Buses de la zona 4.

La segunda camioneta baja a las cinco y media de la mañana, también con viaje hasta la capital. Años atrás existió un viaje hacia la Ciudad Capital, que salía de la aldea a las tres y media de la madrugada, sin embargo por cuestiones relativas a seguridad de los pasajeros y choferes, se dejó de prestar el servicio en dicho horario.

La mayoría de personas que trabajan en la ciudad utilizan los transportes de estos horarios para llegar hacia sus trabajos por la mañana. Los siguientes buses únicamente hacen viaje de Jumaytepeque a la Cabecera Municipal, siendo la última camioneta para bajar la de la una y media de la tarde.

La segunda vía para acceder al núcleo de la aldea se encuentra en la aldea de Estanzuelas, camino que inicia en la aldea Espitia Real de Nueva Santa Rosa. Al llegar a la aldea Estanzuelas se toma el camino que lleva hacia Jumaytepeque, sin embargo el camino está en muy malas condiciones por ser en pendiente y de terracería, condición que empeora durante la época lluviosa.

La aldea carece de mercado, por lo que los habitantes deben bajar a Nueva Santa Rosa ó Barberena, siendo esta última la más usada para hacer sus compras de mercado y otras necesidades.

La aldea no cuenta con comercios grandes. Los más importantes son: la farmacia “San Francisco de Asís”, una ferretería, y la farmacia de Doña Naya, esta última comparte el local entre productos de tienda y farmacia, además de contar con un negocio de usurería. La aldea posee innumerables tiendas, las cuales se encuentran ubicadas aproximadamente a una distancia de una por calle.

2.3.2 SERVICIOS PUBLICOS

EDUCACION

En la población funciona una escuela pública, a nivel primario, que tiene una población aproximada de 800 alumnos, repartida en tres espacios físicos diferentes, además de contar con un pequeño edificio para la educación parvularia. Funciona también el reciente Instituto de Educación Básica por Cooperativa de Jumaytepeque, con jornada vespertina.

Las escuelas están dispersas en todo el núcleo de la aldea, pues los grados se encuentran repartidos en tres diferentes edificios, encontrándose estos en el cantón La Cruz, en el cantón El Centro y el cantón Pueblo Nuevo, en los cuales se imparten desde pre-pimaria hasta sexto primaria.

Los edificios se encuentran en evidente deterioro físico, el espacio ubicado en el Cantón El Centro se encuentra al borde de una quebrada, la cual posiblemente por la precipitación pluvial y movimientos telúricos han socavando los cimientos de una fracción del edificio donde se encuentran las aulas, lo que es un peligro para la población estudiantil. El espacio del cantón la Cruz se encuentra también en condiciones desfavorables. La escuela ubicada

en el cantón Pueblo Nuevo es la que se encuentra en mejores condiciones físicas, debido a su reciente construcción. Para cuyo financiamiento se contó con el apoyo del Fondo de Inversión Social (FIS).

Los diversos edificios carecen del servicio de agua entubada, por lo tanto el suministro de este líquido debe ser recolectado por estudiantes y maestros en los chorros comunales más cercanos.

Actualmente se tiene un claustro de maestros de aproximadamente 20 miembros, de los cuales, una mínima parte son residentes de Jumaytepeque, quienes se tienen que regir por los horarios del servicio público de transporte, siendo inconveniente en algunas ocasiones.

Normalmente la población infantil del núcleo de la aldea asiste a la escuela. Esta situación rompe el patrón de analfabetismo del lugar, y abre una brecha generacional y de género, pues la mayoría de adultos actuales es analfabeta, sobre todo las mujeres.

La mayoría de los niños realizan su primaria en la escuela pública de la aldea, al terminar la primaria, aquellos que tengan la oportunidad de continuar sus estudios, deberán viajar a Cuilapa, Nueva Santa Rosa ó Barberena, a culminar sus estudios de nivel medio y bachillerato.

En Nueva Santa Rosa y en otros poblados cercanos, existen establecimientos que ofrecen planes de estudio de fin de semana, del cual muchos jóvenes hacen uso para su preparación académica.

En algunos casos los padres prefieren enviar a sus hijos a internados en la capital u otros departamentos del país. Estos pueden ser financiados completamente por los padres, sin embargo esto está condicionado por la capacidad económica de la familia.

Como parte del servicio social de la comunidad católica, la orden Hermanas de María, posee un programa de becas estudiantiles. En esta orden buscan constantemente familias de escasos recursos que deseen que sus hijos estudien en la capital como internos, pagando una cuota simbólica, los gastos son en su mayoría absorbidos por beneficencias que recibe la orden. La beca incluye educación, alimentación y hospedaje.

Dicho programa es anunciado durante los servicios religiosos de la iglesia católica de la aldea, al terminar el ciclo escolar hasta finales de año. Al mismo tiempo en Nueva Santa Rosa, la iglesia católica del municipio, anuncia también un programa similar.

Este programa se ha convertido en los últimos años en una alternativa muy utilizado por las familias, pues muchas veces ésta es la única oportunidad para los padres que desean que sus hijos continúen estudiando pero no poseen recursos económicos para costearlos. Sin embargo algunos niños y jóvenes han regresado de este programa a la aldea, pues al bajar de un promedio establecido, pierden el derecho a este beneficio y tienen que abandonar el programa.

CONALFA (Comisión Nacional de Alfabetización) cuenta también con un programa de alfabetización para adultos, así como de primaria acelerada. Únicamente una persona de las entrevistadas dijo haber estudiado su primaria con dicho programa.

El nivel universitario en los pobladores se reduce a un pequeño grupo. Esta también está condicionada por la capacidad económica de la familia, considerándose el acceso a la educación superior como un lujo.

La Universidad de San Carlos de Guatemala queda muy lejos, lo que hace muy difícil que los alumnos puedan asistir a clases cotidianamente, por lo que prefieren pagar universidades privadas que tienen extensiones en Cuilapa, como la Universidad Rafael Landívar o Universidad Mariano Gálvez, las cuales poseen jornadas de fin de semana, o bien la extensión universitaria San Carlita más cercana.

AGUA.

De los mayores problemas que la población visualiza como prioritaria es el de la escasez de agua. La misma aunque no es suficiente, es abundante durante la época de invierno, sin embargo para la época de verano el servicio no es normal, esto obliga a la población a recurrir a métodos de almacenamiento muchas veces inadecuado, ya que se encuentran entre ellos la realización de pozos.

Los pozos son construcciones realizadas en base a excavaciones poco profundas en forma ovalada, en el cual los vecinos juntan agua sin importar su proveniencia. (agua de lluvias ocasionales, agua que baje de las canaletas construidas a un costado de la calle, u otro). Actualmente están siendo estudiadas por el Ministerio de Salud, por tener sospechas de ser una de las fuentes de contagio de la epidemia que afecta a la comunidad (Hepatitis)

Dinámica de la recolección de agua

En la comunidad se carece de instalación intradomiciliar para el abastecimiento del líquido, por lo que la distribución de este, se encuentra instalado por medio de tuberías que atraviesan toda la población y su destino final es el chorro comunal.

Las tuberías por las que reparten el agua están hechas de tubos PVC, aproximadamente de una pulgada, no son subterráneos; por lo que es muy común que la tubería se rompa y el agua no llegue a los chorros.

Dichos chorros se encuentran a una distancia aproximada de 200 metros entre cada uno, en él se abastece un aproximado de 15 familias por cada uno. En su mayoría son mujeres adultas o jóvenes las que se reúnen en el chorro comunal para recolectar el agua. A las niñas es común verlas con cántaros pequeños de aproximadamente 1 litro sobre su cabeza, pudiéndose encontrar así, una reproducción de la desigualdad en los roles de género pues los hijos varones en raras ocasiones salen a recolectar el agua.

Se organizan varios turnos donde cada una de las mujeres tendrá derecho a llenar alrededor de 5 cántaros; al terminar todas con una ronda, empezarán de nuevo en el mismo orden hasta que deje de caer el agua.

Si se acerca una bestia (Caballo, yegua etc..) mientras las mujeres llenan sus cántaros, estas los quitarán rápidamente para que el animal pueda beber el agua hasta saciarse. Es común que cuando éstas bajan de la montaña con la carga, estén condicionadas a la rápida búsqueda de ciertos chorros.

El agua no llega al mismo tiempo en todos los chorros, está sectorizada, cae del que se encuentra en lo más alto, hasta llegar al que se encuentra en lo bajo, lo que demuestra que el sistema carece de tecnología avanzada para dicho fin, pues el agua fluye por gravedad.

El agua llega con un intervalo de 3 días o 4. Es decir una o dos veces por semana, sin embargo no en todos los chorros es así, pues en el cantón Pueblo Nuevo, el agua suele caer todos los días, al igual que en la pila que se encuentra atrás de la iglesia en el cantón El Centro, esto se debe a que hay dos fuentes distintas de distribución de agua.

La comunidad no cuenta con sistema de drenajes, por lo que es común que el agua sucia corra por patios hasta llegar a las orillas de las calles y sigan su curso hasta que se absorbe en la tierra, o bien discurra hasta a uno de los pozos.

El chorro comunal, además de ser un lugar de abastecimiento de líquido, cumple la función de ser un lugar de intercambio de charlas y noticias de la aldea entre las usuarias, que en muchos casos es el único espacio de esparcimiento de las mujeres y jóvenes entre semana. Por esta misma razón los chorros cumplen una función de alejar a las mujeres de su cotidianidad de la dinámica interna del hogar y ayudar a la comunicación de las pobladoras. El pago anual de agua (Electricidad para mover el pozo que abastece los chorros comunales) es de Q.140



Imagen 3
Fuente: Archivo de la autora

MUJERES RECOLECTANDO AGUA

Pozo mecánico de distribución de agua

Las personas de la comunidad al preguntárseles sobre la situación del agua, no tardan en hacer gran cantidad de comentarios sobre su sufrimiento en la recolección del líquido.

Al inicio de campaña del actual alcalde de Nueva Santa Rosa, Fernando Sánchez, había ofrecido la construcción de un sistema mecánico de distribución de agua. Esa idea estuvo olvidada por mucho tiempo, sin embargo a inicios del año pasado la alcaldía municipal y los representantes de la Comunidad Agrícola Xinca, empezaron a gestionar los fondos para dicha construcción.

La construcción del pozo mecánico fue licitada por medio del sistema Guatecompras y a inicios de octubre, las excavaciones realizadas por la empresa Daho Pozos empezaron.

Para el 10 de enero de 2006, la etapa de construcción del pozo estaba concluida, quedó pendiente el sistema de distribución. Para encontrar agua se había pensado excavar alrededor de 1,100 a 1,200 metros, sin embargo fue necesario excavar hasta los 1,500 metros para llegar al manto friático en la comunidad.

Con la perforación del pozo la primera fase está concluida; aún falta la bomba y el sistema de distribución hacia el interior de las viviendas. Lo que nunca fue mencionado es la instalación de tuberías para el drenaje de aguas servidas, lo cual después de un tiempo será necesario en la comunidad.

COMUNICACIONES Y ELECTRICIDAD

La electricidad tiene más de cinco años de estar funcionando en la aldea, la empresa que presta el servicio es DEORSA (Distribución del Servicio Eléctrico de Oriente, Sociedad Anónima). Constantemente se escucha quejas de los pobladores sobre el alto costo de este servicio.

El alumbrado público abarca casi toda la aldea, siendo pocas las calles y callejones que no cuentan con este servicio.

La mayoría de casas cuenta con no más de cuatro focos, una televisión y un radio. La tenencia de otros aparatos eléctricos estará determinada por los ingresos económicos de las familias y en otros casos, por el hecho de contar con un familiar cercano que se encuentre residiendo en los Estados Unidos de Norteamérica.

No existe el servicio de teléfonos de línea en la aldea (se carece de teléfonos comunitarios). Algunas casas cuentan con línea celular residencial de la compañía “TELGUA”.

El servicio celular únicamente lo domina COMCEL, pues las otras compañías, incluso TELGUA con su filial PCS, tienen muy débil la señal en el cerro, o no tienen señal, como es el caso de TELEFONICA, la cual no cuenta con señal sino hasta Barberena.

Las emisoras de radio se oyen con claridad en su mayoría. La comunidad carece de medios radiales comunales, siendo la emisora comunitaria más cercana “la Nueva”, cuya señal proviene de Nueva Santa Rosa y sólo se escucha en lugares específicos de la comunidad.

Otro medio de comunicación que no sea radio, televisión ó telefonía celular no ingresan a la comunidad, siendo los medios escritos, internet y otros, inexistentes en el lugar.

SEGURIDAD

En la aldea no se cuenta con servicio de seguridad pública, el patrullaje se da en pocas ocasiones desde la cabecera municipal (Policía Nacional Civil).

La aldea a pesar de la mala fama que los pobladores de Nueva Santa Rosa le han creado, es un lugar tranquilo y no presenta altos índices de criminalidad, sin embargo según opiniones de los pobladores, algunos años atrás hubo una limpieza social.

Los pobladores mencionan que los encargados de llevar a cabo esta limpieza, persiguieron criminales que asaltaban en los caminos, estos aparecieron muertos en la aldea. Los cuerpos que encontraron fueron encontrados con señales de tortura, incluso el último en morir lo doblaron y metieron dentro de un costal con todos los orificios cosidos. Tras este episodio las personas que aún seguían vivos y eran parte de dicha organización huyeron, sin que hasta el momento se hayan acercado nuevamente a la aldea.

2.3.3 Tierra, economía y comercio.

La economía del lugar se basa en el cultivo del café. La mayoría de comuneros son propietarios de por lo menos alguna parcela de tierra, siendo su producto estratégico el café, el cual está destinado a la venta y en una reducida cantidad, para el consumo.

La tierra en la comunidad se basa en tenencia común, figura legal que persiste desde la época de la colonia. Actualmente el ente que se hace cargo legalmente de la administración de dichas tierras es la Cooperativa Agrícola Xinca de Jumaytepeque. En la actualidad pelean los linderos con el dueño de una finca vecina, que aún se encuentra en procesos legales. La información sobre la aldea es escasa, sin embargo dentro de los datos encontrados, se puede observar que el despojo de las tierras comunales se ha convertido en una constante.

Los otros cultivos del lugar únicamente son de subsistencia, encontrándose la siembra de maíz, frijol, ayote, árboles frutales, pacayas, jocotes y otros.

La cosecha de café inicia en el mes de octubre ó noviembre, empezando a madurar primero las semillas que se encuentran en las faldas del cerro, las últimas en madurar son las que se encuentran ubicadas en las partes más altas del mismo.

En los procesos relativos a la siembra y cosecha del café intervienen toda una serie de actores, que crean una serie de relaciones comerciales injustas alrededor de estas etapas.

Durante la época anterior a la cosecha, se hace necesaria la fertilización de las plantas del café, sin embargo pocas personas son las que pueden pagar el costo de los fertilizantes, por lo que se crean dos escenarios diferentes.

El primero y más sencillo es que no se fertiliza. Esta acción dará como resultado en muchas ocasiones mala calidad y menor cantidad del grano, lo que significa menor cantidad de ganancias.

Por otro lado se encuentra la opción de la fertilización, pero para una persona que por algún motivo no cuenta con el dinero necesario para la compra, se activan negocios de usurería, los cuales dan cierta cantidad de dinero o fertilizante, bajo promesa de una contra entrega del grano cuando llegue la época de la cosecha. (Se desconocen datos de los intereses cobrados).

Esto condiciona a los habitantes, pues como forma de subsistencia y mantenimiento en la calidad de sus plantas, se adhieren a la opción antes descrita, endeudándose de antemano, sin tomar en cuenta factores externos que pueden incidir en la mala cosecha del café, tales como el clima, caída de los precios internacionales y otros (ganancias inestables). En la comunidad el año pasado sufrieron el daño de muchas de las plantas a causa del huracán Stan. Las condiciones inseguras y el hecho de contar con una cosecha al año únicamente, constituyen un factor esencial en la migración de jóvenes y adultos, ya sea interna como externa.

Durante la época de la cosecha, suelen surgir muchos negocios de compra de café. En la comunidad el precio dado por quintal varía de 2 a 7 quetzales del otorgado por negocios de la cabecera municipal o de Santa Rosa de Lima, en donde se encuentran los beneficios que son proveídos por los granos de Jumaytepeque.

Durante esta etapa es costumbre contratar mozos, que en su mayoría no vengan de lejos y que sean de la misma comunidad ó bien de sus aldeas. Este es un mecanismo de control para manejar y conocer mejor a los trabajadores.

El pago a un mozo por un quintal de café está valorado entre Q.25.00 y Q.30.00, mientras que la compra del quintal de café en buenas condiciones (semilla de color rojizo y parejo, sin hojas), está a un máximo de Q128.00, si se comercia fuera de la comunidad o del municipio, teniendo que viajar hasta un beneficio de café en Santa Rosa de Lima. El precio mínimo se encuentra en la comunidad con Q.115.00¹.

La época de migración de las personas, inicia con el final del corte (finales de enero, principios de febrero) y volverán a inicios de la siguiente cosecha (noviembre) cuando no se trata de migración externa.

¹ Todos los datos de precios y costos anteriores se aplican al mes de diciembre del año 2005.

Existen dos tipos de migrantes, el interno y el externo; para el migrante interno se le podría definir un perfil básico¹, el cual está basado en las características comunes encontradas dentro de las referencias proporcionadas:

En hombres:

- Hombres jóvenes o adultos, sin otro ingreso más que el generado por la venta de café.
- Hombres sin tierra (jóvenes que aún no cuentan con tierra propia)
- Con estudios mínimos (primaria o básicos)
- Buscan un empleo que sea flexible en la posibilidad de regresar a sus casas en época de cosecha (albañil, carpintero, guardias de seguridad ó empleos informales)
- Tienen familia en la comunidad

En mujeres:

- Madres solteras
- Madres abandonadas/viudas
- Solteras no comprometidas (por lo tanto jóvenes)
- Se emplean como empleadas domésticas en casas de la ciudad capital
- En raras ocasiones buscan la maquila pues eso no les permite regresar a la comunidad para la cosecha.
- Único sostén de la familia

Para migración externa no se puede hablar de un perfil ni diferencias en cuanto a género, sin embargo sí hay muchas personas que han migrado hacia los Estados Unidos en busca de empleo. Únicamente se encontró un caso de migración externa por estudios. Este migrante se encuentra en Rusia.

La diferencia entre la migración a los Estados Unidos Americanos y el caso de migración a Rusia, es la legalidad y el fin de la migración.

Un viaje ha los Estados Unidos puede costar alrededor de Q.40,000.00. La mayoría de migrantes han viajado hacia Barberena para encontrarse con “el coyote” que los guiará. Salen viajes con lapsos de un mes y los anuncios se pueden ver pegados en los diversos postes que se encuentran dentro de las cuadras que ocupa el mercado de Barberena

El trabajo cerca de casa y bien remunerado es casi imposible para los jumayos, pues existe una fuerte discriminación hacia los habitantes de la aldea por parte de los habitantes de Nueva Santa Rosa, que en algunas ocasiones les obliga a negar su origen.

La discriminación de la que son víctimas los habitantes de Jumaytepeque, son prejuicios infundados por parte de los habitantes de Nueva Santa Rosa. En muchas ocasiones las personas recomendaban no ir, hacían gestos de desprecio ó bien se asustaban cuando se comentaba que se trabajaría en Jumaytepeque, dando consejos, desanimando a ir o alertando de una situación de gran violencia y delitos. Sin embargo cuando a estas personas

¹ El anterior perfil mencionado, se hizo en base a las similitudes encontradas en las charlas informales que se sostuvieron con los habitantes de la comunidad desde mi primera llegada en el mes de febrero de 2005, hasta la estadía en la población en los meses de noviembre y diciembre, relativas a la migración en la población.

se les preguntaba si conocían el área, nadie había subido nunca a la aldea y no tenía intención de hacerlo nunca.

Al parecer, durante algún tiempo en la carretera que conduce a Jumaytepeque, un grupo de hombres emboscaban a carros y camionetas, con el fin de asaltarlos e incluso a las personas del lugar las asaltaban en los caminos y veredas de la aldea. Estas acciones trajeron como consecuencia que camiones repartidores y otras personas dedicadas al comercio hayan dejado de acudir, lo que arrastró consecuencias graves para los comerciantes del poblado.

Al no subir vendedores, las personas que se dedican a la venta de productos, sobre todo las tiendas, deben bajar a hacer compras para surtir sus comercios.

La Terminal de la zona 4 es el lugar elegido por la mayoría, teniendo que poner las cargas en las camionetas que salen por la tarde de la ciudad hacia la aldea, la carga suele ser muy variada pudiéndose encontrar desde envases, plásticos, zapatos, bolsas de golosinas y alimentos.

Si la compra no es mucha, la gente prefiere ir a Barberena o Cuilapa, donde los comuneros suelen hacer sus compras regularmente. A estos mercados, también bajan para vender su producción de temporada, sean pacayas, jocotes u otros cultivos.

A Nueva Santa Rosa irán a comprar únicamente si fuese necesario. En la localidad municipal se encuentra un mercado, que el día domingo es el de mayor venta. Ese día aprovechan a comprar aquellas personas que bajan por alguna diligencia.

La época de cosecha en la comunidad, trae consigo abundancia económica, razón por la que en los meses de cosecha, se ha podido observar el surgimiento de nuevos negocios, ya sean estos de tipo formal (una academia de mecanografía) o informal (nuevas tiendas, carretas de papas y pollo frito, otros). El carácter de dichos negocios sobre todo los informales, es de tipo temporal, pues al terminar la época de la cosecha los negocios tienden a desaparecer hasta el siguiente ciclo de cosechas.

Es entonces la época de corte un activador económico en la aldea (fue evidente durante la feria titular y que es una condición necesaria para la realización de la misma). Esta época coincide con el tiempo que los pobladores tienen más recursos económicos que en otra. En estos meses se hacen la mayoría de pagos de impuestos a la Comunidad Agrícola Xinca, como lo es el pago del impuesto del agua y el uso de la tierra.

El demostrar cuanto gastan, ya sea en estrenos de ropa, en la compra de armas y municiones (que suelen tirar al aire por las noches), en la compra de nuevas bestias o automóviles, les crea un estatus durante esta etapa.

2.3.4 Religión

Durante el tiempo que se estuvo en la aldea, se pudo observar que la población se mantiene constantemente en festividades religiosas, habiendo alrededor de una y en ocasiones hasta dos cofradías por mes. El patrón de la aldea es San Francisco de Asís, el cual tiene dos celebraciones la primera en octubre y la segunda en noviembre (22, 23, 24 y 25), cuando se celebra la feria.

Es importante mencionar la existencia de alrededor de 13 cofradías, siendo ellas:

- 15 de enero- Hermandad de Esquipulas
- 20 de enero- San Sebastián
- 19-21 de febrero- San Antonio
- 19 de marzo- San José
- Feria y Cofradía de Semana Santa (fecha de acuerdo con la celebración de la Semana Santa)
- 20 de abril- San Isidro
- Junio o variable- Sagrado Corazón de Jesús.
- 17 julio- Virgen Carmelita
- 14 de agosto- Jesús Sacramentado
- 15 de agosto- Virgen del Tránsito
- 17 de septiembre- Cinco Llagas de San Francisco
- 4-6 de octubre- Muerte de San Francisco de Asís
- 23-26 de noviembre- Romería a San Francisco de Asís (feria titular)
- 24-25 de diciembre- Niño Dios

En la aldea existe una iglesia católica, que como en la mayoría de las iglesias del país se encuentra en el centro del poblado, en un lugar que es divisible casi desde todos los puntos de la aldea. La casa parroquial es la única casa que cuenta con tubería pública intradomiciliar para agua

Los habitantes estuvieron alrededor de 70 años sin un párroco propio, teniendo que buscar sacerdotes en las comunidades vecinas para sus necesidades espirituales.

En octubre de 2004, la Diócesis encargada nombra párroco al actual sacerdote de la comunidad, que provocó cambios en la cotidianeidad de los habitantes, respecto a lo religioso. En ese entonces, la sede de la iglesia de Jumaytepeque se convierte en vicaría¹.

La mayoría de la población profesa la religión católica, encontrándose también la presencia de una célula carismática.

El nuevo sacerdote ha tratado de hacer cambios en las dinámicas de las personas, lo que no ha sido tomado a bien por todos los pobladores y ha creado conflictos internos entre diversos grupos. Constantemente les repite que ellos no son xincas, lo que se evidencia en

¹ Zona pastoral.

algunas personas al preguntarles sobre el sentimiento de identidad, pues repiten el mismo discurso.

Los fieles deben de realizar labores no remuneradas encontrándose entre ellos, reparaciones (hombres) o ventas destinadas a reunir fondos (mujeres) para el mejoramiento de la iglesia y el Calvario. (rifas, preparación y venta de alimentos)

Ha impuesto libros de caja a las diferentes cofradías de la aldea, acción que se ha visto con desagrado por los miembros de algunas cofradías, pues el dinero que sobre de las celebraciones deberá pasar a los fondos de la iglesia; pudiendo crear una falsificación de datos en los apuntes de los libros contables.

Dentro de lo positivo que debe de reconocérsele al sacerdote es que en las misas, insiste en la educación de los niños de la comunidad así como en la igualdad de oportunidad de estudio para hombres y para mujeres así como la invitación a los padres a terminar la primaria con los programas de CONALFA (Comité Nacional de Alfabetización). Se ha de mencionar que el padre en la actualidad tiene mucho poder de convocatoria.

En cuanto a las iglesias evangélicas, únicamente se encuentran en la localidad tres, de las cuales es muy probable que haya cerrado una en el fin de año. La cantidad de población que asiste a estos templos es muy reducida.

Dentro de las acciones positivas de una de las iglesias evangélicas, es haber organizado trabajo comunitario pro-mejoramiento de uno de los cantones, sin que la pertenencia a la católica ó evangélica fuera una condicionante ni problema.

2.3.5 Representación social de la identidad, pertenencia xinca y organización.

En la actualidad la identidad xinca en la aldea se encuentra en un proceso de reestructuración. Esta va encaminada hacia la autodeterminación del pueblo xinca.

Muchos de los líderes y detractores de la identidad xinca dentro de la comunidad, intentan entenderla únicamente desde marcadores culturales, los cuales están en desuso, como podría ser la vestimenta, el idioma, y otros, sin tomar en cuenta diversos factores que pueden reforzarse para la reestructuración de su identidad como lo es la pertenencia de la tierra.

Actualmente hay un proyecto para recuperar el idioma, sin embargo no se ve claro el panorama pues muchas personas se niegan a aprenderlo y que en muchos casos, no les ven utilidad.

Gran parte de los ancianos entrevistados, al preguntárseles si estos se consideraban xincas, respondieron afirmativamente, aduciendo que si sus abuelos habían sido de esas tierras y eran xincas, por lo tanto ellos se sentían como xincas.

En la mayoría de los casos, los ancianos recuerdan a sus abuelos hablando un idioma que ellos ya no comprendían. Según sus anécdotas, los ancianos de esa época utilizaban el idioma para hablar entre ellos, insultarse o bromear, pero ya los entrevistados entendían poco o no entendían.

El programa de recuperación de la cultura xinca en la comunidad se ha basado en aspectos “folkloristas”, que poco interesan a los habitantes y han descuidado, según las versiones de los habitantes, la organización transparente para impulsar su proyecto. Los encargados de llevar ese programa a cabo son los miembros de la presidencia de la Comunidad Agrícola Xinca de Jumaytepeque, organizados en el Parlamento Xinca. Estos individuos, según los estatutos deben de representar a la comunidad, impulsar proyectos de desarrollo y hacer los trámites en lo referente a las tierras comunales.

Para los diversos pobladores con los que se tuvo acercamientos, los representantes de esta organización están marcados por acciones corruptas, además de no haber cedido el espacio de asamblea para elegir a una nueva junta directiva desde hace más de un año, según reglamenta el artículo 11 de los estatutos de la comunidad, ni de publicar los gastos según consta en el artículo 18 del mismo documento. (Para mediados de 2006, ya se había llevado a cabo la constitución del nuevo grupo representante)

Sin embargo uno de los proyectos más grandes que han logrado impulsar, es el de la perforación del pozo de agua, en conjunto con el Fondo de Inversión Social (FIS) y la Municipalidad de Nueva Santa Rosa. Otro de los proyectos que está en planes, es el de asfaltar el camino que conduce desde la cabecera municipal, hasta el núcleo de la aldea. Estos proyectos han sido posible por la ayuda mutua de los líderes de la comunidad Agrícola Xinca, junto a la municipalidad de Nueva Santa Rosa.

En relación al sentimiento de identidad de los niños y jóvenes, varios de los niños con los que se sostuvieron pláticas, afirmaron ser xincas.

Ellos han tenido un acercamiento a su historia desde la escuela u otros espacios que ha formado el sentido de pertenencia hacia ese pueblo. También hay que tomar en cuenta que por el hecho de estar en una etapa de formación identitaria, están en un período frágil, ya que no existe un programa fijo de concientización para despertar la pertenencia del individuo hacia su comunidad.

Los adultos mayores carecen en su mayoría de un sentido de identidad xinca. No creen en el proyecto que impulsa la autodeterminación y por lo tanto no lo apoyan. Los adultos que se encuentran entre los veinticinco y los cuarenta y cinco o cincuenta años son las personas mas anuentes a autodenominarse como xincas, surge así una brecha entre adultos de la tercera edad y niños, en relación al sentimiento de identidad y pertenencia al pueblo xinca.

CAPÍTULO III

3. ANTROPOLOGÍA MÉDICA, SALUD, ENFERMEDAD Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD.

3.1 Antropología médica y corriente latinoamericana.

Thomas Barfiel menciona que la antropología médica se dedica al estudio de los problemas de salud y los sistemas de curación de los que las sociedades hacen uso. Puede dedicarse tanto a la investigación básica como a la aplicada. (Barfield: 2000;61). En una comparación hecha por la antropóloga María Teresa Mosquera sobre el desarrollo de la antropología en los continentes americano y europeo, ubica que en el continente europeo el campo de investigación ha sido abarcado y desarrollado en su mayor parte por médicos, siendo pocos los folcloristas, haciendo una base importante para el estudio de dicha disciplina. En América el tema se ha desarrollado desde su inicio por científicos sociales no por médicos ni folcloristas. (Mosquera: 2000;12)

Barfield menciona que dentro de la antropología médica, existe diversidad de enfoques. *“La antropología médica no se caracteriza por un paradigma teórico único... La descripción etnográfica y el análisis de la religión y los sistemas curativos son tan antiguos como la antropología misma, mientras nuevos enfoques como la antropología médica crítica, son producto de tendencias intelectuales más recientes”* (Barfield:2000;62) Estos enfoques los divide en etnomédicos, biomédicos, ecológicos, críticos y aplicados. (Cf.Barfield)

Para el caso de Latinoamérica, en los últimos años ha surgido una propuesta denominada “La Escuela de Menéndez”, en el cual se hace necesario el análisis del fenómeno, entendiendo el contexto a partir del análisis histórico. Esta se encuentra representada por Eduardo Menéndez, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y el Centro de Educación Sanitaria de la Universidad de Perugia, Italia. (Mosquera:2000;5)

En el caso de Guatemala, el enfoque de las investigaciones ha sido variado. Mosquera, en su artículo “Dos formas de hacer Antropología de la Medicina: Europa y América” hace una pequeña revisión de instituciones que se han dedicado a estudios centrados en la antropología médica en Guatemala en donde ubica a INCAP (Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá), con estudios relativos a nutrición, alimentación, fortificación de alimentos y otros. Así mismo Organizaciones No Gubernamentales como Mother Care Guatemala, quienes abarcan estudios sobre comadronas, plantas medicinales y medicina tradicional. La Universidad de San Carlos por medio del Centro de Estudios Folclóricos (CEFOL) y de más reciente incorporación en investigaciones bajo la línea de la antropología médica, como lo es el CEUR (Centro de Estudios Urbanos y Regionales) y el IDEI (Instituto de Estudios Interétnicos).

En la actualidad el número de investigaciones enmarcadas en la antropología médica han crecido, sobre todo aquellas realizadas por las Organizaciones No Gubernamentales

(ASECSA, Pies de Occidente y otras), siendo pocas, más no inexistentes las realizadas desde la Academia. En el caso del CEFOL, la antropóloga Elva Marina Villatoro realizó gran cantidad de trabajos, sin embargo dichos trabajos se encuentran enfocados en la etnomedicina y en los otros casos, la investigación casi en su totalidad se ha enfocado en lo que en esta investigación se denomina como Modelo Médico Alternativo Subordinado, se carece de estudios sobre la autoatención a nivel nacional.

3.2 Salud y enfermedad, condición de colectivos y no individual:

Para la biomedicina, *“la salud opera en oposición a la enfermedad”* (Flores;200:41) el cual se ha focalizado en el tratamiento de la enfermedad y cuidado de la salud (cf. Flores) Desde la concepción teórica biomédica, el concepto de salud más incluyente es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el cual la salud la define como *“El completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Rogel:2005:1), este es el concepto que desde la OMS se ha manejado, sin embargo dentro de la práctica común de la biomedicina se obvia regularmente la relación individuo/sociedad ante los cambios entre los diferentes estados de salud y enfermedad.

