

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

Anthropology Faculty Publications and
Presentations

College of Liberal Arts

2012

La lógica curativa maya kaqchikel: oración, fármaco y supervivencia cultural

Servando Z. Hinojosa

The University of Texas Rio Grande Valley, servando.hinojosa@utrgv.edu

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/anthro_fac



Part of the [Anthropology Commons](#)

Recommended Citation

Hinojosa, Servando Z. "La Lógica Curativa Maya Kaqchikel: Oración, Fármaco y Supervivencia Cultural." *Enlaces Con Lo Divino En La Ritualidad Indígena: Los Que Hablan Con Las Deidades*, by Patricia Martel and Ruth Gubler, Editorial Académica Española, 2012.

This Book Chapter is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Anthropology Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

LA LÓGICA CURATIVA MAYA KAQCHIKEL: ORACIÓN, FÁRMACO Y SUPERVIVENCIA CULTURAL.

Servando Z. Hinojosa
THE UNIVERSITY OF TEXAS-PAN AMERICAN

Sinopsis

Dada la creciente presencia de recursos médicos occidentales en el altiplano guatemalteco, se observa que practicantes de la medicina tradicional maya han llegado a conocer y a manejar una importante cantidad de fármacos y otros productos de patente. Esta utilización se ha llevado a cabo dentro de un esquema terapéutico fisiológico que a la vez reconoce la frecuente aparición de casos de males de naturaleza espiritual como son el susto, el mal de ojo y la brujería. Esta situación se vuelve más compleja puesto que el sistema nacional de salud privilegia los conceptos occidentales y urbanos de la salud y desvalora casi todo tipo de recurso indígena para la salud. A pesar de este desprecio, los especialistas indígenas utilizan recursos farmacéuticos tanto como recursos de carácter “tradicional”: las invocaciones espirituales, los masajes y hierbas, en el tratamiento de males de etiología espiritual o divina. Por lo tanto, el presente trabajo investiga la lógica curativa operativa que guía a los curanderos maya kaqchikel en sus terapias. Planteo que el análisis de casos particulares de enfermedad revela componentes fisiológicos y espirituales, lo que permite apreciar el papel que desempeñan los diversos recursos curativos aplicados en tales casos.

Palabras clave: mayas, etiología médica, fármacos, salud pública, medicina tradicional

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo invita a reflexionar acerca del empleo simultáneo de prácticas y recursos médicos occidentales e indígenas en una comunidad maya del altiplano guatemalteco: San Juan Comalapa, Chimaltenango. Mi interés en este tema nació al observar la abundancia de productos comerciales dentro de los regímenes diagnósticos y terapéuticos de indígenas en los Altos de Guatemala.

La presencia de materiales no-nativos en la medicina tradicional maya da origen a una serie de problemas que en gran parte giran en torno a la problemática del contacto entre instituciones culturales indígenas y la medicina occidental o biomedicina. Lo que más me interesa de esta problemática es la manera en que un grupo de once especialistas de salud maya kaqchikel se acerca a la incorporación de materiales comerciales en un sistema de salud tradicional, y cómo esto refleja la persistencia de conceptos espirituales en un paisaje médico oficial regido por principios de etiología médica occidental.

Elegí investigar el tema de los fármacos y otros productos comerciales por considerarlos una ventanilla a la medicina tradicional maya por dos razones principales. En primer lugar, sirven como un punto de partida útil para examinar las creencias y prácticas médicas cambiantes tanto en nivel popular como entre especialistas. En segundo lugar, el uso de fármacos por parte de los diversos proveedores de salud señala la presencia de un pluralismo médico que opera en Guatemala, del cual forma parte amplia la medicina tradicional maya aunque de manera subordinada. Ambas razones reconocen la alta probabilidad de que las instituciones de salud guatemaltecas estén experimentando cambios que favorezcan los materiales y principios médicos occidentales, y que la adopción de la farmacopea galénica sea un aspecto central de esta transformación.

Por lo anterior, este trabajo está encaminado a entender la continua reconciliación de estos materiales biomédicos con los principios y terapias de un grupo de curanderos mayas, intentando ver cómo su obra nos abre una óptica, permitiéndonos observar la faz cambiante de la medicina tradicional en Guatemala y de la medicina tradicional en general. Espero identificar la manera en que se manifiestan principios espirituales y divinos en el trabajo de personas cuyos mundos se han inundado de productos comerciales.

Para examinar el uso de fármacos dentro de las terapias tradicionales, ha sido preciso distinguir entre las diferentes clases de enfermedades o condiciones tratadas por los especialistas de salud mayas. Con este fin utilizo una útil tipología de enfermedades propuesta por Foster (1976:775) la cual divide el *corpus* de enfermedades en dos clases conceptualmente distintas. La primera reúne a las enfermedades “personalísticas,” conjunto de aquellos males que Foster atribuye a alguna culpabilidad voluntaria, ocasionada por agentes malévolos, ya sea algún ser humano o ya sea una deidad vengativa.

La otra clase de enfermedades, consideradas “naturalísticas,” consiste en males no atribuidos a causas antagónicas, sino a causas naturales. Este último sistema reconoce que los estímulos físicos en los alrededores a las personas, como los cambios abruptos de temperatura o los accidentes, afectan físicamente al organismo humano y se pueden identificar empíricamente.

Aunque esta tipología nos permite hacer una comparación entre distintas clases de enfermedad, se presentan límites en su uso. Por ejemplo, lo que en una cultura se conoce como algo del orden sobrenatural, puede, en otra cultura, atribuirse al orden natural. Diversos elementos del chamanismo, en este respecto, suelen identificarse más bien con procesos naturales, vitales y necesarios en sus culturas correspondientes. Así se observa cuando se han documentado casos de trance extático y prácticas de viajes espirituales (Eliade 1972; Luna y Amaringo 1993).

