

EL CUIDADO MÉDICO PROPIO Y LOS TRABAJADORES DE LAS FINCAS DE GUATEMALA

Julia González Alonso y Jude Pansini*

Resumen

El artículo compara el estado de salud de las familias de trabajadores agrícolas residentes en dos fincas de café adyacentes en la bocacosta del sur de Guatemala. En una de las fincas los dueños proveyeron a sus obreros con una clínica relativamente bien equipada, con un médico residente y una enfermera. Este servicio médico era una tradición de más de sesenta años. Las necesidades de salud de los obreros de la finca aledaña, en cambio, eran atendidas por practicantes indígenas, todos ellos miembros de las familias de colonos residentes en la finca. El dueño de esta segunda finca proveía a sus obreros únicamente con un equipo de primeros auxilios, el cual era administrado por el jefe de la oficina. Ambas fincas tenían que proporcionar legalmente cobertura hospitalaria del seguro social, lo que daba derecho a los obreros a utilizar el hospital que se encontraba a unos 25 km de distancia, *solamente* en casos de accidentes graves. Los datos obtenidos relacionados con las tasas de mortalidad y morbilidad de la población infantil en ambas plantaciones mostraron problemas de salud notablemente similares y en las mismas proporciones. En otras palabras, la presencia de personal de salud entrenado en una finca no contribuyó a mejorar el estado de salud de los trabajadores.

Abstract

The article compares the health status of resident farmworker families of two adjacent coffee plantations in the Guatemalan south coastal piedmont. On one of the plantations the owners provided their workers with a relatively well-equipped and staffed modern medical clinic which included a resident physician and nurse assistant. This modern medical service was a tradition which dated back more than sixty years. The health needs of the workers of the adjoining plantation, on the other hand, were attended to by indigenous practitioners, all of them members of the plantation's resident farmworker families. The owner of this second plantation provided his workers with nothing more than a first-aid kit administered by the office manager. Both plantations were legally required to provide social security hospital coverage which entitled workers to care for major accidents *only* at a facility some 25 kilometers away. Child mortality and morbidity findings from the households of both plantations show strikingly similar health problems and, pretty much, in the same proportions. In other words the presence of clinically trained healthcare providers on the one finca did little to improve the health of its workers.

* Julia González Alonso es española y obtuvo una licenciatura en Bibliotecas y Museos en la Escuela Nacional de Archiveros, Bibliotecarios y Arqueólogos de la Biblioteca Nacional de Madrid. Actualmente realiza investigaciones sobre los hispánicos en el noreste de Iowa. Jude Pansini es estadounidense y tiene un doctorado en Antropología Social de la University of Rochester del estado de Nueva York. Es director de un programa de vivienda para familias de escasos recursos y realiza investigaciones sobre las causas de la pobreza y la habitación rural en Iowa.

Este trabajo representa un esfuerzo por determinar qué tipo de impacto un programa de salud clínico relativamente moderno (el único de ese tipo en la región) había tenido sobre los trabajadores de la finca Nimyá, una de varias fincas donde los autores habían establecido un proyecto de salud para los trabajadores agrícolas. La idea de llevar a cabo el estudio provino del finado doctor Carroll Behrhorst, de Chimaltenango, Guatemala, quien creía decididamente que el cuidado médico para los pobres, basado primordialmente en la atención clínica, no tenía gran valor. El estudio se basó en una encuesta comparativa de hogares de trabajadores residentes en dos fincas cafetaleras adyacentes. Una con una clínica operada por un médico residente, lo que había sido una política de la empresa por cerca de sesenta años; la otra utilizaba un sistema tradicional de cuidado propio operado por curanderos y comadronas mayas.

En el campo del desarrollo del Tercer Mundo, pocos temas reciben tanta atención como el cuidado primario de salud. El tema es discutido no sólo por profesionales de la salud, sino también por muchas otras personas preocupadas por el desarrollo económico y social de esos países. Dichos temas son invariablemente tratados en el contexto de los costos crecientes de los programas de desarrollo en general y, en particular, en el contexto del cuidado primario de la salud —aún en el caso de los proyectos más simples. Aunque generalmente considerados (y originalmente diseñados) como el componente más económico del sistema moderno de cuidado médico, el costo de manutención y sostenimiento de sistemas primarios de salud para los pobres no parece estar al alcance de sus posibilidades económicas. En la comparación que a continuación se examina, el programa de cuidado primario formaba parte de una política de beneficios para los empleados.

El interés de los profesionales de la salud en el cuidado médico primario es igualado por el interés y la preocupación de muchos individuos más y entidades tales como agencias donantes multi y bilaterales, por los ministerios de salud y de gobierno y por muchos donantes más pequeños —en particular las iglesias y sus trabajadores de campo, quienes, en esta época han demostrado ser promotores importantes del mejoramiento de las condiciones de vida de los pobres. Los principales donantes dedicados a estos estudios incluyen la

Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros donantes bilaterales. Por otro lado, las facultades de medicina están reformando sus prioridades docentes a tal grado que hasta la medicina de la familia y la práctica general o medicina interna se están convirtiendo rápidamente en especialidades a las que se vincula un número creciente de médicos en los países desarrollados.

Las razones de este creciente interés y preocupación por el cuidado primario de la salud no son idénticas en todo el mundo. La principal preocupación de los profesionales de la salud en los países subdesarrollados es la de suministrar cuidado profesional básico a esos millones de indigentes sin derechos políticos que, según ellos, no tienen ninguno. Con respecto a Guatemala, por ejemplo, por mucho tiempo se ha creído que la gran mayoría de trabajadores agrícolas y sus familias cuentan con escaso acceso al cuidado de salud profesional de tipo occidental.¹ El hecho de que estos trabajadores, al igual que otros campesinos en el resto del mundo, cuenten con un sistema de salud propio operado por trabajadores de salud de la comunidad —ampliamente conocidos como comadronas y curanderos en Latinoamérica— es generalmente considerado por los profesionales de la salud como poco importante para mejorar las condiciones de salud de las comunidades donde dicho sistema es utilizado.