Para la antropología, los conceptos de salud y enfermedad traen implícitos elementos socioculturales, que condicionan el comportamiento del ser humano y la forma en que nos relacionamos, es por eso que la enfermedad no se puede entenderse separada de la salud, siendo esto un proceso holístico. *“Como primer punto es necesario entender y esclarecer el proceso de salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a). Los conglomerados humanos en un momento determinado de sus vidas deben enfrentarse a enfermedades, padecimientos y demás daños a la salud, ya que éstos son frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables porque afectan su cotidianidad. El proceso s/e/a es el patrón universal de respuesta ante la presencia de factores que alteran la salud, en donde se constituye una colectividad subjetiva, en la cual un individuo desde su nacimiento se constituye e instituye en dicho proceso. Es necesario entender que este proceso colectivo implica la existencia de una red de relaciones que explica la intensidad del cambio y que incluye el proceso de automedicación y una construcción histórico social”* (Mosquera: 2000;5)

Por el mismo motivo para los colectivos, el equilibrio es esencial para el mantenimiento del estado de bienestar, este debe ser desde aspectos físicos, emocionales, sociales y todos aquellos que afecten el contexto de una persona y sus relaciones. En esta concepción se encuentra implícito un equilibrio entre el bien y el mal, entre lo que es y no es aceptado, entre mantenerse dentro de ciertas normas o transgredirlas por lo que el equilibrio es parte fundamental para mantener el estado de salud y romperlo o alterarlo puede tener como consecuencia la enfermedad. Es por eso que la enfermedad se dice que es una construcción social y colectiva y no un hecho individual, pues influye en los contextos económicos y socioculturales en los que se encuentra el individuo.

La salud, la enfermedad y su proceso, están relacionadas en todas las culturas íntimamente con el aspecto religioso y espiritual; por lo tanto no se puede entender ese proceso fuera de la cultura local. En éste se darán las bases de cómo el equilibrio es primordial para el

mantenimiento de la salud. A este respecto María Cristina Manca define la relación religión/salud: *“El sentido de la enfermedad y de su tratamiento está relacionado con la idea de un universo equilibrado, donde constantemente se dan relaciones duales entre los seres humanos y la naturaleza, mediada por seres sobrenaturales. El hombre tiene que respetar sus “reglas”, venerar a divinidades y espíritus; los “errores” y “olvidos” se sancionan naturalmente con enfermedades.”* (Freyermuth y Manca; 2002:36)

Para las culturas indígenas guatemaltecas (como en el resto de América), la concepción de salud es entendida como la armonía entre los factores físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, relacionados al mismo tiempo con los factores naturales en los cuales se desarrolla el ser humano.

Para el caso de Guatemala, la Asociación de Servicios Comunitarios (ASECSA), ha realizado una serie de investigaciones con población de origen indígena maya. Dentro de dicha investigación, uno de los hallazgos es el haber encontrado la definición popular de los estados de salud y enfermedad. La salud es vista como un equilibrio en todos los aspectos de la vida de un individuo, tomando en cuenta tanto lo individual como lo colectivo.

La antropología social y específicamente la antropología médica, a través de numerosas investigaciones, han planteado y puesto en discusión la idea de la salud y enfermedad como procesos humanos que son resultado de la construcción colectiva.

Las enfermedades estarán entrelazadas con las formas de representación social del individuo y la comunidad, pues si bien un individuo en el proceso de la enfermedad puede presentar signos o síntomas, no es sino por la legitimización del grupo, que se acepta o no la condición del individuo al presentarse las primeras características de transición en los procesos de salud/enfermedad, es así como desde el colectivo la enfermedad y la salud se reconstruirá y legitimizará, según Josep Comelles.

María Cristina Manca dice que *“No solamente es el enfermo, sino que todo su grupo familiar y/o social es responsable del desequilibrio/padecimiento, razón por la cual todos se convierten en sujetos activos para restablecer el equilibrio/salud”* (Freyermuth y Manca; 2002:36) con la cual desarrollan técnicas, tratamientos y terapias, encargados de recuperar la salud en las distintas enfermedades.

Para José Luis Albizú, la enfermedad deberá de transcurrir desde cuatro niveles diferentes pero complementarios, por lo que se desarrollarán desde:

- *El nivel físico*, como los cambios en términos de signos y síntomas en el organismo, aunque culturalmente pueden ser interpretados en forma distinta.
- *El nivel social*, el cual responde a la representación social de la enfermedad.
- *El nivel psíquico*, que responde a la representación individual de la enfermedad, sin embargo este ideario está construido desde lo social
- *Desde lo cultural*, que representa el sistema de significados culturales, del cual hace uso un grupo específico y que trasciende y relaciona a los anteriores. (Alvizú:2002 b:12)

3.3 Modelos de atención frente a la enfermedad:

Ante el caso de un cambio o desequilibrio, en el cual se tenga como consecuencia el apareamiento de un malestar, enfermedad o daño, la persona empezará a reconocer ciertos síntomas por lo cual tendrá que tomar decisiones de las formas en cómo será atendido.

Tanto en el caso que sea un adulto como un infante, se activarán ciertos mecanismos de ayuda que empezarán en casa y si no funcionaran podrían asistir a otros espacios para la curación. El camino que el enfermo seguirá desde que el reconoce cambios hasta su total curación y en algunos casos muerte, se le denominará “carrera del enfermo”. Toda carrera del enfermo pasará por mecanismos de atención, a los cuales aquí se les denomina “modelos de atención” en busca de ayuda frente a los procesos de salud/enfermedad.

María Cristina Manca se refiere a la carrera del enfermo de la siguiente forma: *“La enfermedad se origina en casa, y allí también se da el primer nivel de atención médica; solamente después cuando la medicina casera no logra los resultados esperados, el enfermo empezará un largo recorrido: curandero, farmacia, centro de salud, médico particular. El orden del tortuoso camino para recuperar la salud no es necesariamente el mismo para todos y la elección de uno u otro terapeuta dependerá en primer lugar de la enfermedad que padece el enfermo y en segundo, de sus posibilidades económicas”* (Freyermuth y Manca;2002:40)

Los modelos de atención en procesos de salud/enfermedad, diversos autores los reconocen como formas de entender un conglomerado de conocimientos, los cuales se articulan ya que comparten lógicas, representaciones, nociones, ideologías y prácticas. Están representados en actores y escenarios sociales.

Los modelos serán consecuencia de procesos en el contexto histórico, político económico e ideológico; haciendo de estos procesos una red compleja de significaciones a nivel local, regional, nacional e internacional. Es así como en algunas ocasiones se tendrán similitudes y/o divergencias.

Para dicho tema varios autores tales como Haro Encinas, Eduardo Menéndez, Carlos Zolla, Arturo Kleinmann y otros, han desarrollado la descripción y análisis de dichos modelos, interpretación que se ha usado en los actuales trabajos que se desarrollan bajo línea denominada como antropología médica.

Eduardo Menéndez afirma que por **modelo**, se entiende a *“aquel instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a determinados rasgos estructurales, y cuyo valor es prácticamente heurístico”* (Menéndez, 1990:84), partiendo del concepto anterior, define como **modelo médico**, a las diferentes construcciones que *“a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la consideración de no sólo la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas, incluidos los curadores, sino también de la participación de todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”* (Menéndez;1990: 85)

Los conceptos antes mencionados para Menéndez deben de manejarse desde un alto nivel de abstracción, ya que son construcciones metodológicas, y solo actúan como referencias teóricas ante los diversos escenarios, pues habrá condicionantes tales como procesos históricos, políticos y otros, que desarrollarán una especificidad en cada una de las situaciones. (Ibid)

Los modelos de atención se encontrarán conceptualizados de diversas formas, en los que también se pueden encontrar, sistemas de atención, procesos asistenciales y otros.

Para Josep Comelles “Los sistemas de atención de la salud, designa al conjunto de prácticas y concepciones existentes en un grupo o área determinado. Puede coincidir con los límites de un sistema médico ó albergar varios de estos sistemas” (Comelles y Martinez; 1993:87).

Rosa María Orozco retoma a Arturo Kleinman para afirmar que, los sistemas de atención en salud, tienden a ser sistemas simbólicos, construidos por significados, valores y normas de conducta, y que articulan creencias en cuanto a la causalidad de las enfermedades, los cuales marcarán patrones de conducta similar ante la experiencia de la enfermedad, por lo que también para este autor, los sistemas únicamente deben ser entendidos como construcciones metodológicas para que se pueda analizar las relaciones desde un nivel institucional, comunitario familiar e individual (Osorio:2001:22).

Eduardo Menéndez identifica tres niveles, a los cuales le denomina modelos de atención en los procesos de salud/enfermedad. Esta división la ubica dentro de una dualidad complementaria de hegemonía/subordinación, que interviene desde los campos políticos, ideológico, económico y prácticos (Mosquera:2000;6). Los divide en Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención, a los que caracteriza de la siguiente manera:

3.3.1 Modelo Médico Hegemónico:

Afirma que el uso del término hegemonía no se debe de entender como término para exclusión sino como una contraparte de la subalternidad, ya que todos los modelos no son antagónicos sino complementarios dentro de un mismo concepto. En este modelo, se encontrarían aglutinadas, todas aquellas personas formadas dentro de la visión biomédica.

El Modelo Médico Hegemónico, supone la existencia de tres submodelos: El individual privado, el médico corporativo público, y el corporativo privado, estos comparten rasgos estructurales comunes, en los cuales Menéndez visualiza constantes tales como:

“Biologismo, concepción teórica evolucionista/positivista, ahistoricidad, asocialidad, individulismo, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión, concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado. El paciente como responsable de su enfermedad, Inducción a la

participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, prevención no estructural, no legitimización científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumismo médico, predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, tendencia hacia la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica”. (Menéndez; 1990:87)

3.3.2 Modelo Médico Alternativo Subordinado:

En este se incluyen todas aquellas prácticas denominadas tradicionales¹, las cuales reconoce que son influencias del pasado, pero también son derivaciones o emergentes del modelo antes descrito. En el se encontrarían a los curanderos con todas sus derivaciones, prácticas espiritistas y otras derivadas del MMH² y otros. Estos representan una alternativa u opción al uso de la medicina institucional, los que el MMH subordina desde lo ideológico y la práctica. Sus caracteres básicos, el autor los ha definido como:

“ Concepción globalizadora de los padecimientos, eficacia simbólica y socialidad como condicionantes para la eficacia, tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimización comunal y/o grupal de las actividades curativas, Identificación con determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión del saber y prácticas curativas, reciente tendencia a la mercantilización” (Menéndez; 1990:87)

3.3.3 Modelo de Autoatención:

En este modelo, se encuentran todas aquellas estrategias y procesos básicos implementados en el interior de los hogares para la prevención, cuidados y/o curación de las enfermedades, malestares o daños. Menéndez identifica que estas son llevadas a cabo dentro del grupo doméstico y no interviene directamente ningún curador profesional, las cuales pueden llevar a acciones complejas o bien acciones conscientes de no hacer nada que tienen como fin único la cura. Es estructural a toda sociedad y se convierte en el “primer nivel real de atención” de el individuo enfermo. Sus caracteres básicos según el autor son los siguientes:

“Eficacia Pragmática, concepción de la salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, Estructuración de una participación simétrica y homogenizante, legitimidad comunal y grupal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médica, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación directa de los otros modelos 2. (Menéndez;1990:87)

¹ Eduardo Menéndez no comparte el término tradicionales, por lo que les denomina alternativo Subordinados por reflejar de mejor forma su situación política e histórica de dominación/dominados.

² MMH: Modelo Médico Hegemónico

MMAS: modelo medico Alternativo Subordinado

AA:Modelo de Atoatención

Otro de los teóricos que ha analizado los diferentes planos en los que una enfermedad, malestar o daño es tratado, es Arturo Kleinman¹ y que los denomina como sistemas de salud. Rosa María Osorio, hace una abstracción de las ideas de Kleinman en relación a los sistemas de salud, en el cual indica que el autor le da importancia a lo simbólico dentro de los sistemas de salud, pues para el autor, es desde allí donde parten las respuestas sociales ante la enfermedad, los cuales funcionan a través de las relaciones del individuo y su contexto. Kleinman los divide como sectores de cuidado de la salud, siendo estos:

- El Sector Profesional.
- El Sector Folk.
- El Sector Popular

En el **Sector Profesional**, se encontrarían todos aquellos practicantes de la biomedicina, en este sector se ubica a los curadores legitimados por el Estado. El grado de legitimación de dicha medicina, es la causa por la que aparece como dominante ante las sociedades occidentales. Para el autor, existe una circulación constante de los conocimientos desde este sector hacia los otros ó viceversa, por lo que el mecanismo en donde se internalizan cambios en la medicina profesional tras ser introducidas en las sociedades no occidentales. A este proceso le llama “Indigenización”, así mismo el mecanismo inverso en donde aspectos del cuidado profesional son alterados y difundidos después de que entran en el sector popular de la salud, se le denomina “Proceso de popularización”.

En el **Sector Folk**, se incluye a los terapeutas especializados y no organizados profesionalmente, a los cuales Osorio les denomina nativos. Sin embargo también existe dentro de dichos sectores el denominado **Sector Popular**, en donde se reconoce que se generan la mayor cantidad de diagnósticos, atención y curación de las enfermedades. Osorio afirma que para Kleinman, este sector es identificado como “Una matriz que vincula a los otros sectores de cuidado a la salud” y que será dentro de este espacio, en el que se producirán ciertas traducciones “de idiomas culturales, modificaciones de rol en cuanto a como la enfermedad es interpretada, clasificada y atendida”.

El médico e investigador mexicano Carlos Zolla, reconoce también una división de tres sistemas de atención frente a la salud y la enfermedad, los cuales los divide en:

- A) Medicina Académica
- B) Medicina Tradicional
- C) Medicina Doméstica.

(Zolla; 1996)

Esta división comparte semejanzas teóricas/explicativas con las ideas de los autores antes mencionados, cambiando sobre todo el nombre más o el contenido del mismo. Zolla reconoce que estos sistemas muchas veces no funcionan en una forma pura, por lo que

¹ Por carecer de fuente directa del autor, se toma la síntesis que hace Rosa María Osorio en su libro “Atender y entender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos”

cuando se conjugan dos o mas de ellos, emerge lo que el denomina “el sistema mixto de atención en salud”

El investigador mexicano Armando Haro Encinas, quien también se ha dedicado al análisis del funcionamiento de los sistemas o modelos, hace una recopilación de varios autores para trazar la división de los diversos modelos, Haro Encinas integra ideas de diferentes teóricos, en los cuales reconoce que en la asistencia y atención el los procesos de salud/enfermedad, se divide en cuatro ámbitos a los cuales un enfermo puede acudir, siendo estos:

- A) **Atención médica profesional**, el cual constituye el núcleo de los sistemas convencionales de salud, los cuales se dividen en formas individuales, y formas comunitarias (comúnmente otorgadas por el Estado, cumplen las funciones de sanidad pública ó salud pública).
- B) **La medicina alternativa**, en la cual estarían incluidos todos aquellos actores a los cuales se les deslegitima, excluye y subordina de parte de la atención médica profesional, para Haro Encinas aquí es donde “confluyen desde aquellas primitivas y tradicionales, hasta corrientes terapéuticas milenarias u otras más modernas”, al igual que Menéndez propone que son alternativas, por el hecho de estar subordinadas al Modelo Médico Hegemónico.
- C) Por último se encuentran los **cuidados legos ó profanos**. Para el autor, estos cuidados tienen la característica de ser de carácter informal, cabría destacar que el autor, a diferencia de Eduardo Menéndez, quien reconoce como autoatención a todos aquellos procesos que se activan en el domicilio, con la búsqueda del alivio o sanación de los individuos frente a los episodios de enfermedad, malestar o sufrimiento, hace una diferencia entre **autoayuda y autoatención**. La autoayuda, es la activación frente a la enfermedad de redes formales (cuentan con una estructura, con espacios delimitados), tales como los grupos de apoyo, mientras que la autoatención sería la activación de redes informales dentro del ámbito doméstico (se llevan a cabo en la cotidianidad, sin espacios delimitados), la cual únicamente es utilizado frente a cuadros de malestar ó enfermedad.

A todos los cuidados que no necesariamente tienen que estar vinculados con la sanación de una enfermedad o daño, el autor los denomina “**autocuidado**”, este está relacionado con aspectos preventivos o de promoción de la salud. El mismo autor, propone que hay formas híbridas de atención, los cuales tienen origen en alguno de estos sistemas de atención (sobre todo el Modelo Médico Hegemónico), pero que al no pertenecer directamente a uno u otro, se crea una combinación de conocimientos y al mismo tiempo de estos emergen actores que se formarán dentro de lo que él denomina híbrido”.

3.3.4 Autoatención

Eduardo Menéndez conceptualiza a la autoatención como: “la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social de la unidad doméstica familiar”. (Menéndez:1988:176). Para el autor estas actividades, cuando se encuentran inmersas dentro del proceso de salud/enfermedad, pueden integrar acciones como: alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de

las enfermedades, daños o problemas. Para Menéndez el modelo de autoatención es esencial, pues es allí donde los otros modelos se insertarán y será esencial para el funcionamiento de estos.

En este modelo, “*las acciones son llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas a su grupo parental o comunal... supone desde acciones concientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinada complejidad*” (Menéndez en Zolla:1988;15))

Este modelo es llevado a cabo por la propia persona o las personas inmediatas dentro de su grupo parental próximo, no actúa directamente un curador profesional y supone desde acciones “concientes de no hacer nada, pero encaminadas hacia la curación, hasta el uso de equipos altamente tecnificados”. (Menéndez:1988;15)

Para José Luis Albizú, médico español radicado en Guatemala, y quien ha sido de los pocos que ha abordado el tema desde la Instancia Nacional de Salud (INS), el modelo de autoatención o auto cuidado serán todas aquellas actividades relacionadas con la salud que se desarrollan al margen de la medicina profesional y que abarcan la curación, prevención, promoción y rehabilitación a nivel individual, de la unidad familiar y doméstica. Los autocuidados y la autoatención, se refieren no solo a la intervención sobre los padecimientos o la automedicación, sino a los conocimientos y prácticas de las personas no profesionales para abordar la salud en su multidimensionalidad e integralidad”. (Albizú;2003:15)

Menéndez reconoce que a pesar de que el modelo de autoatención opera a través de los microgrupos, la situación socioeconómica política y cultural, también determinarán el tipo, la calidad y eficacia de las actividades realizadas

Para Comelles, el término utilizado para este tipo de cuidados y todos los procesos implícitos es el de “*procesos asistenciales*” que dice: “*la noción de proceso asistencial remitía a un hecho universal; el que en todas las sociedades es posible distinguir prácticas de gestión de crisis, y al hecho constatable, según el cual su observación empírica pone de manifiesto su extrema variabilidad cultural y su condición de particularismo cultural*” (En red: Comelles) y para el autor, aquí es donde se determina, se hacen clasificaciones y se diagnostica, así como se decide el uso de los recursos existentes a utilizar y aprovechar.

Este modelo, tanto para Menéndez como para Haro Encinas y Albizú es estructural a toda sociedad, y supone el primer nivel real de atención, “*este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobretudo socioeconómicas que cumple para las funciones que opera*” (Menéndez:1983;7) En esta atención, no actúa un curador profesional. Estas actividades de la autoatención, se refiere a todos los pasos dados para hallar una solución provisoria o definitiva a los padecimientos, males u otros, que alteren el estado de salud de los componentes de los macrogrupos.

Para Menéndez, esta práctica se consolidó por la apropiación de las clases dominantes de la cuestión de la salud, pues se realizó una apropiación de la salud en términos de mercancía

que se manifiestan en un inicio como práctica de pequeños grupos con atención privada y que luego es ampliada hacia lo público y al requerirse de una forma de sobrevivencia ante la enfermedad de los grupos, se consolida como un modelo y actúa con una autonomía relativa.

La autoatención se estructura a partir de conocimientos desarrollados a partir de los microgrupos y sobre todo los domésticos, sin embargo, se pueden incluir prácticas de los sectores dominantes y en su búsqueda de apropiación de los conocimientos, los cuales se transforman y se convierten en nuevos conocimientos populares, luego de haber sido estos conocimientos “yuxtapuestos” y sintetizados.

Varios de los autores coinciden en que la mayoría de malestares y/o enfermedades y otros, se resuelven como primera medida dentro del grupo doméstico y que únicamente una pequeña proporción acude a otros sectores para ser atendidos: es decir, que la mayoría de personas como primera opción, harán uso de los recursos ya sea físicos, de conocimientos médicos, redes sociales, espirituales y otros. A dichos procesos donde la persona es atendida por curadores no profesionales, se le llamará autoatención.

María Cristina Manca (et. al). Propone que la enfermedad se origina dentro de la casa y es allí donde se da el primer nivel de atención médica, y solamente cuando la medicina proporcionada en el interior del espacio doméstico no funciona, el enfermo asistirá a otras instancias

Como ya se mencionó, el modelo de autoatención no se reduce a los procesos de salud enfermedad, sino son todos aquellos cuidados que están dirigidos a que el grupo familiar subsista. Durante años los autores que se han ocupado del estudio de los temas sobre salud/enfermedad, han estudiado sobre todo el modelo médico alternativo subordinado o los llamados curadores tradicionales, sin embargo el estudio de los cuidados que se dan al interior de un grupo doméstico para evitar o tratar los daños, malestares o enfermedades, ha sido escaso.

Armando Haro Encinas, hace todo un reconocimiento histórico de los términos que han sido utilizados con lo que el denomina como cuidados legos. Presenta un listado de los autores y el término que cada uno de ellos ha utilizado para denominar a lo que aquí se nombra como autoatención, el cual se reproduce textualmente:

Apoyo social (Social support)	Cob, 1976
Autoayuda (Self-help)	Katz y Bender, 1976
Autocuidado (Self-care)	Dean, 1989
Automedicación (Self medication)	Weil, 1965
Ayuda mutua (Mutua aid)	Kropotkin, 1902
Cuidado Informal (Informal care)	Aut., 1990
Cultura popular de salud (Popular health culture)	Polgar, 1962
Estrategias endógenas de atención en salud	Gonzáles, 1998
Etnomedicina.	Ackerknecht, 1985

Folklore médico.	Pitré, 1886
Medicina doméstica.	Murphy, 1991
Medicina popular ritual	De Martino, 1961
Medicina popular.	Black, 1883
Modelo médico basado en la autoatención.	Menéndez, 1984
Procesos asistenciales.	Comelles, 1982
Procesos en búsqueda de salud. (Health seeking process)	Chrisman, 1979
Sector popular.	Kleinman, 1980
Sistema lego de atención (Health care lay system)	Hatch y Kickbusch, 1983
Sistema lego de referencia (Health referral system)	Freidson, 1970
Sistema Popular	De Roux, 1971

Fuente: En red: Jesús Haro Encinas.

Para Josep Comelles, la autoatención, se encuentra inmersa dentro de lo que el llama “*procesos asistenciales*”, los cuales realizan un proceso de movilización social desencadenados a través de una crisis personal y/o colectiva. Estos procesos asistenciales, son construidos a partir de recursos intelectuales, emocionales sociales, institucionales y culturales de los microgrupos implicados en una enfermedad. (ccf. Comelles).

Muchas veces la autoayuda según Comelles, girará en torno a experiencias previas y saberes específicos, los mismos que serán fundamentales en la resolución de posteriores crisis y que formarán parte en determinado momento del saber colectivo. La red social en la cual se moviliza el individuo será determinante en el uso de los recursos, así como la significación que se le da a los mismos.

Haro Encinas, a este proceso de atención le denomina “*cuidado lego*”, afirma como también lo hace Menéndez, que “*ha resultado ser una dimensión estructural en todas las sociedades*”, sin embargo este mismo ha sido excluido y/o negado por los sistemas convencionales de la salud, siendo este un núcleo esencial para cualquier sistema de salud, pues será allí donde se insertarán los dispositivos que se activan a través de la enfermedad.

El mismo autor expone que la atención en salud no está únicamente enmarcada a las prácticas terapéuticas, sino que en ella también se insertan elementos culturales de referencia, “*proceso de información y toma de decisiones, diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y de promoción en salud*”, razón por la cual Haro reconoce a la autoatención como multifacético y de variados niveles.

Define como cuidado lego a “*Todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario, que ocurren al margen de la medicina convencional, nos estamos situando en un amplio abanico de actividades que se despliegan en forma concéntrica en un continuum, que va desde las opciones de autocuidado más elementales hasta el concurso de diversas iniciativas asistenciales, que no son oficiales en cuanto que no proceden del Estado, ni tampoco son otorgadas por profesionales*” (En Red: Haro Encinas)

Por autocuidado se entendería un nivel real de la definición de la atención, que sería el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial, mientras que la autoayuda sería un segundo nivel que rebasaría al ámbito doméstico para extenderse a la variadas redes sociales, desde la familia extensa y los grupos de amigos y vecinos, hasta otras iniciativas, mucho más organizadas.

Aunque el término de autoayuda, es también empleado comúnmente dentro de la literatura de forma diferenciada para referirse a iniciativas organizadas, tales como los grupos denominados de ayuda mutua, estas se encuentran institucionalizadas en un nivel formal, sin que esto signifique que existan condiciones de reciprocidad y mutualidad y son diferenciadas totalmente de las redes familiares e informales, activadas durante el proceso de enfermedad. El término de autocuidado, Haro lo considerara casi como un sinónimo de lo que otros autores denominan autoatención

Dentro de los procesos de salud/enfermedad, como lo afirma Haro Encinas, se activan una serie de relaciones tanto formales como informales, donde se puede encontrar la asistencia por personal dependiente de farmacias, médicos, enfermeras, familiares, vecinos y otros. A la acción del constante intercambio de información de unos actores con los otros y esta misma información reinterpretada por los individuos, la denomina Menéndez como transacciones.

Según Albizú la creación, el mantenimiento y reciprocidad en las redes sociales para el apoyo en la enfermedad son importantes, pues el mantener el contacto con los vecinos, es determinante a la hora de una enfermedad.

3.4 Enfermedad, familia y comunidad:

“Todo queda tan lejos, todo salvo la solidaridad, la ayuda mutua, la necesidad y los conocimientos eficientes, que son la base para los autocuidados autoatención y la autoayuda”. (Albizú:2003;17)

Todos los autores coinciden en afirmar que la familia y el espacio doméstico son esenciales para el desarrollo del modelo de autoatención, pues es desde allí donde se activarán las primeras acciones. Albizú cita a Jesús Haro Encinas al decir que la familia es el primer espacio de sociabilización de la prevención y curación, rehabilitación y promoción de salud. Los autocuidados/ Autoayuda constituyen una forma de atención estructural, pues cualquiera de las formas de atención o modelos necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar. Ahí se generan las decisiones sobre el resto de opciones asistenciales a seguir y en este se concretan las prácticas de salud de los otros modelos. (Albizú:2003;17)

“Las razones por las que el núcleo familiar posee gran importancia como “primer nivel real de atención” son de diverso tipo, pues allí se conjugan elementos del sistema de creencias tradicionales (relación mujer-medicina) de la estructura de los grados domésticos, de las

formas de producción, del efecto de las migraciones temporales o definitivas, etc. Factores que determinan que sea el hogar y como tarea esencial de la mujer, realizar el primer diagnóstico y eventualmente, administrar los primeros tratamientos, elementos decisivos en la carrera del enfermo” (Zolla:1988;15)

En la cuestión económica, la autoatención significa la forma más racional, en términos económicos, en la estrategia de sobrevivencia y de costo/beneficio. Además toda acción llevada a cabo para el tratamiento del enfermo, deberá contar con la confianza de este último, siendo las acciones llevadas por la misma familia, las “*más racionales en términos culturales*” según Menéndez. “*El cuidado de la salud, lejos de ser un asunto meramente técnico se encuentra cargado de contenidos políticos, ideológicos y simbólicos*” (En Red: Haro Encinas)

Para Haro Encinas, existen cinco actividades básicas del “*Cuidado endógeno de la salud*” y el cual es realizado por la familia en el ámbito doméstico y el cual en su mayoría será realizado por mujeres. Estas actividades serán:

1. Crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud. Incluye todas las actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia.
2. Asistir y cuidar durante las enfermedades.
3. Educar para la salud. (sea o no intencional)
4. Servir de mediador con los profesionales de la salud.
5. Afrontar las demandas urgentes.

Para José Luis Alvizú, la autoatención en los procesos de salud/enfermedad, tiene implícito un trabajo, el cual no es reconocido, pues este lo realiza un cuidador. Albizú opina que en general, son mujeres las encargadas de llevar a cabo dicho papel, situación de la cual se ha hecho uso y abuso de parte de los sistemas nacionales de salud, pues muchas de sus obligaciones las descarga sobre el enfermo, para que sean llevados a cabo por su grupo de apoyo ante la enfermedad. Tomando en cuenta que esto es un coste social, y que en sus principales desventajas, resalta la posible pérdida de la propia salud del cuidador/ora del enfermo, así como calidad de vida, pues todo el trabajo recae por lo general en una sola persona. Esto puede provocar problemas en el trabajo de los cuidadores/curadores.

Menéndez propone que será la mujer básicamente la encargada de realizar la mayoría de actividades, pues será ella la que se encargue de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos, incluyendo la búsqueda de atención.

Alvizú afirma que la actual división sexual del trabajo ha sido la responsable de que el cuidado de los enfermos recaiga en gran medida en las mujeres. Esta actividad la puede llevar a cabo tanto la madre, hermana, abuela u otras mujeres cercanas al paciente. Para Lillian González Chévez, el soporte afectivo y la provisión de cuidados del enfermo son tareas de la madre, por lo que cuando esta pretende ser revelada y asistida de estas responsabilidades, tendrá que recurrir a razones de peso, delegando las responsabilidades en otros miembros femeninos de la red social de apoyo. (Mercado y Torres;2000:172)

El ser el único miembro femenino en la familia, sobre todo en los hogares unifocales ó unipersonales es un riesgo mayor de vulnerabilidad, en cuanto a los cuidados y atención

requeridos frente a una enfermedad afrontada por la mujer, teniendo que recargar el cuidado en las redes sociales cercanas (amigas, vecinas) o bien en otro núcleo familiar, teniendo inclusive que ser trasladada.

Esta división sexual del trabajo, históricamente se ha desarrollado y en el cual se ha dejado a la mujer como la única encargada de las tareas que se llevan a cabo hacia el interior del espacio doméstico, incluyendo también la atención hacia los enfermos, llevando hacia una normalidad, una obligación moral.

A la cuidadora del enfermo, se le recarga su trabajo, por lo que algunas consecuencias al asumirse como cuidadora podrían ser:

- Sobrecarga laboral y afectiva
- Sobrecarga en el trabajo y dedicación
- Limita las relaciones sociales y el ocio
- Lo que supone ver el deterioro físico además de otros aspectos

María Cristina Manca dice que esta atención hacia el enfermo lo proporcionará en la mayoría de casos la mujer más anciana de la familia, y utilizará como primera medida, los recursos con los que cuente en su casa, por lo que puede utilizar tanto medicamento convencional, como medicina casera que se encuentre en el traspatio.

Para Manca, este proceso es importante pues la anciana por medio de la oralidad enseñará a las mujeres jóvenes, las cuales pueden ser hijas, nietas o incluso nueras. Será esta la forma en que las mujeres socialicen dicho conocimiento.

Los hombres también asumen roles dentro de la enfermedad, siendo estos diferentes a los del cuidado y curación. A ello se refiere Lílían González al decir: *“Ello no significa que los hombres no asuman un papel activo cuando se enferma algún integrante de la familia, pero muchas veces, ese rol tiene un carácter más operativo que directamente asistencial o afectivo; participando en la toma de decisiones sobre los cursos de acción a seguir, buscando el transporte, consiguiendo recursos económicos”* (Mercado y Torres;2000:171)

Para Menéndez la autoatención se debe comprender como procesos únicos, pues tanto el enfermo, como la persona que se dedicará a su cuidado, tomarán decisiones dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren, pudiendo ser de horario, estado financiero, su conocimiento y otras características que afecten el contexto presente durante la enfermedad. *“Serían las condiciones familiares las que determinan la carrera del enfermo y el uso de los servicios de salud”* (Menéndez:1993:134)

Para Alvizú el término de autoatención se refiere a todo los cuidados realizados por los y las no profesionales, desde el cuidado de cada uno de los miembros que componen una familia, así sean ancianos o niños, como de todas las tareas domésticas que conlleven a garantizar la reproducción social dentro de la unidad familiar. El trabajo de la mujer en estos casos, aunque es socialmente necesario, no es valorado de la misma forma que la del trabajo de un hombre e incluso las mujeres que la realiza fuera del hogar.

Mari Luz Esteban citada en Albizú dice que es “*difícil catalogar los cuidados proporcionados en actividades cotidianas y no cotidianas como un trabajo, pues se encuentra implícito un componente afectivo y un alto contenido moral, ya que la virtud y ética del cuidado es “una imposición social basada en la virtud femenina de la abnegación que se da por supuesta y deja de ser virtud al ser obligatoria”* (Albizú, 2005:20)

Estos cuidados para Albizú, no son visualizados, hasta que se dejan de hacerlos. Serán las mujeres las que con mayor frecuencia pidan los permisos laborales correspondientes para acompañar ó cuidar al enfermo

Para el autor el cuidado del enfermo por la familia a través de la persona encargada, comprende al momento de un malestar o enfermedad, acciones tales como un pre-diagnóstico, compañía, aplicación y/o vigilancia de los tratamientos, facilitación de los medios para acceder a servicios sanitarios formales, realización de trámites, búsqueda de información y la compra de los medicamentos, e incluso suelen ser las cuidadoras indirectas en casos de hospitalización.

El cuidador suele enriquecer su conocimiento por medios informales, como la consulta a vecinas, boticario, dependiente de farmacia u otros medios.

