

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

"PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DEL CURSO "SALUD EN LAS CULTURAS Y ETNIAS DE GUATEMALA" EN ESTUDIANTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA -PPS- DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR."
TESIS DE POSGRADO

AURA JOHANNA BARRIOS ORTIZ
CARNET 22707-14

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MAYO DE 2016
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
MAESTRÍA EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

"PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DEL CURSO "SALUD EN LAS CULTURAS Y ETNIAS DE GUATEMALA" EN ESTUDIANTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA -PPS- DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR."

TESIS DE POSGRADO

**TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES**

POR

AURA JOHANNA BARRIOS ORTIZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO MAGÍSTER EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

**GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MAYO DE 2016
CAMPUS CENTRAL**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
INVESTIGACIÓN Y
PROYECCIÓN:

VICERRECTOR DE P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:

VICERRECTOR LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
ADMINISTRATIVO:

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE
LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. HILDA ELIZABETH DIAZ CASTILLO DE GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. YADIRA IVONNE BARRIOS CACERES DE BARRIOS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

Guatemala, 8 de febrero de 2016

**Señores
Consejo de Facultad
Facultad de Humanidades**

Estimados Señores:

Por este medio me permito comunicarles que he revisado el anteproyecto de Tesis titulado "Utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en estudiantes de PPS de Medicina de la Universidad Rafael Landívar" elaborado por el estudiante Aura Johanna Barrios Ortiz, carné: 22707-14 de la **Maestría en Docencia de la Educación Superior**.

Luego de revisarlo, confirmo que llena los requisitos para estudios de esta naturaleza y confirmo mi interés por asesorar dicho trabajo.

Sin otro particular, me suscribo atentamente.

**Mgtr. Yadiria Barrios de Barrios
Aseora**





Universidad
Rafael Landívar
Ciudad de Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 051487-2016

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante AURA JOHANNA BARRIOS ORTIZ, Carnet 22707-14 en la carrera MAESTRÍA EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05865-2016 de fecha 29 de abril de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DEL CURSO "SALUD EN LAS CULTURAS Y ETNIAS DE GUATEMALA" EN ESTUDIANTES DE PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA -PPS- DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR."

Previo a conferírsele el grado académico MAGÍSTER EN DOCENCIA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 4 días del mes de mayo del año 2016.

Irene Ruiz Goboy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GOBOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

Universidad
Rafael Landívar
Ciudad de Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Salud incluyente: hacia un modelo de salud intercultural	10
1.2 Medicina maya en Guatemala	12
1.3 Prácticas en salud desde el modelo médico maya	14
2.1 Constitución de la República de Guatemala	18
2.1.2 Código de salud	19
2.1.3 Acuerdo Ministerial 1632-2009, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	20
2.1.4. Acuerdos de Paz	22
2.1.4.1. Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas (México 1995)	22
3.1. Convenio 169 ¹ de la OIT sobre “Pueblos indígenas y tribales en países independientes”	23
3.1.2. Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo	24
3.1.3. Conferencia Mundial de Derechos Humanos	25
3.1.4 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	25
3.1.5 Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo	27
3.1.6 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas	29
3.1.7 Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023.	30
4. Formación universitaria: educación médica.	32
4.1 Declaración mundial sobre la educación superior (Paris, 2009).	33
4.2 Proyecto Tuning en América Latina	35
4.3 Universidades de Inspiración Católica y su rol en la Educación	39
4.4. Universidades Jesuitas. Retos de la enseñanza superior	40
4.5. Universidad Rafael Landívar. Educación médica.	42
4.6. Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala	46

¹ El 7 de junio de 1989 emana de la conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
2.1 Objetivos	51
2.1.1 Objetivo General	51
2.1.2 Objetivos específicos	51
2.2 Elementos de estudio	51
2.2.1 Definición de elementos de estudio	53
2.3 Alcances y límites	53
2.4 Aporte	53
III.MÉTODO	55
3.1 Sujetos	55
3.2 Instrumento	57
3.3 Procedimiento	59
3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología	61
IV.PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
V. DISCUSION DE RESULTADOS	94
VI. CONCLUSIONES	99
VII. RECOMENDACIONES	101
VIII. REFERENCIAS	103
ANEXOS	108

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de la utilidad del curso “Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala” en estudiantes que realizaban su práctica profesional supervisada de Medicina de la Universidad Rafael Landívar.

La investigación es de carácter cualitativo y para la recopilación de información se realizó un grupo focal conformado por trece estudiantes, empleando para ello un instrumento tipo guía de entrevista, conformado por once preguntas, las cuales fueron distribuidas en cuatro categorías y ocho subcategorías a evaluar, estas estaban dirigidas a la relación existente entre los contenidos del curso y la relación con la práctica profesional supervisada, la vigencia de los temas y su asociación a las necesidades en salud de la población guatemalteca; la última categoría hizo referencia directa a la utilidad del curso, aspectos a mejorar y temas que consideraban se debían incluir.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo evidenciar que los contenidos del curso son vigentes y útiles en la formación del estudiante así como en su práctica profesional supervisada.

A través de los resultados obtenidos se pudo concluir que a medida que pasan los años, los estudiantes re-evalúan los cursos recibidos y su percepción de los mismos tiende a modificarse con el tiempo, pues aunque este curso inicialmente se percibe como un curso poco útil en su ejercicio profesional, en las prácticas comunitarias esta percepción se modifica, teniendo una visión positiva y de utilidad de la formación recibida.

Tomando en cuenta que el programa si responde a las necesidades de los alumnos, se presenta una propuesta enfocada en fortalecer una parte de los contenidos y competencias. Se sugiere incorporar en el programa, cambios enfocados hacia las competencias desarrolladas por los estudiantes, el análisis de la cosmovisión, cultura y su influencia en la construcción de un modelo incluyente de salud, así como la incorporación de los beneficios y usos medicinales de las plantas como parte del proceso de curación de enfermedades tradicionales y enfermedades comunes abordadas desde el sistema biomédico.

El proceso autocrítico y la evaluación de los contenidos de los cursos, enriquecen y fortalecen el pensum curricular y su asociación con las necesidades en salud de la sociedad actual.

I. INTRODUCCIÓN

La Universidad Rafael Landívar se caracteriza por ser una universidad que ha asumido una responsabilidad social sustentada en la fe y la justicia, mediante la vinculación de la academia con la realidad nacional, lo cual tiene como principal objetivo, que el conocimiento académico sea un conocimiento transformador, llevando a los estudiantes a situarse en una actitud de búsqueda permanente, a ser empático con otras realidades, principalmente con la población menos favorecida del país, y la búsqueda del crecimiento profesional continuo.

Bajo esta visión, el currículo entonces, se construye para generar un proyecto educativo integral, en donde el punto de partida es la búsqueda de soluciones a los problemas inherentes a una realidad social concreta, que permita al sistema educativo confrontarla, estudiarla y preparar a los estudiantes para ser competentes ante esas condiciones; solo desde esa perspectiva puede hacerse significativo y útil el conocimiento académico que se comparte y transmite. A este respecto, se plantea que cuando el currículo en general o un curso en particular, se convierten en un problema a investigar, justamente es el mismo currículo o curso, quien capacita para probar ideas en la práctica.

Dar a conocer los aspectos principales de la cosmovisión de los diversos grupos étnicos, su cultura, su modelo médico tradicional así como la labor del profesional de la salud ante la diversidad étnica del país reflejada en modelos médicos complementarios pero históricamente divorciados, permite analizar los retos y desafíos actuales y la construcción de modelos integrales. Este conocimiento genera un acercamiento al análisis del derecho a la salud como un derecho universal, así como un modelo integral que los estudiantes promueven y practican a lo largo de toda la carrera y principalmente, en su práctica profesional supervisada (7mo. año de la carrera), por lo que el relacionar los aprendizajes adquiridos en primer año de la carrera, con las experiencias de la interacción con las comunidades en el séptimo año, permite por un lado el cuestionamiento de la

utilidad de la teoría y los aprendizajes adquiridos, y por el otro reconocer las necesidades actuales con base en la realidad social, para construir un curso útil académicamente, pero sobre todo con el reflejo del compromiso social e intelectual que caracteriza a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la universidad en general. Por lo tanto el objetivo del presente estudio pretende establecer la utilidad del curso “Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala” en estudiantes de medicina que realizan la práctica profesional supervisada.

Dado que esta investigación hace referencia a un curso específico, no se encuentran estudios concretos a nivel nacional e internacional, pero si existe un marco referencial que refleja la relevancia del proceso de enseñanza- aprendizaje asociado a la ética y la pertinencia social, así como estudios nacionales que revalorizan la construcción de un modelo de salud que incorpore las cosmovisión de los diversos grupos étnicos que co-habitan en un mismo espacio geográfico y cuya visión del proceso de salud y enfermedad se ve reflejado en la construcción de sus modelos de salud y su aplicación.

A nivel nacional, se evidencia la relevancia del tema, mediante el Acuerdo Ministerial 1632-2009, el cual consiste en la creación de la unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala. El acuerdo reconoce la existencia de diferentes sistemas de salud en Guatemala, reflejando el respeto y la valoración que se merecen las distintas prácticas de salud que existen en el país, ratificando la importancia de las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas y reconociendo que es preciso que el sistema de atención en salud tenga cada vez mayor pertinencia cultural, reflejando la realidad de pluralidad y diversidad que caracteriza a los territorios y a quienes viven en ellos, generando así, un modelo intercultural de salud. El objetivo del Acuerdo Ministerial es reflejar las aspiraciones de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, en cuanto a la atención con pertinencia cultural. El resultado es la incorporación de manera institucionalizada y progresiva al quehacer del MSPAS. Al decir “institucionalizada” se hace

referencia a prácticas que formen parte de los distintos protocolos de atención en salud, desde una perspectiva horizontal y pertinente, buscando modelos integrales de coordinación y armonización de conocimientos. Tales acciones fueron construidas de manera colectiva y suponen solo un primer paso para alcanzar un estadio de interculturalidad respetuosa y equitativa en el quehacer ministerial, en los distintos niveles de atención en salud.

En cuanto a la relevancia del tema, se encontró un estudio realizado por Albizú, Todosantos y Méndez (2007), et al., sobre el trabajo de las y los promotores de salud en Guatemala. El estudio constituye una reflexión crítica sobre la cosmovisión de los pueblos mayas, la historia social reflejada en la actualidad, cuyo objetivo principal es reflexionar sobre el abordaje de la salud desde un marco legal y político a nivel internacional, nacional, y local/comunitario; resaltando el rol de las y los promotores en la construcción de un modelo de salud intercultural y la participación activa de las y los terapeutas tradicionales, así como la participación comunitaria. El estudio concluye con una propuesta específica de un modelo de salud incluyente, conocedor de la cosmovisión, pero más allá de la teoría, proponen una construcción desde las bases comunitarias, con y para la comunidad, partiendo de la premisa que mejorar la salud es transformar la realidad actual, desigual e inequitativa, en donde “El futuro es presente, el método ya no puede separarse de su objeto que es también sujeto. El método no puede formarse más que durante la búsqueda”.

Sobre la construcción de un modelo de salud con pertinencia cultural, se encuentra el estudio realizado por Icó (2007), el cual tiene como principal objetivo, presentar la sistematización de la experiencia de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA en Guatemala, sobre la promoción de la medicina indígena Maya, y la incidencia en las políticas públicas de salud a favor de un sistema de salud con pertinencia intercultural. El estudio analiza las limitaciones del sistema biomédico, cuyo enfoque biologicista no concuerda con la visión integral del ser desde la cosmovisión maya (se incluyen aspectos

subjetivos y espirituales que no son abordados por el sistema médico occidental). La metodología empleada para esta investigación, fue la sistematización del trabajo realizado desde el 2002 hasta el 2007, realizando dos investigaciones participativas con seis grupos étnicos representativos del pueblo Maya. Los resultados del estudio evidenciaron la organización que existe actualmente de terapeutas o médicos mayas, que con funciones generales o específicas dan respuesta a un perfil epidemiológico diferenciado, en donde existe una práctica social de promoción, prevención, atención y curación, aceptada por la población comunitaria, porque cura y funciona y porque coincide con sus creencias culturales. Otro resultado significativo ha sido la incorporación de 63 organizaciones asociadas a ASECSA, posibilitando la inclusión de la medicina maya en sus planes y programas, así como el involucramiento de la OPS, PNUD y otros organismos internacionales para el impulso de otros estudios. Otro resultado que marcan como relevante fue la creación del programa nacional de Medicina Tradicional y alternativa dentro del Ministerio de Salud, además se logró que el tema de medicina Maya sea parte del currículo de formación de enfermeras profesionales así como en el pre-grado y la maestría en salud pública de la universidad de San Carlos de Guatemala. El estudio concluye que este reconocimiento legítimo debe transformarse en un conocimiento legal desde el Ministerio de Salud para lograr su reconocimiento, valoración y la apuesta por un sistema de salud incluyente, con pertinencia intercultural y a su vez debe ser parte de la formación académica de las y los trabajadores de salud.

En la misma línea, el estudio de Mosquera (2007), es el resultado de la segunda fase de una investigación titulada, Terapeutas tradicionales, terapias y racionalidad maya. Elementos para su inserción y consolidación en el pluralismo del sistema de salud en Guatemala, cuya investigación dio inicio en el 2006. En esta segunda fase se profundizó en las terapias aplicadas a los diferentes padecimientos que se producen por el rompimiento del equilibrio. El objetivo principal consistió en implementar y crear un curso sobre terapeutas tradicionales, terapias y racionalidad étnica así como la creación de material

audiovisual. El resultado fue la elaboración final del curso “Prácticas y representaciones sobre salud, enfermedad y atención de los grupos étnicos mesoamericanos”, de acuerdo a sugerencias y al proceso de validación. Se espera que este curso sea impartido como capacitación a médicos ambulatorios, a médicos en formación y como parte de una nueva especialización; logrando una articulación entre ambos modelos de salud, pero No una subordinación de uno por parte del otro.

En cuanto al modelo de salud maya, Villatoro (2005), realiza un estudio sobre la etnomedicina en Guatemala. El estudio constituye una compilación de artículos, estudios etnográficos, investigaciones, etc., que dan cuenta de las prácticas médicas tradicionales, y los factores socioculturales inmersos en la dicotomía salud-enfermedad. El objetivo fundamental consistió en dar a conocer los aspectos históricos de la medicina de los pueblos mayas en Guatemala, esto bajo una dinámica internacional de la época, en cuanto al reconocimiento de la medicina tradicional de los pueblos originarios, sus beneficios y su incorporación a marcos legales, políticas públicas, etc. con el fin de generar modelos de salud acordes a las necesidades de la población y con pertinencia cultural. La compilación concluye que se requiere de más investigaciones respecto al modelo médico maya, sus beneficios y la validación legal que legítimamente ya tiene desde la cosmovisión maya.