Hay que tener cautela con las tipologías, porque también pueden dar una errónea impresión de exclusividad. Es decir, pueden enfatizar el carácter monolítico de una entidad sin admitir la posibilidad de su carácter mixto o múltiple. Esto se ha atestiguado cuando se trata de diferenciar entre las prácticas de sacerdotes y chamanes. Se ha subrayado, por ejemplo, que los sacerdotes son aquellas personas que entran su trabajo por voluntad propia. Además, se preparan y se acreditan de manera institucional por ejercer su función como intercesores entre una divinidad y una comunidad de creyentes. No tienden a utilizar el trance total o parcial en sus servicios. Mientras tanto, se ha afirmado que los chamanes son personas que se han llamado, por medio de eventos difíciles y dolorosos, a entrar este oficio. No reciben investidura institucional, sino una preparación proporcionada por otros chamanes o por revelación directa. Muchos de ellos realizan intervenciones en el otro mundo, por la cual entran en diferentes tipos de trance y se alían con espíritus protectores. Así pueden realizar curaciones y recuperar almas capturadas. Mientras que estas características ayudan a diferenciar estas dos clases de especialista, imparten

un sentido de solidez taxonómica. En realidad, como demuestra Tedlock (1992), los especialistas espirituales pueden manifestar nexos con, y emplear técnicas de ambos campos de experiencia. Un ritualista k'iche' maya, por ejemplo, puede entrar a su oficio por medio de coerción espiritual, atender a los signos físico-espirituales de su cuerpo, y proveer servicios a nivel de la comunidad. De manera parecida, como demostraré más adelante, hay que mantener perímetros categóricos flexibles cuando se distingue entre diferentes clases de enfermedades. Si tomamos en cuenta estas precauciones, se puede dar un paso más hacia la aplicación pragmática de la tipología de Foster.

Para profundizarse más en la experiencia vivida por el curandero maya kaqchikel, es necesario acercarnos al mundo operativo de la biomedicina guatemalteca y a su brazo en el campo, el sistema de salud pública.

Si colocamos bajo escrutinio el terreno biomédico y el ambiente político vigente, se puede apreciar mejor la admisión calificada de materiales comerciales en terapias mayas. De este modo, se observa que, aun cuando el Estado se haya declarado en favor de un acceso ampliado a los recursos de salud, como lo hizo después de los Acuerdos de Paz de 1996 (PAHO 2004:10), se sigue favoreciendo a los sectores más privilegiados de la sociedad, comenzando con la distribución de recursos médicos formales.

El paisaje biomédico

Lo que más resalta en el escenario guatemalteco de la salud formal es la concentración de recursos médicos en las ciudades, sobre todo en la ciudad capital. Esta situación cobra mayor importancia cuando se reconoce que sólo 20% de la población (Gagnolati y Marini 2003:5) en Guatemala se encuentra en la capital y que a ese porcentaje se le dirige 70% del presupuesto médico anual (*Siglo 21* 1992; PAHO 1990). Esto provoca que en la zona rural, donde habita más de 60% de la población, se invierta menos de 40% de dicho presupuesto, práctica que mantiene un desbalance estructural de inversiones médicas entre el campo y la urbe.

Vale la pena señalar otro desnivel de este desbalance socioeconómico, y es el que se refiere al suministro de servicios médicos deficientes en un nivel nacional. Aquí se hace hincapié en el hecho de que el gobierno guatemalteco destina sólo 0.9% de su Producto Bruto Interno al sector sanitario, mucho menos de lo que se destina a este sector en otros países

Centroamericanos (Ramírez 2007). Del presupuesto médico anual destinado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en Guatemala, 54% se invierte en medios curativos, concentrados en el cuidado hospitalario público, y se deja apenas 30% de los fondos para programas preventivos de salud (Gragnotati y Marini 2003:34).

La prioridad otorgada a la medicina curativa se reproduce por toda la estructura médica formal, aun cuando se registren altas tasas de mortalidad ocasionadas por enfermedades infecciosas, parasitarias y nutricionales. Se subraya que más de 40% de todas las muertes en Guatemala se deben a esta clase de enfermedades prevenibles como son la diarrea, infecciones del aparato respiratorio y la desnutrición (PAHO 1990), condiciones que aparecen mucho más en la zona rural que en la urbana (Gragnotati y Marini 2003:19-20).

La desnutrición, que prevalece en Guatemala más que en cualquier otro país de América Latina, en los últimos años ha llegado a ser la condición con las más elevadas tasas de mortalidad (Gragnotati y Marini 2003:2, 16). Lamentablemente, esta condición puede interrumpir el proceso normal de desarrollo infantil, causándole daño duradero a las jóvenes víctimas, en su mayoría maya (The Economist 2009).

En la deficiente distribución de fondos destinados a la salud, notamos una aplicación ilógica de recursos monetarios para el sector más necesitado: el rural indígena, el cual sufre una tasa de mortalidad cerca de 33% más alta que la del sector urbano (PAHO 1986:126). Debido a la marginalidad de los indígenas guatemaltecos, se siguen exponiendo tanto a las enfermedades endémicas de su pobreza como a la subordinación continua hacia las estructuras sociales que los mantienen en un estado de dependencia. Por ejemplo, se vuelven muy vulnerables a las fluctuaciones del precio del maíz y de otros alimentos. Se nota esta vulnerabilidad de manera especial entre los indígenas que dependen del mercado exterior para vender sus cultivos de exportación, como el café y brócoli (Fischer 2001).

En Guatemala, toda estratificación de instituciones, conocimientos e individuos gira en torno a la afinidad territorial y cultural de los individuos. En este esquema, la cultura maya y la zona rural ocupan el estrato inferior en los ojos del grupo dominante, el de los *ladinos* urbanos, gente culturalmente no-maya que favorece los valores occidentales y el uso exclusivo del español. No sorprende entonces, que los sectores médicos también se rijan por los mismos criterios de cultura y territorio, discriminando al pueblo indígena.

Las conductas sociales adversas nacen de la sobrevaloración sistemática de lo occidental y de lo urbano, difundida a través de los medios de entrenamiento biomédicos (Son Turnil 1980:28; Jordan 1989). Los que se entrenan en este campo toman la perspectiva de que cualquier otro tipo de conocimiento es inferior al suyo, actitud que suelen expresar, por ejemplo, en cuanto a la atención al parto. El personal biomédico, especialmente en el ámbito rural, mantiene una postura bastante crítica frente a las *comadronas* (parteras) mayas, insinuando que estas señoras analfabetas no entienden ni la higiene ni cómo cortar el cordón umbilical.