Sin embargo a estos cuidados, el sector salud los desprestigia, Esteban menciona que los servicios de salud incluso desvaloran y descalifican los cuidados de autoatención, en base a tres razones:

- A) son irrelevantes para la atención en salud y la estructura sanitaria, se consideran como algo complementario, suplementario o residual, sin tomar en cuenta que estos cuidados son los que en ocasiones sustituye, influye o evalúa, los cuales estarán siempre asociados a las “directivas profesionales”.
- B) Que son un problema, pues retardan la atención profesional, produciendo así efectos no deseados, que puede llevar al paciente a un riesgo.
- C) Son sólo un recurso tácito a instrumentar en una sociedad sometida a un proceso de desigualdad progresiva, con respecto a elementos básicos de protección de la salud. (Ibid)

Por lo anterior, Albizú menciona que el cuidar al enfermo y enfermar recarga en varias dimensiones, pues además de los costes financieros, están los costes humanos sobre la salud por la sobrecarga de trabajo físico y afectivo y por los condicionantes en los proyectos personales de vida (Albizú:2005;21)

Es decir, existen costos tangibles como lo es la situación financiera ante una enfermedad, sin embargo, existen otros costos que no pueden ser cuantificados en términos monetarios, incluyéndose dentro de este grupo a: Tiempo empleado para los desplazamientos hacia el centro donde se le dará atención, la angustia que lleva implícita el hecho de enfermar, temor ante los resultados de un diagnóstico, el dolor o sufrimiento padecidos bajo un maltrato durante una consulta a un centro asistencial, tiempo invertido en el paciente y otros, complicándose cuando la cuidadora trabaja o debe de atender a más de un paciente. Otro de los elementos esenciales en la autoatención, es la previa construcción de dispositivos de ayuda externa al núcleo familiar. Estos serán utilizados cuando se requiera

consejo ó ayuda de las personas cercanas al enfermo o a la curadora/cuidadora del mismo. Esta se generará por medio de la interacción femenina en los distintos espacios de sociabilización extradoméstica (Cofradías, misas, recolección de agua) constituyéndose como un eslabón clave dentro de la estructura de la autoatención (cf. González) Estas pueden llegar a formar parte de una liga de solidaridad, en caso de una necesidad grande.

CAPÍTULO IV

4. ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN GUATEMALA.

4.1 Atención en Salud a nivel nacional:

A nivel nacional la cobertura que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mantiene con la población es mínima y deficiente. El presupuesto para el año 2005 fue de Q.1,808,123,045 (un billón ochocientos ocho mil millones ciento veintitrés mil, cuarenta y cinco quetzales) (Decreto 35-04 del Congreso de la República de Guatemala) (Ministerio de Finanzas públicas:2004), que dentro del marco de los presupuestos, es uno de los mayores, sin embargo aún no es suficiente para lograr cubrir a la mayoría de la población, devengándole incluso, del presupuesto asignado para programas o instancias relacionadas con la salud.

Presupuesto General de la Nación: rubro destinado a las diversas dependencias del Estado.

Presidencia	134,321,624
Rel. Ext.	229,988,999
Gobernación	1,790,360,157
M. Defensa	1,000,793,610
Finanzas	233,417,412
Educación	4,612,355,455
MSPAS	1,867,669,295
M. trabajo	58,468,587
M. Economía	183,114,824
Agricultura	1,066,639,113
M. Comunic.	2,508,776,605
Energía y Minas	45,389,918
Cultura y Dep.	224,506,709
Secretaría y otras dep. del Estado	1,930,998,800
Ambiente	39,948,778
Ob. del Estado a cargo del tesoro	10,141,030,100
Deuda Pública	6,161,509,828
Contraloría	121,824,289
CROC General de la Nación	34,025,026

Fuente: Decreto 35-04, Congreso de la República de Guatemala.

El sistema de salud en Guatemala se puede dividir en dos grandes espacios: el público y el privado. Sin embargo para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema nacional de salud se encuentra dividido en tres grandes subsectores; El Ministerio de Salud

Pública y Asistencia Social (MSPAS), El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el sector privado.

Dentro del considerado sector público se puede mencionar toda la infraestructura y el equipo tanto físico como humano que depende del Ministerio de Salud, así mismo entran instituciones autónomas semiautónomas como es el caso del Seguro Social (IGSS), al que sólo tiene acceso la población que aporta una cuota mensual de su salario a dicha institución. Existen otras entidades públicas, sin embargo, pertenecen a instituciones tales como el Ministerio de Defensa y la Policía Nacional, por lo que únicamente el personal que labora para ellas y sus respectivos dependientes tienen acceso a este servicio, que al igual que el IGSS, los afiliados pagan una cuota mensual para el funcionamiento de los mismos. Otra de las instituciones semi-autónomas existentes en el país es el Hospital Militar que es uno de los mejores equipados en el país.

El MSPAS dispone de una red para la prestación de servicios, como lo es la infraestructura, equipo humano y físico, materializados en hospitales, centros de salud tipo A y B, puestos de salud y centros de convergencia, cada uno de ellos coordinados desde la dirección de área departamental

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), institución autónoma, es financiada por medio de las cuotas patronales y de empleados, por lo que solo tiene acceso a este servicio la población que aporta mensualmente un porcentaje de su salario. La institución, tampoco logra cubrir con eficiencia a la población afiliada. Constantemente existen problemas de abastecimiento de medicamentos, infraestructura ineficiente para atender a la población que requiere de dichos servicios, etc.

Para el 2001, el IGSS contaba con “1.4 camas por cada 1,000 derechohabientes. El Programa de Accidentes cubre a todos los trabajadores formales pero [las unidades hospitalarias de] Enfermedad Común y Maternidad están limitadas al área metropolitana y algunos departamentos” (OPS; 2001:3) El IGSS contaba para ese entonces con 24 hospitales a nivel nacional, 30 consultorios, 18 puestos de primeros auxilios, 5 salas anexas a Hospitales Nacionales, 350 clínicas de consulta externa, los cuales proporcionalmente al número de derechohabientes es de una clínica por cada 4703 personas, según datos de la OPS.

Muchos de estos servicios se encuentran concentrados en áreas urbanas y sobre todo en el área metropolitana del departamento de Guatemala.

El Informe de desarrollo Humano 2005 afirma que según el MSPAS, en 1990 únicamente el 54% del total de la población contaba con acceso a algún servicio de salud. Ya para el 2004, la proporción que el Ministerio manejaba era de un 89.7%; de ese total únicamente un 47.4% era proporcionado por el Ministerio, un 23.7% por programas de extensión del mismo Ministerio, un 10.4% por el IGSS, y un 8.1% por servicios privados lucrativos. (ccf. Informe de Desarrollo Humano 2005)

Entre la organización de la salud, específicamente en el ámbito privado, existe gran número de opciones para acceder a dichos servicios. Dentro de los servicios privados se pueden

encontrar a médicos particulares, que en la mayoría de los casos prestan sus servicios en clínicas propias, así como hospitales y sanatorios privados.

El uso de los servicios de seguros con cobertura a enfermedad, los cuales funcionan bajo un programa de pagos de primas regulares, ya sea mensuales o anuales con el que se tendrá acceso a consultas médicas, servicios en hospitales o sanatorios privados, se ha convertido en un medio muy utilizado por las capas medias y altas para acceder al sistema de salud privado.

En el sector privado de salud, es importante destacar que se manejan infinidad de servicios relacionados a la atención de personas con alguna patología o malestar, dentro de los que se encuentra hospitales, laboratorios, farmacias y otros.

Coexisten en el espacio de la atención de salud privado no lucrativo, organizaciones no gubernamentales que se encargan de atender demandas de salud de la población, que por diversas razones no son atendidas en el espacio estatal, ya sea por exclusión o autoexclusión de la población, muchas veces como consecuencia de las políticas de Estado en la atención a la salud, como son los patronatos, instituciones de beneficencia, organizaciones de carácter semiprivado y otros.

A algunas de estas organizaciones el Gobierno, por medio del presupuesto asignado al Ministerio de Salud, concede anualmente un monto; tal es el caso de la Fundación Ayúdame a Vivir, Red de Sobrevivientes del Cáncer, Hospicio San José y otras, (Artículo 48, literal d, Decreto 35-04 del Congreso de la República de Guatemala), a los que el Ministerio de Salud debe proporcionar Q53,000,000. (Cincuenta y tres millones de quetzales) entre todos.

Algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) mantienen estrecho vínculo con el Estado, siendo incluso contratadas por el mismo, por lo que se convierten en una prolongación del servicio de salud estatal. Es desde allí que las políticas de Estado favorecen y promueven la privatización de los servicios nacionales de salud, así como la dependencia a recursos extranjeros.

En otras ocasiones la descarga de las obligaciones del Estado, que estas u otras instituciones hacen, especialmente en la atención de procesos de salud-enfermedad, provoca que el mismo se desligue poco a poco de las responsabilidades hacia los ciudadanos del derecho a la atención en salud.

Actualmente, aunque existe gran cantidad de médicos graduados y acreditados ante el Colegio de Médicos, la mayoría de estos se concentran en la ciudad de Guatemala o en las zonas urbanas de los diversos departamentos, siendo escasos los médicos que trabajan en el área rural. En la mayoría de los casos, los médicos que trabajan en medios rurales, son personas contratadas por organismos internacionales u organizaciones no gubernamentales, sin dejar de ser mínima la población médica profesional que atiende en estos medios. Así mismo la mayoría de estos profesionales trabajan en forma particular, siendo pocos aquellos que cuentan con una plaza en el Estado.

En muchos de los centros ó puestos de salud a nivel nacional, bajo la implementación de la cobertura bajo el programa denominado “Sistema Integral de Atención en Salud” (SIAS), se proporciona un paquete de salud que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social lo llama de “servicios básicos y de servicios ampliados”, sin embargo aunque pretende la atención integral de las personas, el presupuesto no alcanza sino para en la mayoría de los casos dar atención médica al sector que ellos identifican como materno infantil, el cual se reduce a atención de mujeres y niños menores de cinco años.

El SIAS surge a partir de 1997 como respuesta a un servicio integral hacia los pobladores, implementado por presión de los acuerdos de paz, en especial el relacionado con el tema de salud.

En los Acuerdos de Paz, firmado por el Gobierno y representante del Movimiento Insurgente, específicamente en el Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, legalizado en México D.F. el día 6 de mayo de 1996, se manifestaba la necesidad de que la medicina fuera vista como una prestación integral en el servicio; es así como surge la necesidad de una reforma del sistema de salud a nivel nacional, el cual debería ser incluyente y efectivo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sería el encargado de cerciorarse del acceso universal a toda la población, así como asegurar el abastecimiento de medicina, equipos e insumos.

Dentro del Acuerdo de Paz antes aludido, se menciona la necesidad de valorar, estudiar y rescatar la medicina “Indígena y Tradicional”¹, descentralizar la organización de los distintos niveles de atención, mejorar servicio, fortalecer y ampliar cobertura de la seguridad social, así como asegurar y fomentar la participación social en los servicios a través de los sistemas locales de salud. (Universidad Rafael Landívar; 1998:117)

El Estado también se comprometió a erradicar ciertos tipos de enfermedades (Sarampión entre otros), monitorear y bajar índices de mortalidad materno-infantil. El programa denominado SIAS, fue aprobado por medio del decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala y fue impulsado con el objetivo de cubrir sectores antes marginados en el acceso a los servicios públicos dándole prioridad a la salud materno-infantil.

El programa SIAS está basado en dos conjuntos de servicios, los cuales se describen en el siguiente cuadro:

CONJUNTO	COMPONENTE	SERVICIOS
Servicios básicos	Atención a la mujer embarazada	Control prenatal, toxoide tetánico, entrega de micro nutrientes, atención del parto, puerperio e interconcepcional.
	Atención infantil y preescolar	Vacunación, Control de IRA, control de diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional en menores de dos años.

¹ Término exacto utilizado en el documento revisado.

	Atención a la demanda de emergencia y morbilidad	Diarrea/cólera, IRA, dengue/malaria, tuberculosis, rabia, ETS/SIDA
	Atención al medio	Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basura, control de la calidad del agua.
Servicios ampliados	Atención a la mujer en la edad fértil	Detección precoz del cáncer y planificación familiar.
	Atención infantil preescolar.	Evaluación y atención nutricional de menores de 5 años
	Atención de emergencia y morbilidad	Según demanda local

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2002. Página 328.

Así mismo, en 1997 se empiezan a crear los centros de convergencia, los cuales únicamente son espacios físicos disponibles que se pueden utilizar para el servicio médico ambulatorio dentro de la misma comunidad.

Algunas veces dichos espacios son construidos por la misma comunidad, otras veces funcionan dentro de un espacio ya construido. Estos centros de convergencia, son visitados regularmente por médicos ambulatorios, los cuales atienden la demanda acumulada durante el lapso de un mes, el cual es el período que transcurre entre visitas.

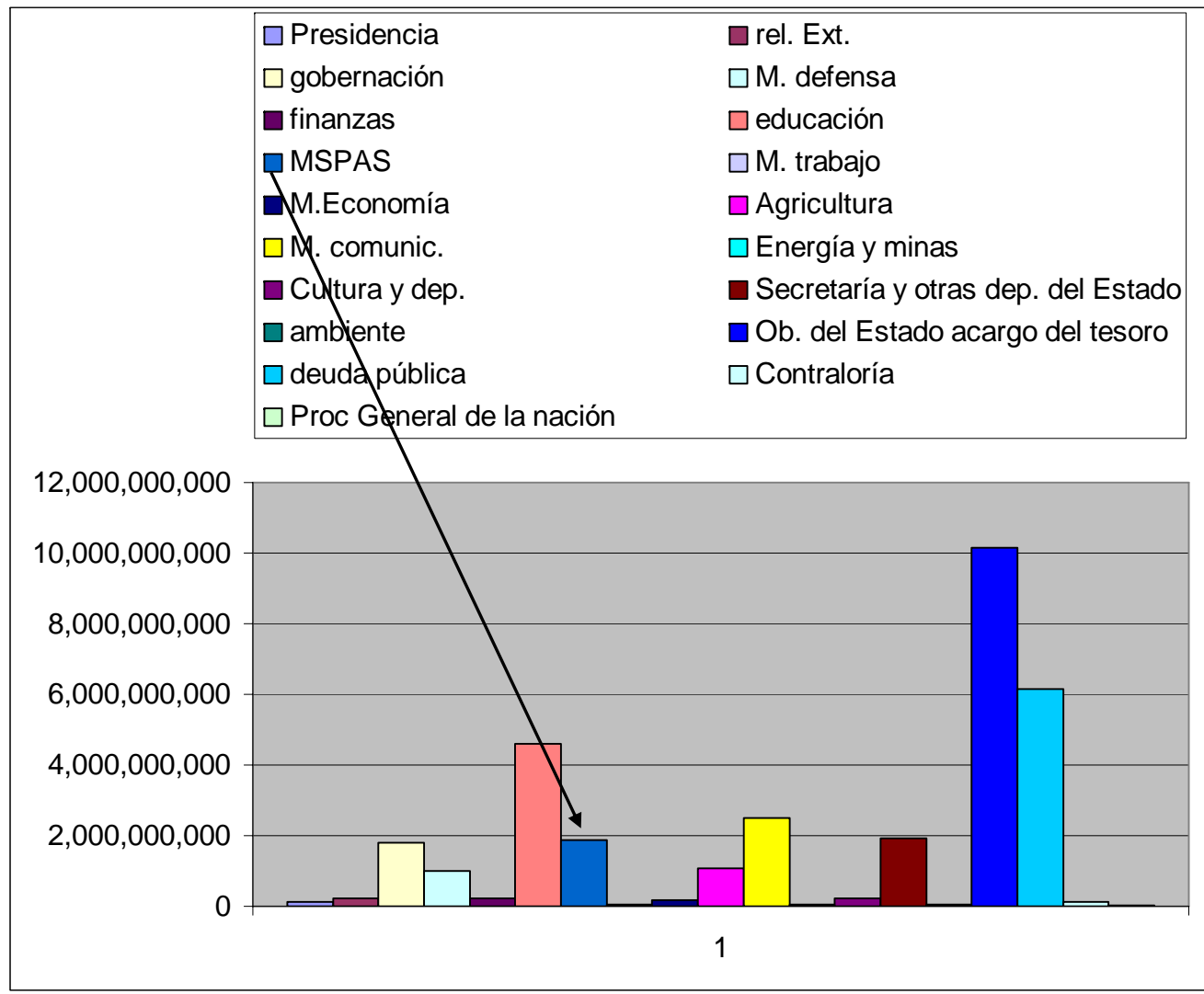
El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social divide al país en 24 regiones de salud, siendo estas:

1. Guatemala Norte	13. Huehuetenango
2. Guatemala Sur	14. El Quiché
3. Amatitlán	15. Quetzaltenango
4. Sacatepéquez	16. San Marcos
5. Chimaltenango	17. Jalapa
6. Izabal	18. Jutiapa
7. Alta Verapáz	19. Zacapa
8. Baja Verapáz	20. Chiquimula
9. Petén Norte (San Benito)	21. Retalhuleu
10. Petén Suroriental (Poptún)	22. Suchitepéquez
11. Petén Soroccidental (Sayaxché)	23. Escuintla
12. El Quiché (Ixcán)	24. Santa Rosa

Fuente: <http://www.guate.net/salud//orgalista.htm>

Es el Ministerio de Salud el encargado de manejar y ser el rector designado por el Estado para el sector salud en general. “ El marco legal que orienta las acciones del sector salud

comprende tres leyes principales: la Constitución Política de la República, en sus artículos 1,2,3 y del 93 al 100; la Ley del Organismo Ejecutivo en lo correspondiente al capítulo del MSPAS y el Código de Salud, aprobado a principios de octubre de 1997” (PHR;2003:3)



GRAFICA No.1

PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN 2005.

4.2 Situación de atención en salud en el departamento de Santa Rosa:

El Ministerio como parte de la organización que ha hecho en los diferentes departamentos, ha dividido estos en áreas de salud, es así como la región de Santa Rosa se divide de la siguiente forma:

AREAS DE SALUD DE SANTA ROSA

● C/S Hospital Nacional	● C/S Nueva Santa Rosa
● C/S Cuilapa	● C/S Guazacapán
● C/S Oratorio	● C/S Santa María Ixhuitán
● C/S Barberena	● C/S San Juan Tecuaco
● C/S Santa Cruz Naranjo	● C/S Chiquimulilla
● C/S Pueblo Nuevo Viñas	● C/S San Rafael Las Flores
● C/S Taxisco	● C/S Casillas
	● Hospital Nacional de Cuilapa

Fuente: <http://www.guate.net/salud//deptos/santarosa.htm>

El departamento de Santa Rosa, pertenece al área de salud Santa Rosa. Según estimaciones del Ministerio de Salud Pública, este departamento cuenta con una población de 314,151 habitantes, de acuerdo con la Dirección de Análisis Económico del Ministerio de Economía de Guatemala, para los cuales únicamente existe un centro de salud por cada municipio, y un hospital para el departamento. Para el año 2003 el Ministerio de Salud contaba con la siguiente cantidad de personal para la atención en salud dentro del área de salud Santa Rosa:

Recurso humano institucional y organizaciones no gubernamentales

Extensión De Cobertura	Medico Ambulatorio	Vigilante De Salud	Facilitador Comunitario	Comadrona adiestrada Tradicional	Facilitador Institucional	-----	-----
	11	840	68	206	12		
Institucional	Medico Director	Odontologo	Enfermera Profesional	Auxiliar de Enfermería	Inspector de sanidad ambiental	Técnico en salud rural	Trabajadora social
	19	2	12	103	9	13	4

Fuente: Area de Salud Santa Rosa. 2003.

Fuente: mineco.gob.gt/mineco/analisis/departamentos/santa_rosa.pdf

La capacidad hospitalaria en este departamento, como en todo el país es significativamente deficiente, el MINECO (Ministerio de Economía) menciona que “Con relación a la demanda de habitantes por cama, Santa Rosa tiene un índice menor al índice nacional ya que alcanza un relación de 1,838 habitantes / cama” (ibid).

El Ministerio de Economía menciona que además de contar con el personal médico público, en el área funcionan una serie de ONGs las cuales también se dedican a la atención en salud.

“En el departamento de Santa Rosa, el área de salud aparte de la cobertura institucional, también es cubierta por organizaciones no gubernamentales, tales como, Acogua, Castaños, Agregar, Diócesis, Asoproci, Adesar y Tonantel, también se cuenta con la presencia de médicos de origen cubano en el Centro de Salud de El Cerinal, Barberena.”(Ibid). En la actualidad se pudo observar que APROFAM funciona también en Barberena, instancia que es utilizada por los pobladores del lugar y de poblados vecinos.

La organización Partnership for Health Reform (PHR) contabilizó en el año de 1998 la cantidad de instituciones privadas que prestan ciertos servicios relacionados a la salud, los cuales contabilizó de la siguiente manera para todo el departamento:

Establecimientos privados hasta 1997 en el departamento de Santa Rosa:	
Departamento	Santa Rosa
Hospitales	6
Clínicas médicas	22
Clínicas Dentales	1
Farmacias	16
Droguerías	--
Laboratorios Clínicos	--

Fuente: Cuadro No. 2 Establecimientos particulares de salud por departamento. Partnership for Health Reform.

Sin embargo como es de esperarse todos los poblados han crecido en cantidad de población y en comercio, por lo que es seguro que estas cifras hayan aumentado en ocho años.

Infraestructura del MSPAS por tipo de servicio y número de camas, según municipio

Municipio	Infraestructura				Camas			
	Hospitales	Centros tipo "A"	Centros tipo "B"	Puesto de salud	Total camas	Hospitales		Centros tipo "A"
						Adultos	Pediatría	
Total República:	43	32	250	922	6,790	5,165	1,536	332
Total Departamento:	1	2	12	55	174	135	39	22
Barberena			1	1				
Casillas			1	5				
Chiquimullilla			1	9				
Cuilapa	1		1	3	174	135	39	
Guazacapán			1	2				
Nueva Santa Rosa			1	4				
Oratorio			1	3				
Pueblo Nuevo			1	6				
Viñas			1	6				
San Juan			1					
Tecuaco			1					
San Rafael Las Flores		1		1				12
Santa Cruz			1	3				
Naranjo			1	3				
Santa María			1	6				
Ixhutatán			1	6				
Santa Rosa de Lima			1	7				
Taxisco		1		5				10

Fuente: Elaborado por la SEGEPLAN, con base en información del MSPAS, 2000.

Fuente: mineco.gob.gt/mineco/analisis/departamentos/santa_rosa.pdf

El Ministerio de Economía en el análisis sobre la situación en salud del departamento de Santa Rosa, presenta como las tres principales causas de morbilidad general para la población, las infecciones respiratorias, diarreas y parasitismo. Para la mortalidad se encuentran como las más recurrentes los accidentes cerebro-vasculares, cáncer y desnutrición. Identifica que el área de salud Santa Rosa, cuenta únicamente con el 2.3% de la red nacional hospitalaria y que la existencia de puestos de salud ya sean A o B, no responde a las demandas reales, siendo insuficientes. La vacunación infantil esta dentro de dicho estudio identificada como baja.

La SEGEPLAN (Secretaría General de Planificación de la Presidencia), en un estudio de estrategia de reducción de pobreza municipal que realizó en el 2003, menciona que bajo la implementación de el SIAS, se ha mejorado en el departamento la atención a los pobladores en los servicios de salud, sin embargo aún así no se ha alcanzado cubrir a la demanda total para el mismo.

Se reconoce que dentro de los servicios públicos de salud existe carencia tanto de equipo, personal y medicamento. La esperanza de vida para el 2003 era de 66.16 años el cual según la SEGEPLAN sobrepasaba el indicador nacional el cual era de 64.2 años.

Las cinco causas de mortalidad materna las ubican como:

- Hemorragia postparto
- Sepsis
- Ruptura uterina
- Eclamsia
- Trombo embolia pulmonar

Alcanzando la mortalidad materna una tasa de 7.64 por 10,000 nacidos vivos. Mientras que las 5 principales causas de la mortalidad infantil en el 2003 fueron:

- Neumonía
- Diarrea
- Sepsis
- Asfixia perinatal
- Prematurez.

4.2.1. Generalidades de la atención en salud del municipio de Nueva Santa Rosa, departamento de Santa Rosa

El Centro de Salud del municipio se encuentra localizado en la cabecera municipal y bajo su instrucción se encuentran los puestos de salud de Jumaytepeque, Concepción Zacuapa, Estanzuelas, Cacalotepeque, Chapas y Ojo de Agua.

Actualmente el Centro de Salud cuenta desde el 2005 con una sección de atención materno/infantil que atiende las 24 horas, partos y otro tipo de emergencias relacionados. El número de personal que labora en dicho centro sobrepasa las 7 personas, entre diversas

especialidades, tales como: laboratorista, dependiente de farmacia, enfermeras, doctores, técnicos en salud, supervisores y otros.

Las clínicas privadas se encuentran también localizadas dentro de la cabecera municipal, se pudo observar un mínimo de 7 farmacias y según La Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN), hasta el año de 2001, existían alrededor de 4 clínicas privadas. No existe en el municipio ningún Centro de Atención del IGSS.

Para el año 2004, el Centro de Salud de Nueva Santa Rosa reportaba como las primeras causas de morbilidad en el municipio aquellas relacionadas con el aparato respiratorio como lo son:

1. Rinofaringitis aguda (resfrío común), catarro.
2. Amigdalitis aguda no especificada
3. Anemia de tipo no especificado.
4. Otitis media no especificada
5. Asma no especificado
6. otros trastornos no específicos inflamatorios de la vagina
7. Orquitis por parotiditis
8. Tricomoniasis urogenital
9. Secreción Uretral/ Flujo Vaginal.
10. Hipertensión esencial (Primaria), tensión arterial.

(MSPAS:2004)

Enfermedades en su mayoría prevenibles, resultado de exclusión social y la desatención en salud, como lo son las infecciones respiratorias, diarreas, desnutrición ó la anemia, esta última de primordial importancia, pues se presenta como la morbilidad prioritaria en el municipio. El PNUD en el Informe Nacional de Desarrollo Humano informaba que en el año 2001, un 38.9% de la población escolar en el municipio, presentaba desnutrición crónica. (PNUD: 2002; 406)

Aunque para el año de 2004 no se presentan índices de muerte materna en el municipio, las estadísticas de la mortalidad infantil dentro del municipio presenta como primeras cinco causas de muerte infantil:

1. Diarreas.
2. Síndrome de Muerte Súbita Infantil
3. Neumonías y Bronconeumonías
4. Malformaciones congénitas no especificadas
5. otras causas.

(MSPAS:2004)

4.2.1.1 Situación de salud en la aldea:

Jumaytepeque por ser una aldea, no cuenta con datos estadísticos sobre la situación de salud, por lo que el siguiente inciso es una construcción propia con los datos que proporcionaron los entrevistados, así como datos de morbilidad proporcionado por el puesto de salud de la aldea.

Jumaytepeque cuenta únicamente con un puesto de salud tipo B, atendido por dos enfermeras residentes en la aldea. El puesto de salud de Jumaytepeque es la única entidad representante del sector salud en la comunidad y está bajo la supervisión del Centro de Salud de Nueva Santa Rosa. El puesto de salud fue inaugurado el 8 de septiembre de 1973, fecha desde la cual no ha sufrido cambios considerables. Este puesto tiene la obligación de atender a las poblaciones de Jumaytepeque, Los Izotes y Zacuapa.

Es un espacio reducido para el servicio y atención de los pacientes, su construcción está realizada de paredes prefabricadas, cuentan con instalación intra-domiciliar de agua y electricidad, el piso es una plancha de concreto y el techo de lámina tipo fibrolit (prefabricada).

La construcción se encuentra dividida en cinco espacios, los que se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Al centro una sala de espera, acondicionada con bancas de madera para los pacientes; un espacio que comparte el sanitario y una especie de bodega, al lado funciona un salón, ya sea para reuniones o almacenar artículos. Enfrente se encuentra el espacio destinado para la clínica, el cual se encuentra subdividido en tres ambientes: el del centro para realizar peso y talla, así como el archivo para los historiales clínicos y un armario para guardar medicina. Al lado derecho un pequeño cuarto con camilla y al lado izquierdo otro espacio que se puede utilizar para varios propósitos. El equipo con el que cuentan se reduce a una refrigeradora para almacenar vacunas y otros medicamentos que requieren de refrigeración, una pesa, camilla y otros materiales menores necesarios para las consultas.

Las consultas que proporciona el puesto de salud se reducen a la atención de malestares generales. “Normalmente controlan infecciones respiratorias agudas, diarreas, los que puedan controlar dentro del servicio, parasitismo intestinal, algunas enfermedades de la piel, y el resto de las causas lo mandan con nosotros (Centro de salud de Nueva Santa Rosa) ó a Escuintla”. (Entrevista NSR2)

Para la ayuda en los diferentes cantones del lugar, se tiene a los guardianes de la salud, que cumplen las funciones de atender enfermedades comunes, además se cuenta con comadronas capacitadas por el Ministerio de Salud. Las personas encargadas de llevar a cabo esta labor dentro del núcleo de la aldea son:

Guardianes de salud:

- Antonio Barrientos
- Adolfo Villalta
- Carmelo Hernández

- Herlinda Álvarez
- Adela García
- Alejandrina Hernández
- Oscar Geovani Villalta
- Nancy Magali Villalta
- Matea Susana Sánchez
- Magali Hernández
- Virginia Villalta
- Pantaleona García
- María Victoria Vásquez
- Maura Leticia Hernández
- Ana Azucena Villana

Comadronas:

- Juana Pérez
- Balvina Aguilar
- Clementina Ortiz
- Feliciano Pérez

En la actualidad, la población ha logrado que se inicie la construcción de un centro de salud, este se ha retrasado por varios motivos, sin embargo la población ha ayudado en la construcción. Los fondos para el terreno y la construcción lo gestionaron por medio de la Comunidad Agrícola Xinca de Jumaytepeque como el Fondo de Inversión Social (FIS), teniendo que poner la comunidad la mano de obra. La construcción del centro de salud inició a finales de diciembre de 2005.

La demanda de y en la comunidad al servicio estatal de salud (puesto de salud) es en la mayoría de los casos por afecciones de tipo respiratorias e intestinales, las cuales son similares a las presentadas en el cuadro de morbilidad de la cabecera municipal. En el siguiente cuadro, se presenta la morbilidad atendida por el puesto de salud de la aldea en los meses de febrero a septiembre del año 2005

Padecimientos Ó enfermedades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Promedio
Amigdalitis	-	28	19	38	-	23	65	35	26
Rsfriado común.	39	76	45	75	-	55	97	33	52.5
Amebiasis	21	55	22	94	-	53	52	20	39.62
Enfermedades de la Piel	12	53	22	20	-	37	45	18	25.87
Anemia	9	62	14	-	-	35	49	17	23.25
Gastritis	5	-	-	23	-	23	36	15	12.75
Otras IRA	21	30	-	-	-	-	18	11	10
Parasitismo	10	31	21	-	-	-	-	-	7.75
Anefalea	9	36	22	33	-	15	35	-	18.75
Infecciones Urinarias	-	-	-	-	-	-	-	7	0.87
Diarreas	27	23	17	38	-	32	23	-	20
Hepatitis									Hasta finales de diciembre se habían presentado 40 casos
Otras causas	63	223	168	258	-	199	249	170	166.25

Fuente: Puesto de Salud de Jumaytepeque, Nueva santa Rosa, Santa Rosa.

Esta morbilidad está relacionada con los índices que presenta el municipio en general. La mayoría son enfermedades de tipo infeccioso, ya sea respiratorio o intestinal. Las enfermedades responden únicamente a las que se pueden atender en el puesto de salud, siendo la información incompleta para un extenso análisis sobre morbi-mortalidad en la comunidad, sin embargo no existen registros formales y oficiales de la situación de salud en la comunidad.

Se evidencia en el cuadro que durante el mes de marzo, la cantidad de consultas presenta un aumento. Esto se puede explicar como resultado de la crisis económica que se agudiza en la región durante los meses que la población empieza a migrar en búsqueda de los trabajos temporales como consecuencia del período de receso en la cosecha de café, por lo tanto se busca la menor erogación de dinero en los hogares.

La doctora Liseth Reyes, encargada del Centro de Salud de Nueva Santa Rosa, menciona que se realizan jornadas médicas esporádicas cuando sube a la aldea, acompañada de personal de apoyo, sin embargo es insuficiente para la atención de todos los habitantes. Dentro de estas jornadas se hace un monitoreo de peso y talla, sobre todo para los casos reportados y controlados por el puesto de salud. Existe un programa de dotación de

canastas básicas para las familias con casos de niños con bajo peso y desnutrición. (Entrevista NSR2)

Existen ciertas enfermedades que el puesto no puede tratar, por lo que el mecanismo de atención de estas enfermedades es el de referir el paciente desde la instancia menor hacia el inmediato superior. La doctora Reyes dice que la mayoría de referencia de Jumaytepeque responde a: “Partos complicados, pacientes embarazadas complicadas, partos de alto riesgo, niños asmáticos, enfermedades de notificación obligatoria, hipertensiones, diabetes.” (Entrevista NSR2)

La encargada del Centro de Salud de Nueva Santa Rosa identificó que, a nivel municipal, la muerte materna hasta finales de noviembre (2005) había alcanzado el número de 4 víctimas, siendo dos de las mujeres residentes de la aldea de Jumaytepeque.

La mayoría de pobladores, como ya se ha mencionado en capítulos anteriores son trabajadores informales, por lo que la mayoría de la población carece de afiliación al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Es decir que, cuando una persona no es atendida por el sector público de salud o por el IGSS, estos deberán recurrir a servicios privados o semiprivados.

Así mismo, dentro de la aldea existen terapeutas tradicionales (comadronas, hueseros, curanderos) que atienden a la población que los demanda, respondiendo su atención y terapias a una lógica distinta de la del sector salud. El sector salud tiene a estas personas invisibilizadas reconociendo únicamente a las comadronas que estén capacitadas, sin embargo por parte de la población sí se encuentran identificadas.