En los Estados Unidos y otros países desarrollados, donde sectores considerables de la población se encuentran también sin servicios de cuidado médico, los diseñadores de las políticas de salud están menos interesados en resolver dicho problema que en intentar recuperar o, al menos contener, los costos médicos exorbitantes. Según algunos expertos, no se ha demostrado la suposición de que el cuidado médico primario puede contener los crecientes costos de salud en los Estados Unidos.² A pesar de que hay evidencia aparentemente sólida de que muchas personas en los Estados Unidos no pueden ni siquiera pagar los servicios de salud básicos y las medicinas, parece haber un creciente

¹ Gerald Brown, "Extension of Health Services to Farmworkers in Guatemala" (estudio inédito, Universidad del Valle, Departamento de Ciencias Sociales, Guatemala, 1977).

² Joseph Fry, "An Overview of Primary Health Care", in *The International Journal of Health Services*, 2 (1977): 309-314.

número de "expertos" en desarrollo que sostienen acaloradamente (con frecuencia a nombre del anti-paternalismo) que los pobres de los países del Tercer Mundo realmente pueden pagar por dichos servicios. Este punto de vista es absurdo, desde luego. Los trabajadores de las fincas, especialmente los temporales (generalmente llamados trabajadores agrícolas inmigrantes) pueden ser fácilmente categorizados como los más pobres entre los pobres.

Esta es una situación universal, pero lo es especialmente en Guatemala, donde se unen un clima de opinión estilo siglo XIX en lo referente al desarrollo económico, con el café como la pieza central de dicho desarrollo y con un racismo generalizado entre las élites sociales, políticas y militares, para hacer de los trabajadores agrícolas los más pobres entre los pobres.

TRABAJADORES DE FINCA: EL MARCO HISTÓRICO

La región agrícola en la que la finca Las Olas está ubicada fue inicialmente desarrollada para el cultivo del café tras la revolución liberal (estilo siglo XIX) de Justo Rufino Barrios en 1871. Las que eran hasta entonces en su mayor parte tierras comunales mayas fueron concedidas a acaudalados guatemaltecos y a europeos recién llegados. En la opinión de la clase dirigente guatemalteca, casi exclusivamente blanca, el desarrollo de estas tierras había sido por largo tiempo impedido a causa de lo que el general Barrios, presidente de Guatemala en ese entonces, llamaba "la perfidia de los indios".³

A fin de asegurar el éxito de las nuevas iniciativas de desarrollo, el gobierno decretó que dichos esfuerzos fueran apoyados por el trabajo forzado de las comunidades mayas a través de la legalización del peonaje y de la introducción de leyes contra la vagancia, cuyo propósito era garantizar el abastecimiento de trabajadores mayas a las fincas y asegurar la residencia permanente de trabajadores en las explotaciones agrícolas.

En 1934 estas medidas fueron reemplazadas por una serie de leyes de trabajo forzado aún más estrictas decretadas por el presidente Jorge Ubico. Bajo la política de trabajo de este gobierno, los mayas que

³ Peter Burgess, *Justo Rufino Barrios* (Philadelphia, Pennsylvania: Durance & Co., 1926), pág. 163.

cultivaban pequeñas parcelas de tierra estaban obligados a trabajar de 100 a 150 días al año en las fincas. Las leyes de trabajo forzado fueron finalmente revocadas en 1945 por el gobierno revolucionario de Juan José Arévalo. Para ese entonces (tras 70 años de desarrollo cafetalero con trabajo forzado maya) las fincas ya eran centros de población importantes.

UN PROYECTO DE CUIDADO DE SALUD PARA LAS FINCAS

Entre 1971 y 1974 los autores de este trabajo dirigieron un esfuerzo para establecer un programa de cuidado primario de salud en siete fincas de la bocacosta del sur de Guatemala. El "promotor de salud" era una persona central en nuestro modelo de cuidado básico para suministrar servicios de salud. Esta denominación debe en gran parte su popularidad al concepto chino de *doctor descalzo*. La expresión la hizo popular en Guatemala el finado Carroll Behrhorst de Chimaltenango, un médico norteamericano internacionalmente reconocido que había promovido la idea de emplear no-profesionales adiestrados para atender a las necesidades médicas de las poblaciones pobres rurales en el marco de programas de salud primaria supervisados por profesionales. El desarrollo de este nivel de trabajador de salud ha sido una idea importante pero controversial en la práctica médica moderna. En el contexto de nuestro proyecto definimos el "promotor de salud" con las cinco siguientes características: 1) un representante de la comunidad agrícola en la cual se iba a establecer el programa de cuidado de salud; 2) elegido por dicha comunidad; 3) suficientemente educado para escribir anotaciones básicas y mantener registros médicos simples; 4) entrenado formalmente por profesionales de salud y 5) supervisado regularmente por ellos en el tratamiento de pacientes y en el uso apropiado de medicamentos. En resumen, conceptualizamos a nuestros promotores de salud como imitaciones rudimentarias del tradicional médico de campo.

Nos duele admitir que ignoramos completamente en el diseño de nuestro sistema el trabajo de un grupo de trabajadores de salud mayas que, de hecho, conforman el elemento central de los sistemas de cuidado propio utilizados en todas las comunidades del Tercer Mundo carentes o sin suficientes servicios. Tales sistemas de cuidado propio constituyen

el recurso de cuidado de salud más importante en dichas comunidades. En nuestro afán por dar inicio rápido al proyecto, sucumbimos a ideas preconcebidas y, más que todo inconscientes, acerca de la cultura de la gente pobre y acerca de la necesidad de médicos occidentales como la base fundamental sobre la cual erigir un programa. Es así como violamos el principio cardinal de la antropología aplicada en el proceso de desarrollo; o sea el dilucidar, evaluar de manera crítica y construir sobre los aspectos más positivos de las estructuras sociales y fundamentos culturales preexistentes.⁴

Para comenzar asumimos que porque una comunidad finquera carecía de los servicios de un médico y/o una enfermera, no existía un cuidado médico adecuado al servicio de la comunidad. Para los diseñadores del proyecto, por consiguiente, los promotores de salud surgieron como posibilidades obvias para llenar dicho vacío.

En calidad de diseñadores del proyecto, no desconocíamos las creencias y prácticas médicas mayas, pues habíamos llevado a cabo investigaciones de campo sobre la materia y leído otros antropólogos que se habían especializado en la antropología médica de la región. De todas maneras, elegimos descartar lo que entendíamos como insignificante e irrelevante en términos médicos.