El trabajo de investigación realizado por Gallegos (2004), para la Asociación PIES de Occidente, tuvo como objetivo principal dar aportes sobre la implementación de un modelo de salud culturalmente adecuado para la población guatemalteca, a partir de la información que facilitaron tanto la población maya como personal oficial de salud, recalcando que no se cuenta con la visión del sistema de salud desde la población Xincas y Garífunas, lo cual, hace incompleta cualquier propuesta de salud. La investigación presentada es la continuación de trabajos realizados anteriormente por al Asociación PIES de Occidente: El Rol de la Comadrona en su Contexto Sociocultural, El Potencial de la Comadrona en

Salud Reproductiva, Conocimientos, Actitudes, Practicas, Preferencias y Obstáculos (CAPPO) de las Madres sobre la Salud Materno Infantil y Materna desde el Contexto Cultural Maya y Occidental, La Comadrona Tradicional: Obstáculo o Solución al Problema Materno Infantil en Regiones de Pobreza y Pobreza Extrema, entre otros; por lo que los resultados reflejan las investigaciones anteriores, teniendo una visión holística de la salud. En la investigación se presenta la cultura como sistema y cómo, desde este sistema cultura, se le da sentido al papel del Médico Maya, además de la diferencia entre la medicina occidental y la medicina maya. Los resultados de la investigación, reflejan la percepción que tienen el personal oficial de salud con respecto a la medicina maya, como la de los médicos mayas sobre la medicina occidental y lo que ellos proponen como acciones a seguir para mejorar la relación entre ambas prácticas médicas. Con base a esos resultados, se plantearon algunos lineamientos para implementar un modelo de atención más adecuado a las características culturales del país.

Los antecedentes presentados, reflejan la relevancia del tema para la transformación social mediante la garantía del acceso a la salud con pertinencia cultural. Para que esto sea llevado a la práctica se requiere que las y los trabajadores de la salud comprendan la relevancia de la cultura y la cosmovisión en los procesos de salud-enfermedad, así como en la construcción de un modelo de salud incluyente. La Universidad Rafael Landívar ha estado consciente de esta necesidad y por lo tanto a generado un curso, que desde la formación académica genere un acercamiento (respetuoso y científico) a la cosmovisión maya y la lógica y funcionamiento de su sistema médico.

Como se ha expuesto en los estudios anteriores, el tema es relevante a nivel nacional e internacional, ahora bien, ¿Cómo se facilita este conocimiento a los estudiantes? ¿Cómo lo asocian a la práctica que realizan en las comunidades?. Para ello se requiere analizar sobre el proceso de vinculación entre teoría y práctica, contenidos y metodologías. En cuanto a estas reflexiones del proceso de enseñanza-aprendizaje y la praxis; la Universidad Pontificia Bolivariana (2010), a

través de la Vicerrectoría Académica realizó un estudio sobre la práctica en los diferentes programas académicos de dicha universidad, entendida la práctica como una actividad académica que debe ser coherente con las tendencias internacionales del proceso de formación, así como acorde a los valores y visión de esta universidad, la cual prioriza la formación humana y cristiana, la formación social y académica, así como a formación investigativa. En los resultados presentados por la facultad de medicina, resaltan el impacto que el nuevo paradigma educativo (rol activo del estudiante) ha tenido en las prácticas de los estudiantes, en los cursos y la metodología, así como el rol del docente en el proceso formativo. Si bien en este estudio hacen referencia a las prácticas en el entorno clínico, resaltan la formación académica a lo largo de la carrera, cuyos cursos van generando una serie de competencias observables en la práctica profesional, en este caso la atención integral al paciente, la competencia investigativa y la dignidad humana; esto como un reflejo del modelo pedagógico que como universidad han implementado, en el cual se prioriza la formación académica vinculada al contexto, la integración de saberes y la transformación social. Concluyen que la formación de los estudiantes de medicina y la práctica formativa incluyen transversalmente todos los ciclos formativos, en donde el ciclo básico disciplinar permite la adquisición de competencias en el saber y en el saber hacer tanto a nivel científico, tecnológico y social.

Álvarez (2012), analiza la correspondencia, entre lo que se sabe, lo que se dice y lo que se hace en educación, es decir, la coherencia pedagógica. A lo largo del artículo, la autora reflexiona sobre el compromiso y la labor docente, su visión educativa y la puesta en práctica, es este caso a nivel secundario para facilitar el conocimiento a nivel universitario, el cual debe realizar esta misma relación. En la revisión teórica la autora concluye el actual quiebre entre la teoría y la práctica, y resalta la necesidad de construir un modelo educativo que vincule teoría y práctica (de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría). La autora concluye que la brecha entre la enseñanza secundaria y la formación académica universitaria pueden disminuirse a través de modelos pedagógicos que adquieren

significancia en la praxis educativa y que facilitaría el acercamiento por un lado entre los niveles académicos y por otro entre el estudiante y la realidad social.

Moreno (2011) reflexiona sobre la responsabilidad social en este caso desde la Universidad Iberoamericana de México. En su artículo “Responsabilidad social en la Universidad Iberoamericana de México” resalta la importancia de generar programas que desde sus posibilidades generen actividades directamente asociadas al qué hacer profesional, en donde los estudiantes se involucren, se apropien de los conocimientos y generen habilidades y actitudes que promuevan la transformación social, esto desde la academia, en la formación universitaria, realizando procesos investigativos que reflejen problemáticas sociales relevantes, en donde desde la creatividad y la investigación se promuevan soluciones viables y la gestión universitaria, promoviendo acciones transformadoras desde y en la universidad que reflejen los valores de la universidad y la proyección social. La autora concluye que el compromiso con la transformación social implica el asumir el qué hacer de la universidad y su reflejo en el proceso formativo.

Nicolás (2010), en su discurso “desafíos a la educación jesuita de hoy”, realiza una reflexión sobre los retos y desafíos de la enseñanza superior en el siglo XXI, en donde las universidades jesuitas se comprometen a la construcción de un mundo más humano, justo y sostenible, mediante el pensamiento crítico y la imaginación activa a la luz de la interacción con lo real, aprehendiendo de la realidad, con el principal objetivo de transformarla, de mejorar la situación actual de la población, principalmente de los menos favorecidos, lo cual exige calidad en la enseñanza y la investigación, para formar profesionales que aboguen y promuevan la verdad, la virtud, el desarrollo y la paz en la sociedad; a nivel local e internacional. Concluye que desde la academia y el trabajo profesional de los egresados puede construirse una sociedad más equitativa, el compromiso debe ser de todos los actores involucrados en el proceso educativo.

Inciarte, Alarcón y Sánchez (2008), realizaron una investigación sobre la relación teoría-práctica en la formación docente del ejercicio; para ello tomaron como escenario las escuelas básicas, medias y universidades públicas de Venezuela, el estudio tuvo como objetivo principal el análisis de la relación teoría-práctica en la formación docente del Ejercicio. El resultado de esta investigación resalta el proceso pedagógico y el constructivismo. Entre los lineamientos que resaltan son: la forma de percibir la realidad tiene relación con los significados de cada individuo, los docentes realizan reflexiones de la praxis desde la individualidad y desde el colectivo, construyendo en la acción saberes compartidos en donde los constructos mentales del docente, podrían ser expresados a través de una práctica sustentada en los principios de coherencia, organización y sistematización. Concluye que los valores del docente, sus creencias, pensamientos y sentimientos, inciden en las acciones que emprende en su desarrollo formativo educativo.

Kemmis (1998) realiza una monografía sobre la naturaleza y dirección de la construcción teórica del curriculum. El objetivo de esta monografía es el análisis del curriculum como un proceso de representación, formación y transformación de la vida social en la sociedad, por lo que el curriculum y la práctica del curriculum desde los estudiantes, debe entenderse como un todo, en donde la teoría y la práctica además de indivisibles, son complementarias. El trabajo concluye que la construcción teórica sobre la educación debe estar en constante reflexión y es deber de los trabajadores del curriculum, poner en práctica una visión crítica del mismo, mediante procesos de reflexión y auto-reflexión sobre sus propias prácticas. Como resultado perfila un programa de investigación para estudiantes de teoría del curriculum.

Estos estudios son aportes fundamentales para evidenciar que la formación académica está íntimamente ligada a la generación de las competencias humanas y profesionales de los estudiantes, las cuales son revalorizadas en la praxis formativa y asociadas a las necesidades locales, esto con el fin de generar un

compromiso social desde la academia, formando estudiantes con competencias útiles en un marco internacional, pero con un fuerte compromiso nacional. Las investigaciones nacionales reflejan la diversidad étnica y la relevancia del enfoque cultural en la construcción de un modelo de salud incluyente, en donde los profesionales de la salud desde su formación académica toman conciencia de las diversas realidades que cohabitan en el país, así como la influencia de la cultura ancestral en la construcción de un modelo de salud. Para la población maya, xinca y garifunas, existen enfermedades tradicionales y procesos de curación no aplicables en el sistema biomédico, por lo que su abordaje permite la complementariedad, traducida en acceso a la salud y calidad en la atención.

Para que este modelo de salud, sea pertinente culturalmente hablando, se requiere de una formación académica, cuya construcción curricular y metodológica genere las condiciones necesarias, por un lado para la sensibilización y el reconocimiento de la otredad, la valoración de los derechos humanos colectivos y generar a través de la academia, estudiantes/profesionales comprometidos con esa realidad, sensibles ante las condiciones de la población menos favorecida, logrando a través de la ciencia un mundo más justo y garante de los derechos universales, en este caso: la salud universal.

1.1 Salud Incluyente: hacia modelo de salud intercultural.

La interculturalidad en salud puede definirse como *“la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de vida y muerte. Es entonces la capacidad de potenciar lo común entre el sistema medico occidental y el sistema medico indígena, respetando y manteniendo la diversidad”*. (Ibache, 1997; cita a Oyarce, Ibacache y Neira, 1996 p.1).

Así, el objetivo de una política intercultural en salud, consiste en el intercambio entre un modelo de salud y otro culturalmente diferente; esto permite que los miembros de una sociedad comprendan la existencia de valores distintos a los suyos implicados en la construcción de un modelo de salud basado en las necesidades y la cosmovisión del grupo étnico al cual asiste, generando un modelo que incorpore la visión cultural de la población atendida.

La Organización Mundial para la Salud –OMS- define la medicina tradicional como los “conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”. (Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023 p.15).

La medicina tradicional responde a la cosmovisión de cada grupo étnico², la cual consiste en suposiciones, premisas e ideologías que determinan cómo perciben el mundo, en donde la gente absorbe su cosmovisión del ambiente en el cual crece, antes de tener la capacidad de evaluarla, por lo que su interpretación de la realidad y su actuar, refleja inicialmente, las creencias predominantes en su grupo étnico, es decir, las suposiciones de su cosmovisión generalmente quedan en el subconsciente. Sánchez (2010), señala que se entiende por cultura al conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar; su conducta, su interpretación de la realidad, por lo que su percepción del proceso de salud, enfermedad, dolencia y muerte, se construyen subjetivamente y se legitiman en la práctica cotidiana.

Debido a esta construcción social, en cada cultura existe un propio modelo de salud, cuyo recurso humano es conformado por diferentes especialidades, quienes responden a su interpretación y construcción de un modelo de salud basado en sus creencias, en donde su forma praxis profesional, se basa en la construcción de los conceptos de salud y enfermedad, generando una organización terapéutica acorde a las necesidades particulares (Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023).

² Un grupo étnico es aquel que comparte ciertas creencias, valores, hábitos, lenguaje, costumbres, normas y ancestros en común. (Kottak 1996).

1.2. Medicina maya en Guatemala

En el caso de la población maya en Guatemala, se considera que la salud incluye, la unión entre el ser humano y el cosmos, así como la unión de las fuerzas del cielo y la tierra, lo cual implica que el ser humano debe armonizarse con el cosmos, con todo lo que le rodea y de lo cual forma parte; la salud implica la armonía espiritual, social, mental y física, es decir armonía entre lo sobrenatural, el entorno, cuerpo y mente. En este sentido, no existe una visión antropocéntrica de la salud, pues el ser humano es parte del todo, es una expresión más de vida, en donde todo ser vivo tiene el mismo derecho a existir, por lo que la salud en el medio ambiente y el cosmos, también es salud en el ser humano. El ser humano debe sentir y respetar la tierra y el cosmos, comunicándose con las plantas, los animales y las estrellas, agradeciendo y deleitándose de la vida, buscando el equilibrio a nivel colectivo, individual y con todas las formas de vida existentes en el universo (ASECSA, 2015).

Este conocimiento y visión del sentido del ser y la existencia, ha generado un modelo de salud particular, conformado por un conocimiento ancestral, transmitido oralmente y legitimado por las prácticas en salud hasta la actualidad; custodiado durante milenios por las médicas y médicos mayas, también denominados terapeutas tradicionales (ASECSA, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (1978), los terapeutas tradicionales, son “las personas reconocidas por la propia comunidad en que viven, como un componente para prestar atención de salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales, así como la aplicación de otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad, en lo que respecta al bienestar físico, mental y social y al origen de la enfermedad y la invalidez” (p. 9).

De acuerdo con ASECSA (2004), la población maya interpreta desde su cosmovisión, la salud como algo más complejo, en donde el equilibrio del universo, la armonía interna del ser humano, la armonía con su entorno y la

armonía con el cosmos forman parte de la salud holística, y el desequilibrio en cualquiera de estos planos, produce enfermedad.

Bajo este pensamiento, se genera una organización terapéutica, en donde cada uno de ellos, realiza un proceso de equilibrio y armonía, ya sea a nivel individual, social, espiritual y/o sobrenatural. Cada terapeuta reconoce y desarrolla una actividad terapéutica en particular; ya que desde su nacimiento o a lo largo de su vida, le es revelado su don y su misión, por lo que una vez identificada su misión de vida, inicia un proceso de aprendizaje, según su especialidad. La transmisión de este conocimiento puede ser oral, y la metodología empleada es la observación y la experimentación, en otros casos adquieren aprendizajes complementarios a través de los sueños (ASECSA, 2004). Algunos terapeutas invocan a los padres y madres de la medicina, por ejemplo, a Itzamna, padre de la medicina maya, a Ixchel, abogada de todas las mujeres en estado de gestación; quien sigue siendo invocada para que interceda en el parto y en problemas de esterilidad (ASECSA, 2015:50). Es por ello, que los terapeutas mayas, son los responsables de generar la armonía y equilibrio (proceso de salud) y de restablecerlo cuando este se encuentra en desequilibrio (enfermedad).