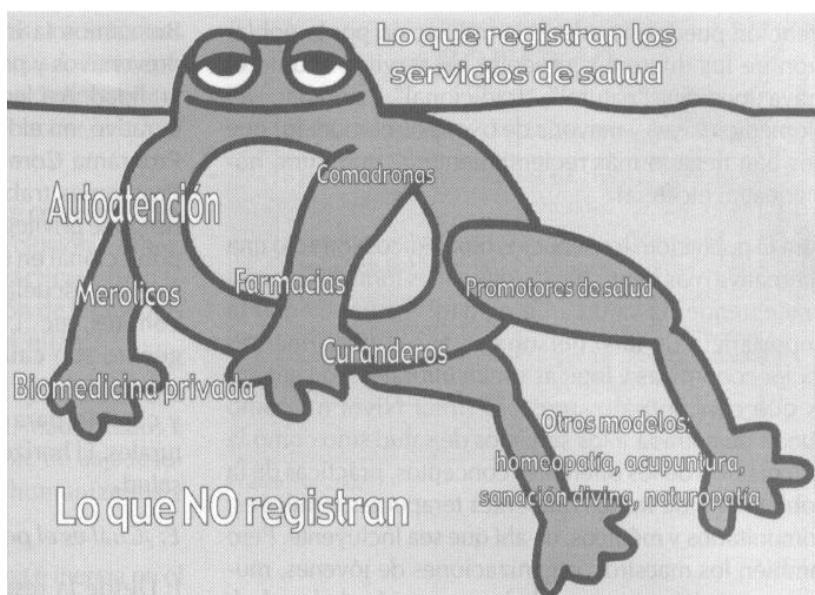


Imagen 4
Fuente: Revista “Portadores de Sueños”
Instancia Nacional de Salud.

CAPÍTULO V

5. CASOS DE ENFERMEDAD EN LA COMUNIDAD.

5.1. Casos representativos.

5.1.1 DOÑA LAURA.

CASO No 1.

Doña Laura, comadrona de la localidad, cuenta la experiencia de cómo un nieto enfermó, ella identifica sus malestares como influenza:

“El niño empezó con una moquera y llorándole los ojos, los mocos eran ralos y los ojitos se le pusieron rojos y helados, se hiló¹ de las patillas. Lo caliente del pecho se le subió a los pulmoncitos, tenía influenza. Empezó con tos seca y una tosesita que quería toser y quería toser, pero no podía y que como que estaba reseco de esta parte (garganta), él ya no dormía. De ese mal han padecido todos, ya dos niños se nos van muriendo de eso, viera las niñas que se murieron, ¡gordas, así ve!

Cuando enfermó, en la casa le cosimos florecitas como ese que tengo sembrado y me gusta guardarlo en el jardín: Flor de saúco, flor de manzanilla, orozuz, todo eso hervido y se hizo con el un jarabe. Se le dió junto con aceite de almendra, se le frotó con Vick's, pero el niño se empeoró. Se le pusieron lienzos de alcohol de 95° para cortar las calenturas, porque tenía la calentura en la cabecita y en los ojos.

Le pusimos también sábila que una vecina nos recomendó y nos dijo que se lo pusiéramos crudo pero yo le dije a ella (la mamá del niño) que no. Nosotros lo que hicimos fue ponérselo con bicarbonato en la planta de los pies para ver si le bajaba con eso también la fiebre, pero al final el niño seguía mal.

Se lo llevaron al puesto de salud, ya allí le dieron medicina, pero fue muy poco lo que le dio la seño (enfermera encargada), allí solo le dieron un jarabe. Yo le dije a mi nuera, ¡váyase otra vez donde la seño (Aquí la entrevistada ya se refiere a ir a la farmacia de la enfermera), si le va a cobrar por las medicinas, está bueno, si le va a cobrar por las inyecciones, esta bueno! ¡Que le diga cuanto le va a dar y cuanto le va a deber!

Entonces decidí llevar al niño a la casa de la enfermera y entonces le vendieron medicina, ella le vendió inyección. Nos cobro 90 ó 290 quetzales, no me acuerdo, bonito pistillo era. Regresó el niño pero igual, no mejoraba, en eso vino el papá del monte y le dijo a su esposa:”El niño se nos muere, se nos va a morir”, andá a traer otra vez, andáte. Ya era de noche para eso, estaba lloviendo y se fue a donde la enfermera (casa de la enfermera), la enfermera dijo ¡El niño no amanece, el niño no amanece, no le van a hacer las inyecciones que le pusimos, usted una le puso y nada más!

¹ Forma en como describe la mujer que sus pies se pusieron excesivamente fríos.

Fue entonces que le dijo la enfermera a su esposo, váyase papá a dejar esta señora al hospital, le hizo una carta de recomendación (es posible que la enfermera haya echo una carta de referencia para el hospital) y se fueron a las ocho de la noche. La hija que esperaba con su mamá se regresó a darle el aviso a su papá, porque la seño ya no dejó que mi nuera regresara para avisar, se fue Fabián a buscarla y le cobraron 75 quetzales por irlos a dejar al hospital. Desde que se puso grave, hasta que lo llevaron al hospital fueron aproximadamente 24 horas. Le pedíamos a Dios encarecidamente, rezábamos para que tuviera más vida

Al llegar al hospital lo bañaron, le pusieron suero y a cada rato le iban a poner unas inyecciones, al otro día gracia a Dios amaneció con vida. En el hospital se estuvo 15 días. Todos esos días estuvo su mamá con él en el hospital, yo me encargué de cuidar a la niña y a mi hijo. Mi hijo solo iba al hospital a dejarle a María Cristina comida y unos centavos. “

ANÁLISIS DEL CASO:

Como primera parte del relato, la persona indica como inicia a visualizar los síntomas del individuo así de cómo tratan de remediar la situación de la enfermedad, por medio del modelo de autoatención, así también la utilización de la lógica de la misma; la cual posteriormente se convierte en una crisis.

Se menciona que las mujeres reconocen los síntomas por casos anteriores en los que han muerto hijos en situaciones similares. En él se destaca la atención que proporciona la madre y la abuela del enfermo (las dos mujeres) al hombre únicamente se le menciona en la última parte del relato, correspondiendo su obligación en el proceso de la curación de la enfermedad como el ente que proporcionará el recurso monetario. La mujer como responsable pero sin la decisión final de la salud del niño.

La abuela (paterna) tiene la decisión total de las acciones a tomar frente a la enfermedad. Ella proporciona indicaciones a la madre del niño (nuera) de cómo debe de ser tratado. Incluso en el consejo de la vecina de ponerle sábila en los pies, ella decide que la terapia no es la correcta, con lo que hace que su nuera cambie las recomendaciones de la vecina con las indicaciones que ella proporciona. La nuera respeta la decisión de la abuela en cuanto al tratamiento.

La suegra ejerce un poder y autoridad frente a la nuera, primero por cuestión etaria y segundo por ser la madre del esposo, subordinando las posibles decisiones que tome la madre del niño dentro del proceso de la enfermedad.

La enfermedad activa las redes comunales, evidenciándose en este caso el consejo de la vecina y la ayuda del esposo de la enfermera en el traslado hacia el hospital.

La autoatención en el proceso de salud/enfermedad se activa en el momento en que el niño cambia del estado de bienestar hacia el de una crisis en enfermedad cambiando la

cotidianidad de la madre y de la abuela (el padre sigue su cotidianidad pues se menciona que el regresa del campo, la cual es su actividad diaria). Para paliar la situación la abuela reconoce haber hecho un preparado natural para la tos, el uso de ungüento, lienzos de alcohol y apósitos de sábila.

Cuando éstos no dan resultado, se traslada la atención hacia el Modelo Médico Hegemónico, identificado en este caso como el puesto de salud de la comunidad, donde se le proporciona medicamento, a consideración de la abuela escaso, por lo que el niño no logra estabilizarse. La crisis se convierte en una situación de urgencia, donde la enfermera obliga a la familia a llevarse el niño al hospital.

La madre se hace cargo del cuidado del niño por quince días. La abuela toma el lugar de la madre en la atención de sus actividades diarias para la atención del hijo y de la nieta.

En esta crisis presentada, se hace referencia por tanto a los cambios en la cotidianidad, teniendo costos:

- Sociales/comunales
- Económicos
- Físicos.
- Emocionales

5.1.2 DOÑA LAURA CASO No. 2

Doña Laura cuenta también la experiencia con otro de sus nietos. Se presenta aquí todo el recorrido de un enfermo al cual lo curan dentro de las lógicas y las representaciones de la enfermedad en sí y de la curación dentro de su contexto y lógica.

Al final la persona reinterpreta, bajo su propia lógica, la explicación dada por el médico sobre la posible causalidad de la enfermedad.

“El niño lloraba mucho, todo el tiempo se mantenía llorando, ya estaba logrado, le revisaban todo: ojos, oídos, garganta y nada. Llegó a la edad de un año y no echaba de ver el pene de lo hinchado que estaba, estaba hinchado su metatío, parecía una berenjena de morado.

Entonces lo que hicimos fue pepenar piedritas de río, y se las pasamos con aceite, ya eso frotado se guardó a la par de un palo de izote grueso, al lado de donde se pierde el sol, pero no muy le funcionó.

Pero como a mí me gusta platicar con la gente, una vecina me dijo, “esta malo el nene, mire Pascual se va a ir a Villa Canales, si quiere lleve al niño”. Entonces agarraron camino para Villa Canales. Dice que ya eran las diez de la noche y así el gentío sentado en las bancas, entonces registraron al niño, pero lo único que le dieron fue unas dos botellas con agua. Dos botellas le dieron, una con agua pura, clara, clara y la otra de color celeste. Con esas

dos botellas se tenía que curar, el niño se calmó del llanto, el que curaba allí era un jovencito, era curandero.

Así se lograron tres viajes, pero como que no mucho. Entonces el muchacho dijo que lo iban a operar, el estando allá (Villa Canales) y el niño estando acá (Jumaytepeque). Oraba y oraba, y como siempre tenemos unas velas que nos acompañan todas las veces. Pero yo decía, ¡Ay dios mío!, igual miro yo al niño, entonces mi hijo me dijo, ¡Hay mama! Dinero ya no tengo, mire que tengo que sacar mi trabajo. Ta' güeno le dije, ya no hay que apartar el turno, ya no quiso ir.

Tenía que ir a hacer un mandado al Cantón la Cruz, y en eso me fui donde la prima Marina. A mi me habían dicho que ella hacía unos lienzos y le salían bien, entonces me dijo: “Se va a comprar una botellita de alcohol, una botellita de agua florida, dos tazas de Vike's y mentol chino, todas esas pomadas se vacían en un plato de peltre y se ponen a calentar, después se le echa el alcohol primero y después el agua florida, y con una astillita bien limpia se menella para hacer una sola pomada, ya cuando esto esté hirviendo y espeso, que se haya echo una sola pomada y que tenga el aspecto de jabón de unto, después se le echa siete gotas de jugo de limón, y cuando ya esté echa la pomadita, se echa en un trasto limpio con tapón. Que el niño se le olvide cenar y hay que plumiarlo”

Lo que tenía que hacer era plumiar al niño con siete plumas de zope, desde la planta del pie para atrás hasta la cintura, después envolverlo en una sábana fresca por treinta días del mes de agosto. Dios primero y la Virgen Santísima, mire usted, al niño se le fue desapareciendo, ahora trabaja con su abuelito, anda allí ve.

Era hernia, era una hernia, no que ahí a pagar las noches y le volaron no se cuanto cada vez allí en Villa Canales. Pero viera que con eso se le normalizó el metatillo, se le enjutó todo, ya no le chilló el estómago, ya no le reventó, ya no nada.

Después vinieron los gringos (médicos extranjeros que llegan cada cierto tiempo con voluntarios quienes vienen desde los Estados Unidos Americanos) y les expliqué yo como estuvo. Allí me lo agarraron, me lo machucaron, lo tocaron bien y me dijeron “*El gringón que lo atiende a uno me dijo: eso contiene o bien el papá está acatarrado o bien la mamá. En eso que tal vez el papá de goma y la mamá está acatarrada me dijo en lo sexual, es allí donde se colocan esos virus de calor dijo él. El virus se llama, dijo él, virus de fuego, así me dijo el doctor, si por eso me imagino. Como tal vez hay costumbre, así verdá, de andar de goma ó andar acatarrado.*

ANALISIS DEL CASO:

En este caso los la nuera es invisibilizada en el relato. La abuela es la que toma las decisiones de las acciones a tomar junto con el padre del niño. La primera es el de atenderlo en casa (autoatención). Se utiliza una terapia basada en un ritual en donde la naturaleza y los fenómenos naturales son importantes (Caída del sol, medio día, piedras...) relacionándose de esta forma espiritualidad y proceso de salud/enfermedad.

La situación no mejora. La activación de redes comunales por medio de los consejos de vecinas (amigas) son importantes, pues en base a los comentarios hechos por esta persona, la familia decide llevar al niño lejos de la comunidad (Villa Canales) para el tratamiento del niño.

La atención que se le brinda tampoco surte efecto, por lo que recurren nuevamente a personas dentro de la comunidad que sepan curar casos similares, bajo la lógicas culturales de representación de la enfermedad. La respuesta la obtienen en una vecina que les da la receta para un preparado especial para la curación de dicho mal.

Tiempo después al llegar a la comunidad “Los gringos” el niño ya está curado, sin embargo la abuela asiste únicamente con la finalidad de corroborar si el niño está completamente sano. En esta atención no es necesario desembolsar dinero en la consulta.

La persona entrevistada reinterpreta la causalidad mencionada por el médico a su conocimiento y concepción de la enfermedad. (Transacción de conocimientos)

Las molestias que presenta el menor en ningún momento son pensadas como de competencia del médico o la enfermera, dentro del razonamiento que hace la familia es una enfermedad que debe ser curada en otro ámbito (autoatención y/o modelo médico subordinado) el cual buscan lejos o fuera de ella. El haber asistido a un lugar lejano para la atención es un indicador de que esta enfermedad nunca se pensó curarla dentro del modelo biomédico.

En un inicio el padre del menor cuenta con el dinero para las consultas y “la operación” así como el transporte y otros gastos relacionados a una atención en un lugar lejano al de su residencia, sin embargo el perder el día de trabajo por acompañar al niño, el gasto de consultas y remedios así como el de no observar mejoría hace que el padre tome la decisión de no seguir bajo dicho tratamiento.

5.1.3 DOÑA TERESA

CASO 3:

Doña Teresa, hija de una mujer comerciante de la aldea. Su madre con una farmacia y una tienda. Doña Teresa vive con sus hijas en un terreno contiguo al de doña María, quien vive sola. Por las mañanas cuenta con la ayuda de una empleada residente de la comunidad. Su madre lleva alrededor de un año y medio con las molestias a causa de las llagas que han salido en sus piernas, además de aquejarla la diabetes. Doña Teresa cuenta la experiencia de la madre, en ambas se demuestra la desesperación ante el largo episodio de la enfermedad. La madre externa la imposibilidad de recuperar la libertad con la que antaño se movía con facilidad y autonomía, la hija demuestra también su ambivalencia de sus sentimientos, al encontrarse entre tareas impuestas que imposibilitan su rutina y otras actividades antes de la enfermedad de la madre y el deber impuesto del cuidado.

Doña Teresa

Mi mamá es diabética. Un día mi mamá empezó con hormigueos en la pierna, yo le ví que estaba llena de arañones, empecé a pensar que no fuera a ser lo mismo de mi papá porque el era también diabético y le tuvieron que cortar las piernas.

Ya asustada llamé a mi hermana que está en la capital y le conté que mi mamá tenía un grano feo en la pierna, tenía morado casi negro alrededor, casi como del tamaño de una ficha de a 25 centavos. Mi hermana que vive aquí cuando se enteró se la llevó al patronato pero allí mi mamá se quejó solo de otros males pero nunca dijo nada de lo de la pierna. Le dieron pastillas para la diabetes nada más. Cuando vino y ví que no le habían revisado la pierna, la volví a enviar, pero ya para eso mi mamá tenía dos chapas moradas en la pierna.

Entonces en Guatemala la llevamos al patronato, allí le rasparon y vieron que no tenía carne maligna, tenía que estarse un tiempo allá, pero como ella es caprichudita con su alimentación y con todo decidió regresarse, solo aguantó ocho días. Pero yo aquí no sabía como curarla porque yo nunca he recibido cursos de enfermería y además porque la primera vez que la curaron, la curó mi sobrina Carmen, que ella sí sacó un curso de enfermería, pero allí donde le habían raspado se le infectó. Posiblemente porque como aquí el polvo de la calle se entra a todos lados, entonces la volvimos a llevar al patronato y le enviaron un jabón para desinfectar en líquido, un aceite y una membrana que cuando se ponía se volvía ligoso.

Sin embargo ella siguió mala, le seguía doliendo y entonces se fue otra vez a la capital. En una sesión le volvieron a raspar, y le creció más la herida. Esta vez, estuvo con mi hermana como por tres meses, allá mi hermana se encargó de cuidarla y curarla, allá le dieron cuatro tipos de antibióticos diferentes durante ese tiempo, lo que hizo que se terminaran sus defensas.

Pero le agarró depresión a mi mamá y me llamó diciendo que se quería venir, entonces le dije que se viniera, ya ella extrañaba su negocio. Pero antes de enviarla cambiaron de doctor, se fueron donde el doctor M. Solís, la suegra de mi hermana lo había recomendado porque no se le veía mejoría, ya para entonces habíamos gastado un dineral.

Cuando vino de regreso, mi mamá se veía bien delgadita, se miraba tan mal que pensamos que se nos moría, sin embargo todos aquí le echábamos ánimo, veíamos como ayudarla mentalmente. Ella venía con una anemia grave y no se podía estirar la piel porque se le rompía

Ya el doctor Solís le cambió de medicamentos y le empezó a dar, Actizor ya con eso empezó a nacer carne nueva porque no se había llenado, costó muchísimo que creara carne nueva pero ¡Gracias a Dios! mejoró, pero después empezaron a surgir complicaciones porque le empezó a picar y a doler, por lo que ella empezó a rascarse y a tocarse, ella a escondidas se echaba agua florida, se echaba alcohol. Se lo echaba porque se lo recomendaban personas o ella se acordaba que con eso se habían curado otras personas. Nosotros siempre le recomendábamos que no lo hiciera porque los demás no eran diabéticos y ella sí tenía ese problema.

Esto le complicó aún más la herida a mi mamá, le provocó una nueva herida, ahora tenía una llaga que cubría la parte de adelante de la pierna. Constantemente había que mandar a mi mamá el hospital, se gastaba en camionetas, en taxi, en comida, en medicina, en los honorarios de los médicos y todo eso era un gasto.

Un día que se llevó de nuevo consulta a mi mamá no llevó venda, entonces el doctor le puso una venda plástica y el doctor le dijo, sólo llega a su casa y se la quita, pero vinieron hasta las seis de la tarde, después de haber estado todo el día en la Terminal, porque mi mamá todavía pasó a comprar mercadería para la tienda y entonces la venda plástica le quemó. Entonces el doctor le mandó una crema (Nugel) para que le suavizara la herida, le suavizó tanto que le deshizo la piel y volvió a formar de nuevo otra llaga ahora en la pantorrilla, entonces le empezamos a poner Fibracol.

Pero en esos días yo tenía que ir a dejar a una mi hija que estudia en Quetzaltenango se quedó cuidándola una sobrina. Cuando llegué mi mamá me dijo ya me curaron, no tengas pena, pero en la noche empecé a oír que me llamaban a gritos, ¡Tía Teresa, Mamá María tiene gusanos!, entonces le quitamos los gusanos, a mi me dio cosa, pero se lo quitamos, le limpiamos bien la herida y la obligué a vendarse porque no quería estar vendada.

Llamé al doctor y me recomendó que le pusiera en la herida hojitas de albahaca para ahuyentar los gusanos y que reforzara la alimentación de mi mamá con Incaparina, leche y Sustagen, pero al empezarle a dar la leche, esta hizo que el azúcar se le subiera a mi mamá.

Un día desesperada estando en la terminal comprando mercadería, porque desde que mi mamá se puso mala yo la compro, le pregunté a una señora de una droguería que me recomendaba para mi mamá y le conté lo que pasaba, y allí me recomendaron la Lucerna y para el dolor unas pastillitas de Dolgenal, aunque después ya no le hicieron efecto.

Siempre a escondidas, mi mamá seguía poniéndose pomada GMS, balsámico y un día la encontré hasta con un Parche León puesto en la planta del pie. Es muy necia porque yo limpia que limpia, me está costando mucho, le ponía venda y le encontraba la venda amarilla ó verde de donde se había echado agua florida, y por más que le decía, ella no hacía caso. Yo ya no hallo que hacer, yo me dedico.

Mi mamá se pone a llorar y dice ¿Saber que estoy pagando? Y yo le digo que lo único que está pagando es no hacer caso, porque si ella hiciera las cosas como son, ella ya estuviera buena. Hace como tres meses yo le dije, haga reposo porque no ha comenzado la cosecha del café, cuando empiece yo ya no me dedico a usted. Ya para estas fechas, llevamos más de un año de estar tratando de curarla.

Sus venas ya empezaron a molestarla, ahorita está tomando Plavix para la circulación, pero como es caro, ya no lo tomaba. Además no quiere sustituir la manteca por el aceite y yo le digo que eso es malo para las arterias. Ahora que le he estado revisando, me dice que en su otro pie también tiene alergia, y para eso toma Dolofenil, toma Ibuprofen, lo que agarre de la farmacia. Una vez hasta se intoxicó con Niolimpio (veneno para el piojillo de los pollos) pues lo confundió con bicarbonato y como no ve se lo echó a la boca

Durante el tiempo que ha estado mala, ha ido al hospital Bella Aurora, al Hospital Herrera Llerandi. El dinero para ir al doctor, sale de las ventas de la tienda, del negocio de mi mamá y los hermanos ayudan a veces.

ANALISIS DEL CASO:

La situación económica de la familia, así como el nivel educativo es mayor al de la mayoría de los habitantes de Jumaytepeque, ésto es determinante para que la afectada sea atendida por médicos de la capital, además de asistir a clínicas privadas en lugares considerados como caros.

Toda la familia que se mencionan en el relato tienen negocio propio (hermanas/os, madre, entrevistada) o son profesionales (hermana residente en la capital), por lo que la atención ante el malestar estará mediada por un médico por insistencia de las hijas, más la madre no se siente cómoda con esta atención.

No se menciona que la afectada haya recurrido a la autoatención como primera medida, pero ella misma aún estando dentro de la atención del modelo biomédico, ha hecho uso de los recursos que cree convenientes hacia su malestar (antinflamatorios, agua florida, y otros) a lo que la hija denomina como “necedad” y que la madre lo interpreta como una necesidad para su mejoría.

La categoría de “necedad” de la madre está vinculada con una pérdida de autonomía en decisión y acción en el enfermo y la toma de estas responsabilidades por parte del cuidador.

La semi-independencia y semi-autonomía en la que se encuentra la señora cuando hay un espacio de soledad (que nadie se encuentre alrededor) es importante para la enferma pues es en ese momento que ella puede tomar decisiones y llevarlas a cabo sin que nadie se lo impida, posicionándose como enferma y cuidadora momentánea con autonomía ante sus decisiones. El enfermo considera como correcto lo que hace basado en su formación y vivencias. (que ha aprendido, ha visto, ha oído, ha hecho)

El contar con una farmacia y por lo tanto tener un conocimiento empírico del efecto de ciertos fármacos, es importante en la toma de decisión en su automedicación.

Hay una recarga ambivalente entre culpa y victimidad, lo cual lleva a la enferma a una recarga emocional ante su enfermedad. Así mismo, la hija presenta la misma ambivalencia pues requiere de atender su negocio y al mismo tiempo cuidar a la madre, encontrándose ante una imposibilidad de poder dar a las dos situaciones la misma calidad de tiempo y dedicación provocando, al igual que la madre, una recarga emocional ante la situación.

5.1.4 DON ROGELIO

CASO No.4

Esposo de una mujer que funge como comadrona en la comunidad, él es campesino, cuenta según sus propias palabras con poca tierra, y les sirve únicamente para medio sobrevivir. Su hijo vive con ellos, no tiene hijos viviendo fuera de la comunidad, aunque uno de ellos sí se encuentra en una de las aldeas más lejanas de Jumaytepeque.

Don Rogelio:

El 20 de junio, vine de allá de la montaña y vino un tremendo aguacero, tonces como venía yo tan cansado solo comí y me acosté, pero como a las 11 de la noche me dieron ganas de orinar y me levanté a orinar.

En cuanto jalé la tranca de la puerta, no pude alcanzar la puerta y me dí con el palo, caí al suelo. Entonces la señora me fue a levantar, pero al otro día ya no fui yo a trabajar, porque estuve yo una semana cabal aquí. No pude hacer nada ni remotamente.

Entonces una mi nuera me regaló unas pastillas y otras que me compraron aquí. Pero sólo con eso me quedé. Fueron unas baralginas, eso era para sacarme el aire un poquito. Pero lo que hice también fue lo siguiente: “Allá afuera tengo un palo que es de medicina.

Yo lo sé porque solo así me curé la rodilla la vez pasada que también me golpié. Con ese que usted ve allí, se llama matapalos, fui a empapar un trapo, y me puse dos parches aquí en la espalda. Con eso me quedé hasta allí, porque ya no pude hacer más. Seguí trabajando, y después ya no le puse atención al dolor, yo sentí que se me quitó. Entonces me fui con los patojos a traer unas varas, siempre para que uno trabaje y hacer ganancia. Para no estar perdiendo el tiempo uno tanto

Ahora ya me está afectando, ahora ya tiene dos meses de que me volvió.

El aire, tengo el aire y yo sentía que me estaba quebrando porque yo sentía de que me caminaba, pero no. Poco a poco ha ido bajando ahora ya me duele esta parte de acá de la pierna, se está quedando como tiesa, me agarra como desmayo de la pierna y del brazo, aquí cerca de la costilla, siento como que si me estuvieran enterrando una vara en la costilla, pero solo es como aire y me pasa con toser.

Fíjese que yo me había echado un mi tarrito de balsámico, pero como yo trabajo bajo el sol, yo sentía que me enjuegó, como trabajo mucho en el campo. Sentí como que se me bajó al pulmón, entonces ya no me lo seguí echando, mejor el del palo, porque como ese es fresco.

Para Don Rogelio, el estar enfermo y que el malestar sea muy fuerte significa en pocas palabras 2 cosas:

- Tiempo
- Dinero

En parte por su calidad de campesino, estas dos condicionantes son muy importantes, pues el campo no se puede descuidar, y si se descuida tendrá como resultado la pérdida de dinero.

Insiste que pasó una semana sin trabajar y que para no perder el “tiempo” ni las “ganancias” tuvo que realizar otras actividades con las cuales cubriera dicha situación. En parte también tiene relación con la sensación de incapacidad que las molestias en la enfermedad le significan.

En cuanto a la forma de curación, hace referencia a la automedicación, cuando una cuñada le recomienda y regala para quitar el malestar unas pastillas, además de comprar otras, sin embargo esto no cura su malestar. La experiencia en malestares parecidos es muy importante, pues se hace mención que por experiencia de un traumatismo anterior, conoce el efecto de los emplastos elaborados de derivados de un árbol que se encuentra en su casa y el cual usa constantemente para curaciones.

La condición de mantener material de curación dentro de las jardineras es importante para las medidas tomadas en la autoatención,

Menciona como elemento importante que no todas las medicinas, sean estos de tipo químico o natural son buenas siempre. En su caso el trabajo que realiza no le permite usar ciertas curaciones, implementando así dentro del proceso de curación, elementos importantes como lo son:

- Sanas relaciones familiares.
- Tipo de medicamento.
- Tipo de trabajo
- Situación económica
- Lógica de la enfermedad
- Experiencia en el uso de medicamentos
- Sentimientos de impotencia frente a malestares y enfermedad por parte del enfermo.

En todo relato no menciona a ningún cuidador directo del enfermo.

5.1.5 DON MANOLO

CASO No. 5

Adulto de la tercera edad de la comunidad de Jumaytepeque, actualmente su estado es de mejoría en cuanto a la enfermedad. En enero de 2006 ya había empezado a tocar de nuevo en la banda, donde toca la trompeta, pues su esposa (cuidadora) ya le había dado permiso.

Mi enfermedad empezó a los 17 años. En ese tiempo aquí no se lograba el frijol, por lo que me tenía que ir a sembrar hasta un lugar que le llaman el Planón. Y ese año el maíz y el frijol se dieron buenos, y yo de ver esa maravilla lo arranqué y al otro día llevé bolsa de pita y me puse a acarrearlo, pero no me conformé y me cargué encima 2 costales de 15 libras

aproximadas cada uno a tuto. Fue pura ambición, pero yo quería estar bien con mi papá y con mi mamá. Como era familia natural de aquí, podíamos cargar bien.

Salí de allí como a las 11 de la mañana y no descansé en todo el camino, porque si descansaba, yo ya no me podía levantar. Como a eso de las seis de la tarde, fui llegando aquí a la cumbre. Ese día yo no sentí nada. Ese mismo año, para un 27 de diciembre, me agarraron para el servicio, allí en la zona me examinaron y no tenía nada. Hice dos años en la zona, donde aprendí a leer.

Al llegar a los treinta y cuatro o treinta y cinco años, me comenzó el malestar, aquí en la pierna, en la ingle. Era como una chibolita, pero yo no le hacía caso. Me puse entonces a estudiar con maestro solfeo por dos años nueve meses, y después empecé a trabajar de cornetista y saxofonista. Pero yo trabajaba y trabajaba pero sí me molestaba.

Cuando tenía como 39 años, me venían unos grandes retorrijones. El dolor me empezaba en la canilla y se me pasaba al estómago, pero aún los aguantaba.

Cuando tenía 45 años, empecé a tomar sanapirinas, porque ya el dolor me venía a alterar. Cuando terminábamos un concierto y me iba a descansar y a tomar una pastilla, pero después el dolor me fue arreciando, hasta que llegó el día en que el dolor ya de veras no me dejó. Se me fue agrandando.

Hace un poquito más de dos años que la seño del puesto me empezó a tratar. Me empezó a tratar con antibiótico¹, como ochenta costaba el frasquito pero ni modo, además tomaba unas pastillas de Diclofenaco, Sintaverín y Metrofen. La enfermera me lo calmó por dos años, tomando esas pastillas a diario.

El año pasado en octubre, me empezó de nuevo el dolor. Cuando el dolor volvió, empecé a comprar inyecciones de Serial de Q.50.00, porque cuando venía el dolor, no había pastilla que me lo curara. Entonces creí yo que era mejor la operación.

Mientras todo esto me pasaba, estuve haciendo cachas. Tome un licuado de piña con papa y papaya. Eso me decía los vecinos, la gente decía que era bueno.

Hubieron tres meses en que yo no pude comer, entonces tomaba licuado de banano, tres vasos al día. La Claudia me hacía los licuados, me daban de comer el chingastro que quedaba.

Pero de tanto tomar pastillas, jarabes e inyecciones, se me llenaba el estómago de agua y no podía orinar e ir al baño. Se me purgó, y nada; se me puso un lavado, y nada. Todo lo que comía lo arrojaba (vomitaba), mi esposa era la que se encargaba de ponerme el lavado.

Lo que pasaba era que yo tenía una gran fe, y si me decían que con eso reventaba yo lo hacía. Quien dice que si Dios ya quiere, que esto me caiga bien, yo lo tomo.

¹ Con el antibiótico se refieren a medicina en general, en este caso es un jarabe de diclofenaco.

También me puse lienzos de linaza con hoja de pito, una señora dijo que eso me pusieran.

Al fin, haciendo cachas agarrándome me fui al hospital San Juan de Dios a hacer cita. Cuando yo venía de regreso, una señora que venía en la camioneta me preguntó si yo venía bien y le conté, así que me dijo “Mire, haga cacha, compre dos tratamientos, dos cajas de pomada de linaza, y se busca la hoja de pito, lo unta grueso. Cuando paró la camioneta en Barberena, baje de una vez a comprar la medicina, para entonces ya estaba muy inflamado.

En Guatemala, tres doctores diferentes me hicieron examen cada uno, fui de cita en cita, de clínica en clínica. Los doctores me dijeron que me iban a poner una maya para que ya no siguiera expandiéndose.

Se aproximaba el día del señor de Esquipulas, entonces le dí Q.100 al padre para que dijera una misa en intención mía, pues yo soy devoto. Esto era para que mejorara.

La operación en un inicio estaba pensada para hacerla en marzo pero al final se hizo en mayo, yo ya no pensaba que si me dolía, lo único que quería yo era entrar para que me curaran. Por fin el 9 de mayo me operaron.

A l otro día a mi me sacaron a las 9 de la mañana y a mi esposa le habían dicho que me sacaban a las dos de la tarde, esperé pero como no me venían a traer agarré la camioneta que va para Nueva y al llegar a el Calvario (de Jumaytepeque) me bajé, y una señora que venía caminando se asustó de verme bajar de la camioneta y me ayudó a llegar a la casa.

Tan solo vine, le pedí a mi hija que cogiera un trocito de piñón, lo agarré y se lo puse al algodón. Me lave la herida con el piñón y el agua, además me sequé bien y ya me pase la gomita que saca el palito, porque aquí no hay mejor anestesia que esa. Con esa a las 24 horas está ya chupadito, a los ocho días que cae la cicatriz no queda nada. No morado le queda a uno.

Me estuve lavando la herida con piñón cocido en agua con poco de sal, ya fuera del fuego se le pone el vinagre. Ya que estaba bien seco, ya tenía la gomita del piñón preparada en un algodoncito y así sanó la herida rápido.