En retrospectiva reconocemos que nuestra decisión no fue el resultado de un proceso racional. Aunque discutimos con frecuencia las creencias y prácticas médicas mayas, simplemente nunca se nos ocurrió que ellas pudieran tener algo en común con la ciencia médica moderna. Esta manera de pensar (o no pensar) es en sí misma un

⁴ Las funciones de elucidación y evaluación en el campo del desarrollo son con frecuencia llevadas a cabo inadecuadamente por especialistas en estudios de evaluación rápida (EER), muchos de los cuales son antropólogos. Una razón por su vinculación con EER es sus necesidades financieras. Esta necesidad obstaculiza seriamente el que los antropólogos se dediquen a la metodología antropológica de resultados lentos desarrollada por algunas de las más prominentes figuras en la historia de la disciplina—muchos de los cuales formaban parte de las élites sociales y económicas que no necesitaban preocuparse por problemas mundanos tales como el de conseguir un trabajo permanente. Con muy pocas excepciones, las agencias de desarrollo como el Banco Mundial, UNDP, USAID y suscontrapartidas bilaterales en el resto del mundo han descartado las técnicas de la investigación antropológica de campo (esencial para la disciplina) porque o no las entienden o porque toman demasiado tiempo. ¿Han las actividades de antropólogos en EER mejorado la calidad de los EER? En esas comunidades donde los antropólogos han trabajado previamente, tal vez sí; en otras, probablemente no. La antropología social está, de hecho, esencialmente ligada a su singular metodología.

interesante fenómeno para considerar. La mayoría de personas que son misioneros de una clase u otra —incluso los misioneros médicos— llevan a cabo sus actividades con una dedicación que, en gran medida, tiende a ser irracional y constantemente trae a colación dos temas fundamentales propios de individuos y naciones poderosas: *cujus regio eius religio*⁵ y *extra ecclesiam nulla est salus* (no hay salvación fuera de nuestra "Iglesia"). Esto quiere decir, en términos generales pero muy acertados, que "yo/nosotros y sólo yo/nosotros tenemos todo lo que usted necesita. Entonces ¡hágalo!" Y a pesar de la resistencia frecuente, las revoluciones y muchas otras palabras fuertes por parte de tercermundistas en contra de imitar *nuestros* métodos, las comunidades pobres y los países pobres usualmente adoptan nuestros métodos en casi todos los niveles, incluso en el de cuidado de la salud. Por un lado está el cuidado de salud de los mayas y los curanderos tradicionales interesados en utilizar medicinas modernas en sus prácticas curativas y, por otro, los gobiernos de izquierda. Por ejemplo, el muy bien conocido y respetado sistema de salud y vivienda del gobierno cubano parece reflejar claramente el pensamiento de los mejores expertos en salud pública de los Estados Unidos: pensamiento que el gobierno de Estados Unidos aún no ha convertido en políticas para atender a las necesidades de cuidado de salud de un creciente número de sus propios ciudadanos.

En cuanto a los promotores de salud en las fincas, adoptamos el pensamiento de expertos en desarrollo que sostenían que los promotores de salud debían ser seleccionados de y por la comunidad finquera en la que el programa iba a ser llevado a cabo y no por nosotros los forasteros. Sin embargo, esto resultó ser ante todo palabrería. En realidad fue el finquero y no la comunidad quien aprobó, o desaprobó, los individuos que seleccionamos para ser entrenados como promotores de salud. Desde luego que ejercimos mucha influencia sobre los finqueros y usualmente se plegaron a nuestras objeciones cuando disentimos de sus selecciones. Los residentes de la finca fueron, más o menos, consultados acerca de los individuos que a nuestro juicio serían los mejores promotores de salud. Sobra decir que siempre nos pareció que estaban de acuerdo con nuestras selecciones.

⁵ "*Cujus regio eius religio*" (su gobierno, su religión) fue el principio que dividió a la Alemania del siglo XVI en regiones católicas y protestantes e institucionalizó una de las revoluciones más significativas de la historia de occidente.

En retrospectiva, sin embargo, dudamos que hayamos obtenido una opinión sincera. El problema de obtener respuestas sinceras de personas distantes socialmente de nosotros es una cuestión compleja que confunde hasta a los mejores lingüistas y expertos en la comunicación. Basta con decir que desde hace mucho tiempo, el sistema democrático no ha funcionado en las fincas guatemaltecas así como tampoco ha sido el caso en la sociedad en general. Las fincas guatemaltecas son, esencialmente, sociedades feudales. En la práctica es el finquero-rey quien toma todas las decisiones acerca de quién hace qué en la fincas. Esto no va a cambiar aún con el restablecimiento de la paz. En tiempos de continua violencia en Guatemala ha sido una tontería y, en algunos casos, un desafío a la muerte cuando se presiona por un proceso democrático auténtico que permita a los campesinos exigir lo que quieren, aun algo tan inocuo como el derecho a seleccionar sus propios promotores de salud.

Nuestra preocupación por llevar a cabo un sistema de cuidado primario de salud con promotores de salud apoyados por un médico supervisor haciendo visitas semanales, nos llevó a ignorar el sistema de cuidado propio más usado por los trabajadores de las fincas —la gran mayoría mayas de las tierras altas cuya cultura incluye tradicionalmente el cuidado de salud propio. En otras palabras, no entendimos el cuidado primario de salud como un complemento a sistemas de cuidado propio con una larga tradición.

CUIDADO PROPIO

Por “sistemas de cuidado propio” queremos decir que todas las sociedades humanas sin excepción han desarrollado dentro de sus tradiciones conocimientos acerca de problemas médicos pre y post-natales que afectan a las madres y los niños, acerca de los problemas de salud de otros grupos y un conocimiento correspondiente a cómo diagnosticar y tratar dichos problemas. Este diagnóstico y tratamiento ocurre en dos niveles distintos: a nivel del hogar por parte de miembros de dicho hogar con *conocimientos ordinarios*; y a nivel de la comunidad por parte de miembros de la comunidad con *conocimientos extraordinarios*. Estos últimos son los expertos curanderos de las comunidades rurales que en Guatemala incluyen a los curanderos y las comadronas o parteras.