Las especialidades identificadas, según el origen de la enfermedad o las necesidades en salud, por la organización ASECSA (2004) son:

- Comadrona: atención prenatal, parto y post-parto; atención a enfermedades comunes en infantes.
- Curandero: atención de personas de todos los grupos etéreos, atienden enfermedades comunes (empacho, mollera caída), enfermedades de origen energético (mal de ojo) y sobrenaturales (susto).
- Soplador: atiende heridas y quemaduras.
- Huesero: atiende problemas del sistema óseo.
- Sacerdote maya: atiende problemas emocionales y espirituales. Realiza ceremonias con el fin de restablecer la armonía.
- Guía espiritual: orienta sobre las relaciones sociales y espirituales.
- Alcalde rezador: realiza rituales y rezos.
- Sabio: coadyuva en el entendimiento de la vida.

Este modelo médico maya, ha sido legitimado por la población asistente, quienes debido a su cosmovisión y a la funcionalidad y eficacia de los tratamientos, continúan aceptando y reconociendo no sólo la práctica terapéutica, sino su relación con la cosmovisión del proceso de salud y enfermedad (ASECSA, 2004).

1.3. Prácticas en salud desde el modelo médico maya

En la medicina indígena maya, se practica la promoción y la prevención de forma integral (a nivel físico, mental y espiritual), así como el proceso de prevención y curación (ASECSA, 2004); en donde el terapeuta es capaz de tratar los problemas de salud a nivel biológico; y enfermedades padecidas por un grupo étnico en particular, denominadas enfermedades tradicionales o síndromes culturales. La Asociación Psiquiátrica de América Latina (2000), define a los síndromes culturales, como *“Los trastornos específicos de ciertas culturas son trastornos no relacionados entre sí pero que tienen, en común, dos rasgos característicos: 1) No se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico. 2) Se han descrito, en primer lugar, en ciertas poblaciones o áreas culturales, y posteriormente parece que están de manera exclusiva restringidos a estas poblaciones”* (p. 332).

De acuerdo con Reyes (1998) para la población mesoamericana, y en este caso, la población maya, el origen de la enfermedad se debe a diversas causas:

1. Castigo divino: en este caso el castigo surge por pecados cometidos.
2. Rompimiento del equilibrio de frío-calor: se consideran fuerzas necesarias y complementarias, presentes en todo lo tangible e intangible. Esto refleja las condiciones de ser o estar, en donde las plantas, los animales, los objetos inanimados, las comidas y enfermedades se clasifican por su condición intrínseca de frío o calor. Al generar un desequilibrio en estas fuerzas opuestas se genera enfermedad. Como ejemplos pueden mencionarse, el exceso de alimentos fríos sin neutralizarse, el dolor de huesos, son consideradas enfermedades “frías”, por lo que el tratamiento consiste en ingerir bebidas calientes, como el té de manzanilla, o el uso del temascal, para recuperar el calor perdido.

3. Rompimiento del equilibrio mecánico del cuerpo: se considera que el cuerpo físico, principalmente en la infancia, es vulnerable ante cambios posicionales y movimientos bruscos, provocando que algunos órganos o partes del cuerpo “se muevan” o “se caigan”, un ejemplo de ello es la “mollera caída”, la cual implica el hundimiento de las fontanelas, por lo que para su tratamiento se emplean medios mecánicos, colocando al infante “de cabeza”, esperando que las fontanelas vuelvan a su lugar.
4. Intervención de espíritus y otros seres sobrenaturales: en este caso, se asume la existencia de seres sobrenaturales que tienen incidencia en el plano material, pueden provocar enfermedades como pérdida del alma o susto, por lo que se requiere de un terapeuta como intermediario, para que los espíritus “devuelvan” el alma al cuerpo abandonado.
5. Intervención de otros seres humanos: se considera que consciente o inconscientemente los seres humanos a través de la energía pueden producir alguna enfermedad. En el primer caso, se realiza mediante “hechizos”, provocando un mal a la persona, en el segundo caso, se considera que existen algunas condiciones que provocan que algunas personas tengan “mirada fuerte”, por ejemplo una persona ebria, un cuerpo acalorado, una mujer menstruando o embarazada, producen una fuerza energética que emana del cuerpo, provocando “mal de ojo”, al cual son susceptibles principalmente, bebés recién nacidos, niños y animales. En este caso el tratamiento consiste en restaurar el equilibrio en el cuerpo y temperatura, empleando medicamentos frescos, siendo el más común el huevo, en este caso se pasa el huevo por todo el cuerpo del niño, posteriormente se rompe el huevo y se examina. Cualquier clase de punteado en la yema o cocción, indica que el diagnóstico es correcto.

Para reconocer estas enfermedades, el terapeuta maya obtiene el diagnóstico mediante la observación de la sintomatología, la realización del interrogatorio y las manifestaciones del espíritu, este último mediante la práctica del

adivinatorio con semillas, ceremonias y rituales que permiten obtener el diagnóstico y el proceso de curación más asertivo.

ASECSA (2004), indica que para la población y los terapeutas, las enfermedades de denominación cultural no tienen equivalentes en la clasificación de enfermedades de la medicina occidental, tales como el susto o mal de ojo, por lo que solo pueden ser atendidas por terapeutas tradicionales.

Esta visión de la salud y la medicina maya, ha generado la necesidad de amalgamar la visión de la población étnica predominante en el país, y el modelo biomédico, de tal manera que pueda tratarse al paciente según sus necesidades como ser integral. Para una atención con pertinencia cultural, se ha generado en los últimos años, un modelo incluyente de salud, el cual pretende por un lado, el reconocimiento de la salud como un derecho inherente al ser humano, y por el otro, la pertinencia cultural incorporada en la construcción de dicho modelo de salud; de tal manera que se cuente con acceso y cobertura, pero también con normas de vigilancia epidemiológica, con pertinencia intercultural. Esta visión integral de la salud y la búsqueda de unificación y complementariedad de los modelos coexistentes en Guatemala, ha sido denominada “Modelo Incluyente de Salud”.

Según Hernández (2010), el Modelo Incluyente de Salud –MIS- surge en 1998 cuando se forma la Instancia Nacional en Salud –INS-, la cual fue creada con el objetivo de elaborar propuestas que pudieran mejorar el sistema público de salud en Guatemala. En el año 2002 se presentan los resultados en el documento denominado “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos”, la propuesta inicia con un plan piloto en 2003, en la bocacosta de Sololá y en San Juan Ostuncalco.

El objetivo principal es responder al derecho universal de la salud, con equidad, calidad y humanismo que se fundamente en un contrato social para la salud a nivel nacional, mejorando la disponibilidad de los servicios públicos de salud, generando programas específicos dirigidos a atender a la comunidad, a las familias y a las personas, creando condiciones de accesibilidad de servicios de salud a todos y todas sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica,

económica y cultural, trabajar con respeto y ética médica que permita la aceptabilidad de los servicios de salud los cuales sean culturalmente apropiados, con perspectiva de género y en base a las diferentes necesidades del ciclo de vida y con calidad en los servicios, haciendo énfasis en la participación de la población en el proceso de generación de la salud y en el marco de una respuesta intercultural que garantice una salud equitativa para toda la población guatemalteca.

Esta inclusión debe incorporar los programas siguientes:

- a) Derecho a la salud
- b) Perspectiva de género
- c) Pertinencia intercultural
- d) Medio ambiente

El MIS busca fortalecer el primer nivel de atención, incorporando las diversas concepciones de salud y enfermedad, los terapeutas tradicionales (especialidades de la medicina maya) y el uso medicinal de las plantas. Es una reflexión constante sobre la atención en salud y la búsqueda de mecanismos más eficientes, acorde a las necesidades de la población y con pertinencia cultural. (Hernández 2010).

Cabe resaltar que si bien se ha iniciado la implementación del Modelo Incluyente de Salud (MIS), este proceso aún se encuentra inacabado y es en sí mismo inagotable, pues se requiere de un análisis continuo de la realidad y su complejidad, y en base a ella promover otras condiciones y modelos de salud más favorables para la población que asiste, comprendiendo que las culturas son dinámicas y cambiantes.

Esta visión integral de la salud ha sido analizada a nivel mundial, generando un marco internacional que refleja las necesidades de la población, en donde los Estados, los profesionales sanitarios y las instancias educativas deben comprometerse en la transformación de la realidad, brindando un modelo de salud basado en el contexto y las necesidades particulares de la población, así como la generación de acceso, cobertura y calidad de los servicios.

A continuación se presenta el marco legal que respalda la visión de la construcción de un modelo de salud con pertinencia cultural:

2. Marco Legal Nacional

2.1. Constitución Política Nacional de La República (1993) Derechos humanos, Capítulo I. Derechos Individuales.

Artículo 4.- Libertad e igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí.

Sección Séptima. Salud, Seguridad y Asistencia Social

Artículo 93.- Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Artículo 97.- Medio ambiente y equilibrio ecológico. El Estado, las municipalidades y los habitantes del territorio nacional están obligados a propiciar el desarrollo social, económico y tecnológico que prevenga la contaminación del ambiente y mantenga el equilibrio ecológico. Se dictarán todas las normas necesarias para garantizar que la utilización y el aprovechamiento de la fauna, de la flora, de la tierra y del agua, se realicen racionalmente, evitando su depredación.

Artículo 98.- Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en el planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

2.1.2 Código de Salud

En el Código de Salud (Decreto 90-97) se puede encontrar las principales concepciones y definiciones para la creación de un modelo de salud. Si bien se observan algunos vacíos y aspectos criticables en función de las necesidades de país, este modelo ha ido teniendo en las últimas dos décadas algunos cambios que, aunque aún no forman parte de la atención nacional, se han incorporado en lugares priorizados por los gobiernos de turno.

El Código de Salud de Guatemala hace referencia a:

Incorporación del estudio de la cultura en la atención de la salud

Las políticas públicas de salud, así como las metas de reducción de la inequidad y la disparidad en salud, requieren de la incorporación de estudios antropológicos y sociológicos que permitan comprender como hasta el momento los terapeutas tradicionales y la cosmovisión juegan un rol importante en la atención de salud.

Hablar de interculturalidad implica más que el reconocimiento de diversos grupos culturales y étnicos en el mismo espacio geopolítico, requieren de un intercambio de conocimientos y la comprensión de las culturas desde su cosmovisión.

Artículo 1: Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 2: Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 3: Responsabilidad de los ciudadanos. Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio en que viven y desarrollan sus actividades.

Artículo 4: Obligación del Estado. El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

Artículo 5: Participación de la comunidad. El Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y, servicios de salud. Para fines de este Código, en lo sucesivo la administración comprenderá la planificación, organización, dirección, ejecución, control y fiscalización social.

Artículo 6: Información sobre salud y servicios. Todos los habitantes tienen, en relación con su salud, derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional ya ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho.

2.1.3. Acuerdo Ministerial 1632-2009, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El acuerdo hace referencia a la atención de los pueblos indígenas con pertinencia cultural. El Acuerdo establece:

Artículo 2. Naturaleza y ámbito de competencia

La unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala, para el logro de sus fines deberá formular y promover programas,

proyectos, políticas, normativas, estrategias y líneas de acción destinadas al logro de los siguientes objetivos:

- a. El desarrollo de la salud de los pueblos indígenas en Guatemala.
- b. La valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, elementos terapéuticos, métodos y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas de Guatemala.
- c. La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agrede sus formas de vida y cosmovisión.
- d. El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena, intencionando estudios e investigación, sensibilización de la red del sistema nacional de salud, sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas.
- e. Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: maya, garifunas, xinca y no indígena.

Además en su artículo 4, el Acuerdo Ministerial 1632-2009 define la interculturalidad en salud como “el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población”.

En este mismo artículo agrega:

Cuando se brindan servicios públicos de salud con pertinencia cultural, se debe apuntar a respetar, reproducir, reforzar, y recuperar los elementos sagrados de los sistemas de salud de los pueblos indígenas, respetando sus valores y cosmovisión. Los logros científicos de la medicina occidental, en todo momento, respetará la lógica, los actores y la organización de los sistemas de salud indígena, considerando que esta ciencia ancestral lleva desarrollándose desde hace miles de años. (MSPAS, 2009 p. 5).

2.1.4. Acuerdos de Paz

Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria (México 1996).

B. Salud

23. Las Partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, y el efectivo desempeño por el Estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre salud y asistencia social.

Medicina indígena y tradicional

f) Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas;

Participación social

g) Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales (de mujeres, indígenas, sindicales, cívicas, humanitarias, entre otras) en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, entre otros, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural;

Descentralización y desconcentración administrativa

h) La organización descentralizada de los distintos niveles de atención debe asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud.

2.1.4.1. Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas (México 1995)

I. Identidad de los pueblos indígenas.

1. El reconocimiento de la identidad de los pueblos indígenas es fundamental para la construcción de la unidad nacional basada en el respeto y ejercicio de los derechos políticos, culturales, económicos y espirituales de todos los guatemaltecos.

2. La identidad de los pueblos es un conjunto de elementos que los definen y, a su vez, los hacen reconocerse como tal. Tratándose de la identidad maya, que ha demostrado una capacidad de resistencia secular a la asimilación, son elementos fundamentales:

- a) La descendencia directa de los antiguos mayas;
- b) Idiomas que provienen de una raíz maya común;
- c) Una cosmovisión que se basa en la relación armónica de todos los elementos del universo, en el que el ser humano es sólo un elemento más, la tierra es la madre que da la vida, y el maíz es un signo sagrado, eje de su cultura. Esta cosmovisión se ha transmitido de generación en generación a través de la producción material y escrita por medio de la tradición oral, en la que la mujer ha jugado un papel determinante;
- d) Una cultura común basada en los principios y estructuras del pensamiento maya, una filosofía, un legado de conocimientos científicos y tecnológicos, una concepción artística y estética propia, una memoria histórica colectiva propia, una organización comunitaria fundamentada en la solidaridad y el respeto a sus semejantes, y una concepción de la autoridad basada en valores éticos y morales;
- e) La autoidentificación.

3. La pluralidad de las expresiones socioculturales del pueblo maya, que incluyen los Achi, Akateco, Awakateko, Chorti, Chuj, Itza, Ixil, Jakalteco, Kanjobal, Kaqchikel, Kiche, Mam, Mopan, Poqomam, Poqomchi, Q'eqchi, Sakapulteko, Sikapakense, Tectiteco, Tz'utujil y Uspanteco, no han alterado la cohesión de su identidad.