Los trabajadores médicos se declaran los únicos calificados para atender a las mujeres embarazadas, y con pocas excepciones (Carey 2006:32; Maupin 2008:367; Replogle 2007:178), siempre rechazan las bases manuales y espirituales del trabajo de comadronas. Sin embargo, en un nivel nacional, 60% de los partos ocurre en el domicilio con la ayuda de comadronas (PAHO 1994 II:224; Goldman y Gleit 2003:691). Mientras tanto, según el médico encargado del Centro de Salud en Comalapa, casi 99% de los partos en este poblado ocurre en casa. Otro médico comalapense comenta al respecto, “para un obstetra aquí, se muere de hambre.”



Foto 1. La comadrona Doña Rosalvina, cargando su nieto y acompañada por su familia en el patio de su casa. (Todas fotos tomadas por el autor)

Aunque los médicos locales admiten que las bajas tasas de partos difíciles en el pueblo se deben a las comadronas, insisten que todavía hay que capacitarlas para que alcancen los niveles adecuados de conocimiento que maneja el sector médico (Hinojosa 2004a). Sólo entrenándolas, afirma el sector dominante, las comadronas mayas podrán actualizarse un poco y “controlar” mejor a sus pacientes indígenas (Cosminsky 2001; Berry 2006).

Como lo demuestra la situación anterior, cuando se examinan las relaciones entre los que trabajan en la salud, y aun entre los rangos de la medicina formal, notamos una constante promoción de conocimientos occidentales que se ponen en práctica a costa de fomentar el desprecio hacia la medicina tradicional maya (Carey 2006:48). Este prejuicio arraigado parece reproducirse en casi todos los niveles del personal médico en cuanto reciben la capacitación médica brindada por elementos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o por algún otro organismo no gubernamental. Con los promotores de salud indígena y aun con los escasos médicos indígenas, se observa también que su nivel profesional se considera mejor a medida que ellos se alejen de los sistemas de conocimientos curativos de la población maya.

Con tanto énfasis en modelos y principios de saneamiento provenientes del exterior, podríamos preguntar aquí: ¿cuales son los efectos inmediatos y de larga duración de estas políticas?

En lo que se refiere a la población rural y de bajos ingresos, de la que forma parte la mayoría de los guatemaltecos, los efectos son múltiples. En un nivel comunitario, se sigue fortaleciendo una estructura médica enfocada en el tratamiento de procesos morbosos que son prevenibles.

Debido a la falta de un programa preventivo, muchos usuarios indígenas padecen repetidas veces de procesos infecciosos ocasionados por las condiciones lamentables en que viven. Integrantes de familias indígenas reconocen que la atención médica formal exige un alto precio, tanto en cuanto al tiempo gastado en viajar hacia donde atiende el personal médico como en términos puramente monetarios (Gagnolati y Marini 2003:54, 57-60). Tal situación propicia que los que acudan por fin a los servicios biomédicos estén ya bastante debilitados, lo que dificulta el tratamiento de su enfermedad.

Al costo directo de servicios diagnósticos y de intervenciones quirúrgicas también se debe agregar el alto costo de los productos farmacéuticos, lo cual es una característica de todos los niveles del orden médico (Gagnolati y Marini 2003:19). Este factor farmacéutico afecta a

todos los guatemaltecos, pero afecta de manera muy aguda al sector indígena como veremos más adelante.

El peor efecto provocado por la política occidental asimilista se manifiesta en las relaciones entre el personal médico y los especialistas de salud indígenas. Se han registrado muchos casos en los que médicos, enfermeras y hasta promotores de la salud se pronuncian en contra de los practicantes de varios ramos de la medicina tradicional. El sector oficial ha tratado de erosionar la confianza pública en especialistas informales como son los hueseros, hierberos, comadronas y especialistas del espíritu. Al mismo tiempo, la biomedicina busca eliminar toda creencia en factores espirituales y emotivos que inciden en la etiología de las enfermedades, lo que contraviene con la visión local de la salud como estado físico-espiritual que responde ante las agresiones de agentes dentro y fuera de los límites corporales.

Un resultado del menosprecio oficial hacia esta cosmovisión es un número muy reducido de personas que buscan aprender estos oficios curativos. Además, la distancia cultural que el sector oficial mantiene entre sí y los especialistas indígenas refuerza la presencia de una falta de respeto mutuo y duradero.

En este contexto de controversia, el dilema acerca del servicio de salud en Guatemala es que no se vislumbra una solución fácil. La jerarquía profesional, social y cultural busca que el sector demográfico mayoritario, el de los indígenas, siga en su estado de dependencia del sector minoritario vinculado con el sistema de valores y principios médicos foráneos. Sin reflexionar sobre las verdaderas exigencias sanitarias en el campo, el sistema biomédico en Guatemala sigue favoreciendo inversiones en hospitales, clínicas y la preparación profesional de médicos.

La salud en el campo empeora en tanto crece la distancia entre los recursos urbanos y rurales, ya que el sector dominante se identifica con el mundo de valores occidentales y con la biomedicina, lo que deja poco espacio para la expresión y práctica del saber indígena. Por tal motivo, los habitantes de innumerables pueblos indígenas sienten el gran peso de esta desigualdad económica, política y sanitaria. Viven con las consecuencias de este arreglo asimétrico, cuyas manifestaciones inmediatas se notan en las casas, patios y lechos del altiplano.

El pueblo en la encrucijada etiológica

En la comunidad de San Juan Comalapa, habitada casi en su totalidad por gente maya kaqchikel, se encuentra una población acostumbrada al cambio. Las últimas dos generaciones han visto una

transformación religiosa formal, seguida por una dolorosa época de violencia que dio lugar a una apertura democrática.

Vieron su pueblo entrar en un nuevo periodo de crecimiento urbano, acompañado por la expansión escolar y la alfabetización de muchos jóvenes. Y como si fuera poco, se vio terminar la construcción de la carretera de asfalto que los conecta con la carretera Inter-Americana, la arteria central de Guatemala.

Pero en este pueblo de aproximadamente veinte mil habitantes, dispersos entre la cabecera municipal y una docena de aldeas, uno de los ejes de cambio con mayores consecuencias ha sido la entrada y el establecimiento de instituciones médicas occidentales. Desde que se abrieron las puertas del Centro de Salud local en las primeras décadas del Siglo Veinte, y de manera acelerada después del terremoto de 1976, la biomedicina se ha instalado de alguna manera en cada hogar y en las conversaciones de la calle. Se ha establecido como elemento básico de vida local, y aun si no ha podido borrar a la medicina tradicional maya, sigue tratando de eclipsarla. No obstante, la medicina tradicional se sigue practicando en los hogares en donde los productos farmacéuticos comerciales han ido ocupando un lugar cada vez más visible en el botiquín de la casa.