A los ocho días que llegué a quitarme los puntos, el doctor se sorprendió al ver lo bien que estaba. El doctor sorprendido me preguntó ¿Qué pomada compró? Y le respondí que no había comprado pomada, porque esas no bajan de 60 u 80 quetzales.

Mi mamá fue la que me enseñó a usar este vegetal, si viera, mi farmacia es mi jardinera, yo estoy confiado de las hierbas, porque yo tengo un libro botánico que lo compre.

Don Manolo, remite la causa de su enfermedad a muchos años atrás, la cual empeora años después por el trabajo que realiza, en el que tiene que hacer esfuerzos (toca instrumentos de viento y transporta carga pesada).

Esta persona no se atiende el mal hasta que los dolores le impiden seguir con su cotidianidad. Empieza a tratarse por medio de la automedicación al mismo tiempo de acudir hacia al Modelo Médico Hegemónico (Puesto de Salud de la Comunidad)

Hace referencia a la compra de medicamento que a pesar del elevado costo para el paciente, es una necesidad que prefiere cubrir. El malestar se calma por un tiempo, sin embargo regresa al tratamiento tiempo después.

Es allí cuando él toma la decisión de cómo tratarse, junto con su esposa quien funge como cuidadora del enfermo. Empieza de nuevo con la automedicación y a hacer “cachas” (Autoatención), donde activa las redes comunales, preguntándole a las vecinas y amigos sobre formas de tratamientos que ellos conozcan. Incluso una desconocida le recomienda una terapia que lo ayuda a aliviar temporalmente.

Dentro de las formas de curación, el enfermo refiere constantemente a la fe y religiosidad, siendo una terapia alternativa el uso de recursos relacionados a estos (rezos, misas y otros)

Su malestar le lleva nuevamente al Modelo Médico Hegemónico (Hospital Roosevelt en la ciudad capital) en donde termina operándose. Sin embargo las terapias alternas que utiliza en su proceso de curación atienden al modelo de autoatención y no al recomendado por el médico, el cual el paciente rechaza en cierta forma por el elevado costo de la medicina y por no sentirse cómodo con el mismo.

La mujer en este caso, juega un papel importante como cuidadora (esposa), consejera (amigas, vecinas, desconocidas, y maestra), madre que enseña el efecto de las plantas en el tratamiento.

5.1.6 DOÑA FLORI CASO No. 6

Persona originaria de la localidad, posee una tienda, en su hogar viven varias personas, entre ellas su madre y unos sobrinos.

Los sobrinos, que los cuales llegaron hace menos de una año son hijos de una hermana de la señora la cual falleció a causa de un aborto, ella no quiso salir al hospital. Los niños se quedaron a cargo del padre, quien por cuestiones de trabajo, los dejaba solos durante varias horas.

Lo anterior lo analizaron con su madre, como una situación de vulnerabilidad para los pequeños, por lo que se los pidieron al padre para cuidarlos en la aldea. Son cuatro pequeños.

Doña Flori:

Un día de estos, un mi sobrinito, le agarró dolor de estómago, no sé tal vez eran las lombrices, fue como a la una de la mañana y no hallaba que hacer porque no tenía nada a la mano.

Lo que siempre mantenemos es gas, entonces me levanté y le fui a aplicar un poco en el estómago, también le di a oler, pero eso no le quitó el dolor y le seguía, entonces como yo siempre mantengo aquí plantas me levanté de nuevo a prepararle un cocimiento de remedio casero con mirto y albahaca y otros. Con eso se le quitó.

En este caso las mujeres son las encargadas del cuidado en la terapia del enfermo. Hacen uso de las plantas y otros recursos que se encuentran a la mano.

El horario en el que se desarrolla la enfermedad, obliga a la cuidadora a actuar de esta forma. En ningún momento hacen uso de medicina de tipo químico y prepara toda la terapia en base a su conocimiento de enfermedades similares. Todo el procedimiento se efectúa dentro del ámbito doméstico y responde al proceso de autoatención.

5.1.7 DOÑA FLORI CASO No.7

Doña Flori cuenta que aunque no recuerda bien porque ella estaba muy pequeña (actualmente cuenta aproximadamente entre 30 ó 40 años), su madre y otros familiares son los que le han transmitido la experiencia en cuanto al caso de enfermedad.

Mi papá se enfermó, él empezó con vómitos y diarrea, en ese entonces no teníamos baño y había que estar saliendo al monte. De allí dicen que le dependió la fiebre intestinal. Mi papá comenzó así de bilis con problemas un día antes de que muriera. Él tuvo problemas de cólera un día (Eñojo severo). Se dio en cóleras un día por la mañana, por la tarde que él regresó del campo, él ya venía malo del estómago, le dolía mucho, venía también con vómitos y diarrea, mi mamá trató de hacerle cachas pero ya no fue posible.

Mandó a un mandadero mi papá que le fuera a pedir remedio a Casillas con un señor que lo curaba allá, pero cuando él regresó a las nueve de la mañana, mi papá ya había muerto. Él empezó como a las cinco de la tarde y murió a las ocho de la mañana del día siguiente.

La enfermedad en este caso, está considerado como un desequilibrio, provocado por un cambio en el humor. Se hace referencia al uso de la autoatención sin embargo no la especifican. También se hace referencia a la búsqueda de atención del Modelo Alternativo Subordinado (búsqueda de remedio con un curandero), nunca se menciona la necesidad de la búsqueda de un médico. La enfermedad fue muy corta.

5.2 Análisis de las constantes en los Casos.

Incluso en el proceso de salud/enfermedad, se presentan relaciones de dominación y subordinación, sin embargo no son únicamente de mujer a hombre sino existen otras categorías que son necesarias rescatar en el análisis de los episodios de enfermedad, como lo serían, la edad, lugar de residencia y otros.

Ante un episodio de enfermedad como se puede observar esta dominación presenta diferentes niveles en los cuales todos tienden a estar presentes. En el cuadro y las relaciones anteriores se hace notar que ante un episodio de enfermedad, se rigen relaciones de poder en relación a género y etario. La enfermedad por lo tanto no es una cuestión individual.

En la toma de decisiones la persona de mayor edad, será la encargada de tomar las disposiciones y medidas a tomar, sin embargo los hombres en su mayoría tienen la decisión final.

Ante un episodio de enfermedad, los hombres tienen más posibilidad de decisión en la elección de la atención que prefieren elegir en la enfermedad. En la mayoría en los relatos hechos por hombres, se tiende a invisibilizar el actuar de la mujer ante este proceso.

Para todos los casos el equilibrio en el individuo es indispensable, pues será el rompimiento del mismo el que dará lugar a la enfermedad (Descuidar a los niños, hacer cosas incorrectas)

Se visualiza también que la enfermedad, implica gastos, los cuales se ven como una necesidad en la cual incurrir. La tenencia de dinero es un determinante del tipo de atención y terapias a incurrir (Compra de ciertos medicamentos, lugar de asistencia frente a la enfermedad, priorización de necesidades). Sin embargo el enfermar además de significar costos económicos, también implica costos emocionales, tanto del enfermo como del cuidador del mismo. Esta situación puede provocar un sentimiento de culpabilidad y victimidad. La culpabilidad de la enfermedad puede ir desde motivos de culpabilización propia, hasta una visión espiritual de la culpabilización. Esto se refleja de mejor manera en aquellas enfermedades con un período prolongado. En todos los casos la autoatención juega un papel primordial.

Caso	Recursos Utilizados No Monetarios	Papel Según Género	Cuidador/a Visualización Del costo de Cuidar.	Culpa De la enfermedad	Experiencias Similares	Toma De Decisión Del enfermo	Visualización Del costo Económico y	Observaciones
1 Laura Enfermedad respiratoria	Consejo de vecina Automóvil Medicamentos Sector salud. Plantas medicinales.	Mujeres: Cuidado y Atención Hombre: Proporcionar Dinero	Mujeres como Cuidadoras: Madre y abuela. No lo visualizan como un costo.	No visualizada En el relato	Si	No se visualiza. Es un menor.	Como una emergencia, gasto no esperado pero necesario	Utiliza modelo de autoatención y el médico hegemónico
2 Laura	Elementos inertes de la naturaleza. Plantas medicinales. Terapeuta tradicional de comunidad lejana (No específico) Aguas. Aguas con aromas Medicamentos Consejos de vecinas	Mujer. Abuela toma de decisión de la atención a tomar. Hombre: Padre, proveedor del dinero para curación y encargado de llevarlo a sus curaciones	No se visualiza en el relato	De los padres	No se visualiza en el relato	No se visualiza. Es un menor	Gastos que no puede seguir haciendo	Enfermedad larga. Su atención es muy posterior a el apareamiento de los primeros síntomas
3 Doña Teresa Heridas en las piernas	Medicamentos , aguas con aromas, plantas medicinales	No aparecen hombres en el relato. La enferma es una mujer viuda, la pareja de la hija migró a los Estados Unidos	La hija ha postergado o dejado de hacer actividades por cuidar a su madre. Hija con sentimiento de culpa al ya no querer cuidar a su madre y los problemas que ha acarreado el cuidado. Madre siente inutilidad.	La hija culpa a la madre por no cuidarse lo suficiente para que cure la herida por completo. La madre hace relación enfermedad/religión al decir que no sabe que es lo que está pagando. Visualiza la enfermedad como un castigo divino.	Padre sufrió de diabetes.	Toma decisiones sobre sus curaciones, sin embargo estas son reprendidas por la hija, pues dice que no sirven sus formas de curación.	Se quejan que la enfermedad ha sido larga y cara, sin embargo en ningún momento mencionan que no tengan el dinero para el tratamiento	Ha utilizado tanto el modelo de autoatención como el Médico Hegemónico ambos se han articulado en su funcionamiento ante dicho caso.
4 Don Rogelio Aire	Medicamentos de uso populares Plantas medicinales	Esposa. Cuidadora Nuera. Regala pastillas. Hombre: su persona busca los elementos para curarse	No parece la visión de la cuidadora, sin embargo, el mismo reconoce que no puede utilizar ciertos medicamentos pues le impiden trabajar	Se culpa por un descuido	No se menciona	El decide que le conviene para la curación	No se visualiza en el relato.	Su esposa es comadrona

Caso	Recursos Utilizados No Monetarios	Papel Según Género	Cuidador/a Visualización Del costo de Cuidar.	Culpa De la enfermedad	Experiencias Similares	Toma De Decisión Del Enfermo	Visualización Del costo Económico y	Observaciones
5 Don Manolo Hernia en la ingle.	Consejo de vecinas y desconocidos. Rituales religiosos Uso de plantas medicinales Uso de medicamentos Sector salud	Mujer: Esposa e hija Como encargada de cuidar y aplicar las terapias	No se visualiza en el relato	Culpa del enfermo por un episodio sucedido hace mucho tiempo	No se visualiza en el relato	El enfermo puede decidir sobre las acciones a tomar.	No se visualiza en el relato	La entrevista fue con la pareja, por lo que el individuo se apoyaba mucho en su esposa para complementar el relato.
6 Doña Floti Alboroto de lombrices	Gas Plantas medicinales	Mujer: Tía encargada de atender al enfermo. Hombre: No se visualiza en el relato	Obligación por ser su sobrino	No existe una persona en específico	No se visualizan en el relato	Es menor. No se visualiza en el relato	No se visualiza en el relato	El episodio de enfermedad ocurre en la noche
7 Doña Flori Fiebre intestinal	Medicina de un terapeuta tradicional no residente en la comunidad.	Mujer: Encargada de atenderlo	No se visualiza la visión de la cuidadora	De terceros (no es específico) por haber hecho enojar al individuo	No se visualiza en el relato.	Únicamente se visualiza que envía a un joven a traer medicina de un terapeuta tradicional a una comunidad próxima.	No se visualiza en el relato	El episodio de enfermedad culmina con la muerte del paciente.

CAPÍTULO VI.

6. ENFERMAR EN JUMAYTEPEQUE.

6.1- Hacer cachas, la “categoría nativa” de los jumayos para el proceso de la autoatención.

Durante la estancia dentro de la comunidad se comprobó que la categoría nativa para los procesos de autoatención en los habitantes de Jumaytepeque es el de “hacer cachas”.

El término dentro del ideario social de los habitantes de Jumaytepeque, comprende situaciones más allá del proceso de curar durante la enfermedad, este representa tanto cuidados preventivos como curativos.

Dentro de las acciones llevadas a cabo como procesos de prevención, se englobarían acciones tales como el cuidado de la alimentación de los miembros de una familia y todas las actividades que ello implica, el dar consejo en cuanto a lo permitido y lo no permitido o bien lo correcto y lo incorrecto, muchas veces relacionado con lo religioso y/o espiritual, cuidados higiénicos y otros temas relacionados.

Las acciones curativas involucrarían los cuidados en los procesos de salud y enfermedad, los que implicarían tanto el autodiagnóstico, el cuidado del enfermo, la preparación de remedios, acompañamiento al enfermo, ya sea a médicos o terapeutas si así fuera el caso, cuidados en la dosificación de los remedios caseros o medicinas de tipo químico, curaciones y otras actividades que se activan frente a dichos procesos como lo podría ser el de los ritos religiosos destinados a este fin, en Jumaytepeque estos ritos en algunas ocasiones se reducen únicamente a la realización de misas y oraciones. Por lo cual, este término engloba a todo aquel esfuerzo encaminado al mantenimiento y la recuperación del estado de la salud.

Es por eso que para los jumayos el “hacer cachas”, engloba una gran cantidad de elementos, sin embargo dentro del diálogo con el individuo es necesario contextualizarse en la situación narrada para su comprensión.

En la mayoría de los casos presentados en este informe, las mujeres y algunos hombres entrevistados al hacer referencia a la expresión <<hacer cachas>> o cualquier derivado del mismo término, refiere, a la visualización de la emergencia por parte de los encargados del cuidado del enfermo, de hacer que este tránsito desde un estado de enfermedad hasta un estado en donde el individuo recupere su cotidianidad, es decir llegar a un estado de salud.

El “hacer cachas” puede englobar ante la enfermedad, una cantidad de acciones con el fin de estabilizar al enfermo y llevarlo de nuevo a su cotidianidad. Será la persona que se auto designe para el cuidado del enfermo aquella que tendrá que realizar dichas actividades, las cuales se intenta definir a continuación:

- **Escuchar** a la persona que siente malestares (en algunas ocasiones, como en el caso de individuos que no puedan expresar verbalmente su malestar, puede ser únicamente la visualización en cambios de humor, cambios físicos u otros)
- **Identificación** de síntomas y su relación con experiencias anteriores. En esta etapa se suele utilizar los sentidos como ayuda en la identificación del mal. Por ejemplo: Ver las heces, tocar el cuerpo para saber si tiene alta temperatura corporal, oír el tipo de llanto que tiene el niño, sentir los olores que despide el enfermo). En esta etapa si la persona no cuenta con experiencia es probable que pregunte a sus allegados las formas que conozcan de curación para casos similares.
- **Diagnóstico:** Ya identificado los síntomas, la persona encargada de la curación (madre, abuela u otros) hace un **autodiagnóstico** en base a los dos pasos previamente descritos.
- **Toma de decisión y acción:** ya diagnosticado el ahora enfermo, la curadora deberá tomar la decisión de la actividad a realizar. Como primera medida y como parte del alivio de los síntomas, esta aplicará la terapia apropiada dentro de la lógica de la autoatención. Entre estas medidas se pueden encontrar la medicación por medio de brebajes a base de plantas medicinales, apósitos (confortes), medicamentos de tipo químico, uso de masajes, utilización de objetos y/o rituales destinados a la curación (huevos, plantas, aceites, aguas de olor, polvos, piedras, plumas, ritos espirituales, agua u otros). En esta etapa el enfermo llega a un estado de dependencia, puesto que las decisiones, acciones y otras actividades relacionadas, las tomará la cuidadora del enfermo.
- **Seguimiento:** Al enfermo la curadora principal le dará un seguimiento en concordancia a su enfermedad, el cual puede consistir en reposo, dietas. Sin embargo si el enfermo continúa con las molestias, es probable que eleve la instancia de curación, pudiendo elevarse a un terapeuta de un modelo superior, sea este un terapeuta tradicional o un médico.

“Como si nos aliviamos con pastilla, ya no vamos. Pero si no nos aliviamos con la pastilla, entonces si vamos al doctor” (Entrevista LC-3). Incluso dentro de la atención del enfermo por estas personas, la curadora continuará las tareas de seguimiento necesarios para que se encuentre una mejoría que lleve a restablecer al individuo o termine con la muerte del paciente. También se pueden incluir acciones para evitar que el enfermo recaiga (proporcionar vitaminas, oraciones o misas para el enfermo). En esta etapa el individuo enfermo puede morir, y con ello la persona encargada de la atención del enfermo, cambiará el rol, encargándose así de otras actividades.

- **Recuperación:** En esta etapa el enfermo empieza a recuperar su autonomía que ha perdido durante las etapas anteriores presentando en la mayoría de los casos una sumisión y hasta pérdida de autoridad. La recuperación y rehabilitación en este paso está en su etapa final.

En algunas ocasiones después de identificados los síntomas, se puede tomar la decisión de no accionar con el objetivo de que la enfermedad se cure sola, dando únicamente al individuo algo para su alivio (Un caso de estos podría ser un leve dolor de estómago, un

desmayo, un dolor de cabeza y otros). Las diferentes fases en el proceso de la atención, esta puede utilizar un espacio temporal corto o largo.

6.2 MEDIDAS TOMADAS FRENTE A LA ENFERMEDAD; PROCESO DE AUTOATENCIÓN.

6.2.1 Automedicación y utilización de fitoterapia (autoatención en el proceso de salud/enfermedad)

Antes de decir que si la autoatención es beneficiosa, o no lo es, es necesario explicar que esta visión dependerá desde la lógica en la cual se vea. En este proceso se entrelazan una infinidad de actividades las cuales tienen relación con cuestiones económicas, sociales, culturales; todas ellas enmarcadas dentro de un proceso histórico compartido a nivel nacional, entre las cuales se puede mencionar el poco interés de llevar salud a las comunidades, excluyéndolas de la atención real en el sistema de salud nacional, así también como del local. En Jumaytepeque se refleja la exclusión en salud, de la que han sido víctimas por autoridades centrales del municipio de Nueva Santa Rosa.

Para el sector salud, es decir los médicos, enfermeras, técnicos en salud y otros, la autoatención no se ve más allá de la automedicación, siendo parte central de su argumento que estas medidas son contraproducentes, pues crea resistencia de bacterias, virus y otros organismos microscópicos ante los medicamentos a los que la población, por ignorancia, ha estado comúnmente expuesta ante la toma indiscriminada de antibióticos y otros.

Ante las personas, la concepción de autoatención, aunque ellos no conozcan el proceso bajo dicho término, es concebido más allá de la cura de los enfermos, la misma encierra actividades tales como cuidado, cura, mantenimiento, prevención.

Dentro de estos procesos, es necesario visualizar que los tratamientos aplicados a un individuo no se manejan únicamente dentro del espacio de la fitoterapia o la medicina convencional.

Es común que las personas hagan una complementariedad en lo referente a sus tratamientos utilizando al mismo tiempo, tanto medicina de tipo convencional como el uso de la fitoterapia. Al igual que la medicina química que se puede encontrar en variedad de presentaciones, así también, la medicina natural tiene diferentes formas de aplicación y preparación.

Se puede observar en todos los casos¹ presentados anteriormente que los enfermos y sus cuidadores tienden a utilizar tanto plantas y otros elementos naturales, como medicina convencional. Al mismo tiempo se pueden utilizar otros materiales naturales como en el

¹ Casos del capítulo anterior

caso de doña Laura en el que utiliza plumas de zope o don Manolo quien al mismo tiempo de consultar con médico utiliza medicina natural para su curación.

A continuación se presentan dos cuadros con las presentaciones, preparaciones y forma de utilización de los medicamentos químicos y fitoterapéuticos que con mayor frecuencia utilizan en la comunidad, así como la forma en como la obtienen:

Elaboración Propia.

Medicamentos elaborados en base a plantas medicinales (Fitoterapia)	
Forma de utilización	Lugar en donde se obtiene
Pastillas, con plantas deshidratadas en su interior (Cactus, valeriana...)	Farmacias, herbolarios,
Jarabe	Elaborado por las madres en base a plantas y gran cantidad de azúcar o miel. Plantas recolectadas en el jardín de las casas o terrenos.
Apagados	En base a plantas recolectadas en el jardín de las casas o terrenos.
Cocimientos	En base a plantas recolectadas en el jardín de las casas o terrenos.
Plantas en tallo o flor para pasar alrededor del cuerpo, otros materiales naturales	En base a plantas recolectadas en el jardín de las casas, terrenos ó compradas en los mercados.
Apósitos	En base a plantas recolectadas en el jardín de las casas, terrenos ó compradas en los mercados.

Medicamentos de tipo químico	
Presentación	Lugar en donde se obtiene
Pastillas/Cápsulas (Antibióticos, aspirinas,)	Tienda, farmacia, puesto de salud, centro de salud,
Jarabe	Farmacia, centro y puesto de salud
Pomadas	Tienda, farmacia, puesto de salud, centro de salud, merolicos
Inyecciones	Farmacia, puesto de salud, centro de salud,
Polvo y/o pastillas efervescentes (Sal Andrews, sal de uva)	Tienda, farmacia, puesto de salud, centro de salud,
Aguas (Agua florida)	Tienda, farmacia, mercados.
Balsámicos y ungüentos	Tiendas, farmacias, mercados.
Aceites(Aceite de resino),esencias (Esencia de anís) y espíritus (Los siete espíritus)	

Elaboración Propia

Los cuadros realizados anteriormente, es la forma como las madres suelen agrupar los tipos de medicamento que utilizan para la curación en el momento de una enfermedad en la casa. Es necesario entender que las curadoras y cuidadoras se mueven entre los dos mundos, tanto desde la fitoterapia como en el de la medicina convencional, y por lo tanto pueden elegir entre ellos lo que a su parecer conviene al enfermo, haciendo una combinación de ambos según sea el caso de la enfermedad.

Las medidas de la automedicación al enfermo, será la primera en ser aplicada a las personas ante los primeros síntomas de malestar. La enfermedad puede ser curada exclusivamente dentro del ámbito doméstico, sin asistir a una consulta fuera de él, pero también se puede asistir con médicos ó terapeutas, sin embargo la autoatención aún utilizando estos medios tiende a continuar, pues la cuidadora/curadora no dejará su responsabilidades de acompañamiento hasta que el enfermo recupere su estado normal.

6.2.2 Aprender con la vecina, abuela ó tía. ¿Cómo se transmite el conocimiento?

Ante el caso que la persona no sepa o no tenga experiencia ante un malestar, es común que se tienda a preguntar a los vecinos, familiares o amigos cercanos sobre sus experiencias, y estos a compartirlos. Es por eso que el mantener buenas relaciones con un círculo determinado es importante, pues es en estos espacios que el apoyo y solidaridad se refuerzan en diversas formas, los cuales van desde el intercambio y transmisión de conocimientos hasta un apoyo o préstamo financiero.

La edad es determinante para la transmisión de conocimientos “a más años, más experiencia”. Las personas que comúnmente tienen mayor experiencia y por lo tanto conocimiento, son las personas ancianas y lo transmitirán sobre todo a las mujeres. La forma como se reproduce el conocimiento es por medio de la oralidad y el espacio donde se transmite se ubica dentro del núcleo familiar. Así, si una mujer es primeriza, será la madre o la suegra la que le enseñe como identificar los síntomas, así como el tratamiento apropiado. Sin embargo este conocimiento se enriquece con la misma experiencia que se va adquiriendo como cuidadora de enfermos en el hogar.

“De la crianza de mis hijos, en la terminación de la crianza de mis hijos, comencé yo y ¡Ay Dios mío!, dije yo un día, se me retorció el patojo ¿y qué será Dios mío? ¿ y que será? Y malo el muchachito, y lo comencé a ver yo y todo...

...Estaba pequeño como de tres meses, y así fui aprendiendo. De allí me dijo otra señora ¡Dios la tenga en su gloria!, me dijo ¡Mirá! me dijo, ya no molestés a más gente, ya no hay que molestarla, yo te voy a dar un ideya me dijo. Cuando la criatura esté muy onda de mollera, jalala. La jalás con un poquito de humo de cigarro o bien con unos granos de azúcar.” (Entrevista C-02)

Dentro de la comunidad estos espacios de comunicación y transmisión de conocimientos se observaron en la actividad grupal de recolección del agua en los chorros comunales, en la realización de actividades religiosas relacionadas (elaboración del pan de mujer, de los alimentos para la cofradía u otros¹), puede ser de la misma forma un espacio en donde las madres se comuniquen recetas, medicamentos, tratamientos, con los cuales pueden curar a sus hijos o ellas mismas.

6.2.3 Religión y enfermedad:

Todas las personas entrevistadas se auto identifican como católicas, el vínculo entre la enfermedad y la religión es importante, ya que se menciona en ciertos casos que la enfermedad y la muerte pueden ser enviadas por Dios, ya sea por medio de un designio divino o por el castigo de transgredir lo que socialmente es permitido.

La necesidad de expresión religiosa y de espiritualidad en los individuos, son un eje importante para llegar a la curación de las personas, ésto lo demuestran incluso en el

¹ Todas estas actividades son realizadas exclusivamente por grupos de mujeres.

leguaje cotidiano. Los individuos suelen referir frases de agradecimiento o de esperanza ante la espera de la curación o la mejoría del individuo enfermo, considerando esta una de las formas de expresión en su espiritualidad.

Las personas articulan su fe, con la atención que se le da al individuo enfermo, a lo que las frase “A Dios Primero”, “Primero Dios” ó “por la intervención de la Ssantísima Trinidad” son recurrencias de el recurso religioso como forma de deseo, esperanza ó anhelo en que sus sacrificios, oraciones, ritos u otras formas de expresión religiosa, lleguen a complementarse de tal forma que la curación sea efectiva, tanto por el uso de los medicamentos, la atención que se le brinde, así como por las razones espirituales anteriormente descritas.

Así mismo, el agradecimiento de la acción mágico-religioso la tienden ha demostrar de igual forma con la frase “gracias a Dios”.

Ante los ritos realizados dentro del marco de las creencias mágicos religiosos en la enfermedad se pueden encontrar:

- Construcción de altares del santo devocionado.
- Colocar velas el los altares, asistir a rezos a la iglesia.
- rezos de varios días. (novenas)
- compra de misas¹.
- Rezos invocando la acción divina en el momento de la curación.

Actos que se convierten del mismo modo que la compra de medicamentos o comprar el servicio terapéutico, en otro de los artículos de consumo frente a la enfermedad. Estos ritos se realizarán ya sea por agradecimiento por haber sido curado o por requerir de intervención divina frente a una enfermedad. Al hacerse por agradecimiento los individuos lo internalizan como una forma de devolver el favor recibido.

Sin embargo, existen algunos ritos como lo es la curación del mal de ojo que son considerados por la iglesia como incorrectos, sin embargo para las personas, esto no representa infringir en algo indebido, por lo que siguen realizándolo.

Sin embargo, por temor a que las personas hablen mal, o lo que les puedan decir los encargados de la iglesia, tienden a no reconocer que realizan y llevar a cabo estos rituales frente a otras personas, no así cuando están solos, siempre dentro del ámbito doméstico.

Una de las enfermedades que requiere de la intervención de dicho ritual, fuera de los estándares de lo aceptado por la iglesia católica, pero sí requiere de la espiritualidad dentro de la formación cristiana, “es el ojo.”

El ojo puede ser curado de diversas formas:

¹ Según entrevistas, una misa puede costar alrededor de Q.50 sin embargo algunas personas tienden a dar más dinero pues mientras más ofrecen mejor y más rápido será la curación

- Poner al niño en el suelo acostado en una manta, mientras una persona o niños saltan encima de el enfermo 3 veces.
- Baños con plantas aromáticas.
- Uso de animales sobados en el cuerpo

Todas las anteriores terapias necesitan ser en horarios especiales (Refieren las doce del día como lo ideal), tirar los restos y desarrollarse en días específicos y acompañados por oraciones.

La enfermedad del susto también es curado dentro del ámbito doméstico con la ayuda de personas allegadas al enfermo, el ritual esperado para su sanación es el de conseguir “padrino de evangelio”, el cual consta en que una persona será la encargada de rezar el evangelio por 7 días seguidos para la curación del niño enfermo.

Sin embargo los cuidadores del enfermo pueden perseguir otro tipo de terapia, siendo estas similares a las descritas en trabajos realizados en Guatemala sobre el tema¹.

6.2.4 Asistencia al farmacéuta

El ir con el farmacéuta a las personas les facilita el acceso a una consulta. Los encargados de las farmacias suelen aconsejar a las personas sobre qué medicamentos son bueno para el síntoma que ellos describen. En ocasiones puede ser que el enfermo asista el mismo a pedir el consejo, o bien que un familiar cercano asista a consultar. Serán sobre todo las mujeres. En la comunidad, las personas que cuentan hace varios años con el negocio de las farmacias son Doña Naya y Don Ángel, en los cuales los habitantes confían para que les receten medicinas para sus malestares. “Acá me le hicieron cachas un Don Ángel, que me los cura por aquí, el si sabe curar y así no tengo que bajar y no gasto tanto, sí con él voy yo a preguntarle”. (Entrevista LC-01)²

En la farmacia de doña Naya, era común encontrar a personas que pidieran asistencia ante las enfermedades en la familia. Era evidente también que muchas mujeres fueran en busca de complejos vitamínicos para los hombres.

En un día de observación en las farmacias de la comunidad, un habitante varón de aproximadamente 30 años se había dado un machetazo en la pierna, justo en la espinilla. El no pensaba ir al centro de salud o al puesto en la comunidad. Estaba a pocas horas que bajara la última camioneta, pero se resistía a asistir a algún centro asistencial. Asistió a una de las farmacias a que le vendieran un diclofenaco para quitar el dolor y según dijo “voy a esperar a ver que pasa” (Cuaderno de campo, Diciembre 2005)

Es común que los dependientes de las farmacias tengan un amplio conocimiento técnico sobre medicamentos, su uso y posología. El asistir a una farmacia reduce los costos ante el episodio de enfermedad, pues la consulta la proporciona el dependiente o dueño de la

¹ Ver trabajos que versan sobre el tema de diversos autores como E. Villatoro, M.T. Mosquera, ASECSA, Pies de Occidente y otros.

² Don Angel es el dueño de una de las farmacias de la comunidad.

farmacia evitando así el gasto en honorarios médicos que pagarían en el caso de una consulta.

6.2.5 Asistencia con el médico o terapeuta tradicional

Las personas de la comunidad tienden a asistir al médico en su mayoría cuando suponen que la enfermedad ya no es tratable en casa. Hay instancias a las que los jumayos suelen acudir con mayor frecuencia. Como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los lugares que por excelencia buscan son las clínicas de APROFAM, las cuales se ubican en el centro del municipio de Barberena, departamento Santa Rosa. Sin embargo suelen acudir al puesto de salud o con doctores particulares en la cabecera municipal de Nueva Santa Rosa.

En cuanto a la asistencia con terapeutas tradicionales, únicamente una de las personas entrevistadas aceptó haber asistido con un terapeuta tradicional (Caso 2, capítulo anterior), haciendo dicha visita hasta la ciudad capital. Esta visita se hizo al igual que las visitas a médicos, hasta que las acciones curativas llevadas a cabo en el espacio doméstico no fueron suficientes para aliviar los malestares del enfermo.

6.3 – REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN JUMAYTEPEQUE.

6.3.1 Visualización de las enfermedades desde los jumayos

En la comunidad las personas entrevistadas, muestran una clara diferencia en las enfermedades en relación a la edad. Existen para los habitantes, enfermedades de las cuales todos pueden padecerlo y otras que dependerán del tipo de trabajo, edad o sexo.

Las enfermedades que aparecen en el cuadro siguiente son las identificadas en las entrevistas por los pobladores. Se ubica con una X en el grupo etáreo en el que con mayor frecuencia la refirieron.