Desde luego, la viabilidad y calidad de estos sistemas de cuidado propio varían de una comunidad a otra y de un practicante a otro —tal y como ocurre en las comunidades desarrolladas. En comunidades rurales tradicionales, el cuidado propio es, usualmente, un legado importante y frecuentemente usado, siendo el único sistema de cuidado de salud disponible. Este no es el caso en las sociedades desarrolladas o en comunidades pobres donde la medicina moderna está disponible. En una de las dos fincas que discutimos en este trabajo, sólo uno de treinta y un hogares de residentes permanentes utilizaron regularmente los servicios de parteras o curanderos. No fue este el caso en la segunda finca donde por mucho tiempo se había suministrado cuidado médico moderno por un médico residente en calidad de beneficio laboral.

En numerosos países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos, no se da un uso significativo de los sistemas de cuidado propio. Por el contrario, el cuidado propio ha caído en tal desuso que prácticamente no existe para amplios sectores de la población. En gran medida, este hecho es el resultado de la monopolización del cuidado de la salud por una profesión médica que ha (increíblemente) logrado convencer a los legisladores y poblaciones cultas de que todos los padecimientos deben ser atendidos por un experto médico debidamente “ordenado” y a costos tan exorbitantes que un creciente número de familias no tienen acceso a ningún tipo de cuidado médico profesional o para-profesional. Los norteamericanos han llegado a ser tan dependientes en términos de cuidado médico, que algunas autoridades estiman que hasta un 70 por ciento de todas las visitas a los consultorios médicos son innecesarias.⁶ Aunque se trata de una práctica irresponsable y autodestructiva, un tipo idéntico de dependencia está, sin embargo, siendo promovida por muchos programas médicos a nivel nacional en Latinoamérica y otras regiones menos desarrolladas. Esto se demuestra por fuertes restricciones legales sobre la compra de medicamentos, por más cobertura de tipo clínico propuesta por los médicos, por los ministerios de salud del gobierno, por los sistemas de seguro social, por grupos privados proveedores de cuidado médico y por médicos y cirujanos —muchos de los cuales, según investigaciones de las com-

⁶ Donald M. Vickery y James F. Fries, *Take Care of Yourself: A Consumer's Guide to Medical Care* (Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1976). Véanse también Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (London: Calder & Bovard, 1977); y John H. Knowles, *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States* (New York: W.W. Norton & Co. 1977).

pañías de seguros médicos, están más interesados en aumentar sus ingresos a través de tratamientos y cirugías innecesarias que en la salud de sus pacientes.

La promoción de esta dependencia de los profesionales médicos resultará, sin duda, en los mismos tipos de problemas que asolan los sistemas de cuidado de salud en Norteamérica: aumento en los costos con mejoría insignificante en las condiciones de salud de la población en general.⁷ Una manera de comenzar a enfrentar tal dependencia del cuidado de salud profesional innecesario y costoso en los países del Tercer Mundo, con su pobreza aguda y creciente, tal vez sea integrando el tipo de sistemas locales de cuidado propio descritos en este trabajo como puntos de referencia para programas modernos de cuidado primario de salud.

EL MARCO GEOGRÁFICO Y EL CUIDADO DE LA SALUD

El sistema de cuidado propio que se describe a continuación funciona en una finca de café y cardamomo llamada Las Olas (seudónimo). Las Olas contenía 61 hogares en 1973 y tenía una población residente total de 316 habitantes. Este número se duplica durante el período de cosecha, cuando grupos de trabajadores mayas emigrantes/temporales en su mayoría (usualmente provenientes de las mismas comunidades de tierra alta) son contratados para las tareas de la cosecha. Estos llegan bajo contratos por períodos de nueve a trece semanas.

La finca Las Olas está ubicada en la falda sur de la bocacosta pacífica dentro de las escarpadas cañadas del volcán Atitlán. Al igual que en un gran número de fincas guatemaltecas, el acceso a centros urbanos es difícil debido a las largas distancias y a los malos caminos de barro y senderos que se hacen intransitables durante los seis meses de invierno. Aún durante el verano, no hay transporte público disponible al centro urbano más cercano —a unos 20 kilómetros de distancia.

Al igual que muchas fincas pequeñas en Guatemala, Las Olas no ofrece cuidado de salud profesional a sus trabajadores. Bajo la ley guatemalteca, los requisitos de cuidado médico se cumplen con pagos al seguro social por parte de los dueños de las fincas y los trabajadores, lo que da derecho a estos últimos a tratamiento, en casos de accidente

⁷ Victor Fuchs, *Who Shall Live?* (New York: Basic Books, 1974).

solamente, en la cabecera municipal situada a 25 kilómetros. Otro requisito legal de cuidado de salud tiene que ver con el mantenimiento de un botiquín (equipo de primeros auxilios) en la finca. Dicho botiquín está al cuidado del contador de la finca. Prácticamente vacío y apenas más grande que una caja de tabaco, el botiquín fue el más pobre que vimos; el valor total de su contenido era sólo de unos cuantos dólares. En condiciones de cuidado de salud como éstas, las comunidades que están aisladas geográficamente se ven forzadas a proporcionarse por sí mismas el cuidado de salud.

Estas condiciones de cuidado de salud en parte explican por qué existen tantos curanderos y comadronas en la finca Las Olas: la población residente tiene pocas alternativas y, por consiguiente, han desarrollado sus propios recursos médicos. También explican en parte por qué las comadronas de Las Olas son traídas a asistir en los partos a las mujeres residentes en fincas aledañas, incluyendo numerosos bebés de la finca vecina Nimyá; es decir las comadronas de Las Olas son culturalmente aceptables, conocidas, están disponibles y —probablemente aún más importante— tienen experiencia. Habían asistido en los partos de muchos bebés y tenían una reputación de ser buenas comadronas.

EL SISTEMA DE CUIDADO PROPIO

Como se ha indicado, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en la finca ocurre en dos niveles: a nivel del hogar por parte de adultos con algunos conocimientos (inexpertos); y a nivel de la comunidad por parte de esas personas aceptadas por los miembros como expertos en las artes curativas. Esta clase de distinción se hace en todas las sociedades del mundo en un grado u otro. En nuestras sociedades modernas/desarrolladas, un niño que acude a su madre con una mano ensangrentada es examinado inmediatamente para determinar si necesita ya sea una venda adhesiva o acudir a un doctor o a una sala de emergencias de un hospital.