Durante un periodo de tres meses, realicé una serie de entrevistas con un grupo compuesto por tres hueseros, cuatro comadronas y cuatro especialistas del espíritu, todos de la etnia maya kaqchikel y nativos de Comalapa. Anoté qué tipo de materiales terapéuticos, fueran hierbas, instrumentos biomédicos o fármacos, utilizaban estas personas en el tratamiento de condiciones “personalísticas” como el “susto,” el “mal de ojo” y la brujería. Al mismo tiempo, averigüé cuáles de los mismos materiales terapéuticos se utilizaban para tratar condiciones “naturalísticas” como son los casos de trauma y de enfermedades de origen no malévolo.

Como parte de este acercamiento al escenario local de la salud, también entrevisté a tres promotores de salud y a cinco médicos. Los promotores, todos mayas, habían recibido capacitación en métodos básicos de diagnosis de las enfermedades más comunes en la comunidad. Se habían preparado para ejercer este oficio en hospitales regionales como el Hospital Behrhorst de Chimaltenango o en otras instituciones similares. Mantenían su certificación con sus respectivas instituciones y nexos con el Centro de Salud de Comalapa.

Por su parte, los médicos que entrevisté eran todos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en la ciudad capital. Uno de ellos estaba

encargado del Centro de Salud y otro trabajaba en el Hospital K'aslen, una entidad privada. Los otros tres trabajaban, respectivamente en una clínica particular, en una clínica afiliada con una organización no gubernamental (ONG) y con una ONG fuera del pueblo. Tres eran de la etnia maya y dos venidos de fuera y considerados *ladinos*.

Mantuve contacto regular con los curanderos, según sus horarios de trabajo y tiempo para reunirse conmigo. Nuestros encuentros se realizaron por lo general en sus hogares, preferiblemente en las horas de la tarde, cuando estaban menos ocupados con sus quehaceres. En muchas ocasiones, pude presenciar tratamientos tradicionales y conversé con los curanderos en esos momentos, enfocándome en los detalles de su trabajo. Así fue que tuve la oportunidad de presenciar el saneamiento de heridas traumáticas y casos de “susto” y “mal de ojo”.

Traté de orientar los encuentros en torno a preguntas y observaciones básicas, invitando a los participantes a hacer comentarios y encauzando la conversación hacia aquellos temas que les interesaban.

Con los demás individuos del sector biomédico conversé en sus lugares de trabajo y casas. En algunas ocasiones pasaron por mi casa después de la hora de la cena, siguiendo la costumbre local de hacer visitas a la casa del vecino.

Una vez que estuve instalado en el ambiente médico local, traté de identificar el papel que cumplen los productos comerciales dentro de la medicina tradicional maya. Lo que descubrí fue que los curanderos comalapenses recurrieron a los fármacos tanto para casos de enfermedad atribuidos a causas “personalísticas,” como el mal de ojo, algunos casos de susto y la brujería, como para enfermedades “naturalísticas” atribuidas, por ejemplo, a la diarrea, parásitos e infecciones respiratorias agudas. No hubo una diferencia notable en la forma en que los curanderos recurrieron a materiales comerciales en el tratamiento de una u otra categoría de enfermedad.

La manera en que las condiciones no-occidentales, es decir “personalísticas,” se tratasen con materiales de derivación occidental empezó a hacerse evidente al enfocarme en el caso de enfermedad como unidad de análisis. Mediante este nuevo criterio vi que los curanderos parecían estar diferenciando las etiologías dentro de casos particulares de enfermedad, aislando, en efecto, ciertos elementos fisiológicos de los casos y tratándolos empíricamente con fármacos y otros materiales occidentales. Al mismo tiempo, dentro de las terapias, los curanderos se

dirigían a los elementos sobrenaturales o espirituales mediante los procedimientos rituales correspondientes.

Fueron necesarias muchas horas de interacción con los curanderos para percatarme de que dicha diferenciación en las etiologías estaba determinando sus terapias. Mi interacción prolongada fue necesaria en esta situación porque mi tendencia anterior, como la de otros investigadores de la medicina no-occidental, fue suponer que existía cierta uniformidad etiológica dentro de episodios particulares de la enfermedad. Por ejemplo, se suponía que el “mal de ojo,” perteneciente a la categoría de enfermedades “personalísticas,” sería un mal de carácter puramente emotivo o producto de una acción mal intencionada. De manera parecida, el lenguaje clasificatorio insinuaba que la diarrea, considerada enfermedad “naturalística” por sus vínculos con algún desequilibrio corporal o por una infección parasitaria, fuese una condición solamente debida a factores fisiológicos. Ambas suposiciones prestan más atención a la terminología que a lo que puede ser una situación de responsabilidad etiológica múltiple en casos particulares de enfermedad. No sería la primera vez que esta situación etiológica se hubiera señalado.

Con respecto a la etiología múltiple, Kleinman comenta que, “La medicina folk se clasifica con frecuencia en partes sagradas y seculares, pero esta división se vuelve oscura en la práctica, y las dos partes usualmente se extienden una encima de la otra” (1980:59). Este comentario nos sugiere que aunque el discernimiento de las categorías etiológicas tenga un peso determinante, no debe excluirse la posibilidad de que episodios particulares de enfermedad tengan más de una dimensión etiológica.

Al observar las prácticas locales a través de este marco analítico, identifiqué los siguientes patrones de pensamiento indígena en el uso de fármacos: Primero, cuando se emplean fármacos, éstos no se utilizan aisladamente, sino en combinación con una infusión de hierbas o con algún otro elemento de terapia “tradicional” como el masaje, la plegaria u otra acción ritual. Segundo, como se anotó arriba, existe la aplicación de fármacos tanto en casos de aparente origen “personalístico” como en los de origen “naturalístico.” Y tercero, a pesar de que muchos curanderos me hayan declarado que solamente emplean hierbas medicinales y absolutamente nada de medicinas comerciales, sus regímenes terapéuticos revelan que en realidad utilizan con mucha frecuencia diversos fármacos. Mediante estas observaciones se observó la alta

probabilidad de que los especialistas indígenas aplicaran los fármacos a las dimensiones fisiológicas de casos de enfermedad, incluyendo casos de índole espiritual o divina.