3. Marco normativo internacional

3.1. Convenio 169³ de la OIT sobre “Pueblos indígenas y tribales en países independientes”

El convenio 169 de la OIT (1989), hace referencia al cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales albergan en su espíritu, el cumplimiento de derechos colectivos. Sobre el tema de salud, abordan lo siguiente:

Parte I. Política General. Artículo 7, inciso 2: El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los

³ El 7 de junio de 1989 emana de la conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

Parte V. Seguridad Social y Salud.

Artículo 24: Los regímenes de seguridad social, deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de la salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar al máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud, deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios, deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo, estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

3.1.2. Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, Brasil, 1992)

Señala como primer principio que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable, productiva en armonía con la naturaleza”. (p. 1)

El principio 7, hace referencia al rol del Estado en la cooperación mundial para la conservación, protección y restablecimiento de la salud y la integridad del ecosistema de la Tierra.

Estos principios coinciden con la cosmovisión y el enfoque médico maya, quienes consideran que la salud involucra además del plano físico, mental y social, los aspectos espirituales y medioambientales como promotores de la salud.

3.1.3. Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, Austria, 1993)

En la conferencia se reafirma que los derechos humanos y las libertades fundamentales, son patrimonio innato de todos los seres humanos; cuya promoción y protección es responsabilidad primordial de los gobiernos.

B. Igualdad, dignidad y tolerancia

I. Racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas de intolerancia. Poblaciones indígenas.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a la libre participación de las poblaciones indígenas en todos los aspectos de la sociedad, sin ningún tipo de discriminación, generando programas orientados al desarrollo de las poblaciones indígenas. Para ello se requiere la participación activa de la población y la creación de un foro permanente para las poblaciones indígenas en el sistema de las Naciones Unidas.

3.1.4 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994)

Entre los objetivos y las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo figuran: el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación (sobre todo de las niñas); la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad (neonatal, infantil y materna); el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual, la atención primaria en salud y salud pública.

Referente a los temas de salud se encuentran:

Capítulo VI, Crecimiento y estructura de la población

D. Los indígenas

Los indígenas tienen una visión característica y de suma importancia de las relaciones entre población y desarrollo, que suele diferir de las poblaciones con las que viven dentro de las fronteras nacionales. Deberían reconocerse las necesidades concretas de los indígenas, entre ellas las relativas a la atención primaria de la salud y los servicios de atención de salud reproductiva. En plena colaboración con las poblaciones indígenas, se deberían reunir datos sobre sus características demográficas e integrarlos en los sistemas nacionales de recopilación de datos. Es necesario respetar las culturas de las poblaciones indígenas. Las poblaciones indígenas deberían poder administrar sus tierras y se debería proteger y renovar los recursos naturales y los ecosistemas de que dependen.

Capítulo VIII, Salud, morbilidad y mortalidad

A. Atención primaria de salud y salud pública

El aumento en la esperanza de vida registrado en la mayoría de las regiones del mundo en el último medio siglo refleja progresos significativos en la salud pública y en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud. Entre los logros importantes figura la vacunación de los niños y el uso difundido de tratamientos de bajo costo, como la terapia de rehidratación oral. Sin embargo, estos logros no han beneficiado a todos los países, y las enfermedades que pueden ser prevenidas o tratadas constituyen todavía una de las causas principales del fallecimiento de niños de corta edad. Además, amplios sectores de la población de muchos países siguen expuestos al riesgo de infecciones y de enfermedades parasitarias y transmitidas por el agua. En la sección A se recomienda que se adopten medidas para aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud, y aumentar los años de vida saludable y mejorar la calidad de la vida de toda la población, así como reducir las disparidades en la esperanza de vida entre los diversos países y dentro de cada país.

En la sección A se subraya que todos los países deberían establecer el acceso a la atención primaria de salud y la promoción de la salud como estrategias centrales para reducir la mortalidad y la morbilidad. Deberían asignarse suficientes recursos para poder prestar servicios primarios de salud a toda la población. Todos los países deberían reducir la mortalidad y la morbilidad y hacer que la atención primaria de salud, incluida la atención de la salud reproductiva, estuviera al alcance de todos al finalizar el presente decenio. Los países deberían proponerse alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años, y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años. Los países con los niveles de mortalidad más elevados deberían intentar alcanzar para el año 2005 una esperanza de vida al nacer superior a los 65 años, y para el año 2015 una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años. Los gobiernos deberían lograr la participación de la comunidad en la planificación de la política sanitaria, especialmente en lo que se refiere al cuidado a largo plazo de las personas de edad avanzada, de las personas con discapacidades y de las infectadas por el VIH y otras enfermedades endémicas. Hay que garantizar a todas las personas, y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables, el acceso a los servicios de atención de salud. Los gobiernos deberían procurar que los servicios de atención primaria de salud fueran económicamente más sostenibles, y garantizar al mismo tiempo un acceso equitativo a dichos servicios.

3.1.5 Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005).

El segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del mundo (2005), ratifica las demandas planteadas en el primer Decenio Internacional llevado a cabo en 1993. El objetivo es el fortalecimiento de la cooperación internacional para afrontar los problemas de la población indígena, referentes a cultura, educación, salud, derechos humanos, medio ambiente, desarrollo social y económico.

Referente a la salud se establece:

II. Proyecto del Programa de Acción.

B. Esferas de Acción.

3. Salud

36. Se debe asegurar el acceso sin discriminaciones, amplio, comunitario y culturalmente apropiado, a servicios de atención de la salud, educación sanitaria, nutrición adecuada y vivienda. Las medidas destinadas a garantizar la salud de los pueblos indígenas se deben considerar como una cuestión colectiva y holística que incumbe a todos los miembros de las comunidades e incluye dimensiones físicas, sociales, mentales, ambientales y espirituales.

37. Se insta a todos los agentes pertinentes a que apoyen y lleven a la práctica la recopilación y el desglose de datos sobre los pueblos indígenas, haciendo especial hincapié en los niños indígenas, incluidos los lactantes, basados en criterios relativos al origen étnico, la pertenencia a una colectividad cultural o tribal y el idioma. Además, se debe asegurar la difusión e información sobre esos datos con el mayor alcance posible entre los pueblos indígenas, las autoridades regionales y locales y otros interesados.

38. Se recomienda que se lleven a cabo consultas regionales y locales con los pueblos indígenas a fin de integrar adecuadamente a los curanderos indígenas, los conceptos indígenas y la comprensión de la salud, el bienestar, la curación, las afecciones y enfermedades, la sexualidad y el parto, así como los sistemas de salud tradicional en las políticas, directrices, programas y proyectos llevados a cabo durante el Decenio. Se deberá tener en cuenta la capacitación y el empleo de personas indígenas calificadas, con inclusión de mujeres indígenas, para elaborar, gestionar, administrar y evaluar sus propios programas de atención de la salud.

39. Se insta a todos los actores pertinentes a que garanticen el acceso de los pueblos indígenas, y especialmente de las mujeres, a la información relativa a su tratamiento médico, y a que garanticen su consentimiento libre, previo e informado respecto del tratamiento médico. Las investigaciones sanitarias sobre las comunidades indígenas o que afecten a ellas también deben respetar su consentimiento libre, previo e informado, que puede involucrar sus derechos de propiedad intelectual. Los investigadores, sean académicos o del sector privado,

deben practicar la transparencia en lo tocante a los posibles beneficios económicos de toda investigación o conocimiento de prácticas curativas indígenas.

3.1.6 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas (2007).

Artículo 1: los indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos.

Artículo 2: los pueblos y personas indígenas, son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ninguna discriminación en el ejercicio de sus derechos que está fundada, en particular, en su origen e identidad indígena. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

Artículo 7:

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.
2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo de vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos, y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

Artículo 21:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.
2. Los Estados, adoptarán medidas eficaces y cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones

económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

Artículo 22:

1. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas en la aplicación de la presente Declaración.
2. Los Estados adoptarán medidas, junto con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra las formas de violencia y discriminación

Artículo 23: los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el espacio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

3.1.7 Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023.

Las estrategias actuales responden a las demandas realizadas en las estrategias de medicina tradicional 2002-2005.

Existe un reconocimiento del uso incremental de la medicina tradicional complementaria a nivel mundial, por lo que se requiere la elaboración de un

enfoque de salud coherente e integral de la atención de salud. Esta estrategia busca promover la integración, reglamentación y supervisión de la medicina tradicional complementaria –MTC-, teniendo como pilares 4 objetivos:

- Política: se busca la integración de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional.
- Seguridad, Eficacia y Calidad: esto mediante la ampliación de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad.
- Acceso: mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la medicina tradicional, especialmente el acceso a personas pobres.
- Uso racional: promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional, entre profesionales y usuarios.

La Organización Mundial para la Salud –OMS- define la medicina tradicional como los “conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”. (p. 15)

Además incorpora el término de medicina complementaria o medicina alternativa, haciendo referencia a las prácticas en salud que no necesariamente forman parte de la tradición y que tampoco se encuentran totalmente integradas al sistema de salud predominante.

Finalmente, emplea el término de medicina tradicional complementaria, como el amalgama de las dos prácticas anteriores.

Las estrategias buscan el reconocimiento legal y político de la medicina tradicional, reconociendo su rol legítimo, la función histórica que han tenido para satisfacer las demandas de la población, así como el reconocimiento de sus prácticas particulares, los profesionales de la salud que existen en la medicina tradicional y sus productos medicinales.

Este enfoque busca el involucramiento de los gobiernos, los planificadores de sistemas y los profesionales sanitarios, con el objetivo de beneficiar a las

personas que buscan una atención apropiada y sobre todo con pertinencia cultural.

Para llevar a cabo el marco legal nacional e internacional respecto a la construcción de un modelo médico con pertinencia cultural y basado en las necesidades de la población que asiste; se requiere de un proceso de formación continua por parte de los profesionales de la salud, en donde la formación inicial juega un rol fundamental, esto lleva a la cuestionante ¿Qué profesionales de la salud se requieren en la actualidad y cuál debería ser su formación inicial?. Se parte de la formación inicial universitaria, como el enlace entre los futuros profesionales de la salud y la sociedad, lo cual busca que el diseño curricular y el perfil del egresado sea coherente con las demandas actuales.

4. Formación universitaria: educación médica.

La Federación Mundial de Educación Médica (WFME), en la Declaración de Edimburgo en 1988, establece que el objetivo de la educación médica es “formar médicos que promuevan la salud de toda persona”, esto implica que el contenido curricular, tenga íntima relación con las prioridades nacionales de salud, asegurando el logro de la competencia profesional y los valores sociales, y no solamente la retención y recuperación de la información. Esto conlleva a que los maestros tengan un rol como educadores y no solamente “expertos en contenidos”; la formación debe enfocarse en la promoción de la salud y la enfermedad, procurando la integración de la educación en la ciencia y la práctica médica; para ello el aprendizaje debe basarse en la solución de problemas tanto en ambientes clínicos como comunitarios; esto con el fin de incluir una mayor conciencia social.

Esta declaración, reclama el compromiso de todos los actores involucrados en el cumplimiento de la salud como derecho, pero sobre todo, la realización de programas curriculares que generen profesionales de la salud con responsabilidad social.

Este enfoque de la formación médica, fue ratificado en la Declaración de Edimburgo en 1993. En esta declaración se exige que la educación médica

genere habilidades pertinentes a las necesidades de la atención médica y de la comunidad, es decir, que lo aprendido sea aplicado de forma útil y coherente con las necesidades del país. Para cumplir con este objetivo, se requiere de una formación académica contextualizada, así como la participación activa de las escuelas de salud en el desarrollo del sistema de salud nacional, de tal manera que se construyan modelos de salud equitativos, efectivos y accesibles para todos.

Se recalca el papel del estudiante en su propia educación ya que “los estudiantes de hoy son los profesores del mañana”, por lo que su participación en la planificación y programas de estudio, así como el proceso de enseñanza-aprendizaje, es vital.

En cuanto a los profesores, se recalca la necesidad de elaborar programas para elevar la experiencia docente y las capacidades de comunicación, generando estrategias y métodos de enseñanza y aprendizaje activos, centrados en el estudiante. Estas estrategias deben estar basadas en la competencia y en correspondencia con las necesidades locales del personal de salud, esto con el fin de generar médicos con alto rendimiento académico y científico, pero también, médicos más humanos, competentes en el contexto local, con aprendizajes pertinentes a la realidad, logrando comunidades mejor atendidas.

4.1 Declaración mundial sobre la educación superior (Paris, 2009).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura –UNESCO- (2009), realiza la declaración mundial sobre la educación superior. Esta declaración, surge a raíz de una serie de la primera declaración mundial realizada en 1998⁴. La primera declaración reflejaba el trabajo de una década, el cual expresaba la necesidad de una educación para todos, una educación pertinente ante los cambios tecnológicos y sociales que caracterizó a esta década y la necesidad de generar profesionales con responsabilidad social y transformadores de la realidad.

⁴ Esta declaración refleja el sentir y la declaración realizad en seis conferencias regionales previas: Cartagena de Indias, Macao, Dakar, Nueva Delhi, Bucarest y El Cairo.

La declaración mundial sobre la educación superior, reconoce los cambios sociales que han acontecido en los últimos años y como estos se relacionan con la necesidad de formar profesionales con competencias aptas para los cambios que las sociedades y el proceso de globalización requieren. Por un lado la sociedad marca la tendencia de la construcción de sociedades del conocimiento, por lo que la formación superior y la investigación juegan un rol principal en el proceso de desarrollo socioeconómico, incluyendo el desarrollo cultura y ambiental. Ante estos desafíos, las sociedades contemporáneas requieren profesionales que puedan adecuarse a las necesidades nacionales así como a los cambios internacionales. En esta reflexión se evidencia la necesidad de formar profesionales/ciudadanos con valores sociales, éticos y morales e incluso espirituales; esto con el fin de fomentar la solidaridad, la equidad e igualdad de condiciones.

Ante este panorama surgen retos y desafíos en el ámbito educativo en cuanto a la promoción de una educación integral. Esto implica la corresponsabilidad de la sociedad, instancias educativas y principalmente un rol activo de la población estudiantil y del personal docente.

Se espera una educación superior basada en el contexto, generando capacidad de análisis, conocimiento útil y la promoción de la educación y la formación continua, empleables en el pluralismo y la diversidad cultural que caracteriza a las sociedades actuales.