A excepción de dos personas entre las nueve reconocidas por los residentes de Las Olas como curanderos o comadronas, el sistema de salud propio de la finca es un sistema médico-religioso maya. Las dos excepciones son una mujer ladina y un trabajador residente maya —el

más joven de los nueve— propietario de un pequeño almacén en el que vende medicinas. Pese a que los ladinos son con frecuencia despreciados por los mayas como bastardos y moralmente inferiores a ellos son, sin embargo, percibidos como conocedores de las costumbres modernas (incluyendo el cuidado de salud moderno) y como poseedores de importantes conexiones políticas. De ahí que se les trate con deferencia en ciertos momentos de los ciclos vitales. Una evidencia de la posición de la mujer ladina es la frecuencia con que ha sido invitada a actuar de madrina de los recién nacidos de la finca.

En cuanto al maya residente, aprendió a poner inyecciones y recetar plantas medicinales comerciales y tradicionales de un promotor de salud ambulante muy popular. De él recibe asesoramiento y a él le compra las medicinas, incluyendo las inyecciones, el tratamiento más popular entre los residentes. El promotor de salud ambulante estaba formalmente vinculado con un hospital de misioneros católicos situado a 16 kilómetros. Luego de ser despedido debido a que había desarrollado una práctica privada considerable y muy lucrativa, según informa el médico de la misión, decidió independizarse y ofrecer sus servicios en esta región finquera.

Estas dos personas no se consideran expertas en el rito. El joven es considerado como un farmacéutico de quien se pueden comprar medicinas modernas, especialmente inyecciones. La mujer ladina, sin embargo, es considerada por algunas de las familias como asociada también con el ritual sagrado, pues se decía que utilizaba costumbres conocidas en sus tratamientos que forman parte de dicho ritual.

En estos sistemas de cuidado de salud, lo sagrado y lo secular se unen en un abrazo que es difícil de disolver. Para la mayoría de los residentes de Las Olas, las enfermedades han sido tradicionalmente atribuidas a causas sobrenaturales y, pese a un creciente reconocimiento de la importancia de causas naturales, las familias de las fincas continúan creyendo en causas sobrenaturales aparentemente sin apercibirse de la contradicción. Por consiguiente, los tratamientos correspondientes también tienen en cuenta y se atribuyen de algún modo a lo sobrenatural.⁸ En muchos de estos sistemas de cuidado propio, los curanderos y las comadronas son vistos como expertos en los ritos/costumbres y,

⁸ Esta situación es similar a la de muchos sofisticados miembros de las tradiciones cristianas, judías y musulmanas. Por un lado, no dudarían en llamarse agnósticos o ateos; por otro, sienten la necesidad de participar activamente en los más importantes rituales de dichas tradiciones.

como tales, pueden actuar como intermediarios entre el paciente y lo sagrado.

Es este aspecto de lo sagrado en el sistema lo que da a siete de los expertos en cuidado de salud de Las Olas sus credenciales para practicar las artes curativas. El curandero y la comadrona legítimos han recibido, según la creencia del paciente y el experto, una especie de mandato sobrenatural para ejercer su ocupación, a menudo en contradicción con su buen juicio.⁹ Sin embargo, algunos curanderos y comadronas se asemejan más a los trabajadores médicos en el sentido occidental del término, mientras que otros podrían llamarse "adivinos" con mayor precisión. Dicho individuo juega el papel de curandero psíquico en cuanto a que él se encarga de tratar a las personas con problemas emocionales llamados "susto" (temor).

Pero aunque la conexión entre el rito y la cura es considerada importante, se debe destacar que cuando una comadrona o curandero es consultado y/o contratado en tiempos de enfermedad o de problemas relacionados con el parto, es porque se cree que saben como tratar el problema concreto; es decir, como dar a luz un bebé, curar una tos o infección, componer un hueso y abrir un furúnculo, entre otras cosas. Lo que cuenta son los resultados. Los curanderos y comadronas son evaluados, clasificados y compensados no por sus conocimientos del rito, sino por sus éxitos prácticos. Los fracasos resultan difíciles de racionalizar.

Es importante anotar también que los trabajadores de salud dentro de los sistemas de cuidado propio no son expertos curanderos de tiempo completo. Con la excepción del tiempo en que sus servicios son requeridos, sus actividades diarias son las mismas de los otros residentes y trabajadores de la misma edad con quien se relacionan como miembros de la misma clase social, pero con considerablemente más posición y prestigio. El Cuadro 1 muestra las actividades principales de cada trabajador de salud de la finca Las Olas.

El Cuadro 1 indica que el sistema de cuidado propio de la finca trata una variedad significativa de problemas de salud básicos a través de los trabajadores de salud de la misma comunidad. Además, los datos indican que estos expertos curanderos no tratan cualquier problema de salud, sino que más bien han desarrollado sus conocimien-

⁹ William G. Douglas, "Illness and Curing in Santiago Atitlán" (Tesis doctoral, Stanford University, California, 1969).

CUADRO 1
 EXPERTOS CURANDEROS DE CUIDADO PROPIO
 FINCA LAS OLAS

Sexo	Edad	Años de residencia en Las Olas	Tipos de cuidado proveído
f	67	47	Comadrona: problemas de pre y post-parto, enfermedades de niños, quemaduras
f	50	toda la vida	Comadrona: problemas de pre y post-parto, enfermedades de niños, mal de ojo
f	58	22	Comadrona: problemas de pre y post-parto, enfermedades de niños
f	55	10	tos, fiebre, diarrea, repulsión, vómito, venta de medicinas e inyecciones
m	77	42	fracturas, dislocaciones, laceraciones, furúnculos
m	61	41	adivino: tratamiento del susto
m	56	20	adivino
m	41	toda la vida	mordeduras de serpiente e insectos, furúnculos, picazón, quemaduras
m	28	toda la vida	tos, fiebre, diarrea, fatiga, venta de medicinas e inyecciones

tos médicos para tratar padecimientos específicos. En otras palabras, en cierto sentido se les puede llamar “especialistas”.