Al mismo tiempo pude observar cómo las relaciones entre los curanderos y el personal médico daban forma a una actitud indígena hacia los materiales médicos occidentales. Cuando se analizan las relaciones entre los curanderos y el establecimiento biomédico local, se advierte cierta ambivalencia. Por un lado los curanderos mayas enfatizan las limitaciones de los médicos y clínicas locales. Por ejemplo, explican que muy pocos comalapenses recurren a médicos por servicios de traumatología porque los médicos, supuestamente, no saben enderezar y componer huesos fracturados (Hinojosa 2002).



Foto 2. El huesero Don Paulino sentado en la casa donde recibe clientes con heridas traumáticas.

De la misma manera, los curanderos y el público en general atestiguan que el personal médico tampoco puede proveer cuidado satisfactorio (ni respetuoso) a las mujeres embarazadas

(Hinojosa 2004a). Y por supuesto el personal médico ni trata ni reconoce condiciones como el “susto” o el “mal de ojo,” asignándolas al campo del folclor. Pero por otro lado, como me indica una especialista de males espirituales, “a veces se necesita la mano del médico.”

Los curanderos mayas kaqchikeles reconocen la utilidad del servicio médico en algunos casos agudos de enfermedad. E inclusive, de vez en cuando los curanderos me han relatado cómo algunos médicos han hecho comentarios favorables acerca de ciertos curanderos, autovalorándose así por medio del testimonio del médico.

La manera en que se usan los fármacos sugiere que las medicinas de patente no están reemplazando del todo los métodos de tratamiento tradicional actuales, algo que también se observa en otras partes del continente americano (Bastien 1992; Berry 2004). Estos patrones también evidencian que los curanderos razonan una relación compatible entre recursos médicos occidentales y casos de enfermedad no-occidental. Pero el tercer patrón mencionado, en el cual los curanderos niegan el uso de fármacos, merece más atención. Vale la pena dirigirnos hacia dicho aspecto, ya que en esta incongruencia se aprecia cómo la ambivalencia mostrada por los curanderos hacia la biomedicina acaba por definirse en una inclinación favorable hacia ciertos elementos biomédicos, siempre y cuando sean utilizados por especialistas tradicionales.

La utilización de los fármacos y otros productos comerciales demuestra que mientras los curanderos se alejan conceptualmente del establecimiento biomédico, valoran los productos derivados de tal establecimiento con un aprecio mixto, pero en fin con ojo pragmático. Es decir que los curanderos están separando de alguna manera el campo de la biomedicina --con sus prácticas diagnósticas, costos, negación de la fe y creencias y tratamientos-- de la utilización de los productos biomédicos en sí. Aparte de los fármacos, los curanderos suelen utilizar materiales biomédicos como los termómetros, utensilios para el parto, jeringas y hasta imágenes de rayos-X, como se ha documentado esto último entre los hueseros mayas (Hinojosa 2004b).

Este fenómeno fue observado en otra parte de Guatemala por Cosminsky y Scrimshaw (1980) quienes describen cómo los curanderos de una finca han incorporado en sus prácticas algunos aspectos de la medicina cosmopolita. De esta manera, anotan que, “(los curanderos) están usando ciertos aspectos del papel del médico como modelo suyo, y así reconociendo y reforzando (el) prestigio (del médico). No obstante, (los curanderos) han adoptado principalmente la tecnología y los fármacos (del médico), mostrando así tanto su propia fe y la de sus clientes en estos aspectos de la medicina occidental.” (1980:275).

Lo anterior nos lleva a descubrir una clave que nos explica por qué los curanderos mayas dicen no emplear a fármacos en sus terapias. Resulta que cuando hacen esa afirmación, parecen estar revelando que la aplicación biomédica indiscriminada de estos productos y su uso dentro de regímenes biomédicos resultan en un tratamiento biomédico pero los productos empleados no lo son en sí. De este modo, mediante la apropiación implícita de los fármacos del campo biomédico y mediante su utilización en casos de enfermedades no-occidentales (espirituales), el carácter biomédico de estos productos se desvanece. Los curanderos logran entonces demostrar el valor de las medicinas comerciales removiéndolas de la corriente de uso comercial.

Lo que falta por demostrar es la manera en que los curanderos están dirigiendo estos fármacos apropiados y re-evaluados a las dimensiones fisiológicas de enfermedades y en especial a casos de enfermedad de etiología personalística. Con este propósito, nos dirigimos hacia varios puntos de la investigación donde se observa la utilización calificada de elementos biomédicos en las terapias tradicionales. En los casos que se analizan a continuación, se evidencia la atención etiológica dual realizada por los curanderos, cuando aplican las medicinas de patente a problemas fisiológicos, al mismo tiempo que atiendan las dimensiones espirituales de los mismos casos. Su manera de asesorar la complejidad interna de los casos de enfermedad arroja luz no sólo sobre su razonamiento etiológico, sino también sobre la vigencia de conceptos que son parte integral de la salud. Estos ejemplos ofrecen apenas un retrato parcial de lo que es un conjunto de tradiciones vivas y cambiantes.

Los especialistas tradicionales y sus terapias

En su tratamiento ritual del mal de ojo, Doña Rosalvina, una especialista del espíritu de 51 años de edad, recuesta a su joven paciente ladina frente a un altar casero cuidadosamente adornado. Entonces le explica a la madre de la niña que debería tratar las lombrices intestinales de su hija con Pastillas Santa Tonina, un antihelmíntico.

En seguida Doña Rosalvina revuelve el contenido de dos “papelitos,” sobres en los que se venden pequeñas dosis de medicamentos comerciales. Los “papelitos” contienen Pomada Valencia y Quina, lo que se le aplica al abdomen de la paciente con el fin de aliviar la calentura que se presenta en muchos casos de “mal de ojo.” Mientras tanto, Doña Rosalvina reza una serie de oraciones especiales y lleva a cabo una limpia con un huevo para absorber las influencias

malévolas que afligen a la niña. Frota todo el cuerpo de la joven con el huevo, marcando cruces en su frente, pecho, y articulaciones principales. Entonces quiebra el huevo, lo deposita en un tazón vacío y lo examina. Le señala unos detalles del huevo a la madre de la niña antes de salir al patio para vaciar el tazón. En otros momentos Doña Rosalvina ha utilizado limones en lugar de huevos. Se le reveló este uso de limones en un sueño que tuvo, así que les tiene mucha confianza.