Ante estas necesidades, se reconoce la responsabilidad pública de la educación superior, la cual debe reflejarse en sus contenidos culturales, basados en la ética y la responsabilidad social. Esto implica un profundo análisis respecto a la misión y visión de la educación superior; ya que la se insta a su eficiencia y eficacia social, evitando el reduccionismo economicista ligado al individualismo como revalorización de su fuerza de trabajo, inmersos en un sistema de reproducción de la vida mercantil.

Para cumplir con este planteamiento, se insta a los centros de educación superior, en el desempeño de sus funciones primordiales (investigación, enseñanza y servicio a la comunidad), centrarse en las competencias interdisciplinarias,

promoviendo el pensamiento crítico y la ciudadanía activa, contribuyendo así al desarrollo sostenible, la paz y el bienestar, así como su rol principal en el cumplimiento de los derechos humanos, entre ellos, el acceso a la educación para todos, la equidad y la igualdad entre los sexos.

Esto genera competencias sólidas para afrontar un mundo marcado por la incertidumbre, pero también construyen una ciudadanía activa, dotada de principios éticos, y comprometidos con la construcción de la paz, y los valores de la democracia. En la declaración también se resalta la autonomía académica como un requisito indispensable para que los establecimientos de enseñanza los puedan cumplir con su cometido gracias a la calidad, la pertinencia, la eficacia, la transparencia y la responsabilidad social.

Esto llevado a la práctica requiere que los actores principales del proceso (docentes, egresados, estudiantes y autoridades) interactúen de forma tal, que les permita construir espacios de consensos sobre la asignación de los recursos educativos, la política de calidad educativa que requiere el proceso de enseñanza aprendizaje, acompañada de un política de desarrollo docente congruente con los objetivos establecidos por todos los actores y con las limitaciones que los recursos imponen. Su análisis (construcción del diseño curricular) es importante para conocer como actúan y responden los actores educativos en un contexto de incertidumbre social, generado por el proceso de globalización dentro de la sociedad de conocimiento.

4.2 Proyecto Tuning en América Latina

Según la Universidad de Deusto (2007), el 29 de junio de 1999 se llevó a cabo, en Río de Janeiro (Brasil), la primera Cumbre entre los Jefes de Estado y de Gobierno de América Latina y el Caribe y la Unión Europea. La cumbre tuvo como objetivo la elaboración de un entendimiento político, económico y cultural entre las dos regiones desarrollando una asociación estratégica entre ambas regiones. Como resultado, se declaran entre otros enunciados, el compromiso para una relación sólida en la esfera educativa, cultural y humana, resaltando que la educación, es factor importante en el logro de la igualdad social y el progreso

científico y tecnológico así como la formación profesional de los trabajadores de todas las edades y puedan aprovechar las oportunidades de empleo.

En el año 2002, se realiza la IV Reunión de seguimiento del Espacio de Enseñanza Superior UEALC, llevada a cabo en la ciudad de Córdoba (España); en dicha reunión surge la propuesta de elaborar un proyecto similar al de Europa para América Latina, el cual se desarrolla a partir del 2003.

El proyecto fue denominado: Alfa Tuning; este retoma los conceptos básicos y metodología del proyecto Tuning en Europa, enfocándose en cuatro líneas de acción:

1) Competencias genéricas y específicas:

Las competencias genéricas, buscan identificar atributos compartidos en cualquier titulación y que son considerados importantes por la sociedad.

Las competencias genéricas para América Latina son:

- Capacidad de abstracción, análisis y síntesis.
- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- Capacidad para planificar y organizar el tiempo.
- Conocimiento sobre el área de estudio y profesión.
- Responsabilidad social y compromiso ciudadano.
- Capacidad de comunicación oral y escrita
- Capacidad de comunicación en un segundo idioma
- Habilidades en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación
- Capacidad de investigación
- Capacidad de aprender y actualizarse permanentemente
- Habilidades para buscar, procesar y analizar información procedentes de fuerzas diversas
- Capacidad crítica y autocrítica
- Capacidad de actuar en nuevas situaciones
- Capacidad creativa
- Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas

- Capacidad para tomar decisiones
- Capacidad de trabajo en equipo
- Habilidades interpersonales
- Capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes
- Compromiso con la preservación del medio ambiente
- Compromiso con su medio socio-cultural
- Valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad
- Habilidad para trabajar en contextos internacionales
- Habilidad para trabajar de forma autónoma
- Capacidad para formular y gestionar proyectos
- Compromiso ético
- Compromiso con calidad

Las competencias específicas, se relacionan con cada área temática; están específicamente relacionadas con el conocimiento concreto de la profesión; se definen también como destrezas y habilidades relacionadas con las disciplinas académicas y son las que confieren identidad y consistencia a los programas.

En cuanto a la carrera de medicina, se establecen 63 competencias específicas, enfocadas en la capacidad de:

- Capacidad para llevar a cabo la práctica clínica
- Capacidad para proveer atención médica de urgencias
- Capacidad para prescribir medicamentos
- Capacidad para comunicarse en su ejercicio profesional
- Capacidad para realizar procesos diagnósticos y terapéuticos
- Capacidad para identificar los factores determinantes en los procesos de salud-enfermedad
- Capacidad para el uso de la evidencia en la práctica médica
- Capacidad para el uso de la información y sus tecnologías efectivamente en un contexto médico
- Capacidad para aplicar los principios éticos y legales en la práctica de la medicina

- Capacidad para trabajar efectivamente en los sistemas de salud

2) Enfoques de enseñanza, aprendizaje y evaluación:

Este enfoque implica la traducción de las competencias genéricas y específicas en actividades concretas dentro del proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación; enfocándose en los resultados del aprendizaje, vinculados a la evaluación cuantitativa y cualitativa.

3) Créditos académicos:

Se reflexiona sobre la vinculación de las competencias con el trabajo del estudiante, su medida y conexión con el tiempo calculado en créditos académicos.

4) Calidad de los programas:

Se refiere a la necesidad de integrar nuevas formas de enseñanza y aprendizaje por parte de los profesores, lo cual implica también diferentes métodos y criterios de evaluación.

Como puede observarse en las demandas educativas de la educación superior y las demandas específicas a la formación médica; se enfatiza la necesidad de la construcción de un conocimiento científico útil para la transformación social. Esto implica un posicionamiento político y social de las universidades ante las demandas actuales, por lo que su misión y la revisión curricular, se transforman en factores claves. La importancia que reviste el estudio curricular, dentro de un contexto universitario, va asociada, al análisis de la instrumentalización que se le da a la educación superior en torno a la construcción de las políticas educativas que la rigen y el ejercicio pleno de su autonomía. Los cambios que se generan tienen una epistemológica de base y permite el desarrollo del conocimiento. Esta instrumentalización, va ligada a perspectivas diferentes, planteando este proceso desde una funcionalidad tanto para la sociedad, como para los profesionales egresados. La percepción es que el curriculum no solo abarca (o debería de abarcar) la definición de los contenidos, sino que se relaciona con el contexto socio-cultural, socio-histórico y socio-económico del país y del contexto internacional.

Esta visión del qué hacer de la educación superior, requiere del análisis e incorporación de las experiencias vividas en el aula y fuera de ella, pero

analizadas dentro de la institución escolar. Es en definitiva, una acción curricular que busca comunicar los rasgos fundamentales del propósito educativo, construido a partir de la toma de decisiones compartidas, continuadas y sistemáticas, con una visión prospectiva de la realidad social, es decir un currículo basado en la praxis social.

Como construcción social, permite la disposición de la riqueza cultural al compartir y difundir los conocimientos generados a lo largo de la historia, y al mismo tiempo, manifiesta las complejas relaciones que existen en la sociedad y el conocimiento.

Ante esta visión educativa, las universidades de inspiración católica han generado serias reflexiones teóricas así como propuestas concretas de la praxis educativa.

4.3 Universidades de Inspiración Católica y su rol en la Educación

Para Kolvenbach (2000), el principal objetivo de la formación de las Universidades de inspiración católica, es formar a los mejores para el mundo, esto implica dos aspectos fundamentales: fe y justicia, entendiendo la fe en el proceso educativo, como la formación de seres humanos que no vivan para sí mismos, sino para Dios y Cristo, seres humanos que no conciban el amor a Dios sin amor al hombre, principalmente a los menos favorecidos, es decir lo que engloba la expresión griega “Diakonia fidei”. La promoción de la justicia, está asociada a la justicia del evangelio que es un sacramento de amor y misericordia, viviendo para las necesidades de la realidad social y transformándolas a favor de las mayorías, encarnándose entre los pobres intelectualmente, para ser ciencia de los que no tienen voz. Por esa razón, se busca elevar el nivel educativo (academia, tecnología, competencias), sin olvidar que se educa a la persona completa en la solidaridad para con el mundo actual, esto se logra mediante la acción social en la pastoral universitaria, que fomenta la compasión inteligente, responsable y activa.

Los docentes comprometidos con la fe y la justicia social, deben buscar que los alumnos lleguen a ser personas de calidad humana, ciudadanos comprometidos y grandes profesionales, viendo su desarrollo de manera íntegra, construyendo una

pedagogía integral e integrada, orientada de modo personalizado al alumno para que sea capaz de enfrentarse a las necesidades de las sociedades actuales. Se debe generar la investigación como parte del aprendizaje, generando un diálogo interdisciplinar que promueva la reflexión, que analice la realidad de manera integral, que proponga y transforme realidades.

Los alumnos deben ser conscientes de las diversas realidades, teniendo un espíritu útil, espíritu de justicia, espíritu humanista y espíritu de fe. El espíritu útil es aquel que mediante la academia y la investigación, quiere resolver los problemas sociales, especialmente los de los más pobres; defendiendo los derechos universales, generando una justicia a nivel individual y social y también a nivel local y global integrando en este espíritu de justicia, la justicia medioambiental, la dimensión de género y la convivencia humana en un mundo multicultural/intercultural, descubriendo las huellas de Dios por todas partes, generando un espíritu humanista, consciente, competente, compasivo y comprometido; viviendo un espíritu de fe desarrollando paciente y apasionadamente las utilitas, la justicia y las humanitas, es decir “utilidad, justicia y humanidad”, trabajando en el espíritu humano y la capacidad de amar. En las condiciones del mundo actual, el fenómeno de la globalización, el mercado y la postmodernidad, las universidades requieren de mayor colaboración y formación personal y social, buscando un mundo más equilibrado y solidario, conscientes de las diversas realidades de tal manera que se construyan personas para una libertad de verdad responsable. (Kolvenbach, 2000).

4.4. Universidades Jesuitas. Retos de la enseñanza superior

El objetivo actual de la compañía de Jesús (totalmente compatible con las universidades de inspiración católica), fue claramente definido por el jesuita Diego de Ledesma en el siglo XVI, quien propuso cuatro razones primordiales, las cuáles hoy con algunos matices y acorde al contexto, se mantienen: 1. Se busca facilitar a los estudiantes los medios que necesitan para desenvolverse en la vida, es decir, la excelencia académica. 2. Contribuir al recto gobierno de los asuntos públicos, educando hombres y mujeres para que lleguen a ser buenos ciudadanos y buenos dirigentes. 3. Enaltecer las potencialidades y los logros del

intelecto humano como complemento necesario a la fe. 4. Fortaleza de la religión y la perspectiva cristiana a nivel de la educación superior como un medio que encamina a Dios. (Kolvenbach:2001).

Bajo esta concepción los medios (naturaleza, capital, ciencia y tecnología), no deben anteponerse a los fines del saber y no deben convertirse en un instrumento de poder sino de servicio; tampoco se deben priorizar las necesidades de la industria y el mercado, por lo que las ciencias deben generar mayor conciencia, mejor progreso y mayor humanidad, subrayando la prioridad por la profundidad del trabajo intelectual comprometiéndose en serio con el estudio y la investigación, en donde la investigación científica y de manera continua, sea asociada a los problemas, siendo un puente entre la teoría y la práctica que proponga un equilibrio entre las ciencias técnicas y humanísticas, que genere equidad y no desigualdad, que proponga una economía social sostenible, un conocimiento transformador que incida en la opinión pública y la gobernanza, que promueva enfoques interculturales e interreligiosos, generando nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje en donde los avances científicos y tecnológicos sean una herramienta para la toma de conciencia y la responsabilidad social.

Los valores que en este enfoque se promueven son: la humildad y la constancia, el aliento a grandes deseos e ideales, la cercanía con los discípulos, el descubrimiento de lo mejor de cada persona, al enseñanza con el propio comportamiento y actitud. Teniendo una proyección internacional, amalgamando ciencia y sabiduría; generando una conciencia común Uni-versidad, una imagen que no pierda nunca la sensibilidad e ilusión por la verdad. (Nicolás, 2010)

Además se plantea algo importante: la fe, la verdad y la ciencia no son estáticas, cada generación tiene que recrear la fe, recrear el proceso, recrear las instituciones, pues si se pierde la capacidad de recrear, se pierde el espíritu. Se debe reflexionar constantemente sobre el fin de la Educación Superior de las Universidades de Inspiración Católica, su misión y ministerio, basándose en el fin que las originó: ayudar a moldear un mundo más humano, justo, lleno de fe y sostenible, siempre “ a la mayor gloria de Dios”. (Nicolás, 2011).

Para llevar a cabo este proceso, las universidades Jesuitas, han construido una pedagogía basada en la fe y profundamente humana, a esta pedagogía se le ha denominado: Paradigma pedagógico Ignaciano –PPI-.

Esta pedagogía se centra en el rol activo del estudiante, la constante auto-crítica y el conocimiento de la realidad nacional e internacional en la cual se encuentra inmersa el proceso educativo. Su objetivo es formar a las personas de forma integral, abarcando la inteligencia, la voluntad, la memoria y la sensibilidad; esto con el fin de formar profesionales con consciencia social que prioricen la justicia y la equidad.

Para generar profesionales co-constructores de sociedades más justas y solidarias, el PPI se basa en cinco pasos: Contexto, experiencia, reflexión, acción y evaluación. Este punto se analizará a la luz de las expectativas del estudiante landivariano de medicina (Pastoral Fe y Alegría 2003).

4.5. Universidad Rafael Landívar. Educación médica.

La Facultad de Ciencias de la Salud fue fundada el 01 de julio de 1998 y en el año 2005 pone a disposición de la sociedad guatemalteca la carrera de Licenciatura en Medicina.