Obviamente, en este momento es válido indagar con respecto a la calidad del cuidado médico suministrado dentro de este sistema comunitario maya de cuidado propio. ¿Es bueno o malo? Dada la falta total de información sobre Las Olas, resultó imposible comparar los registros de tratamiento con la finca Nimyá.¹⁰ Decidimos, entonces, comparar los datos de los Cuadros 2 al 5. Estos datos representan las respuestas a las tres preguntas que se hicieron en hogares de trabajadores mayas residentes sobre:

- el número de niños nacidos vivos,
- el número que murió más tarde
- y la causa de la muerte de cada niño, según los padres.

Basados en la tercera pregunta indicamos cual fue la causa probable de muerte, así como los factores contribuyentes causantes de la muerte.¹¹

El Cuadro 2 incluye el número y porcentaje de niños fallecidos nacidos en la finca, por edad, en 31 hogares de Las Olas. El Cuadro 3 indica las categorías de padecimientos causantes de muerte según las mujeres de los mismos hogares. Estos datos se comparan con datos idénticos obtenidos en la finca Nimyá, la cual había tenido un programa médico con personal profesional dirigido por un médico durante tres generaciones.

¹⁰ La información sobre la finca Nimyá fue escasa. Sólo un grupo de datos estuvieron disponibles a los investigadores: un registro diario de residentes examinados y tratados por el médico de la clínica de la finca y el registro del Ministerio de Salud en el que se registraban las vacunas de los niños residentes. En el registro de tratamiento diario sólo esos casos considerados graves se registraban. Problemas considerados como menores (la gran mayoría) eran tratados pero no registrados. Historias médicas se mantenían ante todo para los empleados administrativos, la mayoría Ladinos. Estos últimos no solo recibían un más alto nivel de atención, sino que eran tratados en los centros municipales o en la capital cuando la gravedad de la enfermedad lo requería. No se mantenían historias médicas de los trabajadores residentes, en su gran mayoría indígenas, con la excepción de pacientes que se juzgaban en peligro de muerte en cuyo caso eran llevados a las cabeceras municipales y a veces a la capital o a un hospital del seguro social (en caso de accidentes graves solamente). Los trabajadores temporales e inmigrantes recibían atención mínima: primordialmente en caso de padecimientos y accidentes muy graves.

¹¹ No consideramos el número de años a lo largo de los cuales las muertes reportadas ocurrieron en cualquier hogar o las condiciones de salud especiales en cierto año que podrían haber tenido un impacto sobre el número de muertes reportadas.

CUADRO 2

EDAD DE LOS NIÑOS AL MORIR, FINCA LAS OLAS
(31 hogares de trabajadores residentes entrevistados)

Edad	Número de muertes (de 152 bebés nacidos vivos)
menos de 1 año	23 (15.1%)
1 a 2 años	11 (7.2%)
3 a 5 años	8 (5.3%)
6 a 9 años	6 (3.9%)
10 años y más	3 (2.0%)

51=33.5% de un total de 152

Al observar los datos de los Cuadros 1 y 2, la mayoría de profesionales de la salud se verían forzados a concluir que el sistema de cuidado propio no estaba suministrando cuidado médico apropiado a la comunidad finquera. Si bien los datos sobre la incidencia de mortalidad infantil del Cuadro 2 no se prestan para calcular el promedio de mortalidad infantil comúnmente usado, dichos datos, de todas maneras, indican un promedio muy alto de mortalidad: un promedio tan alto que, de hecho, muchos expertos en desarrollo no dudarían en argumentar que la finca Las Olas en realidad no tiene cuidado médico y podría beneficiarse con la presencia de un programa de salud basado en una clínica dirigida por trabajadores profesionales de salud —justamente el tipo de programa que ha estado funcionando en la finca vecina, Nimyá, por casi sesenta años.

Esta opinión es compartida ampliamente por muchas personas, incluso por importantes profesionales en los campos de desarrollo y medicina con gran influencia sobre los diseñadores de las políticas de desarrollo y salud. Refleja el clima de opinión actual entre las agencias públicas donantes y las fundaciones privadas internacionales para quienes muchos representantes de agencias de desarrollo humano trabajan y/o de quien derivan su apoyo. Debido a este hecho, las imágenes y los símbolos relacionados con el cuidado de salud son ampliamente utilizados en campañas de recolección de fondos. Las clínicas, médicos, cirujanos, enfermeras, inclusive los dentistas, son muy populares entre los benefactores, al igual que lo son, en mayor grado,

los niños demacrados bajo su cuidado. En lenguaje franco, ¿ese tipo de fotografía se vende bien!

CUADRO 3

IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CAUSANTES DE MUERTE
CLASIFICADAS POR LOS PARTICIPANTES, FINCA LAS OLAS

Clasificación maya de enfermedades	Causa probable de muerte	Factores contribuyentes	Número de casos
asientos (diarrea)	amibiasis (disentería)	desnutrición	14
arrojadera (vómito)	amibiasis (disentería)	desnutrición	2
sin leche (madre sin leche)	?	desnutrición	2
hinchazón	neumonía	desnutrición	4
murió al nacer; venía enfermo y murió al nacer; nació enfermo, débil	?	desnutrición	4
catarro	neumonía	desnutrición	3
gripe (influenza)	neumonía	desnutrición	3
calentura (fiebre)	neumonía/disentería	desnutrición	7
tosferina	neumonía	desnutrición	4
sarampión	neumonía	desnutrición	3
sangre en los ojos	neumonía/tosferina	desnutrición	1
ombligo/séptimo día	septicemia/tétano	desnutrición	4
Total			51
nació muerto			6

Existe una larga tradición humanitaria en torno a dichos símbolos que es romántica, heroica y atractiva. Además, representan una fuente inagotable de reportes, artículos y fotografías de sus, a menudo, demarcados beneficiarios. Estas imágenes y símbolos tienen un gran efecto en los corazones y monederos de benefactores generosos, cuyas intenciones humanitarias, nobles y honestas deben ser alimentadas y fomentadas. Pocas imágenes logran ésto mejor que las de ambientes hospitalarios.

Pero numerosos ejemplos vienen saliendo a la luz pública de cómo en muchas comunidades como la finca Las Olas (y en la más grande y profesionalmente administrada finca aledaña llamada Nimyá, con la cual Las Olas es comparada) los beneficios que se obtienen de las intervenciones clínicas de médicos, enfermeras y sus bien equipadas y aprovisionadas clínicas son insignificantes en lo que se refiere al mejoramiento de la salud de sus poblaciones.