El huesero de 42 años, Don Armando, me explica que las personas que han sufrido una zafadura o luxación, tienen algo que se puede “arreglar” con las manos habilidosas del sobador. Personas como él han dedicado muchos años de sus vidas manipulando piernas, brazos y cuellos que se han lastimado debido a una caída o un resbalón en el campo. Pero recuerda que las personas accidentadas así pueden haber contraído un “susto” en el momento que les ocurrió la zafadura, aunque estos casos son poco frecuentes. De todas maneras, Don Armando siempre aconseja que cuando una persona tenga “susto” reciba “inyecciones” y vitaminas de un médico, de un promotor de salud, o de un farmacéutico que ofrezca este servicio, ya que en realidad hay muchas personas en el pueblo que aplican inyecciones por receta o simplemente por solicitud de clientes. Esta recomendación concuerda con la creencia local de que el cuerpo debilitado o enfermo puede empeorar si no se le administra algo que le dé fortaleza, como ciertas medicinas y tónicos. Aparte de este remedio comercial, Don Armando recomienda que la persona acuda a una persona que sepa curar el “susto.”



Foto 3. El huesero Don Armando (der.) con uno de los integrantes de la tropa de danzantes, los “moros”.

Doña Marta, de 82 años, recuerda a una paciente que tuvo una serie de malpartos y que debido a esto sufría continuamente de “susto.” El efecto espiritual de los malpartos fue muy severo, por lo que Doña Marta determinó la celebración ritual de “la llamada” u *oyonik*. En este rito la persona que ha perdido parte de su alma se arrodilla frente a un altar casero. La llamadora, *oyonel*, coloca sobre el suelo un tazón de plástico lleno de agua y, después de arrojar pétalos de rosas coloradas y blancas dentro del agua, golpea el tazón con una ramita de árbol de

membrillo. Entonces llama al alma perdida de la persona, pidiéndole que vuelva a su hogar, a su familia. También golpea ligeramente con la ramita a la sufridora para provocar la memoria corpórea de su alma. Algunas llamadoras también toman un manojo de pétalos mojados por el agua del tazón y salpican con éstos al paciente o bien arrojan el agua fría a la cara del enfermo.

Pero antes de que Doña Marta le hiciera esta “llamada” a la mujer, le instruyó para que tomara medicinas de patente reconstituyentes y que se restringiera a una dieta especial recetada por la curandera. Debido al estado debilitado de la paciente, Doña Marta le exigió que se le atendiera con respecto a lo físico antes que con respecto a lo espiritual.



Foto 4. Doña Marta (izq.), una *oyonel* o especialista del espíritu, conversando con una íntima amiga, Doña Hermelinda.

De manera semejante, otros casos personalísticos pueden volverse crónicos como fue el caso de la hija de Doña Josefina, una especialista del espíritu de 62 años de edad. A pesar de muchísimas consultas con médicos y una diagnosis de tuberculosis, su hija continuaba enferma y bajo el cuidado de su madre. Como no respondía a los tratamientos médicos, Doña Josefina determinó que su hija era víctima de un “trabajo,” de la obra de un brujo, de modo que llamó a un *ajq'ij* para que interviniera en el hechizo. Un *ajq'ij* es un sacerdote maya de la tradición del altiplano, que en tiempos pasados –y en muchas áreas mayas hoy en día—maneja el calendario sagrado de los mayas.

Se puede acudir a los *ajq'ija'* (pl.) cuando el cliente quiera invocar con más vigor a los espíritus guardianes de las montañas y valles para que intervengan en favor del sufridor y de su familia. En el pensamiento de muchos, estos especialistas pueden contrarrestar los hechizos.

Doña Josefina contrató al sacerdote maya, pero al mismo tiempo le aplicó a su hija una variedad de hierbas medicinales y especialmente aplicaciones de Terramicina, uno de los muchos antibióticos disponibles sin receta. La fe popular en los *ajq'ija'* ha aumentado mucho en los últimos veinte años en Guatemala, de modo tal que un conjunto de estos especialistas rituales creció y se organizó formalmente en Comalapa en 2005 (Esquit 2007:255).

A la comadrona Doña Teresa, de 38 años de edad, también le urge a veces escoger y utilizar fármacos, como cuando una persona parece estar padeciendo “susto” y también está sufriendo de diarrea severa. Doña Teresa admite que no realiza curaciones para el susto ella misma, de modo que elige mandar al paciente a un especialista del espíritu, una *oyonel*. Pero, antes de que lo mande, le aplica una dosis de sales de rehidratación oral, distribuidas por UNICEF y disponibles en clínicas y farmacias locales. Como promotora de salud, Doña Teresa identifica la diarrea como el problema más urgente en una persona que padece la pérdida parcial del alma. Mediante este tratamiento dual busca reducir las repercusiones de la que es una de las principales causas de mortalidad en Guatemala.

Los casos anteriores muestran cómo puede variar el encuentro curativo. En unos casos se subraya la necesidad de atender un aspecto fisiológico que requiere atención urgente, y en otros aparece un deseo por atender la dimensión inmaterial de la persona. En ambos casos, como hemos visto, se incorpora la aplicación de fármacos de manera calculada. Pero para atribuir un sentido más completo al encuentro curativo local, debemos reconocer la operación de dos

conceptos nativos, *ruchuq'a'* y *ruxla'*. Si profundizamos un poco en los significados de estos términos mayas kaqchikel, se apreciará mejor la lógica que guía el uso de fármacos.