De acuerdo al proyecto de aprobación de la carrera de la Licenciatura en Medicina (2004), la carrera de medicina, , está encaminada a la construcción de una sociedad y de un profesional con competencias y cualidades específicas. Las expectativas en este caso son:

a) Propósito

Formar médicos y médicas con excelencia científico- técnica para trabajar con humanismo por la salud de la población guatemalteca, en un marco de principios y valores comprometidos con la equidad, interculturalidad, calidad e integralidad de la atención.

b) Énfasis

El Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, busca la excelencia personal y profesional de sus egresados. Para ello se basa en una concepción integral de la salud, el cual se considera un bien de las personas, las familias y su contexto social. En la formación de competencias del médico (a)

landivariano (a), se enfatizan los aspectos clínicos de diagnóstico y tratamiento así como los de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con particular atención a la epidemiología, y a la heterogeneidad social y étnica del país.

El servicio educativo se enfoca en cuatro pilares fundamentales: servicio, docencia, investigación, gerencia, integrando como campo de estudio la realidad de salud de país, su causalidad y la respuesta a los problemas identificados.

c) Misión

Dar respuesta a las necesidades de salud del país a través de formar recurso humano, realizar investigación y dar apoyo técnico-científico a instituciones y comunidades, todo con excelencia guiados por los principios de ética, equidad, justicia social, solidaridad e interculturalidad, para impactar positivamente sobre la situación de salud de Guatemala.

d) Visión

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar es una entidad acreditada; participa activamente en el ámbito académico, político y social de Guatemala, genera proyectos de desarrollo en el marco de la producción social de la salud y forma recursos humanos capaces de incidir en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, así como en la producción de conocimiento a través del desarrollo de investigación, considerando la dimensión biológica y social de la salud.

e) Énfasis del Egresado

“El Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud busca la excelencia personal y profesional de sus egresados. Para ello se basa en una concepción integral de la salud, la cual se considera un bien de las personas, las familias y su contexto social. En la formación de competencias del médico (a) landivariano (a), se enfatizan los aspectos clínicos de diagnóstico y tratamiento, así como los de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con particular atención a la epidemiología y a la heterogeneidad social y étnica del país. El proceso educativo se enfoca en cuatro pilares fundamentales: servicio,

docencia, investigación y gerencia, integrando como campo de estudio la realidad de salud del país, su causalidad y la respuesta a los problemas identificados”.

f) Perfil de Egreso del Estudiante de Medicina de la Universidad Rafael Landívar

El diseño del perfil del egresado constituye uno de los componentes fundamentales dentro de la etapa de planificación del proceso. Su objetivo fundamental es la previsión de las competencias del egresado, orientado o en dependencia de la demanda económico-social, o bien orientado a formar al profesional competente en su campo de calificación. Para el caso de Medicina el perfil establece:

- Atención médica individual, familiar y poblacional de alta calidad.
- Desarrolla una práctica profesional ética, con equidad y excelencia profesional.
- Integra en su práctica profesional aspectos curativos, de promoción y de prevención.
- Se mantiene actualizado en el desarrollo científico de la medicina, la salud y sus determinantes.
- Toma en consideración las necesidades de salud del país, de la familia y del paciente.
- Es competente para optar a especialidades y posgrados de su interés (nacionales y extranjeros).

Como puede observarse, la visión de sociedad y del perfil del médico landivariano, coincide con las exigencias nacionales e internacionales establecidas tanto en el marco legal, como en las declaraciones respecto a la educación médica.

Para el caso que aquí compete, las cualidades y competencias fundamentales son: el servicio, promoción de la salud y prevención de la enfermedad basados en las necesidades del país, de las familias y el paciente; el desarrollo de una práctica profesional ética, con equidad y excelencia profesional, la contextualización de la práctica médica, lo cual implica el reconocimiento del trabajo con grupos étnicamente distintos y con diversas concepciones y prácticas del proceso de salud y enfermedad.

Para que el estudiante landivariano sea este profesional transformador de la realidad y constructor de la justicia y el desarrollo social, se requiere por un lado la aplicación consciente del PPI en el proceso formativo, y una currícula coherente con esta misión.

Según el plan de estudios, (2015) existen una serie de cursos encaminados al reconocimiento de la salud como un derecho, el trabajo de la salud bajo un enfoque ético y transformador de la realidad (basados en una inspiración ignaciana y católica), la contextualización, el reconocimiento de la diversidad cultural y su relación con la construcción de un modelo con pertinencia cultural y cursos teóricos y prácticos encaminados al conocimiento y desarrollo de un modelo incluyente de salud –MIS-.

A continuación se presentan los cursos que reflejan aspectos fundamentales para la construcción de un modelo incluyente:

Tabla No.1
Cursos Asociados a la construcción
de un modelo de salud ético, contextualizado e incluyente.

No.	Nombre del Curso	Semestre	Créditos Teóricos	Créditos Prácticos
1	Pensamiento Ignaciano y Landivariano	Primero	2	
2	Salud en las culturas y etnias de Guatemala	Primero	4	
3	Fundamentos de la salud Pública créditos teóricos	Primero	4	
4	Interacción comunitaria I	Primero		2
5	Epidemiología de la salud y enfermedad en Guatemala	Segundo	4	
6	Antropología de la salud	Segundo	4	
7	Interacción comunitaria II	Segundo		8
8	Interacción comunitaria III	Tercero		8
9	Introducción a la Ética	Tercero	2	
10	Medio ambiente y salud	Cuarto	4	
11	Interacción comunitaria IV	Cuarto		8
12	Investigación Epidemiológica	Quinto	2	
13	Bioética I	Quinto	4	
14	Interacción comunitaria V	Quinto		8
15	¿Quién fue Jesús de Nazaret?	Sexto	4	
16	Interacción comunitaria VI	Sexto		8
17	Bioética II	Octavo	2	
18	Programa medicina comunitaria	Décimo Tercero		82
	Total		36	124

Fuente: Elaboración propia según revisión del Plan de Estudios de la carrera de medicina 2016.

Como puede observarse en el plan de estudios, existe a lo largo de la carrera una visión ética, con responsabilidad social, contextualizada y enfocada a la comprensión de las necesidades actuales del país, basadas en el compromiso del estudiante landivariano y coherentes con la visión del perfil del egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En esta investigación se indaga sobre la pertinencia del contenido del curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala”, su aporte en la construcción del médico landivariano con ética, consciente de la realidad, conocedor de otros modelos médicos implementados legítimamente por la ciudadanía, principalmente la población indígena y como punto central de la construcción de un modelo incluyente de salud.

4.6. Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala

Este curso aborda dos aspectos importantes en la formación integral del estudiante de medicina. Por un lado se le pondrá en contacto con información que les permita visualizar la diversidad lingüística y cultural que caracteriza nuestro país y que enmarca las especificidades de las concepciones de la salud enfermedad y los sistemas médicos correspondientes, en tanto construcciones sociales. Por otro lado, se les brindará herramientas para poder desarrollar investigaciones de tipo cualitativo que les permita abordar, interpretar y explicar las realidades sociales en las que se enmarcan los procesos de salud-enfermedad.

Objetivo General:

Al finalizar el curso, el estudiante manejará información general sobre la diversidad étnica y lingüística en Guatemala. En dicho contexto, conocerá los marcos conceptuales que sustentan la interpretación de la salud-enfermedad tradicional en nuestro país y tendrá los conocimientos básicos sobre la metodología de la investigación que le permitan actualizar su conocimiento sobre éstos y otros temas desde un enfoque cualitativo.

Objetivos específicos:

Al finalizar el curso el o la alumna:

1. Conocerá diferentes definiciones del concepto de salud.
2. Podrá definir los conceptos de raza, cultura y etnia.

3. Identificará a nivel espacial la ubicación general de las diferentes comunidades lingüísticas oficialmente reconocidas en Guatemala.
4. Manejará información básica sobre las diferentes etnias que conviven en el país (Mayas, Garífunas, Xincas y Mestizos entre otras).
5. Habrá adquirido los conceptos teóricos sobre la medicina tradicional, en Guatemala.
6. Manejará información general sobre diferentes *enfermedades tradicionales (Folk)* en Guatemala.
7. Habrá adquirido conceptos teóricos sobre la metodología de la investigación cualitativa, que le serán de utilidad en el marco del curso: Interacción Comunitaria 1.
8. Será capaz de integrar el aspecto teórico y metodológico de la investigación para proponer un modelo explicativo de la enfermedad.

Contenido:

El curso plantea la combinación de los aspectos teórico y metodológico para abordar los temas de salud-enfermedad en el contexto nacional.

En ese sentido, el aspecto teórico brindará las bases para poder hacer un análisis crítico de los estudios de caso que se presentarán a lo largo del curso. Por su parte, el aspecto metodológico pretende brindarle al estudiante herramientas para poder abordar, interpretar y explicar las diversas realidades sociales.

Es importante notar, que en las ciencias sociales, los métodos de investigación suelen dividirse en dos grandes grupos: Los primeros tienen un fuerte carácter numérico, se interesan profundamente en el análisis de la distribución, repetición, generalización o predicción de los hechos sociales. Los segundos ponen más énfasis en la perspectiva de los actores (perspectiva *Emic*) y el análisis contextual en el que ésta se desarrolla, centrándose en el significado de las relaciones sociales. En este curso se abordará el enfoque cualitativo que corresponde al segundo paradigma.

A través de los elementos mencionados, el curso analizará información sobre las creencias, teorías, prácticas y recursos de la medicina tradicional en Guatemala.

Temática:

- I. Guatemala, geografía e historia.
 - Introducción a la disciplina
 - Geografía de Guatemala.
 - División política de la República de Guatemala
 - Historia de Guatemala
 - Origen de los idiomas Maya
 - Ubicación geográfica de las comunidades lingüísticas
- II. Algunos criterios de clasificación de los grupos humanos.
 - Definición del concepto de raza.
 - Definición del concepto de cultura.
 - Definición del concepto de etnia.
- III. Introducción a la Antropología.
 - La antropología como disciplina social
 - a. Relativismo cultural
 - b. Etnocentrismo
 - c. El ser humano desde una perspectiva integral.
 - d. La utilidad de la Antropología en el tema de salud-enfermedad
 - e. Perspectivas Emic / Etic
- IV. Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales – Investigación cualitativa
 - Observación
 - Observación participante
 - Conversaciones, entrevistas
 - Informantes clave
 - El método genealógico
 - Historia de vida
- V. Etnología de Guatemala.
 - a. Generalidades sobre la cultura Maya, Xinca, Garífuna, Ladina.
- VI. Sistemas etnomédicos-estudios de caso – Medicina tradicional (*Folk*)
 - a. Sistema Médico Maya

- b. Cosmovisión Maya
- c. Conceptos de Salud y Enfermedad desde la cosmovisión Maya
- d. Ojo
- e. Mollera Caída
- f. Susto
- g. Empacho

Se busca un proceso dinámico del curso, de tal manera que los contenidos y su aplicación práctica sea útil en cursos como interacción comunitaria y fundamentos de la salud pública, para ello se requiere una revisión constante entre la teoría que el curso ofrece, el marco nacional e internacional que determina las necesidades actuales de la formación médica, así como el análisis de las necesidades de salud a nivel local.

Las sociedades actuales presentan necesidades concretas en salud. Como se observa en el marco nacional e internacional existe una apuesta a la construcción de modelos de salud que incorporen el enfoque étnico en salud, respetando los derechos colectivos y brindando una atención de calidad con pertinencia cultural. En este sentido las universidades de inspiración católica y universidades jesuitas, responden a estas demandas mediante la formación de profesionales de la salud conscientes de la realidad nacional e internacional, generadores de equidad y preparados para transformar la realidad. En la Universidad Rafael Landívar, la formación médica incluye una serie de cursos enfocados a generar estas competencias tanto a nivel teórico como práctico. Estos cursos implican una revisión constante, ya que las sociedades son dinámicas, su cosmovisión se transforma con los cambios nacionales y globales y esto debe reflejarse en los cursos enfocados a la relación teoría-práctica con miras a transformar la realidad actual.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hablar de salud y de “un modelo de salud” implica un análisis que las ciencias de la salud y el sistema biomédico, por sí solos, no pueden cimentar. Las ciencias sociales, principalmente la Psicología, la Sociología, la Antropología y la Epidemiología Sociocultural, han hecho evidente la importancia del acercamiento a los diversos grupos culturales y étnicos que viven, y en otros casos conviven, en el mismo espacio geográfico para la construcción de un modelo de salud acorde a las necesidades epidemiológicas, culturales y cosmogónicas de la población bajo la cual se construye. El concepto de salud, sus condicionantes y la construcción de un modelo, requiere de un acercamiento a la población, a sus creencias, sus estilos de vida, su sistema médico ancestral y sus creencias sobre la enfermedad y la muerte. La inclusión de la cosmovisión de la población en la construcción de un modelo de salud, permite un abordaje pertinente de las culturas implicadas, así como la calidad de la atención que la población recibe.

En la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar, se busca que los estudiantes y futuros profesionales de la salud, desarrollen una atención médica de alta calidad tomando en consideración las necesidades de salud del país, desarrollando una práctica profesional ética, con equidad y excelencia profesional. Para ello, la facultad se basa en una concepción integral de la salud, la cual se considera un bien de las personas, las familias y su contexto social. En la formación de competencias del médico landivariano, se enfatizan los aspectos clínicos de diagnóstico y tratamiento, así como los de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, con particular atención a la epidemiología y a la heterogeneidad social y étnica del país. El proceso educativo se enfoca en cuatro pilares fundamentales: servicio, docencia, investigación y gerencia, integrando como campo de estudio la realidad de salud del país, su causalidad y la respuesta a los problemas identificados. El diseño curricular busca la formación del profesional que la sociedad necesita y dado que la sociedad es dinámica y cambiante, la sistematización de estos cambios y la incorporación a cursos de índole social, permiten mantener la coherencia entre la teoría y la práctica que afrontan los estudiantes. Los cambios y las mejoras al

curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala”, permitirá a los estudiantes contar con herramientas para el abordaje integral de los pacientes, cumpliendo con la promoción y la construcción de un modelo incluyente de salud.

Para conocer la utilidad del curso en la práctica profesional supervisada, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de los estudiantes de medicina, durante la Práctica Profesional Supervisada sobre la utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala ?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Establecer la percepción de los estudiantes de medicina, durante la Práctica Profesional Supervisada sobre la utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala.

2.1.2. Objetivos específicos

- Describir las necesidades académicas de los estudiantes al interactuar con poblaciones de diferentes etnias.
- Identificar los beneficios y áreas de mejoras o modificaciones que requiera el curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en la práctica profesional supervisada.
- Elaborar una propuesta del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala que responda a las necesidades de los estudiantes de medicina durante su práctica profesional supervisada.

2.2 Definición de las variables de estudio

2.2.1. Definición conceptual

Utilidad del curso.