ENFERMEDAD	NIÑOS	HOMBRES	MUJERES	ANCIANOS	EXPLICACIÓN
Mal de ojo: - Ojo de luna (Ronchas que Aparecen y desaparecen cada mes) - Ojo (Pujo y llanto constante)	X				<i>Puede llegar a ser mortal.</i> El ojo es una enfermedad producido por envidias o una desequilibrio entre temperaturas del individuo portador y el adquirente.
Cuajo	X	X			Este malestar lo identificaron como enfermedad de niños, sin embargo se saben casos de adultos que lo

					han sufrido. Es provocado por golpes fuertes al caer sentados. Provoca malestar estomacal.
Fuego intestinal			X	X	Por los síntomas descritos por las personas, el fuego intestinal pareciera ser gastritis. El hecho de que lo sufran las mujeres adultas y ancianas, parece estar relacionado en que las mujeres o jefas de hogar proporcionan la mayor cantidad de alimento primero al jefe de hogar, después a los hijos varones, seguido por las hijas mujeres y lo que sobra lo comen ellas.
Presión alta				X	<i>Puede llegar ser mortal.</i> Desde el Modelo Médico hegemónico se le denomina Hipertensión.
Gripe*	X	X	X	X	Siendo más común en niños y ancianos.
Catarro*	X	X	X	X	Siendo más común en niños y ancianos.
Artritis				X	Las personas se quejan de dolor en los articulaciones y “huesos”, se empeora en época de frío o invierno. Esta enfermedad les impide continuar con su cotidianidad.
Malestar de corazón				X	<i>Las personas lo describen como “Shutazos en el corazón”, y una baja de rendimiento en sus actividades. Dicen que dicha enfermedad puede llegar a ser mortal.</i>
Alcoholismo		X		X	No se observó a ninguna mujer alcohólica. Es probable que por la presión

					social, el alcoholismo no es cuestión de mujeres.
Lombrices, amebas u otro parásito. Disentería	X				Lo pueden llegar a sufrir todos pero lo común es en los niños. <i>Puede llegar a ser mortal.</i> Enfermedad parasitaria.
Varillas	X				Malestar en la garganta (no se puede tragar) cuando hay catarro. Inflamación del interior de la garganta.
Nervios	X	X	X	X	Hay diferencia entre los nervios de los niños al de los adultos. Este tema no se profundizó. Crisis nerviosa.
Dolores de espalda.		X		X	Esto tiene mucha relación con el oficio. En los hombres sobre todo, por ser campesinos, esto puede llegar a ser muy común.
Ronchas por labrador	X	x	X		Este malestar surge durante la época de cosecha. Según los pobladores, es un animalito que se mete dentro de la piel cuando ellos están en el campo cortando café. produce una serie de ronchas, dentro del cual está el animal, y se quita al bañarse con agua caliente.
Sordera, pérdida de vista, derrame.				X	Estos son todo una serie de malestares atribuidos a la edad avanzada. Se producen en conjunto al llegar a la senitud.
Desnutrición	X	X	X	X	Esta enfermedad la identifican con el grado de pobreza. Nadie de los entrevistados reconoció estar desnutrido, pero si mencionaron familias que en sus palabras "son pobrecitos" y por eso están desnutridos. <i>Puede llegar a ser</i>

					<i>mortal.</i>
Aire		X		X	Malestares que presentan mucho dolor en diferentes partes del cuerpo, sobre todo en el área torácica. Las personas dijeron que puede entrar aire al cuerpo por un mal movimiento. A cualquiera le puede pasar, sin embargo es más alta la probabilidad de contraerlo en personas que realizan un alto esfuerzo físico, por lo que en la comunidad es común el malestar en hombres por el trabajo que realizan en el campo.
Hernia	X		X		Este malestar lo provoca el exceso en un esfuerzo físico. Puede sufrirlo cualquiera, sin embargo lo más común es en hombres y niños. En los hombres por su trabajo (Campo), en las mujeres por cargar mucho a los niños ó los cántaros de agua (Al levantarlos) y en los niños por estreñimiento y por pujar mucho. <i>La hernia puede llegar a estallar y generar muchas complicaciones.</i>
Hepatitis	X				Inflamación del Hígado. Puede sufrirlo cualquiera pero lo más común son los niños.
Hinchazón de pies y piernas			X	X	Este malestar se da por estar mucho tiempo parado (Lavando, torteando) ó bien por lo que reconocen como achaques de vejez.
Diabetes				X	<i>Puede llegar a ser mortal.</i> Los individuos lo asocian con intolerancia al azúcar.
	X				Puede sufrirlo

Diarreas					cualquier persona, pero es más común en los niños. <i>Puede llegar a ser mortal.</i>
Moquerío con calentura. Padecimiento del pecho ó hervor de pecho. (IRA)	X		X	X	Es una enfermedad que afecta a todos sin embargo, con mayor facilidad lo sufren aquellos a los que consideran como débiles. <i>Puede llegar a ser mortal.</i>
Empacho	X	X	X	X	Esta enfermedad es sufrida por comer mucho, no comer a la hora acostumbrada. En los niños por comer muchos alimentos de bolsita o tragar chicles.
Debilidad			X		Lo sufren todos, sin embargo es a los niños y a los hombres a los únicos que se les medica para este mal. Es común encontrar en la farmacia a las mujeres comprando complejos vitamínicos para los hombres del hogar.
Mal de orín		X	X		Este malestar lo provoca el exceso de calor. "El fuego daña". En los hombres por pasar tanto tiempo bajo el sol y en las mujeres por mantenerse tan cerca de el fuego para cocinar.
Sarampión negro (Dentro de los entrevistados se mencionan 2 casos que tuvieron lugar 15 años atrás aproximadamente)	X				Altamente mortal. A uno de los niños sobrevivientes los padres mencionan que el sarampión le dejó mudo.

*La gripe y el catarro lo diferencian en que el catarro da fiebre y la gripe no. Cuadro de elaboración propia.

Para atender estas enfermedades, los habitantes de Jumaytepeque harán uso de los recursos que estén a su alcance para aliviar las molestias, así sea la compra de medicamentos de tipo popular, (Tabcines, Alka-Seltzer, Sal de Uvas, Yodoclorina...) así como el uso de plantas medicinales ya sean estas en cocimiento, apagados, apósitos u otros, sin embargo, cuando la enfermedad requiere de asistencia médica la elección para la atención médica frente a la enfermedad, dependerá de varios factores, entre ellos:

Lógica de la enfermedad: Existen enfermedades que los habitantes consideran se pueden curar en la casa (ojo, catarros, aire, etc.), otras que es necesario la intervención de un doctor o terapeuta tradicional para su curación (El médico cura diabetes, hepatitis, hipertensión etc). Y los terapeutas empachos, debilidad, cuajo. Dentro de la lógica de los habitantes “**No todas las enfermedades son para todos los curadores**” En este espacio comúnmente puede funcionar la consulta a dependiente de farmacias (a quien consultan enfermedades parecidas a las que cura el médico). Un ejemplo de las enfermedades que pueden tratarse sin la intervención de un curador profesional ya sea un curador de tipo empírico o un médico, podría ser las gripes, malestares de estómago y otros. Dentro de esta lógica también puede tratarse lo que ellos consideran como “el ojeado”, esta enfermedad puede ser tratada tanto por la madre como por los curadores empíricos de la comunidad. *“Ah, para la gripe... solo. (En relación a que una enfermedad puede pasar sola) Y hacemos taccines (Tabcín) de esos aspirina... y el gloriado para la tos. En el gloriado echamos candela de izote, cojoyitos de plantas que encontramos en la casa o que nos traen nuestros maridos del campo, sí eso; todo eso apagado y endulzado con miel blanca si hay, si no azúcar”* (Entrevista LC-3)

Calidad en la atención de los servicios de salud: Si la enfermedad sobrepasa la esfera de lo que está determinado como curable dentro del espacio doméstico, pueden llegar a buscar ayuda dentro de la lógica de la biomedicina, siempre y cuando la enfermedad responda a la misma. Las personas toman la calidad como un elemento esencial en la selección de la persona o institución que prestará la atención, tomando en cuenta que cuando la enfermedad requiere de atención dentro del sistema salud, la mayoría de jumayos prefiere ir hacia el sector médico privado o semi-privado.

La representación de calidad en el servicio, para el interior del grupo jumayo estará determinado por: la distancia existente entre el lugar de habitación del enfermo y el servicio de salud, la amabilidad en el trato, la dotación de medicamentos en la consulta, la relación enfermedad/atención/costo será indispensable, pues se considera como buen médico aquel que logre curar al enfermo con la menor cantidad de recursos económicos erogados por parte del paciente (Reducir el número de muestras para laboratorio, que los medicamentos sean baratos, que la consulta sea barata y otros)

Cantidad de recursos: La cantidad de recursos con los que cuente la familia será esencial cuando se presente un episodio de enfermedad. A las personas que cuentan con mayores recursos (Dinero, transporte motorizado u otros) se les facilitará el traslado de las personas enfermas; sin embargo, aquellas personas que no cuenten con dichas facilidades, les será necesario activar una serie de redes que ayuden en el momento del episodio de la enfermedad.

En la comunidad el servicio de salud pública, representado por el puesto de salud, lo tienden a catalogar como regular o malo por las siguientes razones:

- No atienden a todos (Mientras más alejada del núcleo de la aldea se encuentre la persona, es más difícil que se le atienda).
- Se mantiene con mucha gente.
- No proporcionan medicamento y solamente dan receta médica para que el interesado compre el medicamento en una farmacia. “Sí, porque aquí sólo receta, y que nos vamos a curar con receta, ah, como no hay medicina que nos..., sólo receta nos dan, acá si uno no tiene dinero...., ella vende(refiriéndose a que la enfermera tiene como negocio personal una farmacia), vende caro”(entrevista LC-3)
- Búsqueda de alternativas en la atención en salud: Al no dar medicamento el enfermo no se alivia de sus malestares y tampoco llega a una cura, por lo que buscan otra vía para la atención. Esta condición crea una movilidad de los habitantes hacia otras poblaciones en donde según los habitantes si reciben el medicamento por lo que tienden a ir sobre todo a APROFAM, Farmacia Similar, ambas en Barberena. Tienden también a asistir al Centro de salud de Nueva Santa Rosa, en el cual tendrán que fingir que provienen de un distrito que atienda el centro para que cuando se les atienda no los remitan nuevamente a Jumaytepeque. “Nos vamos allí pero como no hay medicina para nosotros, nos vamos a ..., para algún lado de Barberena o aquí en Nueva, pero nos cobran algo caro pero nos dan medicina que utilizamos para la enfermedad”
- Desconfianza en el servicio: Para los pobladores, hay enfermedades que la enfermera/ras no curan por lo que prefieren bajar a otra población para atenderse o bien por desconfianza hacia el servicio, la persona prefiere asistir con alguien más. “Qué..., la fiebre no la cura la seño aquí, no la cura” (Entrevista LC-3) “Voy a Nueva porque allí le tengo fé para curar (Entrevista LC-1)

Sin embargo, aunque existan diversas instancias para la atención, será la autoatención la primera medida tomada frente a un episodio de enfermedad y aquella que lo acompañará incluso cuando la atención para el tratamiento del enfermo haya sobrepasado la atención dentro de la esfera doméstica.

6.4- CUIDADO DEL ENFERMO, DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO EN LA ENFERMEDAD.

Dentro de la comunidad, las personas entrevistadas tanto hombres como mujeres, reconocieron que el cuidado del enfermo lo realizan en su totalidad las mujeres, apareciendo únicamente un caso en donde el hombre ayuda en el cuidado, este caso no es común.

Este comportamiento, tiene antecedentes socioeconómicos e históricos de cómo se ha ido conformando a través de los años, lo que se denomina la división sexual del trabajo, dejando a las mujeres a cargo de las actividades propias del hogar, tales como la compra y preparación de los alimentos, el lavado de la ropa, el cuidado de los hijos y otros miembros

que compartan dicho espacio. Es dentro de estas actividades que se involucran las medidas preventivas y curativas ante la enfermedad del enfermo de un núcleo familiar.

En la comunidad, es común que el hombre sea campesino o trabajador temporal en la capital o ciudades vecinas, mientras que las mujeres se encarguen de llevar a cabo todas aquellas actividades relacionadas al espacio doméstico. El cuidado de los niños de la familia sean estos hijos, sobrinos o nietos, queda a cargo exclusivamente de las mujeres de la familia. En Jumaytepeque las tías y abuelas pueden quedar al cuidados de los niños, ya sean porque las madres tienen que trabajar fuera de la aldea o bien porque en algunos casos la madre ha muerto o son migrantes laborales.

Ante la enfermedad, si bien es la mujer la encargada de llevar a cabo la mayoría de las acciones, se marca con claridad los límites en las responsabilidades entre ambos sexos.

El hombre en caso de existir un episodio de enfermedad, sus actividades se reducirán en muchos casos a la obtención de los recursos económicos necesarios para pagar bienes o servicios. Únicamente una de las entrevistadas dijo que su hijo ayuda en el cuidado del padre quien se encuentra enfermo y postrado desde hace ya muchos años, el individuo suele realizar estas actividades: lavar, cocinar, cuidar al enfermo y otros, así también recalcó que esto no es normal dentro de los patrones establecidos para hombres y mujeres, sin embargo por ser hijo soltero y el único que aún reside en el hogar de los padres y al encontrarse su madre en un proceso de enfermedad, es una responsabilidad que se hace necesario tomar por parte del hijo varón, La entrevistada también reconoce que esta ayuda se activa únicamente en el caso que nadie más pueda atender al enfermo, por lo que es utilizada únicamente en raras ocasiones, no así actividades tales como la preparación de su alimentación que sí es una constante en el individuo. (Entrevista PN-4)

Este caso rompe el esquema en cuanto al rol masculino ante la enfermedad. La madre asocia esta actitud a que su hijo actualmente esta “muy concientizado” pues pertenece a un grupo carismático de la comunidad y eso lo hace actuar de dicha manera.

Sin embargo, este es solo un caso entre todos los demás ejemplos en los cuales la mujer cumple la función esencial. Normalmente es la mujer la que se encarga de llevar a cabo todas las actividades destinadas a este fin.

Las madres además de llevar a cabo sus actividades cotidianas dentro del espacio doméstico, se les recargan con aquellas destinadas a la cura y cuidado del enfermo

La mujer será la encargada de llevar toda la carga que significa estar enfermo o cuidar al enfermo, será ella la encargada de cuidar la alimentación, de darle cuidados para que la situación no empeore y llegue a una crisis, de cocinar o preparar los remedios necesarios para el enfermo, acompañar al individuo, etc.

La mujer lo visualiza como parte de sus responsabilidades y ninguna de las mujeres se quejó por tener que realizar dichas actividades, además ven con normalidad que el hombre no tenga responsabilidades mayores en las cuestiones de salud.

El rol del hombre ante un episodio de enfermedad, será únicamente el de reunir el dinero necesario para la curación. Esto únicamente si fuera una medicina muy cara, ya que si la medicina a utilizar es de uso popular, el dinero para comprarlo saldrá del gasto entregado a la esposa. Así mismo será el hombre el encargado de encontrar un transporte, si la enfermedad amerita transportar al enfermo.

Una de las comadronas del lugar manifestó, como la falta de responsabilidad, puede acarrear consecuencias serias. Comenta un caso en el que el encargado de conseguir el transporte no toma dicha responsabilidad, acarreado así la muerte de la muchacha:

... “La muchacha ¡ya tenía tres días!, eso fue falla del marido que muy patojo, y los suegros que no le pusieron atención a la muchacha...o no la obligarían..saber..

Pero viera que esa muchacha llevaba tres días de estar con asientos y por allí no le paraba nada, y así se propuso la muchacha acarrear agua ese día ya que le iba a suceder (El parto), en eso el muchacho cuando me vinieron a traer... pues... fíjese que el patojo se fue a buscar el carro. Busquen el carro les dije yo, porque esta muchacha está muy caprichuda, porque ella no queríya mmm, no se juntaba.

Era su primer hijo, tenía 36 años la muchacha ¡HAGAME FAVOR!, Ya estaba sazona de los huesos y entonces ¿onde le venía el dolor y todo y pegaba brincos y le venía el ataque ¡Apurensé muchá!, le dije yo. ¿quieren ver a la muchacha? ¡Púrense!.

El muchacho se fue a buscar el carro, se fue. El muchacho que le iba a ser el favor nunca se apuró, si no se fue a pues a ver televisión.

Mire Clementota me dijo, Yo me llamo Clemente Ortiz Aguilar; mire Clementona, me dijo, por favor le pido, le dijo a su suegra, sí, que no me le vayan a echar culpas a ella, le dijo. No quiero críticas, le dijo. Yo siento Ogarme.

¡Que se pure Chando pues!, que se pure, que me lleve al hospital.

Mire a las 11 en punto de la noche la muchacha agarró la gran tembladera, la gran tembladera le agarró y aquel sudor que no hallaba ni que hacer. Eran unos barquinazos usté...Pa´riba. Nooo, no, y así la suegra abrazándola, sentadita ella allí abrazándola. ¡Ay pero quien me ayuda pues Dios mío!, porque el abuelito de esa muchacha que se murió ella, ya el viejito está muy viejito y la viejita sentada así.

¡Ay Clamen!, Esta muchacha, está soberbia. Está soberbia le dije yo pues, pero... Como no se apura su hijo con el carro ¿hallaría ó no halló?, No se sabe si hallaría.

¿Y que te pasa? Le dijo como a las 11:30 que llegó, ¿Qué te pasa que no venís?

Hay es que me fui a mirar televisión. ¡Mire usted que cariño, que amor! (tose).

Ay mire usted, lo regañó su mamá y todo y ...pues yo no lo sabía, yo me vine para acá para la casa y a la muchacha, entonces en el, en los barquinazos que tiró para arriba, la logre abrazar de aquí, de esta parte de aquí y dio la criatura, y para que no la tuviera colgando, la logramos a subir a la cama. La subimos y la pelotíe yo el estómago para ver si...si todo, y toda la remolinié y todo, y ¡que esperanzas usté!, nacho se llamaba el abuelo.

- Mirá Cleme, me dijo; vos sabés como se amarra el ombligo.

- sí

- Quitá a la criatura me dijo porque la mata; la criatura me dijo lo va a matar me dijo. El niño colgaba de eso como está de pescuezo ¡Lo va a matar! Le dijo.

Sí, sí es cierto, y entonces pues la logramos avanzar; Subirla como debe de ser a la cama, y la atendimos y ya allí pues la logre pasar a la criatura y avanzamos a amarrar el ombligo aquí, la cinta y la amarre hasta aquí y logré a quitar a la criatura porque jue con poder de

la abuela. La quitamos, que tal mire usted ¡hasta sorda quedé yo ese tiempo!, yo quedé sorda porque hace unos nervios ¡hay Dios Clemen!, me dijo, pero Chando no pudo venir, se fue pero no pudo venir. Pero la criatura asita. Me dijo que era una prenda que le voy a dejar a mi suegra. No tengan pena, yo me muero si es que me muero, y si es que me lleven al hospital, ¿me van a llevar al hospital todavía? Me dijo sí le dijo la suegra, te vamos a llevar pues, le logramos amarrar bien amarradito”.

(Entrevista C-01)

En la entrevista anterior la entrevistada manifiesta que la responsabilidad de la muchacha recae únicamente en el hombre por no haber cumplido su obligación de traslado inmediato de la persona.

6.5 SIEMBRA, ALMACENAMIENTO Y USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN JUMAYTEPEQUE.

La mayoría de las personas dentro de su hogar mantienen, ya sea por haber sido sembradas o porque estas crecieron de manera silvestre, plantas que son utilizadas para las curaciones de los enfermos.

Se puede observar en las casas la existencia de plantas con fines medicinales como izotales, bouganvilleas, pericón, rosa de jamaica y otras. En su mayoría las plantas que mantienen sembradas en la casa son aquellas destinadas a curar malestares estomacales y resfríos.

“Si con eso se curan ya, allá tengo una matita ve, por donde tengo aquella flor. Allí mantengo varias para curarme cuando es necesario, ¡ja si no la tuviera!... aquí todas mantenemos vegetales sembrados para curarnos”. (Entrevista LC-01)

Así mismo los hombres suelen traer del campo por encargo otro tipo de plantas como el jororón¹ (Crotolaria Guatemalensis), verbena (Verbena Officinalis), berro (Nasturtium Officinale) y otros. Estas plantas tienen la característica de encontrarse fácilmente.

6.6 REDES COMUNALES QUE SE ACTIVAN:

Ante la enfermedad, las personas tienden a dar consejo en base a experiencias anteriores similares, por lo que las personas más cercanas a la cuidadora del enfermo, serán las encargadas (su mayoría mujeres) de enriquecer la experiencia, el conocimiento y la práctica de dichas personas.

Conformarán el grueso de las redes de apoyo frente a la enfermedad vecinas, amigas, familiares y familia política. Se activan al saberse la noticia de la existencia de un enfermo. también personas desconocidas pueden incluirse en ocasiones.

¹ Nombre que recibe el chipilín en la comunidad. Según los habitantes, es una de las únicas palabras que se conservan en xinca.

Existen lugares en las que las mujeres suelen hablar sobre su cotidianidad, espacios que se prestan para que los conocimientos sean transmitidos, dentro de los cuales se encontrarían todos aquellos lugares en donde convergen una cantidad de mujeres para realizar una actividad en común, como lo podrían ser: Los chorros comunales, la salida de la iglesia en una misa, reuniones derivadas de las cofradías como la realización del pan de mujer¹, la comida para la cofradía, y otros.

En estos espacios las mujeres suelen socializar sus alegrías y preocupaciones, la ventaja de presentar un caso de enfermedad frente a un conglomerado, da el mismo resultado que para un antropólogo presenta un grupo focal, es decir que existe diversidad de respuestas y se genera discusión a una misma pregunta o relato, por lo que la información a adquirir se enriquece en comparación con la misma dinámica presentada a una sola persona.

Cuando se presenta a una sola persona, estas suelen también como en grupo recomendar acciones a tomar dentro del proceso de salud/enfermedad, estas acciones pueden ser la recomendación de remedios, de terapias, de llevar a un médico ó a un terapeuta al individuo enfermo, de hacer ellas mismas las terapias y si en caso no supieran, de referir a otras personas dentro de la comunidad que conozca sobre esa enfermedad y que así lo pueda guiar.

Puede darse el caso en que un desconocido, ya sea por oír conversaciones en cuanto a la enfermedad o por visualizar a una persona enferma se atreva a opinar y recomendar también acciones que puedan ser útiles al afectado, muchas veces estas personas al igual que los vecinos, amigos o familiares recomienden acciones con las que estén familiarizadas por distintos motivos. (ver caso 5 capítulo anterior)

Ante un momento de desesperación, sobre todo cuando la enfermedad ha sido larga, la persona encargada recibirá con agrado cualquier recomendación y la seguirá. Esto está muy relacionado con la autoatención ya que serán acciones que por lo general se llevarán a cabo dentro del espacio doméstico.

6.6.1- Redes familiares frente a la muerte:

Las mujeres en Jumaytepeque como ya se ha hablado tienden a ser las encargadas de cuidar los aspectos que tengan relación con el ámbito doméstico, sin embargo cuando la persona que comúnmente es la encargada de cierto núcleo familiar desaparece por algún motivo, se activan redes familiares y hasta vecinales para procurar la sobrevivencia del mismo.

Dentro del trabajo de campo, se pudieron encontrar dos factores por los cuales la madre falta y se deben de activar la solidaridad familiar. Estas pueden ser por causa de muerte o de trabajo. Por ausencia de la persona encargada del cuidado, serán en la mayoría de los casos, los familiares por línea materna, los encargados del cuidado.

¹ Pan de aspecto amarillento, seco y de sabor semi-desabrido, elaborado en base a yemas de huevo y harina, el cual requiere gran esfuerzo físico para su realización y que según la costumbre está hecho exclusivamente por mujeres para festividades especiales.

Documentadas en audio, solo se encuentran aquellas relacionadas con la muerte, sin embargo al ser una comunidad que depende de un único cultivo, y por el cual en los meses en que no hay cosecha se necesita una alternativa de ingreso, las madres jóvenes salen a trabajar a ciudades vecinas a la ciudad capital, por lo que únicamente viajan a la comunidad en fines de semana, éstos casos se pudieron establecer por medio de charlas informales con los y las habitantes.

Durante el tiempo en que las madres se encuentran trabajando, son las abuelas, comúnmente las maternas que se quedan al cuidado de los nietos, enviando las madres regularmente un porcentaje de su salario para la manutención de los hijos y de la persona que los cuida, ya que el cuidar los niños implica dejar de hacer otras actividades alternas como lo es la venta de algunas frutas y verduras en la cabecera municipal y en los mercados de comunidades vecinas, invirtiendo la mayoría de su tiempo a las actividades domésticas, incluyéndose la atención frente a una enfermedad.

Dentro de las entrevistas realizadas, se pudieron documentar tres casos en los que otras personas de la familia se hacen cargo de los niños ante la ausencia de los padres, a continuación se presentan los tres casos:

Doña Ramona.

“Mi hermana murió de, pero ella murió en Guate de un aborto... mis sobrinos aquí están... estaban con su papá en Guate pero mi mamá no estaba tranquila, no estábamos que estuviera allá, porque el papá trabajaba. Si el se iba en la mañana y llegaba a las diez, ellos estaban completamente solitos, entonces ya, mejor decidimos pedírselos, porque aquí están seguros” (Entrevista LC-04)

Don Jesús¹:

“Mi esposa y yo teníamos tres niños, entre ellas una hembra. Una noche mi esposa enfermó y murió, después los parientes de mi esposa me quitaron a la niña y me quedé solo con los dos niños, pero yo no podía cuidarlos porque también tenía que trabajar, entonces tuve que mandar a los niños a un internado y allí los cuidan, les dan comida, están estudiando, ahora mi hija si está al cuidado por completo de mis suegros. Yo trabajo para mantener a los niños estudiando, mi cuñada me lava mi ropa y me prepara mi comida cuando vengo. (Llega a la comunidad los fines de semana)”
(Entrevista PN-05)

¹ Esta entrevista fue grabada, sin embargo el audio falló y se recrea la historia según notas del cuaderno de campo, por lo que las palabras no son fieles al informante.

Doña Luz¹:

“Nietos, es que fíjese que yo tengo una familia que murió. Un hijo de muerte de dios ¿Verdá?, y la esposa me dejó con 5 niños, de ahí tengo una hija que le dejó 4 niños el esposo, porque se lo mataron, era un balazo por allá, lo llevamos al hospital y allá murió... si yo tengo nuera y tengo hija viuda, tengo dos familias. Ellas se van a trabajar y yo me quedo con los muchachitos” (entrevista GF-01)

Los tres casos tienen particularidades, y los tres se coincide que son las abuelas las que se han quedado como encargadas de llevar a cabo el cuidado de los nietos.

En el caso de Jesús, los familiares le quitan a la hija, quedando esta a cuidado completo de la familia materna, probablemente por la idea que se mantiene en Guatemala de que las niñas menores necesitan de mayores cuidados, y por la desconfianza que se pudieran generar en relación al que el padre se quedara solo al cargo de la misma. Sin embargo en el caso de Jesús también es importante destacar que el no se siente cómodo ni seguro llevando un hogar, así mismo tiene que repartir su tiempo en la cuestión laboral, ya que se apoya en una institución externa a la comunidad para que se hagan cargo de los niños, reduciéndose el apoyo que el le da a los niños el mantenerlos estudiando en un internado. Sin embargo dentro de su concepción como padre, el hace un esfuerzo muy grande para que a sus hijos no les haga falta nada.

En el caso de Doña Luz, la muerte de su yerno es determinante para que la hija se traslade a la casa de la madre, dejando al cuidado de la misma sus nietos y teniendo que viajar para mantener a sus hijos, en caso de la nuera, no es claro como ella mantiene a los niños, sin embargo es probable que la costumbre de que los hijos varones se queden residiendo en el terreno de los padres unos años antes de poder cambiar a un lote propio, y que por lo tanto trasladen a este terreno a la esposa, durante el tiempo que murió el hijo de doña Luz, la pareja con sus hijos hayan residido aún en el terreno paterno por lo que la nuera pasa a formar parte de esta familia sin que el esposo aún esté presente.

Para el caso de Doña Ramona, la necesidad que ven tanto madre como hija de un verdadero cuidado para los niños, y lo que representa que los niños (4 varones) se críen solos en la ciudad (Los residentes dicen que en la ciudad es muy violenta y que prefieren la tranquilidad de la comunidad), por lo que ella toman el papel de madres sustitutas.

6.7- CUESTIÓN ECONÓMICA ANTE UN EPISODIO DE ENFERMEDAD

Toda enfermedad requiere de restablecer la salud, y aunque las primeras medidas frente a la enfermedad sean atendidas dentro del grupo doméstico, siempre será necesario destinar un porcentaje del presupuesto familiar a la curación. Las plantas medicinales se encontrarán

¹ Doña luz fue participante del grupo focal

por lo general en el jardín, en terrenos donde puedan obtenerlos gratuitamente, se le pedirá a una vecina o familiar prestado y en último caso comprados en tiendas o mercados, sin embargo la mayor parte de curaciones tendrán la complementariedad de medicamentos químicos, generalmente de carácter popular.

Estas curaciones son utilizadas sobre todo con aquellas consideradas como enfermedad común. Alrededor de la enfermedad existen circunstancias que obligan al núcleo familiar a erogar dinero si la enfermedad amerita de una atención profesionalizada o por una crisis de la enfermedad deba ser trasladado de la comunidad hacia otro lugar:

- Que la crisis en la enfermedad suceda en horas no hábiles en el transporte colectivo (tarde, noche o madrugada), lo que hará que el enfermo sea trasladado en algún pick-up de la aldea hacia el lugar de la atención, por lo que si se carece de vehículo, es necesario alquilar uno con un precio aproximado de 75 quetzales.
- Si no existe en la comunidad la persona adecuada (Si no existe alguien de confianza o alguien que cure ese tipo de mal). (Ver casos 2,3,5,6)
- Que requiera su traslado por emergencia en el menor tiempo posible.
- El traslado implica el pago de la alimentación del enfermo y del encargado de su cuidado, así como el hospedaje de ambos en caso no se hospitalice al enfermo.
- Que los medicamentos no se consigan en la aldea. (Ver caso 1)
- Que estén dando consulta gratuita en otra comunidad algún grupo de médicos. (Trabajo social a las comunidades por parte de médicos extranjeros, organizaciones de tipo religiosas u organizaciones no gubernamentales). (Ver caso 2)
- Decisión de la familia de trasladarlo o que sea remitido por la enfermera hacia un hospital o centro de salud. (Ver caso 1)
- Que la familia busque una mayor calidad en la atención del individuo enfermo. (Ver caso 3)

El tener que poner dinero para la atención en la enfermedad es un condicionante que en los habitantes pesa ante la condición de reconocerse como enfermos.

Algunas de las acciones que los hombres realizan frente a la necesidad de dinero en el caso de una enfermedad grave es:

- Vender animales que posean (Pollos, chompipes, gallinas y cerdos, los cuales son los animales más apreciados en estos casos)
- Pedir prestado a un familiar cercano o a un amigo.
- Pedir prestado a los patrones.
- Asistir a un usurero en la comunidad
- Vender de emergencia algún terreno o una fracción del mismo a un precio menor al que cuesta.
- Vender su cosecha anticipadamente.
- En algunos casos las entrevistadas reconocieron ir a pedir el medicamento fiado “a la farmacia de la seño¹”. Estos pueden pagar por plazos el medicamento.

¹ Cuando hablan los pobladores de la enfermera encargada del puesto de salud, tienden a denominarla como “La seño”.

En la comunidad se observó a mucha gente con malestares respiratorios, nunca reconocían su enfermedad, pues el reconocerlo significaría gastos monetarios y físicos, en los cuales probablemente no están dispuestos a incurrir.

En la entrevista grupal, todas coincidieron que si la persona presenta síntomas, ya sea dolor de cabeza, dolor de estómago, manifestaciones físicas que en el caso de las gripes sería la fiebre, en los bebés llanto, tos, enrojecimiento y lagrimeo en los ojos, entonces las personas sí se les reconoce como enfermo, por lo tanto el aplicar ciertos medicamentos destinados a aliviar los síntomas, puede significar quitar la enfermedad, pues mientras no haya síntomas no habrá enfermedad.

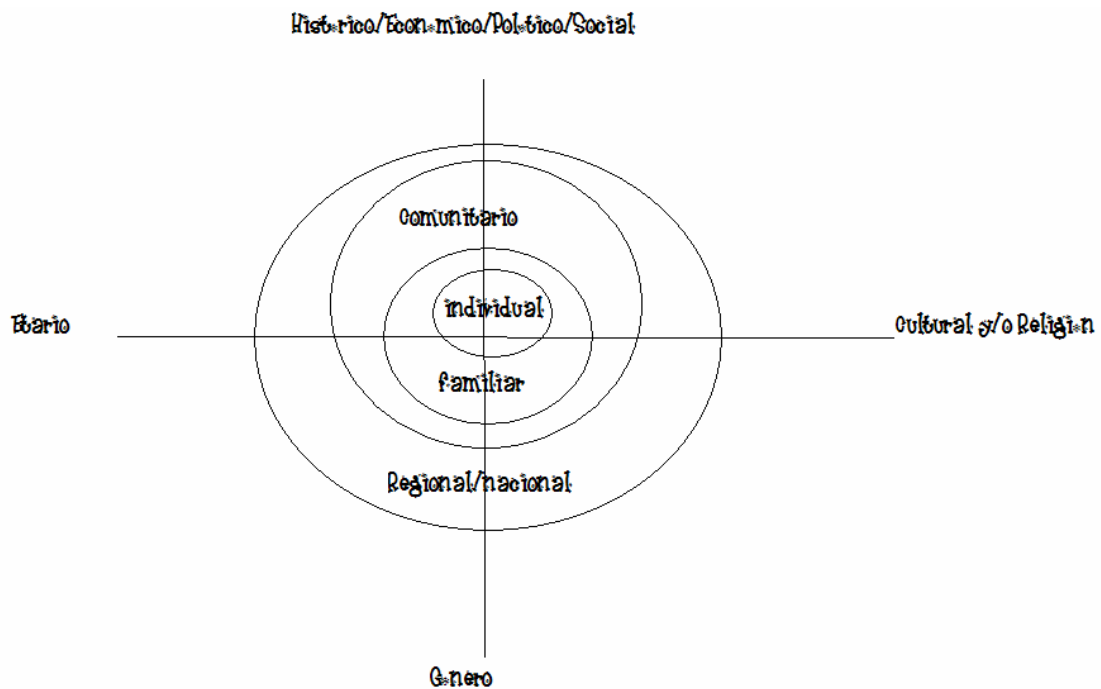
Un ejemplo de la negación ante la enfermedad por motivos económicos podría ser el caso de Julia, madre de familia, quien al momento de la entrevista, supuraba por el ojo derecho materia purulenta color amarillo verdosa. Al hacérsele la pregunta de la entrevista ¿Quién fue la última persona que enfermó en la familia/ hay alguien enfermo actualmente?, lo único que refirió fue a su hija quien había enfermado el mes anterior de catarro, y no mencionó a nadie más, tampoco se quejó de su malestar.