Los comalapenses hablan de *ruchuq'a'* cuando se refieren a la condición vital de una persona. El término *chuq'a'* invoca un sentido de fuerza vital o estado físico fuerte. Siempre se usa con un prefijo posesivo, como *ru-*, para indicar que esta fuerza siempre debe ser poseída por alguien; no se entiende como algo que puede existir fuera de la persona. El estado favorable denotado por *k'o ruchuq'a'*, “(él) tiene su fuerza vital,” se trata de mantener y fomentar, porque la falta de *chuq'a'* implica una condición vulnerable a la enfermedad o un estado de mucha debilidad. Las personas que tienen deficiencia en cuanto a ese tipo de fuerza se describen como de baja energía, somnolientos, fríos y sin deseos de participar en actividades normales. Se dice que se ven delgados, desgastados y muy pálidos. Este último rasgo nos llama la atención porque *ruchuq'a'* se identifica como algo en la sangre, como algo coexistente con la sangre o como la mera sangre. Cuando ésta se debilita, se hace evidente la pérdida de *ruchuq'a'* con el consiguiente resultado de flojera, debilidad corporal, tez pálida y estado enfermizo. En casos avanzados se teme que puede desarrollarse anemia, algo muy difícil de corregir. Aquí podemos ver que cuando los curanderos mayas detectan una debilidad corporal, suelen diagnosticarlo en términos de este estado vital normativo, *ruchuq'a'*.

Si la persona muestra síntomas como las ya mencionadas, parte de la terapias practicadas por el curandero incluirán medidas para fortalecer su condición de *chuq'a'*, lo que puede implicar abstenerse de comidas “frías” y evitar aires fríos. Puede también consistir en tomar medicamentos ricos en hierro, vitaminas y tónicos para vigorizar la sangre y restaurar el calor del cuerpo. Estos se administrarían por vía oral o inyectable.

El concepto *ruxla'* también cabe dentro de una formulación integral de la salud. Los comalapenses conservan la idea de *ruxla'* como entidad viva y como vehículo de vida. En términos prácticos se identifica con el aire que uno respira, y debido a que el espíritu comúnmente se asemeja al aire que se respira, se refuerza la conexión entre el aire y las fuerzas vitales invisibles.

Como en el caso de *chuq'a'*, el *uxla'* también tiene que ser poseído por alguien o por algo, de modo que se le puede afijar “*ru-*” para formar *r(u)uxla' = ruxla'*. Una especialista del espíritu comenta, “el espíritu es como el aire, como cuando uno respira; si uno no respira se

muere.” Para ella, aunque comience la vida con la concepción, la vida se sostiene sólo a través de la respiración.

Un huesero anciano afirma al respecto que el aire original que animó al mundo fue exhalado por Dios. La vida humana se sostiene por este aire; comenta además que, “cuando alguien ha muerto, ya no hay aire, ya no hay vida allí; es por el aire que uno está hablando.” El respirar y la función de hablar se consideran movimientos corporales básicos, como el ritmo cardíaco y el movimiento de los brazos. El flujo activo de aire, ruxla’, por el cuerpo evoca entonces un fuerte sentido de vida.

Este aspecto activo y constante del organismo permite diagnosticar el estado del mismo. Si una paciente muestra un respirar débil, indica un estado de salud algo pobre, tanto porque el cuerpo debilitado no tiene fuerza para respirar adecuadamente o bien porque el mismo respirar, el ruxla’, manifiesta debilidad.

Se tendría que confirmar esto por otros indicios del ruchuq’a’ como la palidez facial o baja temperatura, pero la atención a ruxla’ alerta al curandero de este indicador del malestar corporal. Acondiciona entonces la aplicación de elementos curativos, de cualquier origen, para normalizar el estado de salud de la persona.

Vale la pena enfocarnos en estos aspectos claves de la medicina tradicional para demostrar que aunque los curanderos mayas vivan en el encuentro de dos campos conceptuales, se guían en gran parte por conceptos y fuerzas que operan fuera de la comprensión biomédica. Aun cuando ruchuq’a’ y ruxla’ no sean entidades o seres divinos en el sentido occidental, influyen en la vida diaria de los mayas y caben dentro una concepción animista del cosmos que coloca al hombre dentro del paisaje vivo y sagrado. El hombre se vincula íntimamente con este mundo y entiende cómo las fuerzas vitales de su cuerpo pueden mantenerse estables, incrementarse y hasta ponerse en peligro según su relación con este mundo. Y mientras que los mayas kaqchikel entiendan al ser humano como la manifestación dinámica de dimensiones materiales y espirituales, seguirán incorporando recursos que se dirijan a cada una de estas dimensiones. Mostrarán afinidad por los medios beneficiosos que provienen de las tradiciones antiguas y nuevas, sin tener que justificar esta afinidad al campo biomédico o a otros fuereños.

OBSERVACIONES FINALES

En el transcurso del trabajo de campo en que se basó esta investigación, pude constatar cómo los curanderos mayas kaqchikel manejaban muchas situaciones como las descritas arriba. De su experiencia colectiva emergieron tendencias pragmáticas que reconocían las múltiples dimensiones de lo que es la enfermedad.

He planteado aquí que por medio del empleo de fármacos se puede discernir cómo los principios de la medicina occidental y de la medicina tradicional maya están negociando un campo mutuo en el cual los curanderos mayas encuentren utilidad en las dos tradiciones, mientras éstas se dirijan a la etiología múltiple en casos particulares de enfermedad.

La investigación reconoció lo importante que es colaborar con una variedad de especialistas tradicionales de la salud. Esto fue porque personas con enfoques distintos a veces se acercan al uso de fármacos de maneras únicas, según las demandas de su vocación o según sus preferencias por productos galénicos.

Al incorporar también las perspectivas oficialistas del campo de la salud pública y la voz profesional del personal médico local, procuré establecer el contexto institucional en el que se interpreta la salud. Esto sirvió además para establecer el marco sociopolítico en el cual trabajan los curanderos indígenas de manera subordinada. La devaluación de ideas y prácticas mayas sigue a pesar de las acciones oficiales que se manifiestan en favor de una sociedad plural.

El contacto con este conjunto de proveedores de salud, tanto informal como formal, nos ha indicado cómo se ha de reconocer a los diversos sectores cuando se investigue el fenómeno del cambio médico. Nos recuerda que también está presente el papel de las variables sociales como son el nivel de ingreso, la capacitación médica formal, el idioma, la etnia y capa social, cuando se realicen trabajos de interés sanitario.

Los cambios materiales y tecnológicos seguramente no afectarán a todos los trabajadores de la salud de la misma manera. Y la simple presencia cuantitativa de fármacos en terapias de toda índole tampoco señala necesariamente un mejoramiento evolutivo de la atención a la salud en Guatemala. Como hemos visto, existe la disponibilidad amplia de drogas antibióticas, situación que debe advertir acerca de los muchos problemas provenientes del uso popular de fármacos. Estos problemas incluyen la venta libre de drogas potentes, el uso no-supervisado de antibióticos y la alta confianza popular en productos vitamínicos y tónicos de alto costo, algo

vinculado a veces con la falta de una dieta adecuada (Melrose 1982:32-45, 112-116; de Valverde 1988:21) que aflige a la población rural cada vez más.