Utilidad:

Se define como el provecho, la conveniencia, el interés o fruto que se obtiene de algo (Real Academia Española, 2014).

2.2.2 Definición Operacional

Utilidad del curso:

Para fines de la presente investigación, la percepción de la utilidad del curso se evidenció a través del conocimiento, aplicación y experiencia de los contenidos

por parte de los estudiantes del curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala”, a través de los siguientes indicadores:

Tabla No.1
Categorías y Subcategorías.

Categoría	Subcategorías
<p>Utilidad Se medirá a través de la relación entre los conocimientos teóricos y su relación con la práctica profesional, es decir, el aporte que el curso da al abordaje terapéutico con pacientes pertenecientes a diversas culturas. Se preguntará directamente si los contenidos del curso han sido útiles en su práctica profesional.</p>	<p>Contenido y Aplicación Se medirá a través de preguntas directas sobre la funcionalidad del contenido en la práctica profesional y se triangulará la información con el resto de preguntas enfocadas a la práctica profesional pero íntimamente relacionadas al contenido y aplicación del curso.</p>
<p>Etnia Se medirá conociendo los diversos grupos étnicos con los cuales trabajan los PPS, y la influencia de su cosmovisión y cultura en la relación médico-paciente.</p>	<p>Cosmovisión Se considerará como cosmovisión las creencias que cualitativamente describan los estudiantes de PPS de los grupos étnicos con los cuales trabajan. Para ello es importante comprender los factores culturales que incorporan en la comprensión de un modelo de salud.</p> <p>Cultura Se medirá a través de las características principales de los grupos étnicos con los cuales trabajan los PPS (creencias, costumbres, sistema médico que emplean, etc).</p>
<p>Salud Se medirá a través de la concepción de los diversos grupos étnicos con los cuales trabajan los PPS. Por ejemplo, a diferencia del modelo biomédico, en algunas etnias mayas, las enfermedades pueden ser de índole sobrenatural, como el mal de ojo, las cuales son atendidas por terapeutas tradicionales.</p>	<p>Terapeutas tradicionales Se medirá la vinculación que tienen con el sistema médico y su relevancia a nivel comunitario, así como sus funciones principales en el abordaje de la salud. Se identifican como terapeutas tradicionales a los trabajadores de salud reconocidos por la propia comunidad en que viven, tales como: comadronas, curanderos, hueseros, sobadores, chayeros, sacerdotes mayas, etc. Se les preguntará qué terapeutas trabajan en las comunidades donde ellos realizan su práctica profesional.</p> <p>Enfermedades tradicionales Se medirá por medio de la referencia de los pacientes como motivo de consulta. Es decir, se preguntará si existen enfermedades tradicionales en los grupos étnicos que atienden. Desde la cultura maya se comprende la salud como un desequilibrio del cosmos, tales como empacho, mollera caída, mal de ojo.</p>
<p>Interculturalidad en salud Se medirá a través del abordaje de la salud desde la interculturalidad, cómo lo comprenden los PPS y cómo lo llevan a la práctica, si existen estrategias específicas para la construcción de un modelo incluyente de salud.</p>	<p>Sistema médico maya y Trabajo integral con pertinencia cultural. Una vez corroborada la existencia de terapeutas tradicionales, se preguntará si existen alianzas, intercambios de conocimientos y formas de integración de ambos modelos de salud, o los retos y desafíos para llevarlo a cabo.</p>

2.3 Alcances y límites

El alcance de este estudio, fue identificar los contenidos teóricos útiles del curso Salud en las culturas y etnias de Guatemala, en la práctica profesional supervisada que realizan los estudiantes, así como las mejoras o incorporaciones que puedan hacerse al mismo; esto con el fin de validar los contenidos, analizar el vínculo entre teoría y práctica profesional supervisada.

El estudio se realizó desde la experiencia de los estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad Rafael Landívar que estaban realizando su práctica profesional supervisada comunitaria en el 2015.

La información y resultados obtenidos serán validos únicamente para los estudiantes de medicina de la URL, que hayan cursado la asignatura objeto de estudio.

2.4 Aporte

La presente investigación es un aporte al país, ya que la validación de los contenidos del curso, a partir de la sistematización de la interacción de los estudiantes con la población en la que realizan su práctica profesional, genera un acercamiento a la comprensión de las necesidades de las diversas culturas que cohabitan en Guatemala generando recursos útiles para la construcción académica y la aplicación de un modelo incluyente de salud, el cual beneficia a la construcción de una sociedad más equitativa y una atención de calidad en salud con pertinencia cultural.

Como universidad, se promueven los valores ignacianos caracterizados por el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos, a ser empáticos con otras realidades y comprometidos con la transformación social, principalmente con la población menos favorecida; por lo que cursos como este que aportan información teórica aplicable a la práctica profesional, ratifican los valores ignacianos reflejados en la construcción del contenido y la metodología implementada, generando profesionales conscientes de la realidad nacional y comprometidos con la construcción de un modelo incluyente de salud.

La universidad y la Facultad de Ciencias de la Salud, se consideran entes activos en el ámbito académico, político y social de Guatemala; por lo que se espera que

los estudiantes/ciudadanos, aporten y den respuestas a las necesidades de salud de Guatemala, basada en el contexto, mediante su alta formación académica, su formación humana, abordando y transformando positivamente todos los niveles de atención en salud y considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud, por lo que se espera que este curso sea el promotor de la construcción de una sociedad más justa, más equitativa e intercultural.

En cuanto a los estudiantes de medicina, la renovación y actualización del contenido del curso, serán de beneficio para la validación y mejoras del mismo, posibilita un acercamiento a la realidad desde la academia, generando un compromiso intelectual y útil en la práctica profesional supervisada, pero también en su construcción humana, sensible y consciente de la cosmovisión de las diversas culturas con las cuales interactúan, siendo respetuosos de las creencias culturales de los diversos grupos étnicos que coexisten en el país.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para la presente investigación, el grupo de sujetos estuvo conformado por los estudiantes inscritos en el primer ciclo del año 2015, que estaban en el sexto año de la carrera cursando su práctica profesional supervisada comunitaria en la licenciatura en medicina.

Se tomó en cuenta a toda la población. Las y los estudiantes seleccionados, fueron los que estaban realizando su práctica profesional supervisada comunitaria en el municipio de Fraijanes y en Santo Tomás, Suchitepéquez; tanto hombres como mujeres. El total de estudiantes que participaron fueron trece, dos estudiantes no pudieron asistir por razones personales.

En este estudio se utilizó un muestreo de orientación por conveniencia, ya que por el poco tiempo que se tiene para el desarrollo de la investigación se buscaron los participantes más factibles para poder entrevistar, pero además, la muestra fue de casos tipo, pues los participantes eran específicamente de la licenciatura de medicina, que estuvieran en sexto año cursando la práctica profesional supervisada comunitaria.

A continuación se presentan las características de los sujetos, según la información proporcionada por la Facultad de Ciencias de la Salud.

Cuadro No.1
Facultad de Medicina
Estudiantes de Práctica Profesional Supervisada
Fraijanes y Suchitepéquez 2015.

Ciclo	Jornada	Lugar de PPS	Estudiantes Femenino	Estudiantes Masculino	Total
2015	Única	Fraijanes, Guatemala	5	0	5
2015	Única	Sto. Tomás la Unión, Suchitepéquez	5	5	10
		Totales	10	5	15

3.1.2. Características del Grupo Focal

Lugar: Santo Tomás la Unión, Suchitepéquez

Fecha: 27 de noviembre de 2015

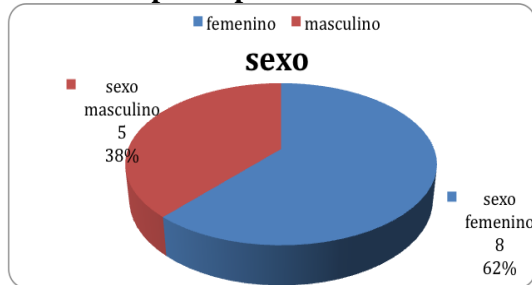
Participantes: Estudiantes de PPS. Total de estudiantes que asistieron: 13 (8 mujeres y 5 hombres)

Duración: la actividad tuvo una duración de 1:30 horas.

Consentimiento verbal: se solicitó su consentimiento para la grabación de la actividad.

Gráfica No.1

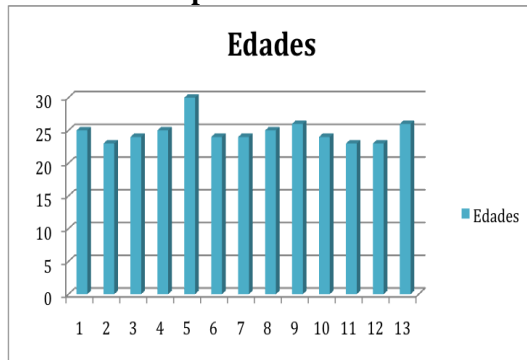
Sexo de los participantes



El 38% de los participantes fueron mujeres y el 62% hombres. Siendo un total de 5 hombres y ocho mujeres.

Gráfica No. 2

Media del Grupo Focal



El total de estudiantes que participaron en el grupo focal fueron 13, siendo 5 hombres y 8 mujeres. Las edades oscilaban entre 30 y 23 años, siendo la media 24.5 años.

Gráfica No. 3

Tipo de comunidad con la que trabajan.



El 100% de los estudiantes se identifican como pertenecientes a la etnia ladina. Debido a los lugares donde los estudiantes realizan su práctica profesional, se les preguntó si hablaban algún idioma maya, xinca o garífuna. De los 15 estudiantes, el 100% refiere que no domina ningún idioma de otro grupo étnico de la población guatemalteca.

3.2. Instrumentos

Para la recopilación de la información, se utilizó la técnica de grupo focal, la cual consiste en una entrevista grupal, donde tanto el investigador como los individuos forman un esquema o perspectiva del problema a tratar. (Sampieri, Fernández y Baptista 2006). Para la realización del grupo focal, se empleó una guía de tópicos semiestructurada, es decir, el conductor presenta tópicos que deben tratarse, aunque tiene la libertad para incorporar tópicos nuevos que surjan durante la sesión (Sampieri, et al. 2006)

En la realización del grupo focal, se debe considerar que los participantes tengan una experiencia específica u opinión sobre el tema de investigación. Para ello se requiere de la selección de los informantes y la elaboración de un guión de preguntas con los tópicos a desarrollar, de tal forma que permita la exploración de la experiencia subjetiva de los participantes. La entrevista debe contar con los siguientes criterios:

- Amplitud: las preguntas deben estar estructuradas de tal forma, que posibiliten la amplitud de las respuestas de los participantes.
- Especificidad: deben estar vinculadas al objeto de estudio.
- Profundidad: debe generar que las respuestas profundicen en aspectos cognitivos, significativos, emotivos y evaluativos del problema a abordar.
- Contexto personal: la entrevista debe traer a colación las experiencias previas de los entrevistados en relación al tema que se está abordando (Merton, Fiske y Kendall, 1998).

Con base en lo anteriormente descrito, la entrevista a utilizar fue una entrevista semi-estructurada, la cual estuvo conformada por 11 preguntas abiertas, las cuales tuvieron como objetivo principal, establecer la utilidad del curso “Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala” en estudiantes de licenciatura en medicina que realizaban la práctica profesional supervisada.

La entrevista se elaboró de acuerdo a los elementos de estudio e indicadores, y las preguntas abordaron las áreas de cultura, etnia, características culturales de la población atendida, terapeutas tradicionales que trabajan en la localidad,

enfermedades tradicionales que los pacientes refieren como motivo de consulta, el trabajo que se realiza de manera conjunta y como esta información se relaciona con el curso anteriormente mencionado.

Dadas las características de un grupo focal, las preguntas se realizaron abiertamente esperando la participación crítica y analítica de todos los asistentes.

Las preguntas se agruparon en las siguientes categorías y subcategorías:

Tabla No. 2
Objetivos, categorías y subcategorías
De investigación.

No	Concepto u Objetivo	Categorías/ subcategorías	Preguntas Relacionadas
1	Etnia	Cultura Cosmovisión	P3. ¿Las personas con las cuales trabajan a qué grupos étnicos pertenecen? P4. ¿Creen que influye la cultura en la atención al paciente? O ¿Influye el modelo cultural en la relación médico-paciente? ¿Cómo?
2	Salud	Terapeutas mayas Enfermedades tradicionales	P5. ¿A qué terapeutas tradicionales han conocido en el pps, y cuál es la labor que realizan? P6. ¿Cómo perciben el trabajo que los terapeutas realizan? P7. Dentro de los motivos de consulta, ¿cuáles son las enfermedades tradicionales que refieren los pacientes?
3	Interculturalidad en salud	Sistema médico Sistema médico maya Trabajo integral con pertinencia cultural	P8. ¿Realizan un trabajo en conjunto para brindarle una atención con pertinencia cultural al paciente? ¿Cómo lo realizan?
4	Utilidad del curso.	Contenido Aplicación	P1. ¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario? P2. ¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario en cuanto a la atención clínica, las visitas familiares y su interacción con grupos organizados de la comunidad? P9. ¿Consideran importante que estos conocimientos sean impartidos en un curso? ¿Por qué? P 10. ¿Qué otros aspectos podrían profundizarse dentro del curso? P11. ¿Qué temas concretos podrían incluirse dentro del curso?

La validación del instrumento se realizó por medio del juicio de tres expertos, tanto en el campo de investigación, como en medicina y antropología.