No fue hasta que se le preguntó por lo que le sucedía en el ojo que empezó a decir que ya se lo había visto un médico¹ hacía 15 días y le dijo que no tenía nada, dándole únicamente un gotero para su aplicación diaria y el cual ya se había acabado. Sin embargo no se lo volvería a ver pues no contaba con los recursos para pagar el médico y el medicamento.

A diferencia de Doña María (Caso 3), a causa de la buena situación económica propia y de sus hijos, ha podido acceder a servicios privados de atención, en uno de los hospitales más caros de la ciudad capital (Hospital Centro Médico). Ha podido costear tanto el medicamento como los gastos por honorarios médicos así como el transporte y la alimentación requerida al ser atendido lejos de casa. Incluso Doña María se ha movilizó por medio de taxi. La enfermedad ha sido larga (aproximadamente un año) y por su apariencia no mejorará aún.

Por lo tanto el proceso de salud/enfermedad/atención, no puede ser visualizado y analizado, como algo aislado del contexto económico; pues esta abarca un conglomerado de situaciones que se englobarían en cuatro espacios. Estos serían el individual, familiar, comunitario y regional/nacional, al cual le afecta al mismo tiempo por cuatro ejes definidos como situaciones: Histórico/político/económico/social, etario, cultural/religioso y de género. Todos estos espacios y ejes dan como resultado la forma en como un individuo se atenderá y será atendido, así como las condiciones en las cuales se lleve a cabo la atención.

¹ Llegaron a la comunidad un grupo de oftalmólogos cubanos, con los cuales se atendió



A continuación se detalla un ejemplo de cómo la situación socioeconómica influye en el tipo de atención, está enmarcado dentro el esquema antes descrito que representa como el proceso salud/enfermedad/atención está marcada por diversas circunstancias articuladas.

Caso No. 7

“El miércoles fuimos a dejar al patojo al internado, me fui con la nena (Bebé de menos de un año) y como allá en Barberena hace mucho calor y lo cargaba con dos suéteres, ya abajo le quité uno de los suéteres, pero cuando ya se había bañado en sudor, todavía dudé en quitarle el otro suetercito pero al final la dejé solo en playerita, y quizá el aire le hizo mal, ya de regreso por aquí en Barberena, le puse de nuevo el suetercito pero ya cuando llegó aquí con aquella gran tos, tos, tos y tos.

Tos seca, sin moquera ni nada y pasó todo el día así malita y malita y malita, entonces yo estuve va de darle bebetinas y aspirinitas y nada, de ahí mejor le di ese frasco (El papá había asistido al puesto de salud de la comunidad por el mismo mal y le había recetado un jarabe expectorante, el cual el mismo frasco, estaba utilizando toda la familia pues todos, incluyendo la madre manifestaban con los mismos malestares), yo le dije al papá, será que le podemos dar un poquito a la niña (refiriéndose al jarabe), bien me dijo el, en gotitas, por gotitas le podemos dar. Así ha estado la niña, y ha estado desganada.

Le estado frotando con Vick’s y otros balsámicos como el GMS, pero no hay modo que se le quite, está bien taponeada de la nariz, si le estuvimos haciendo cachas a la patoja y no se cura, no se le quita, no se le quita, viera que le estuvimos haciendo cachas y no se le quita.

El jueves seguimos igual, ya para el viernes como yo la miraba bien rendida, pero ese día me puse a cocerle un poquito de manzanilla con rosa de jamaica, y ya va mejor pero ahí vamos” (Entrevista LC- 1)

En el caso anterior la familia completa se encontraba con molestias de infecciones respiratorias, siendo más evidente en la bebé de meses y en su madre. Sin embargo ellos no cuentan con los recursos económicos para poder costear el tratamiento de 7 miembros de la familia por lo que las prioridades para la madre en ese momento fueron el de sacar en primer lugar al padre de la crisis y después a la niña pequeña, por último si los recursos alcanzaban sería tratada ella y los niños medianos.

El sacar en primer lugar al padre dentro de la lógica de producción y reproducción de la familia tiene sus razones: se refleja como una dependencia de las mujeres al trabajo de los hombres, siendo los motivos de la priorización del suministro del medicamento el resguardo de la economía doméstica.

En primer lugar, durante la época en que se realizó la entrevista, la comunidad se encontraba en cosecha, por lo que el hombre requería de estar saludable, pues es el quien debe de proveer de recursos económicos a la familia, ya sea recolectando su cosecha de café o siendo mozo en la cosecha de algún vecino comunero de Jumaytepeque, por lo que el primer tratamiento y la mayoría de recursos (económicos, físicos o espirituales), van encaminados a la curación del padre, ya que el no contar con el dinero que el padre pueda aportar durante el lapso que dure la enfermedad, provocaría un menor consumo en alimentos, no comprar medicina para los otros miembros de la familia y en caso que se complicara la enfermedad de alguno de ellos, no tener el dinero suficiente para pagar el transporte y medicamentos.

La posterior curación de la niña responde a que por ser considerada la más débil de la familia (por su corta edad), es necesario cuidarla de que la enfermedad alcance una etapa crítica y que por lo tanto pueda haber una muerte infantil¹.

Es por lo anterior que la forma de curación de una persona estará determinada por su nivel socioeconómico y su rol dentro de la dinámica familiar, por lo tanto se destinará mayores recursos para la curación de la persona que aporta el recurso monetario en el hogar².

El enfermar es percibido y atendido de diferentes maneras para los diversos grupos de la familia, como se ha podido observar.

El enfermar causa el rompimiento de la cotidianidad, lo que provoca que el enfermo:

- Sea considerado por su grupo inmediato como débil.
- Incapacidad temporal.
- En algunos casos, pérdida de autoridad frente a las decisiones.
- Reduzca sus actividades diarias.

¹ En la familia ha habido dos casos de muerte infantil, ambos menores de 5 años

² en este caso, será el padre. En otras familias de la aldea de manera similar puede ser la madre, cuando estas sean las que trabajen y no exista la figura paterna.

- Al reducirse las actividades se reduce también la productividad del individuo.
- Sentimientos de melancolía.
- Postergación de las actividades

CONCLUSIONES:

La autoatención es una forma de atención frente al proceso de salud enfermedad, relacionado con instintos biológicos y culturales. De instinto biológico, pues todo animal, entendiéndose al ser humano como tal, busca aliviar los malestares que le aquejan, tomando los recursos más cercanos para paliar los síntomas, es por lo mismo que la primera medida frente a una enfermedad será el recurso de la autoatención, pero será también el espacio donde se insertan los otros modelos de atención por lo que se puede decir que tanto el Modelo Médico Hegemónico como el Alternativo Subordinado complementan (si se llegaran a utilizar) al modelo de Autoatención.

De sobrevivencia, pues si no se cuenta con acceso a servicios de salud, ya sea por exclusión o autoexclusión por distintas razones. Entre ellas la lejanía de los mismos, mala atención o carecer del recurso económico para ser atendido o para la compra de los medicamentos y servicios médicos, será la autoatención la forma de atención utilizada para eliminar los malestares presentados.

La exclusión de una población de los servicios formales (Modelo Médico Hegemónico) de salud proporcionados por el Estado se puede dar únicamente por una razón: Que el Estado no cumpla con las obligaciones de asegurar el acceso universal de la población a la atención en salud, tanto preventiva como curativa en los diversos niveles de atención. La exclusión de dichos servicios públicos de salud a Jumaytepeque tienen antecedentes histórico-políticos, pues el poder político-administrativo se encuentra en Nueva Santa Rosa y las tensiones políticas entre ambas poblaciones, derivadas del histórico conflicto de territorialidad (Nueva Santa Rosa- Jumaytepeque) y administración semiautónoma de las tierras comunales ha provocado una política de discriminación en las prioridades de ampliación de proyectos municipales de desarrollo, incluyéndose en éstos la salud, aún cuando la mayoría de población y territorio pertenece al área de Jumaytepeque.

La autoexclusión de los servicios formales de salud (Modelo Médico Hegemónico) puede darse por diversas razones, encontrándose entre ellas:

- Que la enfermedad responda a lógicas culturales de atención diferentes a las del Modelo Médico Hegemónico, frente al proceso de salud/enfermedad (ojo, cuajo, susto...). Ante esto se puede concluir que la autoatención no es una cuestión cultural, sin embargo, las terapias y los encargados de proporcionar las terapias (estén o no dentro del modelo de autoatención) si son de construcción histórico-cultural.
- Que la atención médica no satisface sus expectativas (mala calidad)
- Mercantilización de los servicios de salud
- Negación de la enfermedad por diversos motivos
- Representación social negativa de los servicios, encargados y profesionales de la atención en salud.

La autoatención como ya se ha mencionado, incluye toda una gama de actividades que buscan la reproducción y sobrevivencia de los miembros de un núcleo familiar, entre las cuales se encuentra el aseguramiento de la alimentación, la educación, limpieza, salud

preventiva y otras, sin embargo cuando la condición de salud se rompe y viene una enfermedad, las autoatención se fortalece hasta que se vuelva a recuperar el individuo enfermo a su estado normal. Por lo mismo se puede asegurar que la autoatención no tiene un límite temporal ni espacial. **La autoatención no para nunca y cada carrera del enfermo recorrerá diferente camino, dependiendo del contexto en el que se desarrolle la enfermedad, incluso en un mismo individuo.**

La estructura social base sobre la cual funciona el modelo de autoatención es el núcleo familiar, sin embargo en el proceso salud/enfermedad es por lo general la mujer, la que rompe con su cotidianidad para encargarse de las actividades relacionadas a la atención de un individuo frente a la enfermedad. Será la mujer la encargada de diagnosticar, cuidar, curar, acompañar, decidir (en algunas ocasiones), establecer los límites, comprar, informarse sobre terapias, etc.

Las acciones llevadas a cabo por la mujer reflejan la marcada división sexual del trabajo, pues serán ellas las que asuman la responsabilidad más desgastante en cuanto al cuidado y curación del enfermo. En Jumaytepeque las divisiones por género de las actividades de atención frente al proceso de salud/enfermedad ubican a la mujer en todas aquellas actividades relacionadas al espacio doméstico, mientras que la responsabilidad del hombre se ubica fuera de estos espacios con responsabilidades más concretas y menos desgastantes (conseguir algunos recursos necesarios), y será el hombre el que comúnmente tenga la decisión final de las medidas a tomar frente a una crisis en la enfermedad.

Así mismo, se determinó que en caso que existieran más de dos mujeres en el mismo local de habitación, será la de mayor edad, la que se encargue de tomar las decisiones sobre las medidas a tomar para la atención del enfermo, inclusive llega a relegar la decisión del hombre, sobre todo si esta mujer pertenece a la familia paterna. En Jumaytepeque como es común que las esposas se trasladen a vivir al local de habitación del esposo, llegan a asumir su inferioridad en la toma de decisiones inclusive tratándose de sus propios hijos. Por lo cual concluyo que en la enfermedad se manejan relaciones de poder, en las relativas al modelo de autoatención, serán dos las que dominarán siendo estas las de género y las étnicas.

La vía que se visualizó como el canal de transmisión de los conocimientos fue el de la oralidad, existiendo etapas específicas en las cuales se aprenden las diversas terapias y el aprendizaje técnico de la medicación de medicina convencional y fitoterapéutica. El aprendizaje puede llevarse a cabo por la experiencia como enfermo ó como cuidadora/curadora. Las redes comunales que se activan frente a la enfermedad también son de gran utilidad para el aprendizaje. Es decir la experiencia es parte fundamental para la aplicación del modelo de autoatención.

Los recursos próximos a la curadora del enfermo son los que utilizará como formas de autoatención frente al proceso de salud/enfermedad en las terapias curativas, encontrándose entre estos los ritos y rituales religiosos, medicación complementaria de plantas medicinales (Fitoterapia) y medicamentos convencionales (Fármacos químicos), elementos de la naturaleza (piedras, plumas) y otros. Estos serán utilizados según construcciones culturales específicas.

El concepto de salud en Jumaytepeque responde a un mantenimiento del equilibrio, coincidiendo con la concepción popular reportado en estudios sobre salud en Guatemala. Se logró determinar que para el enfermo tiene implícito una discapacidad, sobre todo si la enfermedad es de larga duración, por lo que el reconocerse enfermo sólo lo acepta si el individuo no puede continuar con su cotidianidad. Para los jumayos, el encontrarse enfermo tiene como consecuencia la pérdida de autonomía y baja en los ingresos familiares entre otros. Por eso el enfermar tiene altos costos económicos, físicos y emocionales. La diferencia entre los costos en los otros modelos y el de la autoatención radica en que éstos recaen directamente en el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

ACEVEDO MORATAYA
JOSE MARÍA
2004

PINCELADAS HISTÓRICAS DE NUEVA
SANTA ROSA.
Imprenta Jumay
Jalapa, Guatemala.

BARFIELD, THOMAS (Edit)
2000

DICCIONARIO DE ANTROPOLOGÍA
Editorial Siglo XXI
México
ISBN: 968-23-2238-3

BLAXTER, LORRAINE Et. Al.
2000

COMO SE HACE UNA
INVESTIGACIÓN
Editorial Gedisa
España.
ISBN: 84-7432-726-2002

COMELLES, JOSEP
MARTÍNEZ , ANGEL
1993

ENFERMEDAD, CULTURA Y
SOCIEDAD
Un ensayo sobre las relaciones entre la
Antropología social y la medicina.
Editorial EUEDEMA.
ISBN:84-7754-150-7

CONSENSO POR LA UNIDAD
DEL PUEBLO XINCA DE
GUATEMALA
2003

ALTEPET XINCA UH GUATEMALA:
XAN-Y TAHMA XAN WUASATA Y
URAKI XAN MU XA. (Pueblo Xinca de
Guatemala. Por el camino de la inclusión y el
desarrollo con identidad.
Sin Editorial.
Guatemala.

DARY, CLAUDIA

IDENTIDADES ETNICAS Y TIERRAS 2003
COMUNALES EN JALAPA.
Instituto de Estudios Interétnicos-USAC
Guatemala

FUENTES Y GUZMAN
FRANCISCO A.
1933

RECORDACION FLORIDA
Libro *III*, Capítulo *VII* y *VIII*
Tipografía Nacional
Guatemala

FREYERMUTH GRACIELA
MANCA, CRISTINA. (Coordinadora)
2002

LUNA GOLPEADA
Morir durante la maternidad.
Sin editorial.
Chis. México

INSTITUTO GEOGRÁFICO
NACIONAL
1981

DICCIONARIO GEOGRÁFICO DE
GUATEMALA.
Tomo II.
Tipografía Nacional
Guatemala
PP. 4777-478

MENENDEZ, EDUARDO
1983

HACIA UNA PRÁCTICAMÉDICA
ALTERNATIVA. HEGEMONÍA Y
AUTOATENCIÓN (GESTIÓN) EN SALUD.
CIESAS
México
ISBN:968-496-028-X

1988

ANTROPOLOGIA MEDICA.
ORIENTACIONES DESIGUALDADES Y
TRANSACCIONES.
Capitulo 7
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social (CIESAS)
México

1990

MORIR DE ALCOHOL. Saber y
hegemonía médica.
Capítulo III
Pag. 83-95
Editorial Patria

MERCADO, FRANCISCO Y TORRES
TERESA MARGARITA (compiladores)
2000.

ANALISIS CUALITATIVO EN SALUD.
TEORÍA, MÉTODO Y PRÁCTICA.
Editorial PyV.
Capítulo 8.
México.
ISBN: 968- 856-787-6

PNUD (Programa de las Naciones
Unidas para el desarrollo)
2002

INFORME NACIONAL DE
DESARROLLO HUMANO 2002.
PNUD
Guatemala
ISBN: 99922-62-29-X
pag. 406

2005

INFORME NACIONAL DE
DESARROLLO HUMANO 2005.
PNUD
Guatemala
ISBN: 99939-69-77-X
pp. 171-178

RODRIGUEZ, GREGORIO Et.Al.
1999

METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Ediciones Aljibe
España
ISBN: 84-87767-56-7

ROJAS SORIANO, RAUL
1982

GUÍA PARA REALIZAR
INVESTIGACIONES SOCIALES
UNAM
Sexta edición
México
ISBN:968-58-2711-7

URRUTIA MORALES, MATEO
1961

LA DIVISIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRA-
TIVA DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA CON SUS DATOS
HISTÓRICOS Y LEGISLACIÓN.
Tomo II
p.p. 342 y 345
Editorial Iberia Gutemberg
Guatemala.

UNIVERSIDAD RAFAEL
LANDIVAR
1998

ACUERDOS DE PAZ
Tercera edición
Instituto de Investigaciones Económicas y
Sociales, Universidad Rafael Landívar.
Guatemala
pp. 116-119

ZOLLA, CARLOS.
1986

LA MEDICINA TRADICIONAL
MEXICANA Y LA NOCIÓN DE RECURSO
PARA LA SALUD.
Folios
México

ZOLLA S. DEL BOSQUE
Et.al.
1988

MEDICINA TRADICIONAL Y
Y ENFERMEDAD
CIESS
Cap. I-VII
México

REFERENCIAS ELECTRONICAS:

CANALS SALA,
JOSEPH.
2002

EL REGRESO A LA RECIPROCIDAD.
GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y
ASOCIACIONES DE PERSONAS
AFECTADAS EN LA CRISIS DEL ESTADO
DEL BIENESTAR. Pp.39-45.
Tesis Doctoral.
<http://www.fdx.cesca.es/tesis>
(Agosto de 2005)

COMELLES, JOSEPH
1997

DE LA AYUDA MUTUA Y DE LA
ASISTENCIA SOCIAL COMO CATEGORÍAS
ANTROPOLÓGICAS. UNA REVISIÓN
CONCEPTUAL.
III jornadas Aragonesas de Educación para la Salud
<http://www.naya.org.arg>
(Mayo de 2005)

MINISTERIO DE FINANZAS
PUBLICAS. GOBIERNO
DE GUATEMALA
2004.

PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN
2005. Documento PDF.
http://www.minfin.gob.gt/main.php?id_area=40

HARO ENCINAS
JESÚS ARMANDO
2000

CUIDADOS PROFANOS: UNA DIMENSIÓN
AMBIGUA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD.
Medicina y cultura, estudios sobre la antropología
y la medicina. Capítulo 6.
<http://www.colson.edu.mx/salud/Haro>
(agosto 2005)

LETONA, JOSE. Et.al
Sin año

LAS TIERRAS COMUNALES XINCAS DE
GUATEMALA

Capítulo 2

En red:

<http://iis.ucr.ar.cr/pagWeb/publicaciones/libros/textos/4/Cap%EDtulo%20%20Xincas.doc>

21 de febrero de 2005

ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
2001

PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS
DE LA SALUD DE GUATEMALA.

2da. Edición.

En red:

www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeguatemala-ES.pdf

25 de abril de 2006.

REVISTAS

INSTANCIA NACIONAL DE SALUD. “Portadores de Sueños”

- a) Año 1, número 1, marzo de 2002, “Hacia una concepción incluyente del proceso de salud/enfermedad”.
- b) Año 1, número 2, abril-junio de 2002 “No hay enfermedades, sino enfermos”, José Luis Albizú.
- c) Año 1, número 2. abril-junio de 2002, “La importancia de la participación de las mujeres en el sistema de atención en salud”
- d) Año 2, número 8. 2003. ¿Qué hicieron la última vez que se enfermó la niña? El modelo de autoatención y los caminos del enfermo. José Luis Albizú.
- e) Año 3, número 9, “ ¿Qué coordinación puede darse entre las distintas desigualdades?”, José Luis Albizú.
- f) Año 4, número 12. enero-marzo 2005. “Los costes invisibles de a enfermedad.....y de la salud”. José Luis Albizú

CENTRO UNIVERSITARIO DE CUILAPA, UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE
GUATEMALA. “Interactiva” Año 4, número 5, noviembre de 2004.

Artículo: “COMUNIDAD AGRÍCOLA DE JUMAYTEPEQUE. Nueva Santa Rosa, Santa
Rosa” pp. 7-8

FOLLETOS:

EDITORIA EDUCATIVA
2005

SAN FRANCISCO DE ASIS. 2005
ALEGRE FIESTA EN JUMAYTEPEQUE
Editora Educativa
Guatemala.

Artículo: “Jumaytepeque: San Francisco de
Asís y la Cruz del Milenio te protegen
desde su hermosos volcán.”

Breve Monografía.

FLORES G. RODRIGO
2004

SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE.
LECTURAS DESDE LA ANTROPOLOGÍA
SOCIOCULTURAL.
Universidad de Chile.
(Fotocopias)

GORDILLO C. ENRIQUE.
2002

GUÍA GENERAL DE ESTILO PARA LA
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS
ACADÉMICOS.
USAC-CEUR
Guatemala

MOSQUERA S., M. TERESA
2000

ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA
EN REFLEXIONES 2.
Instituto de Estudios Interétnicos-IDEI
Universidad de San Carlos de Guatemala
USAC.
Guatemala.

PARTNERSHIPS FOR HEALTH
REFORM PROJECT.
Septiembre de 1998.

CUENTAS NACIONALES DE SALUD:
Guatemala. Informe sobre Iniciativas
Especiales 10.
Bethesda, MD. EUA.

ROGEL, JORGE A
2005

PROCESOS DE SALUD ENFERMEDAD
(Documentos Para curso de salud pública en la
facultad de medicina de la USAC)
Guatemala

SEGEPLAN- BANCO
MUNDIAL
2003

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE
POBREZA MUNICIPAL (ERPM) DE
NUEVA SANTA ROSA.
DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA.

MATERIAL VISUAL

Mapa de camino a Jumaytepeque, en red por: <http://viajeaguatemala.com> / sección Nueva Santa Rosa (10 de octubre de 2005)

Vista satelital de Jumaytepeque en Google Earth 2005.

Mapa de Santa Rosa en inmochapín.com (14 de octubre de 2006)

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:

MINISTERIO DE SALUD
ASISTENCIA

mes de enero al mes de

Reporte mensual de 20 causas de PÚBLICA Y
morbilidad . Area de Salud de Santa SOCIAL
Rosa, Municipio de Nueva Santa Rosa Del 2004

diciembre del año 2004.

Reporte mensual de 20 causas de morbilidad.
Area de salud de Santa Rosa, municipio de
Nueva Santa Rosa. (Estadísticas).

Memoria anual de vigilancia epidemiológica
2004. Departamento Santa Rosa, municipio de
Santa Rosa. Mortalidad general y 5 primeras
causas de mortalidad materna.

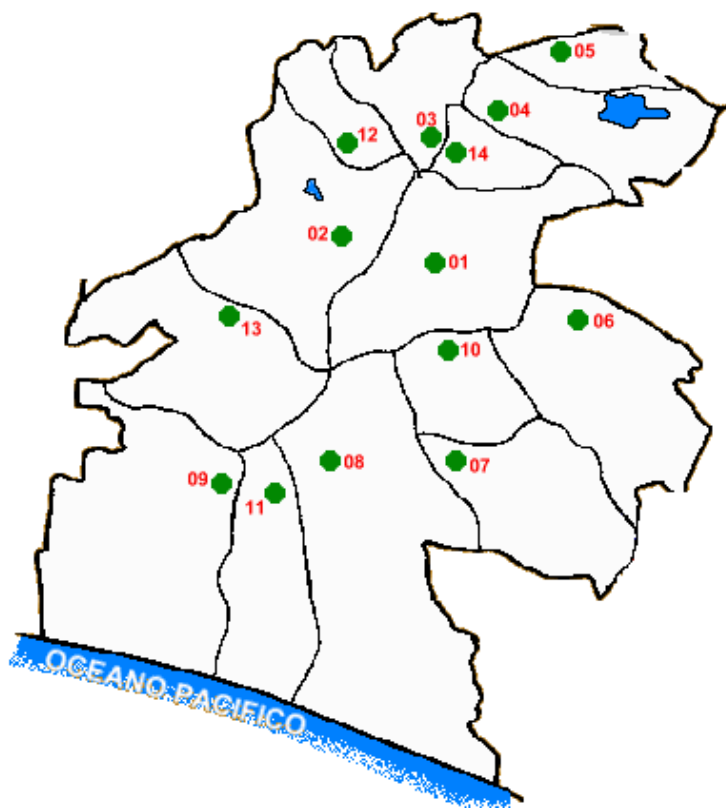
Memoria anual de vigilancia epidemiológica
2004. Departamento Santa Rosa, municipio de
Santa Rosa. 5 primeras causas de mortalidad
infantil y 10 primeras causas de mortalidad
general por sexo.

Memoria anual de vigilancia epidemiológica
2004. Departamento Santa Rosa, municipio de
Santa Rosa. Morbilidad prioritaria (primeras
consultas)

reporte semanal de 100 causas de morbilidad.
Area de salud: Santa Rosa. Municipio de
Nueva Santa Rosa. Puesto de salud
Jumaytepeque.

ANEXOS

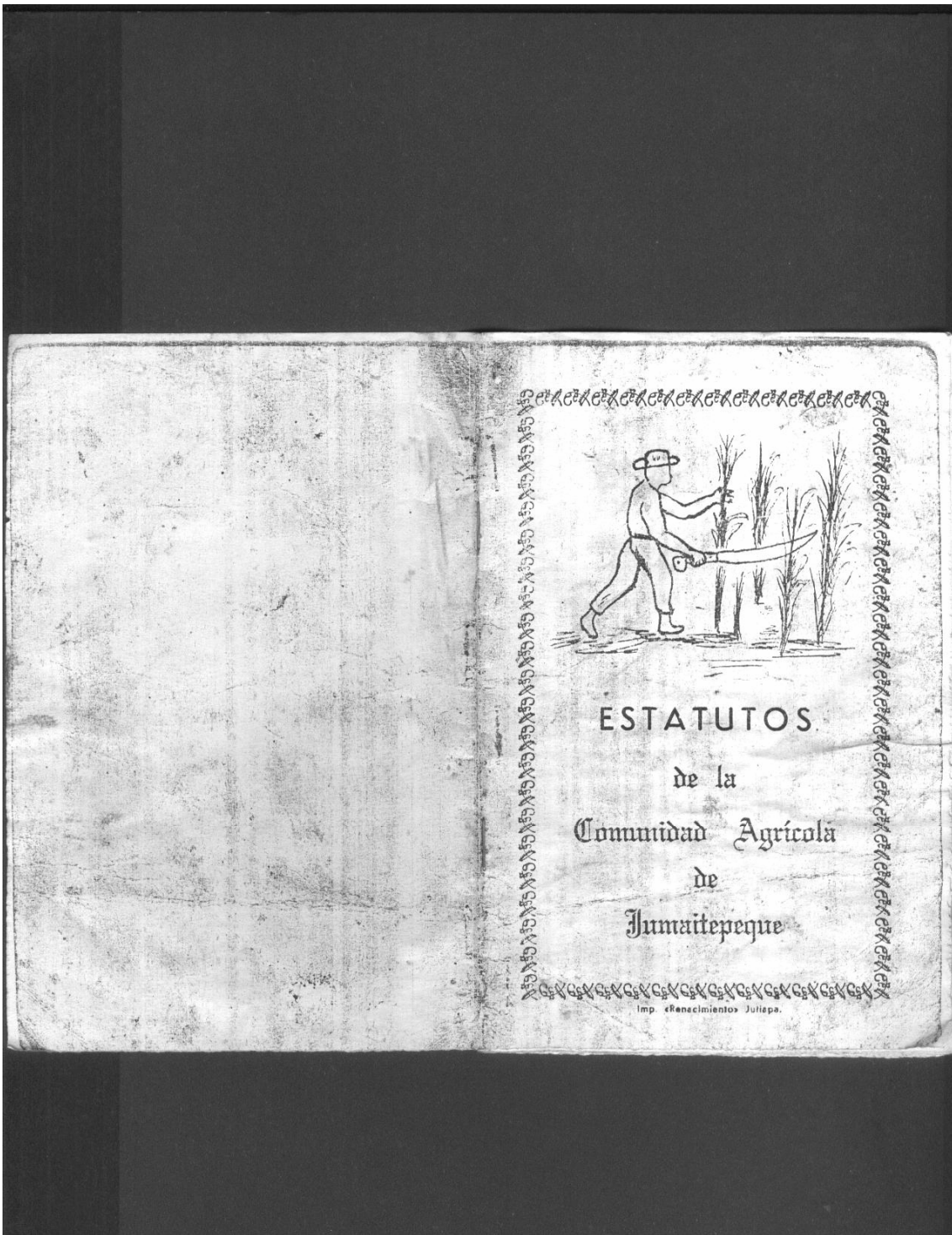
MAPA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA.



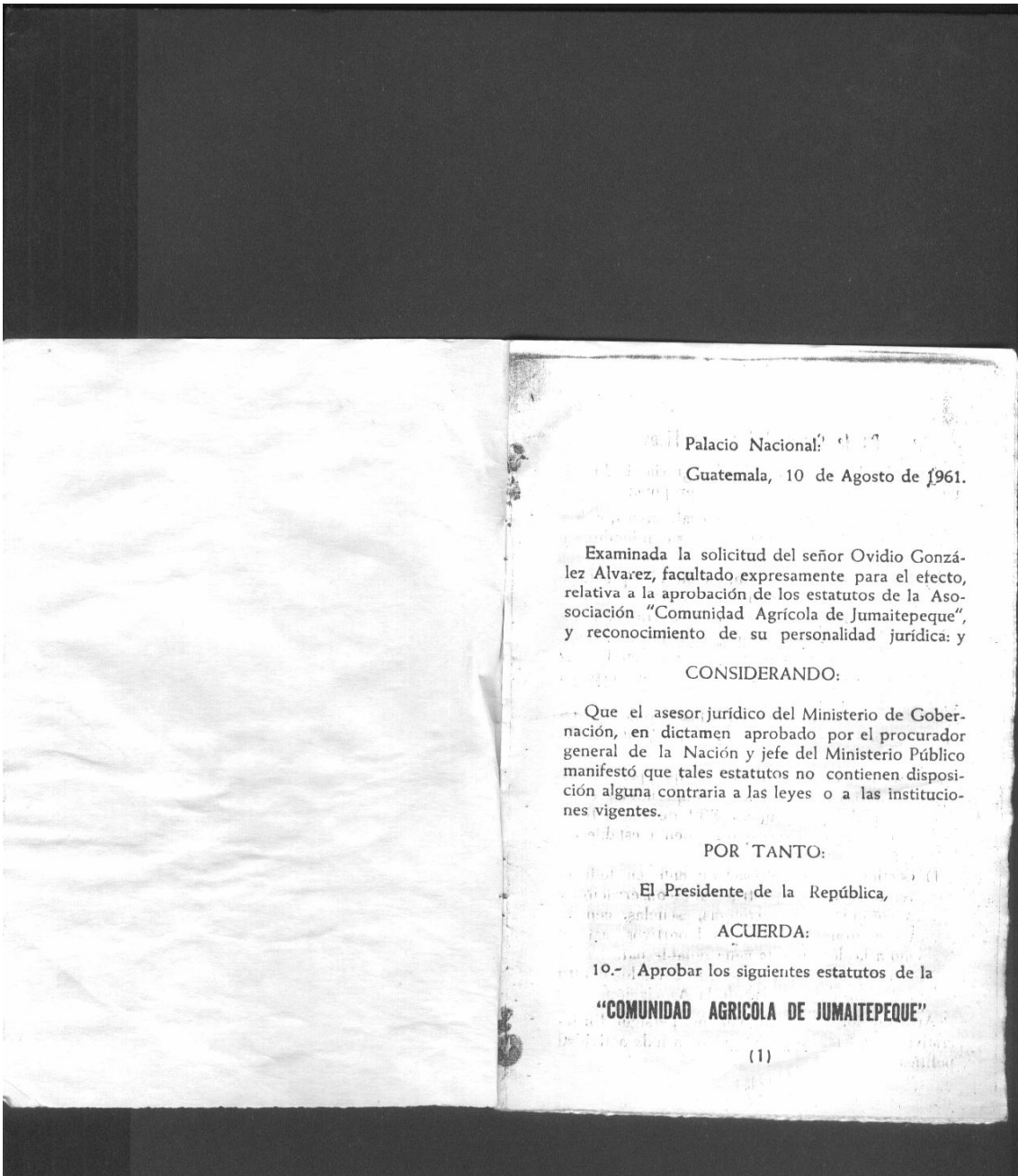
Fuente: www.inmochapin.com

1. Cuilapa, 2. Barberena, 3. Santa Rosa de Lima, 4. Casillas, 5. San Rafael Las Flores 6. Oratorio, 7. San Juan Tecuaco, 8. Chiquimulilla, 9. Taxisco, 10. Santa María Ixhuatán 11. Guazacapán, 12. Santa Cruz Naranjo, 13. Pueblo Nuevo Viñas, 14. Nueva Santa Rosa

La aldea de Jumaytepeque, se encuentra ubicada a en la parte norte del municipiodel municipio de Nueva Santa Rosa (en el mapa marcado con el # 14)



Portada: Folleto de Estatutos de la Comunidad Agrícola de Jumatepeque



Palacio Nacional:

Guatemala, 10 de Agosto de 1961.

Examinada la solicitud del señor Ovidio González Álvarez, facultado expresamente para el efecto, relativa a la aprobación de los estatutos de la Asociación "Comunidad Agrícola de Jumaitepeque", y reconocimiento de su personalidad jurídica: y

CONSIDERANDO:

Que el asesor jurídico del Ministerio de Gobernación, en dictamen aprobado por el procurador general de la Nación y jefe del Ministerio Público manifestó que tales estatutos no contienen disposición alguna contraria a las leyes o a las instituciones vigentes.