Concluimos con la advertencia de que no se puede rendir un veredicto final tocante a la reconciliación de los fármacos con las terapias tradicionales mayas, sólo con base en estudios de comunidades o países individuales. Quizás aún más importante que buscar el principio explicativo tras este fenómeno, sea el reflexionar sobre el comentario crítico que los mismos curanderos efectúan acerca de la biomedicina. Éste nos permitiría percatarnos de las grandes fisuras entre el sector médico y el sector popular guatemalteco, así como también de los esfuerzos del pueblo maya por mantener una identidad espiritual que nutre su concepción de la salud.

Los observadores externos deben comprender que el marco tradicional de los curanderos mayas se seguirá definiendo con base al carácter pragmático de su pensamiento acerca de la salud y no simplemente por su acceso a los recursos biomédicos.

REFERENCIAS

Bastien, Joseph W.

1992 *Drum and Stethoscope: Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*.

University of Utah Press, Salt Lake City.

Berry, Mary Frances

2004 *Broken Promises: Evaluating the Native American Health Care System*. U.S.

Commission on Civil Rights, Washington, D.C.

<http://www.usccr.gov/pubs/nahealth/nabroken.pdf> (accesado 21 de setiembre 2011)

Berry, Nicole S.

2006 Kaqchikel Midwives, Home Births, and Emergency Obstetric Referrals in Guatemala:

Contextualizing the Choice to Stay at Home. *Social Science & Medicine* 62:1958-1969.

Carey Jr., David

2006 *Engendering Mayan History: Kaqchikel Women as Agents and Conduits of the Past, 1875-1970*. Routledge, New York and London.

Cosminsky, Sheila

2001 Midwifery Across the Generations: A Modernizing Midwife in Guatemala. *Medical Anthropology* 20:345-378.

Cosminsky, Sheila y Mary Scrimshaw

1980 Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation. *Social Science & Medicine* 14B (4):267-278.

The Economist

2009 Malnutrition in Guatemala: A National Shame. August 27.

http://www.economist.com/world/americas/displaystory.cfm?story_id=14313735 (accesado 8 de setiembre 2009)

Eliade, Mircea

1972 *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy*. Bollingen Series LXVII, Princeton University Press, Princeton.

Esquit, Edgar

2007 Debates en torno a la identidad y el cambio social en Comalapa, una localidad en el altiplano guatemalteco. En *Mayanización y vida cotidiana: La ideología multicultural en la sociedad guatemalteca. Vol. 2 Estudios de caso*. Redactado por Santiago Bastos y Aura Cumes, Fundación Cholsamaj, Guatemala: 235-272.

Fischer, Edward F.

2001 *Cultural Logics and Global Economics: Maya Identity in Thought and Practice*. University of Texas Press, Austin.

Foster, George

1976 Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist* 78:773-782.

Goldman, Noreen y Dana A. Glei

2003 Evaluation of Midwifery Care: Results from a Survey in Rural Guatemala. *Social Science & Medicine* 56:685-700.

Gragnolati, Michele y Alessandra Marini

2003 Health and Poverty in Guatemala. *World Bank Policy Research Working Paper* 2966 (January).

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2003/02/22/000094946_0302070416252/Rendered/PDF/multi0page.pdf

(accesado 20 de setiembre 2011).

Hinojosa, Servando Z.

2004a Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery. *Social Science & Medicine* (59)3:637-651.

2004b Bonesetting and Radiography in the Southern Maya Highlands. *Medical Anthropology* (23)4:263-293.

2002 "The Hands Know": Bodily Engagement and Medical Impasse in Highland Maya Bonesetting. *Medical Anthropology Quarterly* (16)1:22-40.

Jordan, Brigitte

1989 Cosmopolitical Obstetrics: Some Insights from the Training of Traditional Midwives. *Social Science & Medicine* 28:925-944.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.

Luna, Luis Eduardo y Pablo Amaringo

1993 *Ayahuasca Visions: The Religious Iconography of a Peruvian Shaman*. North Atlantic Books, Berkeley.

Maupin, Jonathan N.

2008 Remaking the Guatemalan Midwife: Health Care Reform and Midwifery Training Programs in Highland Guatemala. *Medical Anthropology* 27(4):353-382.

Melrose, Dianna

1982 *Bitter Pills: Medicines and the Third World Poor*. Oxfam, Oxford.

Pan American Health Organization (PAHO)

2004 The Millennium Development Goals in the Americas. *Epidemiological Bulletin* 25(2) June. http://www.paho.org/english/dd/ais/EB_v25n2.pdf
(accesado 20 de setiembre 2011).

1994 *Health Conditions in the Americas*, Two vol., Scientific Publication No. 549, Washington, D.C.

1990 *Health Conditions in the Americas, 1990 Edition*. Two vol., Scientific Publication No. 524, Washington, D.C. No. 524.

1986 *Health Conditions in the Americas, 1981-1984*. Two vol., Scientific Publication No. 500, Washington, D.C.,

Ramírez, Alberto

2007 Proponen nueva ley de salud: Usac y Colegio de Médicos, en alianza. *Prensa Libre*, 1 de agosto, Guatemala.

<http://www.prensalibre.com/pl/2007/agosto/01/178640.html> (accesado 1 de agosto 2007)

Repogle, Jill

2007 Training Traditional Birth Attendants in Guatemala. *The Lancet* 369:177-178.

www.thelancet.com (accesado 20 de setiembre 2011)

Siglo Veintiuno

1992 Hospitales al desnudo. Suplemento especial, 12 de Julio, Guatemala.

Son Turnil, Benjamín

1980 *Servicios comunales de salud*. Editorial Universitaria de Guatemala, Guatemala.

Tedlock, Barbara

1992 *Time and the Highland Maya*. Revised edition. University of New Mexico Press, Albuquerque.

de Valverde, Christa

1988 *Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de farmacias para el tratamiento de la enfermedad diarreica*. Publicación de INCAP No. E-1254, Guatemala.