Los datos presentados en el Cuadro 3 indican que dos de las causas más constantes de mortalidad infantil en Las Olas son diarrea (disentería y asientos) e infecciones respiratorias como neumonía, catarro, gripe y calentura. Son justamente estos los problemas que los especialistas curanderos de la finca no pueden tratar. Sin embargo, se debe subrayar que tampoco la gran mayoría de programas de cuidado médico clínico pueden lograr mucho cuando se ven enfrentados con diarrea crónica e infecciones respiratorias y esas otras enfermedades como sarampión y tosferina que, en sí mismas, no son fatales, pero así se tornan en un cuerpo devastado por la desnutrición.

FINCA NIMYÁ

En la finca aledaña, Nimyá, con una población residente de unos 1,200, una clínica con personal profesional había estado suministrando cuidado de salud a los trabajadores residentes y temporales desde aproximadamente 1910. Hasta que se llegó a un acuerdo con la Misión Católica de Santiago Atitlán en 1971 para el establecimiento de un programa de salud público, el personal de la finca Nimyá contaba con un médico residente de tiempo completo —el último dejó la finca al jubilarse. Desde entonces (1968) hasta el inicio del programa de la Misión Católica en 1971, un médico visitaba la finca semanalmente y supervisaba dos clínicas con personal de tiempo completo que incluía

a una enfermera auxiliar y a su asistente. La principal actividad del médico consistía en examinar pacientes, niños en su mayoría, que eran traídos a la clínica por sus madres en cantidad significativa el día de la visita del médico.

A los residentes, y en menor grado a los trabajadores temporales, se les suministraba cuidado secundario en hospitales del gobierno y en instalaciones del Seguro Social en casos de accidente *solamente*. El personal administrativo era tratado generalmente en hospitales privados.

La finca Nimyá también incluía curanderos y comadronas tradicionales entre su población residente, pero con ciertas diferencias importantes. Primero, aunque todas las entrevistadas de Nimyá eran asistidas por comadronas durante el parto de sus bebés, esto sólo ocurría poco antes y poco después de dar a luz. En otras ocasiones preferían ser atendidas y/o tener sus bebés atendidas en la clínica de la finca. Segundo, la finca Nimyá tenía menos curanderos (sólo seis contra nueve en Las Olas). Esta diferencia es más importante que lo que la cifra absoluta indica, ya que la diferencia debe ser considerada relativa a la población residente total de ambas fincas: 316 contra aproximadamente 1,200.¹²

Se decía que todos los curanderos de Nimyá eran ante todo especialistas del rito y sus actividades complementaban las intervenciones clínicas. Aparentemente, los curanderos de Nimyá no eran consultados sólo por razones médicas. Con pocas excepciones, los problemas médicos eran atendidos en la clínica a un grado que era considerado por el médico como "excesivo", es decir, como en los Estados Unidos y otros países desarrollados, los trabajadores solicitaban la atención profesional del médico y/o enfermera asistente aún cuando el problema no lo precisara. Esta opinión no cambió después de poner en marcha nuestro programa de salud de la Misión Católica.

El poder visitar con regularidad la clínica de Nimyá para obtener medicinas y especialmente para ser atendido por el médico, era considerado un beneficio principal de los trabajadores. La llegada del médico se había convertido también en un evento importante en la vida social de la finca, así como la llegada del cura para la celebración de la misa. Las madres traían a sus niños para ser examinados por el médico aunque no hubiera razón para ello.

¹² Otros dos se decía que eran curanderos, pero habían suspendido sus actividades. Se decía también que otros en la finca sabían mucho sobre costumbres de curación, pero no hallamos indicios de que las hubieran practicado en algún momento.

Actualmente se sabe que existe una relación inversa entre las prácticas de cuidado de salud propias y el cuidado clínico profesional. A medida que el cuidado de salud profesional clínico logra establecerse e institucionalizarse, tal como ocurre en los países desarrollados, en esa misma medida el cuidado médico propio se deja a un lado por los miembros de dichas comunidades —si no es que lo abandonan totalmente. Esto podría considerarse como un desarrollo aceptable si se pudiera demostrar que la intervención clínica moderna ha mejorado la condición general de la salud de las comunidades. Pero como los datos de la finca Nimyá demuestran, esto no ocurre fácilmente. Cuarenta hogares fueron entrevistados en Nimyá. Los Cuadros 4 y 5 resumen sus respuestas.

CUADRO 4
EDADES DE LOS NIÑOS AL MORIR, FINCA NIMYÁ
(40 hogares de trabajadores residentes entrevistados)

Edad	Número de muertes (de 163 bebés nacidos vivos)
menos de 1 año	25 (15.3%)
1 a 2 años	12 (7.4%)
3 a 5 años	9 (5.5%)
6 a 9 años	8 (4.9%)
10 años y más	4 (2.5%)

58=35% de un total de 163

Es importante anotar que en tanto los datos indican el estado de salud de las poblaciones investigadas, estos muestran que las diferencias entre las condiciones de salud de los dos grupos de familias no son significativas. Las causas principales de la mortalidad infantil en la finca Nimyá, la cual gastó sumas importantes de dinero para financiar una clínica atendida y supervisada por un médico, fueron idénticas a las de la finca aledaña Las Olas. Aún más, los datos indican similitudes sorprendentes en el número y porcentaje de niños fallecidos de dichas enfermedades.