POR TANTO:

El Presidente de la República,

ACUERDA:

1º.- Aprobar los siguientes estatutos de la

"COMUNIDAD AGRICOLA DE JUMAITEPEQUE"

(1)

Estatutos de la comunidad

De la Comunidad y sus Fines

Artículo 1o. La Comunidad Agraria de Jumai-tepeque es una asociación que se propone:

- a) Promover la superación moral, cívica, cultural, económica y sanitaria de sus miembros y de sus familias.
- b) Difundir entre sus componentes, las prácticas de cooperación y de mutua ayuda.
- c) Mantener la integridad de las tierras amparadas por el título del antiguo pueblo de Jumai-tepeque y velar porque se conserven los recursos naturales de las mismas y se respeten sus linderos.
- d) Resguardar los títulos de los terrenos pertenecientes a las aldeas cuyos habitantes integran la Comunidad.
- e) Pagar el impuesto territorial que pesa sobre los terrenos indicados, comprendidos en la matrícula afecta número 389 de Santa Rosa y los que en lo sucesivo lleguen a establecerse; y
- f) Gestionar y cooperar activamente en todo lo referente a la construcción, conservación y mejoramiento de carreteras, escuelas, cementerios, oratorios y campos deportivos, así como a la dotación de agua potable para las diferentes aldeas y caseríos abarcados dentro del radio de actividad de la Asociación.

Artículo 2o. La comunidad no persigue fin lucrativo y es por completo ajena a toda actividad política.

(2)

Del Domicilio Social

Artículo 3o. La sede de la organización es el municipio de Nueva Santa Rosa, departamento de Santa Rosa; entendiéndose que los órganos colectivos de la Comunidad se reunirán en Jumai-tepeque o en cualquier otro sitio del antiguo municipio de aquél nombre.

De los Asociados

Artículo 4o. Son miembros de la agrupación todos los que figuren en el acta de fundación de la misma y los que en lo sucesivo ingresen, para lo cual es necesario:

- a) Mayoría de edad
- b) Residir en cualquiera de las aldeas y caseríos que forman el antiguo municipio de Jumai-tepeque; y
- c) Ser originario de los mismos lugares.

Artículo 5o. Son deberes y obligaciones de los comuneros:

- a) Cumplir con los fines de la asociación y sus estatutos
- b) Desempeñar los cargos para que sean designados por la organización comunal,
- c) Someterse a las decisiones mayoritarias en materias previstas por los estatutos.

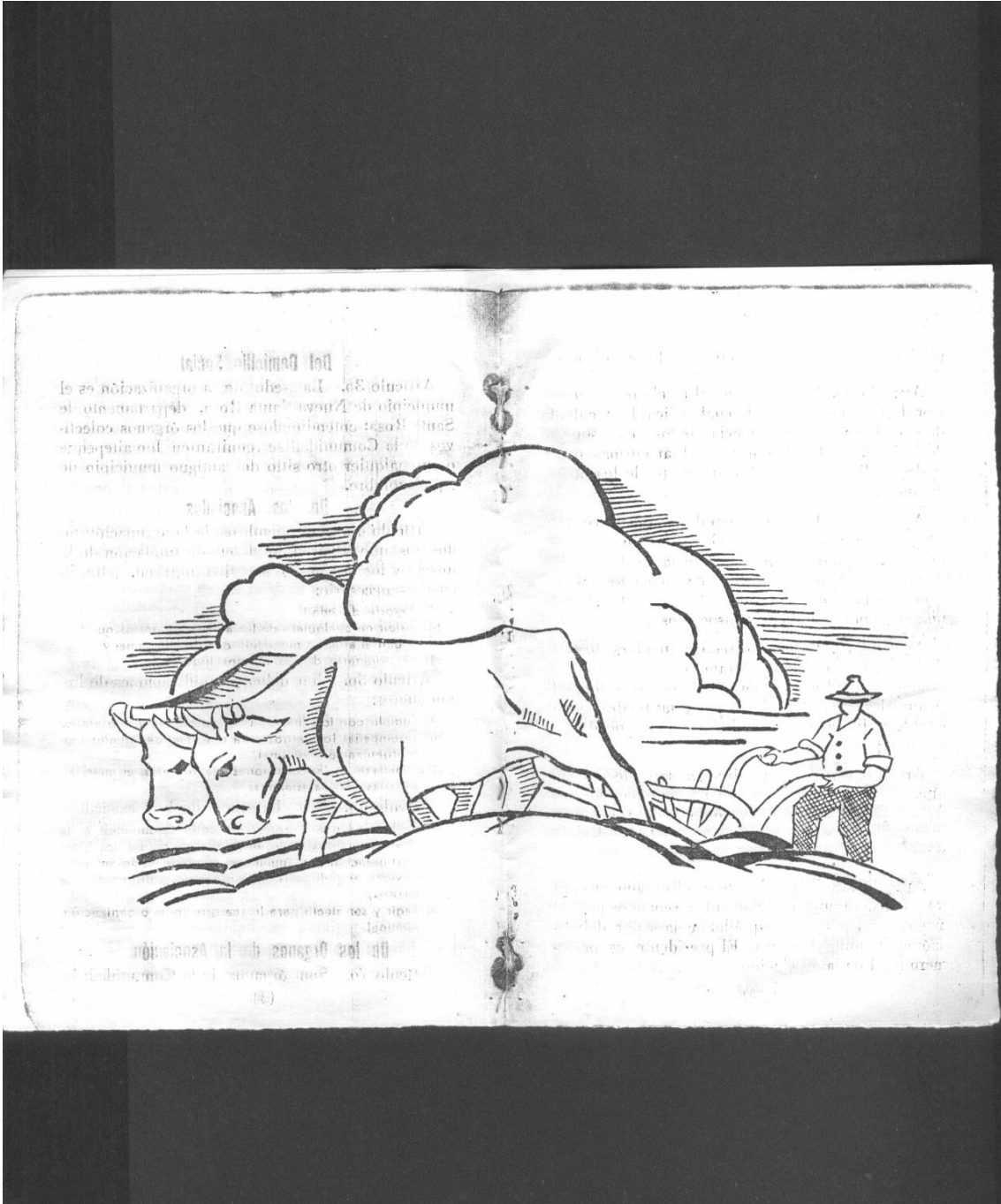
Artículo 6o. Son derechos de los asociados:

- a) Recibir la ayuda y protección de la Comunidad y la de sus miembros, tanto en la realización de los fines de superación que aquélla se propone, como en caso de verse perjudicados en la posesión y disfrute de sus tierras; y
- b) Elegir y ser electo para los cargos de la organización comunal.

De los Organos de la Asociación

Artículo 7o. Son órganos de la Comunidad: la

(3)



Estatutos de la comunidad

junta general, la junta directiva y la presidencia.

Artículo 8o. La junta general es el órgano superior de la asociación, en la cual radica la facultad de decidir en última instancia, todos los asuntos de la comunidad, así como la de fijar normas para el desarrollo de actividades de parte de los otros órganos y de los asociados.

Artículo 9o. La junta general se constituye por los comuneros reunidos para el efecto y en suficiente número, durante la última semana de los meses de junio y diciembre de cada año o cuando así lo decida la junta directiva o lo solicite, por lo menos, un veinte por ciento de los asociados.

Artículo 10. La junta directiva atenderá los asuntos de la agrupación, durante el tiempo en que la junta general no esté en funciones, para lo cual seguirá las directivas fijadas por ésta; tendrá a su cargo la administración de los negocios sociales y de sus bienes.

Artículo 11. La junta directiva será electa cada año, entre los comuneros, por la junta general y se integrará con los siguientes componentes: un presidente, un secretario, un tesorero y siete vocales. Se reunirán por lo menos una vez al mes.

Artículo 12. El presidente es el órgano ejecutivo de la Comunidad y atenderá de manera permanente, los negocios de aquélla; actuará por delegación de la junta directiva. El presidente es personal legal de la asociación,

(6)

puede otorgar en su nombre, toda clase de actos y contratos y acudir ante los tribunales de justicia y oficinas administrativas.

Artículo 13. El presidente presidirá las sesiones de la junta general y directiva. En caso de ausencia, incapacidad, o impedimento, será sustituido en el ejercicio de su cargo por el vocal primero; si la incapacidad o ausencia fueren definitivos, éste completará el período para que aquel hubiere sido electo.

Artículo 14. Los vocales ayudarán en la atención de los asuntos sociales, desempeñando las funciones que la directiva les confiera.

Artículo 15. El tesorero será depositario de los fondos sociales y le corresponderá la recaudación de las aportaciones ordinarias o extraordinarias de los comuneros y llevará cuenta exacta y comprobada de su manejo.

Artículo 16. El Secretario tendrá a su cargo los libros de actas y de asociados, la correspondencia y los archivos de la entidad.

De los fondos Sociales

Artículo 17. La organización obtendrá sus fondos de las aportaciones periódicas o extraordinarias que hagan sus miembros, según lo decida la junta general.

Artículo 18. los comuneros tendrán derecho de enterarse de la forma en que se manejen los fondos sociales y de los comprobantes de gastos para lo cual se pondrán a la vista, durante la celebración de juntas generales, los comprobantes respectivos.

(7)

Disposiciones Generales

Artículo 19. Tanto las resoluciones de la junta general como las de la directiva, se tomarán por mayoría absoluta de votos de los asociados o de los componentes de la directiva, en su caso; se exceptúan las relativas a la modificación de los estatutos y a la disolución o fusión de la Comunidad, que requerirán el voto de las dos terceras partes de los asociados. Para la adquisición y enajenación de inmuebles, gravarlos o limitarlos, se requiere siempre, desición favorable de la junta general.

Artículo 20. En caso de disolución, la Comunidad será liquidada por la junta directiva o por la comisión especial que para el efecto se designe.

Artículo 21. La asociación no se propone realizar actividad alguna de previsión que pueda interferir con las de los regimenes obligatorios de seguros sociales que funcionen en el país o que se establezcan en lo sucesivo.

2o. Reconocer la personalidad jurídica de la "Comunidad Agrícola de Jumaitepeque"

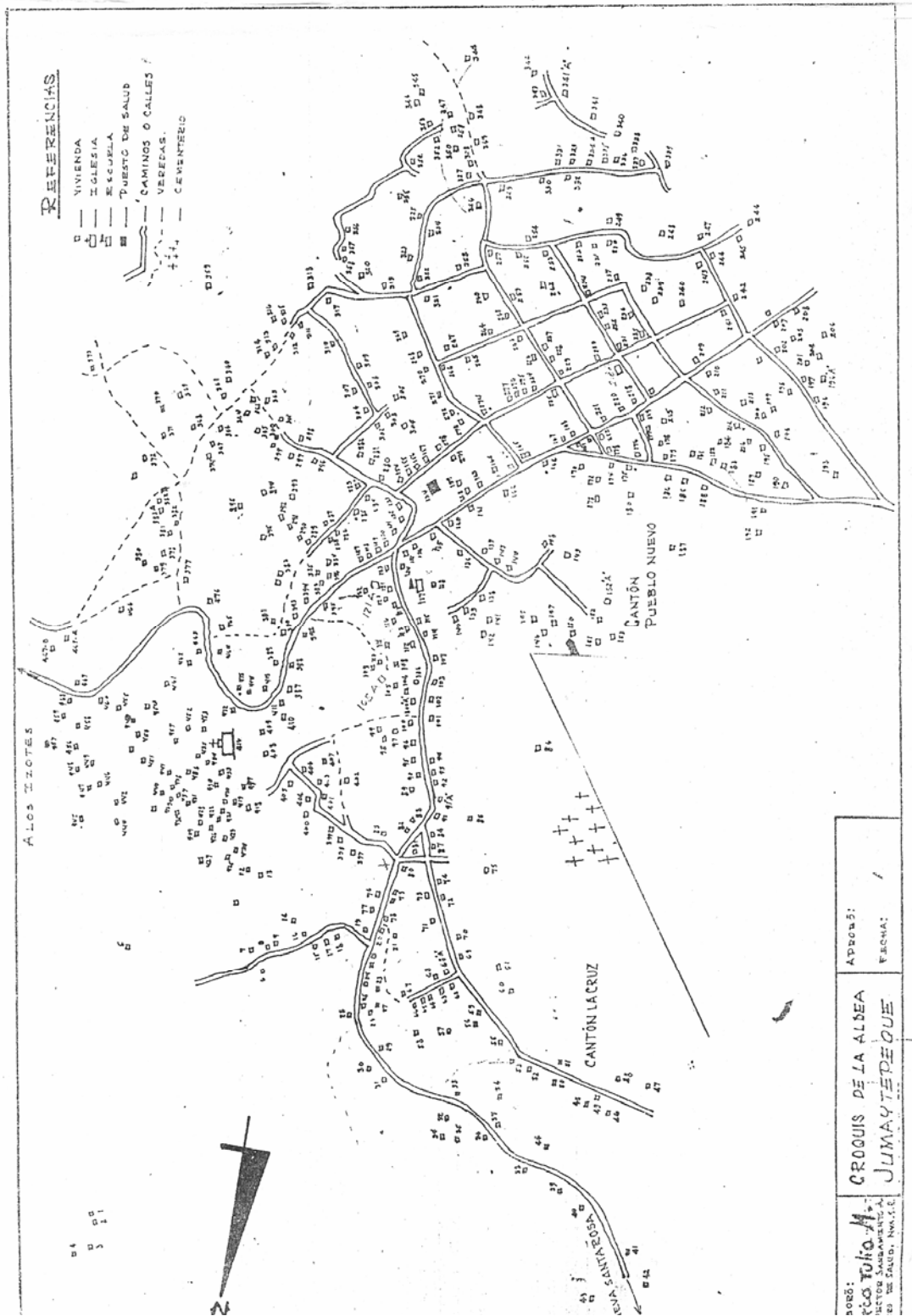
Comuníquese.

YDIGORAS. FUENTES

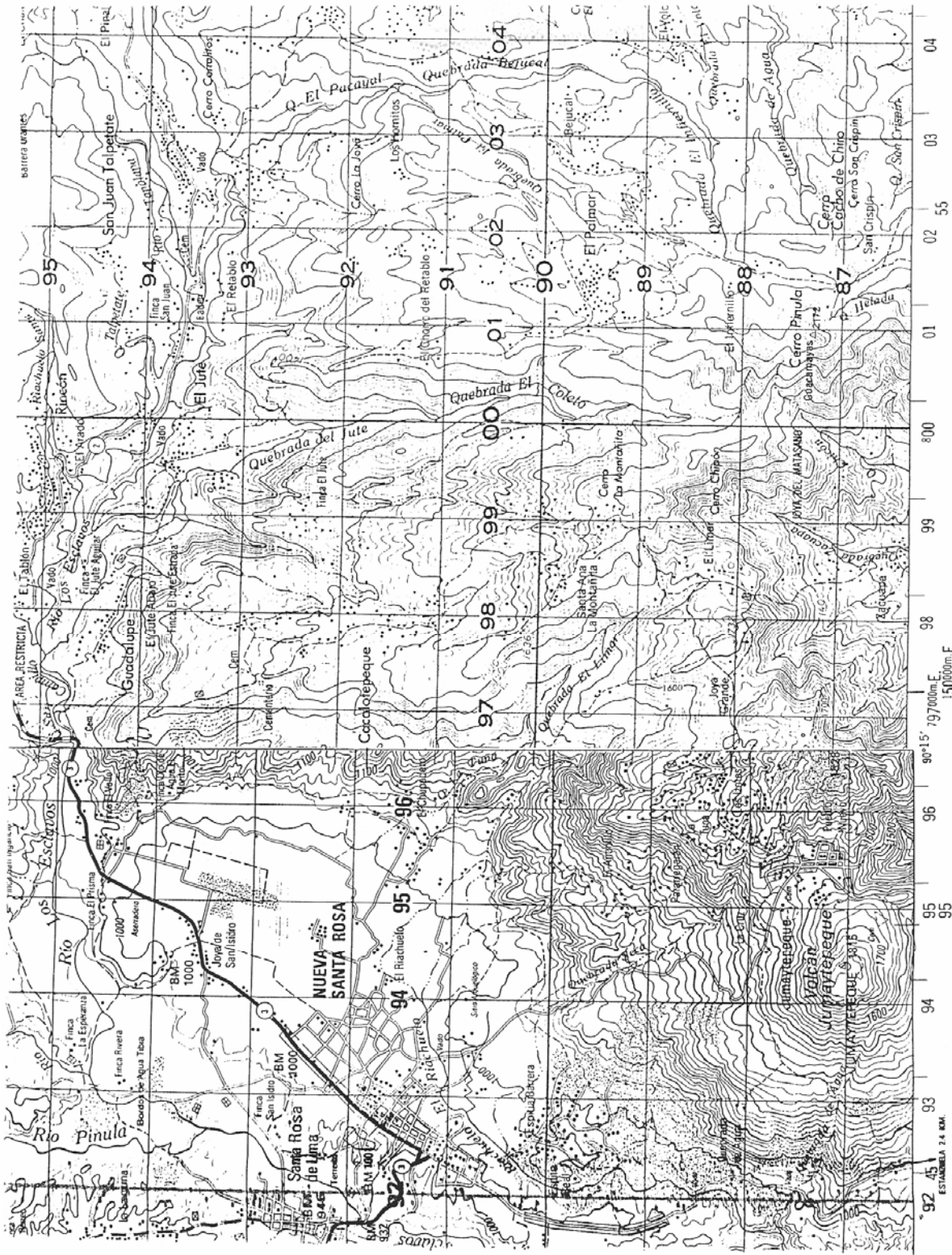
El Ministro de Gobernación

GUILLERMO LOPEZ RODRIGUEZ

(8)



Croquis del núcleo de la aldea Jumaytepeque. Otorgado por el Centro de Salud de Nueva Santa Rosa, Santa Rosa.



Mapa de Jumaytepeque y sus alrededores.

ESTADÍSTICA 24 KM.
 90° 15' 797000m.E.
 150000m.E.
 SERIE E754
 BOUNDAA. Edición I.G.M. (Tercer Tiraje) mayo 1994
 LIMITE

ELEMENTOS CONTEXTUALES DE LA SALUD/ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS

OBJETIVOS:

Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud enfermedad, de los que hacen uso los habitantes de Jumaytepeque, en Nueva Santa Rosa, S.R. dentro de la representación social de la enfermedad

- Describir el tránsito en la carrera del enfermo dentro del modelo de autoatención.

ENTREVISTA No. 1 SALUD Y ENFERMEDAD

UNIDAD DE ANÁLISIS: Jóvenes, adultos y ancianos de la comunidad.

1. ¿Cómo sabe cuando una persona está sana?
2. Para usted, ¿Qué significa estar enfermo?
3. Cuando alguien enferma, ¿Qué hace?
4. ¿Por qué se enferma la gente?
5. ¿Cómo sabe cuando una persona está enferma?
6. Quién cuida de usted cuando está enferma?
7. ¿Quién cuida al enfermo en la familia?
8. ¿Existe algo ó alguien en la aldea que enferme a las personas?
9. ¿Cómo evita usted estar enfermo? ¿Qué hace para que los demás no enfermen?
10. ¿¿Hay alguna época especial en la que las personas enfermen con mayor facilidad?
11. ¿Quiénes enferman más fácilmente? Hombres, niños, adolescentes, bebés, ancianos, mujeres

ACTIVACIÓN DE REDES FAMILIARES FRENTE A LA ENFERMEDAD

OBJETIVOS:

Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud enfermedad, de los que hacen uso los habitantes de Jumaytepeque, en Nueva Santa Rosa, S.R. dentro de la representación social de la enfermedad

- Describir el tránsito en la carrera del enfermo dentro del modelo de autoatención

ENTREVISTA No. 2

1. ¿Quién fue la última persona en la familia que enfermó? ¿Hace cuanto enfermó?
2. ¿De que enfermó?
3. ¿Por qué enfermó? ¿Cuánto duró la enfermedad?
4. ¿Qué hizo para curarse?
5. ¿Le consultó a otra persona para curarse? Doctor, enfermera, curandero, vecina. ¿A quién? Y ¿Por qué?
6. ¿Alguien de la familia, amigos ó vecinos le recomendaron alguna medicina o remedio para curarse?
7. ¿Qué le recomendaron?, ¿Le hizo efecto?, ¿Por Cuánto tiempo lo utilizó?
8. ¿Quién le enseñó a usar estas medicinas?
9. ¿Prefiere usted primero curar a sus enfermos en la casa antes de ir al doctor ó a la curandera? ¿Por qué?

TIPOS DE MEDICAMENTOS, LUGAR DE COMPRA Y UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS DENTRO DE LA COMUNIDAD

OBJETIVOS:

- Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud enfermedad, de los que hacen uso los habitantes de Jumaytepeque, en Nueva Santa Rosa, S.R. dentro de la representación social de la enfermedad
- Ubicar los Principales padecimientos de la región y los mecanismos de ayuda en los mismos.

ENTREVISTA No 3

UNIDAD DE ANÁLISIS: Núcleos familiares (esposas y suegras)

1. ¿Acostumbra usted, irle a preguntar al señor/ra de la farmacia cuando está enfermo?
2. La última vez que se enfermó, ¿fue a la farmacia para que la curaran? (si es negativa, cambiarla por ¿Ha ido usted a preguntar a la farmacia?)
3. ¿A que farmacia fue?
4. ¿Que le dieron para que se mejorara?
5. ¿Le sirvieron esas medicinas ó tuvo que comprar otras?
6. ¿Qué no saben curar en la farmacia a la que va?
7. ¿Cuáles son las farmacias en las que las personas de Jumay, prefieren compran su medicina?
8. ¿Cuando usted compra medicinas, en donde las compra?
9. ¿Qué tipo de medicina compra en las tiendas?
10. Alguna vez ha tenido que viajar lejos para encontrar las medicinas? ¿cuáles?
11. Cuando usted va al puesto de salud de Jumay, ¿le dan la medicina, ó la tiene que ir a compra a otro lado?

ASISTENCIA A RECURSOS BIOMÉDICOS DE LA ALDEA Y SUS ALREDEDORES

OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud enfermedad, de los que hacen uso los habitantes de Jumaytepeque, en Nueva Santa Rosa, S.R. dentro de la representación social de la enfermedad

ESPECÍFICOS:

- Ubicar los Principales padecimientos de la región y los mecanismos de ayuda en los mismos.
- Determinar como las relaciones económicas de los habitantes de la región, inciden en los procesos curativos de estos.

UNIDAD DE ANÁLISIS: pobladores de los cantones de Jumaytepeque

ASISTENCIA A DOCTORES

1. Cuando usted o alguien de su familia enferman, ¿Acude al médico?
2. ¿A qué médico Asiste?
3. ¿Existe algún doctor en la aldea?
4. ¿Cuánto cobra la consulta?
5. ¿Por qué asiste a ese médico?
6. Alguien la/lo acompaña a la consulta
7. En este año, ¿usted ó alguien de la familia ha asistido al médico?, si es negativa la pregunta averiguar la causa por la que no ha asistido.
8. Cuando usted está enfermo y no tiene dinero para ir al médico, ¿Qué hace para curarse?
9. ¿Qué cosas no saben curar los doctores?
10. Cuando el doctor no sabe curar algo, ¿A dónde ó con quién va a curarse?

ALDEANOS TERAPÉUTAS EN LA REGIÓN

OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar los mecanismos de autoatención en los procesos de salud enfermedad, de los que hacen uso los habitantes de Jumaytepeque, en Nueva Santa Rosa, S.R. dentro de la representación social de la enfermedad

ESPECÍFICOS:

- Ubicar los Principales padecimientos de la región y los mecanismos de ayuda en los mismos.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Pobladores de la aldea de Jumaytepeque (adolescentes, Jóvenes y ancianos)

1. ¿Existe alguien en la aldea que se dedique a curar a la gente? (Hueseros, comadronas, hierberos)
2. ¿Quiénes? ¿A qué se dedican?
3. ¿Usted va con ellos para curarse? ¿Por qué?
4. ¿Qué saben curar?
5. ¿Qué no saben curar?
6. ¿Estas personas cobran?
7. ¿Va usted a curarse con alguien de fuera de la comunidad?

GRUPO FOCAL 1

MADRES DE FAMILIA DE LA ALDEA DE JUMAYTEPEQUE

RECURSOS:

- **Materiales:** Hojas de papel, gafetes plásticos para las participantes, marcador permanente, lapiceros, grabadora, 1 cassette, 1 cámara de video y cassette para la cámara
- **Humanos:** 1 moderador , 1 sistematizador

OBJETIVOS:

- Comprender los conceptos contextuales en los que las personas se mueven dentro del proceso de salud enfermedad

UNIDAD DE ANÁLISIS: Madres de familia de la comunidad

Salud/enfermedad

1. ¿Qué significa para ustedes estar sano?
2. ¿Por qué una persona deja de estar sana?
3. Entonces ¿Qué es enfermedad?
4. ¿Por qué se enferma la gente?

Cuidado del enfermo

5. ¿Quién en la familia se encarga de cuidar al enfermo?
6. ¿Por qué esa persona se encarga de cuidarlo?
7. ¿Qué es lo que se hace para cuidar al enfermo?
8. ¿En qué ayuda el hombre de la casa (esposo, padre) cuando hay un enfermo?
9. ¿Alguien más de la familia ó de los amigos ayuda a cuidar ó dan consejos sobre como cuidarlos ó que medicina darle al enfermo?
10. Cuando hay un enfermo en la casa, ¿Quién ayuda a barrer, a trapear, a cuidar a los niños, salir por el agua?

Rehabilitación y prevención

11. ¿Cómo sabe que la persona enferma está mejorando?
12. ¿Le da alguna comida especial para que mejore antes?
13. ¿Cómo tratan de evitar que alguien más de la familia enferme?

14. ¿Cómo evitan que vuelva a enfermar la persona?
15. ¿Existe algún remedio ó medicina que la familia tome para evitar enfermedades?

Costos de la enfermedad.

16. ¿Cuáles son las actividades que usted deja de hacer cuando tiene que atender a una persona enferma?
17. ¿En qué enfermedades no se gasta dinero?
18. En las enfermedades en las que se gasta dinero, ¿cuánto se gasta?
19. ¿De dónde sacan el dinero que gastan en curar al enfermo?

ESTADÍSTICAS INSTITUCIONALES DEL MSPAS.



Página 1 de 2
rep1810.dsr
Impreso: 22/07/2005
Hora: 02:45:58p.m.

Reporte semanal de 100 Causas de Morbilidad

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud
De la Semana 1, 02/01/2005 al 08/01/2005 a la Semana 28, 10/07/2005 al 16/07/2005

Area de salud: Santa Rosa

Distrito de salud: Distrito de Nueva Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Puesto de salud: Puesto de Salud Jumaytepeque

Enfermedad	No. Casos	%
Infecciones Respiratorias Agudas	441	84.16%
Diarreas	79	15.08%
Neumonías y Bronconeumonías	4	0.76%
Resto de causas	0	
Total:	524	100 %



Página 1 de 1
RptMemAMorb.dsr
Impreso: 22/07/2005
Hora: 03:38:48p.m.

Memoria anual de vigilancia epidemiológica 2004

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud

Departamento: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Morbilidad prioritaria (Primeras consultas)

Poblacion CENSO

Causas	Frecuencia Masculos	%*	Frecuencia Femeninos	%*	Total	Población denominador	Constante	Tasa de incidencia
Anemia de tipo no especificado	33	21.85	118	78.15	151	36,667	10,000	41.18

* Porcentaje del total de casos por sexo



Memoria anual de vigilancia epidemiológica

2004

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud

Departamento: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Página 2 de 3
RptMemA.dsr
Impreso: 22/07/2005
Hora: 03:39:17p.m.

Poblacion CENSO

5 Primeras causas de de mortalidad infantil

Nombre del diagnóstico	Número de muertes	%*
Diarreas	4	57.14%
Síndrome de muerte súbita infantil	1	14.29%
Neumonías y Bronconeumonías	1	14.29%
Malformación congénita, no especificada	1	14.29%
Resto de causas :	0	0.00%
Total :	7	100%

* Porcentaje del total de casos

10 Primeras causas de mortalidad general por sexo

Nombre del diagnóstico	Frecuencia Masculino	%*	Frecuencia Femenino	%*	Total
Tumor maligno de sitios no especificados	5	10.87%	3	8.33%	8
Accidente Cerebrovascular	3	6.52%	4	11.11%	7
Infarto agudo del miocardio sin otra especificación	5	10.87%	2	5.56%	7
Diarreas	3	6.52%	2	5.56%	5
Epilepsia tipo no especificado	2	4.35%	2	5.56%	4
Neumonías y Bronconeumonías	2	4.35%	2	5.56%	4
Tumor maligno del hígado, no especificado	2	4.35%	2	5.56%	4
Diabetes Mellitus	2	4.35%	1	2.78%	3
Homicidios (Agresión por medios no especificados)	2	4.35%	1	2.78%	3
Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	2	4.35%	1	2.78%	3
Resto de causas:	18	39.13%	16	44.44%	34
Total por sexo:	46	100%	36	100%	82
Total:	82				

* Porcentaje del total de casos por sexo



Memoria anual de vigilancia epidemiológica

2004

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud

Página 3 de 3
RptMemA.dsr
Impreso: 22/07/2005
Hora: 03:39:17p.m.

República de Guatemala

Departamento: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Poblacion CENSO

Mortalidad prioritaria

Nombre del diagnóstico	Frecuencia	Población	Constante	Tasa
Accidente Cerebrovascular	7	36,667	10,000	1.91
Desnutrición Proteicocalórica, no especificada (D.P.C.)	2	36,667	10,000	0.55
Diabetes Mellitus	3	36,667	10,000	0.82
Diarreas	5	36,667	10,000	1.36
Infarto agudo del miocardio sin otra especificacion	7	36,667	10,000	1.91
Insuficiencia cardiaca congestiva	1	36,667	10,000	0.27
Neumonías y Bronconeumonías	4	36,667	10,000	1.09
Tumor maligno del cuello del utero, sin otra especificacion	3	36,667	10,000	0.82

Tipo de muerte

Tipo de muerte	Frecuencia	%*
1. Suicidio	1	1.22%
2. Homicidio	6	7.32%
3. Accidente	4	4.88%
4. Causa Natural	71	86.59%
Totales	82	100%

* Porcentaje del total de casos

Quien certifica las defunciones

Quien certifica las defunciones	Frecuencia	%*
1. Médico	75	91.46%
2. Empírico	1	1.22%
3. Autoridad	6	7.32%
Totales	82	100%

* Porcentaje del total de casos



República de Guatemala

Memoria anual de vigilancia epidemiológica

2004

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud

Departamento: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Página 1 de 3
RptMemA.dsr
Impreso: 22/07/2005
Hora: 03:39:17p.m.

Poblacion CENSO

Mortalidad General

Por grupo de edad	No. de Muertes (Numerador)	Población (Denominador)	Constante	Tasa de mortalidad
01 Tasa de mortalidad Post-Neonatal (de 28 días a 1 año)	6	1,070	1,000	5.61
02 Tasa de mortalidad Neonatal (en < de 28 días)	1	1,070	1,000	0.93
03 Tasa de mortalidad infantil (< 1 año)	7	1,070	1,000	6.54
04 Tasa de mortalidad de 1 a 4 años	2	4,509	1,000	0.44
05 Tasa de mortalidad de 5 a 9 años	1	5,143	1,000	0.19
06 Tasa de mortalidad de 10 a 14 años	1	4,914	1,000	0.20
07 Tasa de mortalidad de 15 a 19 años	2	4,139	1,000	0.48
08 Tasa de mortalidad de 20 a 24 años	2	3,515	1,000	0.57
09 Tasa de mortalidad de 25 a 39 años	9	6,962	1,000	1.29
10 Tasa de mortalidad de 40 a 49 años	7	2,861	1,000	2.45
11 Tasa de mortalidad de 50 a 59 años	9	2,070	1,000	4.35
12 Tasa de mortalidad de 60 años o mas	42	2,554	1,000	16.44
13 Tasa de mortalidad en mujeres de edad fértil (10 a 49 años)	13	8,517	1,000	1.53
14 Tasa de mortalidad materna	0	1,070	10,000	0.00
15 Tasa de mortalidad general	82	36,667	1,000	2.24

El denominador para las tasas de mortalidad neonatal, post neonatal e infantil es el total de nacidos vivos del año anterior

El denominador para el calculo de la tasa de mortalidad para cada grupo de edad es la población para ese grupo de edad

Para la tasa de mortalidad materna el numerador es el número de muertes maternas y el denominador es el total de nacidos vivos del año anterior

Para la tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil el numerador es el número de muertes en mujeres de 15 a 49 años y el denominador es la población femenina de ese mismo grupo de edades

5 Primeras causas de mortalidad materna

Nombre del diagnóstico	Número de muertes	%*
Total:		100%

* Porcentaje del total de casos

Reporte mensual de 20 Causas de Morbilidad

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud
Del mes de Enero al mes de Diciembre del año 2004

Area de salud: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

Enfermedad	No. Casos	%
Rinofaringitis Aguda (resfrío común), catarro	952	48.18%
Amigdalitis aguda no especificada	652	33.00%
Anemia de tipo no especificado	151	7.64%
Otitis media no especificada	103	5.21%
Asma no especificado	46	2.33%
Otros Trastornos específicos no inflamatorios de la vagina	35	1.77%
Orquitis por parotiditis	32	1.62%
Tricomoniasis urogenital	3	0.15%
Secreción Uretral / Flujo Vaginal	1	0.05%
Hipertensión esencial (primaria), Tension arterial alta	1	0.05%
Resto de causas	0	
Total:	1,976	100 %

Reporte mensual de 20 Causas de Morbilidad

Datos preliminares, sujetos a cambios según confirmación de unidades de salud
 Del mes de Enero al mes de Diciembre del año 2004

Area de salud: Santa Rosa

Municipio: Nueva Santa Rosa