CUADRO 5

IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CAUSANTES DE MUERTE
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS, FINCA NIMYÁ

Clasificación maya de enfermedades	Causa probable de muerte	Factores contribuyentes	Número de casos
disentería	amibiasis (disentería)	desnutrición	1
asientos (diarrea)	amibiasis (disentería)	desnutrición	14
arrojadera y asientos (vómito y diarrea)	amibiasis (disentería)	desnutrición	5
ataques de fatiga	neumonía	desnutrición	2
sin leche (madre sin leche)	?	desnutrición	2
hinchazón	neumonía	desnutrición	7
mal pelo	?	desnutrición	1
al nacer	?	?	1
nació enfermo	?	desnutrición	2
calentura (fiebre)	neumonía (disentería)	desnutrición	11
infección	?	desnutrición	1
tosferina	neumonía	desnutrición	2
sarampión	neumonía	desnutrición	1
ombligo/séptimo día	neumonía		6
no se sabe; eran "cuaches" (mellizos)	en muchas comunidades mayas existe la predisposición cultural de dejar a los mellizos morir de hambre		2
		Total	58
nació muerto			8

Obviamente, este trabajo no pretende abogar por la suspensión de proyectos clínicos de cuidado primario de salud, ya que el caso presentado sugiere que este no era mejor que los sistemas de cuidado propio de los aborígenes. Ni tampoco estamos promoviendo el uso generalizado de los sistemas de cuidado propio como medio para alcanzar eficiencia de costos. Las comunidades aborígenes tradicionales no lo aceptan cuando existen alternativas modernas. De hecho, cuando se tienen oportunidades para obtener cuidado moderno, hasta las poblaciones de fincas más tradicionales rápidamente abandonan su sistema de cuidado propio por sistemas de intervención modernos.

Lo que sí sugerimos es que si nuestros hallazgos son de alguna manera representativos de problemas de salud afrontados por comunidades pobres en el mundo, entonces los antropólogos y los trabajadores de desarrollo en general necesitan abogar por proyectos de cuidado primario de salud (y otros tipos de proyectos de desarrollo) para estudiar y entender mejor los sistemas que existen y se están utilizando. Estos incluyen, entre otros, el cuidado de la salud, los sistemas económicos y de mercadeo y las prácticas y tradiciones laborales y de participación comunitaria. Es importante que los extranjeros conozcan estas tradiciones, pues sólo así pueden ser examinadas por los trabajadores de desarrollo en términos de su utilidad potencial para llevar a cabo programas de desarrollo. En otras palabras, sólo conociendo y entendiendo los sistemas locales utilizados por poblaciones aborígenes los trabajadores de desarrollo pueden utilizarlos como puntos de referencia con los cuales comparar la utilidad de los sistemas que intentan imponer, los cuales incluyen componentes modernos de educación y adiestramiento en salud y otras intervenciones. La comunicación entre gentes que son fundamentalmente extrañas una con la otra se dificulta, de modo que se debe acortar la distancia social entre ellas —y esto se facilita con el entendimiento y el uso de puntos de referencia aborígenes.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Una de las conclusiones más obvias de los datos presentados en este trabajo es que existe poca diferencia entre el estado de salud de las familias entrevistadas en ambas fincas. Esto aparentemente significa que las grandes cantidades gastadas por un finquero preocupado por

la salud de sus trabajadores a través de un período de aproximadamente sesenta años fue más que todo un esfuerzo perdido. No cabe duda que si el programa de Nimyá dirigido por un médico fuera mejor que el sistema de cuidado propio de Las Olas, sería razonable asumir que los datos lo indicarían de alguna manera. En la forma, tal vez simple, en que los datos han sido evaluados, esto no ocurre. No existe indicación de que Nimyá fuera un lugar más saludable para vivir que Las Olas; al menos en relación con los promedios de mortalidad infantil.

Las tasas de mortalidad infantil en ambas fincas son muy similares, pese a que una suministraba a sus trabajadores cuidado de salud en una clínica provista de un médico y la otra sólo contaba con los servicios de curanderos y comadronas mayas.

Además, las causas probables de muerte también revelan fuertes similitudes; tanto la diarrea como las infecciones respiratorias encabezan la lista en ambas comunidades. En otras palabras, en relación con el impacto de los dos sistemas sobre los bebés nacidos en sus fincas respectivas, los datos indican que el programa profesional y relativamente costoso de Nimyá no era mejor que el sistema de cuidado propio de Las Olas administrado por curanderos y comadronas mayas.

Si se expresa la situación de otra manera tal vez se enfatice lo que se necesita: la presencia de personal médico clínicamente adiestrado contribuye poco o nada a mejorar el estado de salud de las comunidades donde la pobreza es la norma y donde abundan la diarrea, la neumonía y la desnutrición. La alta incidencia de desnutrición, de diarrea y de infecciones respiratorias son fundamentalmente problemas sociales, educativos y de política de salud; no son problemas clínicos. Las autoridades de salud se engañan a sí mismas a un costo intolerable cuando piensan y actúan de una forma diferente.

Sin embargo, los hogares de trabajadores residentes de la finca Nimyá y de la región no compartieron este punto de vista. Al contrario, muchos sostenían que Nimyá ofrecía mejores condiciones de trabajo, de vida y de salud. No sólo Nimyá proveía un programa clínico con médico, sino además una escuela primaria completa (6 grados) con un jardín infantil con siete maestros, en contraste con la mayoría de las fincas donde la norma es dos o tres años con un solo maestro. Además la finca Nimyá ofrecía a los buenos estudiantes la oportunidad de asistir a la escuela secundaria en la cabecera municipal (o en otras ciudades de la costa donde, con frecuencia, los niños tuvieran familiares) o de aprender un oficio técnico en varias áreas de apoyo de la finca.

Al contrario de la opinión de los profesionales modernos de salud pública, los hogares de trabajadores residentes de la finca veían la clínica y la escuela de Nimyá en términos simbólicos, es decir, como cosas que, de alguna manera, causan lo que significan (las clínicas, los médicos y las escuelas de alguna manera causan buena salud, mejores posiciones y mayores ingresos), pese a que la evidencia demuestra lo contrario.

¿Qué pueden los antropólogos y otros trabajadores de desarrollo hacer entonces con respecto a dichas situaciones? Parece ser un triste hecho de nuestra profesión que ni siquiera los más prominentes entre nuestro crecido número se hallan en gran demanda por parte de donadores importantes (o poco importantes) en calidad de antropólogos. De ahí que sea probablemente poco lo que el resto de nosotros puede hacer a fin de convencer a los diseñadores de políticas para que sigan el consejo general de la antropología de respetar y construir sobre los fundamentos culturales y cosmovisiones de los beneficiarios, excepto continuar reiterando desde nuestros púlpitos el mensaje de que los diseñadores de programas de desarrollo deben aprender más acerca de los fundamentos culturales y cosmovisiones, así como sobre las consecuencias que pueden resultar de ignorar dichas cuestiones, entre otras, un costoso desastre tras otro.