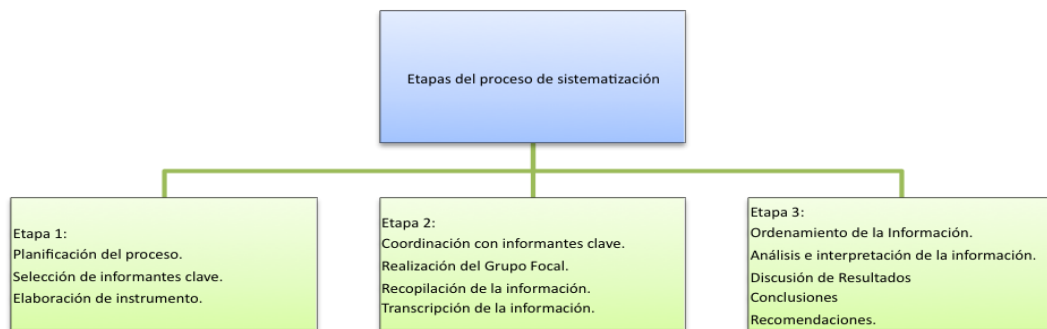
3.3 Procedimiento

El procedimiento, se llevó a cabo de la siguiente forma:

- Se solicitó la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud, específicamente a la directora de Interacción Comunitaria, ya que los estudiantes de 6to. año que realizaban la práctica profesional supervisada, se encontraban bajo su supervisión.
- Una vez se obtuvo la autorización, se informó a los catedráticos responsables de la supervisión de los estudiantes, para contar con su apoyo en cuanto a la convocatoria y apoyo logístico.
- Se solicitó a la facultad el apoyo para requerir un salón, teniendo una fecha ya consensuada con los catedráticos y estudiantes, preferentemente el día que es asignada la reunión de PPS, autorizaron la realización en la casa del estudiante en Santo Tomás la –unión, Suchitepéquez.
- El día del evento, se empleó la guía de entrevista y se solicitó su autorización para grabar la actividad. La actividad tuvo una duración aproximada de 1:30 horas.
- Al finalizar la actividad del grupo focal, se realizó una transcripción de la información, identificando variables o temáticas principales.
- Se trabajó el análisis de los resultados, a través la identificación de categorías y subcategorías, las cuales presentan extractos de la transcripción y análisis del mismo.
- Se desarrolló la discusión de resultados, en la que se confrontaron las teorías de autores y de los estudios de los antecedentes con los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Se presentaron las conclusiones y recomendaciones del estudio.
- Se elaboró la propuesta de informe.
- Se integró el informe final de investigación.

A continuación se presentan las etapas del proceso de sistematización, iniciando por el proceso de planificación, búsqueda de informantes clave recopilación y ordenamiento de la información (dividida en objetivos, categorías y subcategorías de la investigación) y vaciado de la información.

Etapas del Proceso de Sistematización de la Información



Breve descripción de las etapas para la realización del trabajo de campo.

Etapa de planificación: Durante esta etapa se establecieron los objetivos del trabajo de campo, se coordinó con el equipo docente de los cursos de interacción comunitaria; se establecieron reuniones previas para explicar el objetivo de la actividad, solicitar el contacto con los PPS, y la realización del trabajo de campo.

Etapa de Recopilación de la información: por primera vez se realizó un intercambio de experiencias entre los estudiantes que realizan su práctica profesional supervisada en las comunidades de Fraijanes y los estudiantes ubicados en los diversos centros de salud ubicados en la Boca Costa de Sololá. El punto de reunión fue la casa del estudiante ubicada en Santo Tomás la Unión.

Etapa de Transcripción y ordenamiento de la información: posteriormente se realizó la transcripción literal de la información, y el ordenamiento de la información por categorías y subcategorías.

Durante el proceso de planificación, se concluyó que los informantes clave serían los estudiantes que realizaban la Práctica Profesional Supervisada, debido a que como estudiantes landivarianos que recibieron el curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala”, podían vincular el contenido del curso con la praxis médica, su utilidad en un contexto concreto, así como los vacíos que se pudieran tener, por un lado en cuanto al contenido del curso y por otro lado, la brecha temporal entre el curso y el PPS.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología

El tipo de investigación utilizado en el presente estudio es cualitativa. “El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006 p.8). En el enfoque cualitativo, se evalúa el desarrollo natural de los fenómenos, no existe manipulación respecto a la realidad (Corbeta, 2003), citado en (Sampieri, Fernández y Baptista 2006).

Para procesar los resultados, se realizó una transcripción literal de la información proporcionada, y posteriormente se realizó un cuadro de identificación de categorías y subcategorías asociadas al objeto de estudio, las cuales servirán para el análisis de la información y presentación de resultados.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Presentación de Resultados

La investigación buscó identificar, la cosmovisión, creencias y saberes de las comunidades, especialmente lo concerniente al proceso de salud-enfermedad y su aplicación en la vida cotidiana. Esto permite un acercamiento cualitativo a la relación entre cosmovisión, salud y el contexto jurídico-cultural sustentado en el marco legal. Indagar sobre las prácticas de salud donde se lleva a cabo esta práctica profesional por parte de los estudiantes landivarianos, ha permitido una mirada crítica al curso “salud en las culturas y etnias de Guatemala”, y la relación de su contenido con las prácticas comunitarias actuales.

Para llevar a cabo este acercamiento entre teoría-práctica, se realizó un grupo focal con 13 estudiantes de PPS (8 mujeres y 5 hombres) quienes realizaron su práctica profesional supervisada en el año 2015. La actividad se llevó a cabo en la casa del estudiante ubicada en Santo Tomás la Unión, Suchitepéquez, teniendo una duración de aproximadamente 1:30 horas.

Los estudiantes que participaron, realizaron su PPS en Mazatenango, Bocacosta de Sololá y Fraijanes.

A partir de la información obtenida, se llevó a cabo la transcripción literal y posteriormente se realizó el procesamiento y análisis de la información.

Para ello, se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Establecer la utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en estudiantes de medicina que realizan la práctica profesional supervisada.

Objetivo del Grupo Focal:

Identificar los beneficios y áreas de mejoras o modificaciones que requiera el curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en relación a las necesidades actuales en salud referidas por los estudiantes.

Con base en lo anterior se realizaron las siguientes preguntas

Tabla No. 3
Categorías y subcategorías de investigación.

Categorías	Subcategorías	Preguntas Relacionadas	Respuestas
Etnia	Cultura	P3. ¿Las personas con las cuales trabajan a qué grupos étnicos pertenecen?	<p>“la población de aquí es quiché, casi todos solo hablan en su idioma, por eso el trabajo y apoyo de las enfermeras es tan importante”</p> <p>“ que la población solo hable su idioma, es una barrera para nosotros, porque cuando estamos con ellos, las enfermeras son las que traducen, y a veces uno explica un montón o ellos hablan un montón y la traducción es muy corta, entonces nos queda la duda de si realmente se está traduciendo todo lo que decimos”</p> <p>“en nuestro caso las personas con las que trabajamos son ladinos, pero ellos también creen en las comadronas y en las enfermedades tradicionales”</p>
	Cosmovisión	P4. ¿Creen que influye la cultura en la atención al paciente? O ¿Influye el modelo cultural en la relación médico-paciente? ¿Cómo?	<p>“sí, porque para ellos las personas que curan las enfermedades son los terapeutas mayas, para ellos es la primera opción, porque las enfermedades como el hechizo o el mal de ojo, solo los curan ellos, entonces confían en lo que ellos realizan, y cuando no se curan, es cuando llegan al puesto de salud”</p> <p>“es muy influyente la creencia de la gente, pero creo que es la actitud que uno tiene, por ejemplo en un caso, me quedé una hora hablando con el padre de familia explicando la importancia de las vacunas, porque se ponían a cierta edad, porque no dejaba que le hiciéramos el control prenatal a su esposa, y ella no nos hablaba porque tenía miedo de que su esposo la fuera a regañar y así ha ocurrido con muchas de las embarazadas que he atendido, y entonces hay que tomarse el tiempo para poderles explicar, incluso tengo la oportunidad de tener el ipad y uso libros, imágenes, para que ellas entiendan el proceso y vean que no es tan complicado... lo que pasa es que las vecinas se comentan entre sí y si a la vecina le pasa algo, la gente no quiere que le pasa eso, y ellas comentan casos y uno les tiene que explicar que no siempre pasa eso, entonces si es de tener paciencia, acercarse y explicarles”</p> <p>“al principio no nos tenían confianza, y preferían ir con el terapeuta maya o en todo caso con la auxiliar de enfermería, pero cuando ellas les explicaban que nosotros estábamos para ayudar a la comunidad, y aceptaban que las tratáramos, poco a poco nos fueron teniendo confianza, y ahora hasta ellas dicen “quiero que me atienda la doctora”, la verdad es de respetar y de irse acercando poco a poco para ir generando confianza”</p>

Categoría	Subcategorías	Preguntas Relacionadas	Respuestas
Salud	Terapeutas mayas. Enfermedades tradicionales	P5. ¿A qué terapeutas tradicionales han conocido en el PPS, y cuál es la labor que realizan?	<p>“en las comunidades en donde estamos, los más conocidos son las comadronas que tienen como diez funciones, y también los curanderos, en algunos casos por la religión también consideran que estas enfermedades las cura el pastor”</p> <p>“al menos en nuestro caso son las comadronas y los curanderos, pero también los sacerdotes mayas, ellos curan a los pacientes de las enfermedades tradicionales y también realizan oraciones”</p> <p>“en nuestro caso, conocimos a un paciente de cáncer hepático, y ellos creían en el pastor, entonces llegaba gente a orar a su casa, creo que una vez a la semana o él iba a la casa del pastor y luego fue a nuestro puesto, pero la enfermedad ya estaba avanzada y lo referimos y le explicamos lo grave de su enfermedad, pero igual nos dijo gracias y fue otra vez con el pastor”</p> <p>“yo creo que lo que sucede es que hay cierta confianza ya intrínseca entre la población y los terapeutas, y sus papás ya han padecido lo mismo, y si por ejemplo mi abuelita me dice que él es bueno y que él me va a curar pues voy con él, pero en los casos que ellos dicen que es hechizo no hemos visto cura, son casos sumamente graves, donde el paciente se muere, entonces es complicado, pero ellos creen en lo que les dicen, pero en estos casos no hemos visto curación”</p> <p>“en el caso de Fraijanes se trabaja con las comadronas, ellas además curan, existen personas tal vez no consideradas terapeutas tradicionales, pero sí miembros de la familia, como las abuelitas u otras personas que realizan tratamientos”</p> <p>“en Fraijanes lo que más vemos son comadronas, y aunque tal vez no hay tantos terapeutas tradicionales, si están las mismas creencias y que la gente ha aprendido a curarlas de generación en generación, son las abuelitas las que les enseñan y lo van transmitiendo, supongamos el empacho, lo tratan con masajes, con pan tostado y aceite, yo he visto que les ponen trapos con ajo y apazote que se los envuelven en el estómago, entonces vemos que sí hacen estas cosas y la gente sí cree en este tipo de enfermedades, y nosotros, o yo les intento explicar, por ejemplo cuando el susto está relacionado con la diabetes se les explica la enfermedad y se les da el tratamiento, pero se les respetan sus creencias... con lo de los ganchos, yo le pregunté porqué los tenía y ella me explicó que era para prevenir cualquier enfermedad, entonces es de respetar, incluso uno puede aprender bastante, porque incluso si no se respeta, uno sabe que el paciente no va a comprar la medicina, entonces al aprender uno puede recetar más medicinas tradicionales y que ellos vean que uno también tiene la apertura y confían más, incluso hemos aprendido de la utilidad de los tes, como el té de moringa que sabemos que sí es beneficioso, le aconsejamos que lo utilice junto con su medicina, entonces debemos intentar ser más abiertos e incluso preguntarles para que se sientan bien e incluso uno puede aprender algo siempre”</p> <p>“en nuestro caso también hay comadronas, curanderos, también hay hueseros, sacerdotes, guías espirituales y profetizas”</p>
		P6. ¿Cómo perciben el trabajo que los terapeutas realizan?	<p>“el trabajo es bueno, no vamos a generalizar, pero en nuestro caso hay nueve comadronas, y hemos tenido la dificultad de que algunas veces no refieren a tiempo o intentan hacerlo ellas solas, aunque en las capacitaciones se les ha enseñado a identificar signos de peligro, entonces hemos tenido esa dificultad con más de alguna de las comadronas de la</p>

		<p>comunidad”</p> <p>“pero es necesario trabajar integralmente, pero por lo que yo he entendido es que el problema es que ellas cobran por los partos atendidos y como el ministerio no les paga nada por la atención que brindan, creo que el principal problema es ese... porque hay una comadrona de 70 años que el único ingreso que tiene es ese, y como en su caso la mayoría que le llegaban eran primerizas, pues ella ya no puede atender, entonces el problema es ese”</p> <p>“yo quería compartir que al menos en nuestro caso con las comadronas de las comunidades, aunque estamos en la capital, siempre hay comadronas que atienden partos, incluso hay comadronas no certificadas, pero yo veo como ventaja que somos nosotros los que les damos las capacitaciones y entonces eso nos permite tener más comunicación con ellas, que ellas sepan qué es solo que pueden hacer, cómo lo pueden hacer, cómo actuar y hasta donde actuar, porque si se han logrado prevenir casos de riesgo, porque a pesar de que estamos en la capital, siempre existen cuestiones culturales que no podemos romper”.</p> <p>“yo si reconozco el trabajo que las comadronas realizan, para mí tienen la sabiduría en sus manos, y hay muchas cosas que podemos aprender de ellas, hemos visto casos en donde el bebé tenía una mala postura y cuando las madres regresan, el bebé está en la postura correcta, y ha sido porque han ido con las comadronas a que las soben, y les ha funcionado, para mí sí es importante compartir e intercambiar experiencias con ellas”.</p>
	<p>P7. Dentro de los motivos de consulta, ¿cuáles son las enfermedades tradicionales que refieren los pacientes?</p>	<p>“hemos encontrado varias enfermedades tradicionales, por ejemplo aquí lo que más refieren es el hechizo y el mal de ojo”</p> <p>“por ejemplo cuando llegan con nosotros la refieren por hechizo, porque se llevaron mal con algún familiar o con alguna otra persona y que han tenido una mala relación, por lo que esto les ha provocado un hechizo que conlleva una enfermedad que lleva bastante tiempo, y cuando el terapeuta maya ha hecho todo pero no les ha brindado una solución, es cuando deciden asistir al puesto, pero siempre ha sido así, van primero con el terapeuta y es hasta cuando el terapeuta no es capaz de resolverles o brindarles la ayuda necesaria, asisten al puesto como último recurso, como algo que solo les va aliviar los síntomas, pero creen que no les va a curar el hechizo o no les va a curar la enfermedad que ellos tienen”</p> <p>“en Fraijanes vemos mucho el empacho, principalmente en los niños y otra enfermedad muy común es el susto, para ellos del susto devienen todo el resto de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, por ejemplo una señora me dijo que ella no podía llorar porque de niña le dio susto y que por eso ella estaba así”</p> <p>“también hemos visto casos de mal de ojo, de mollera caída, la gente cree mucho en eso, cuando llevan a los niños vemos que están llenos de pulseritas rojas para prevenirlo y cosas así, incluso mis embarazadas me llegan con ganchos de ropa cuando hay eclipse”.</p> <p>“lo que hemos visto es que también preparan.. como les dicen ellos... tomas, entonces hemos visto que para varios casos de enfermedades tradicionales, las familias les preparan tomas, incluso han llegado al centro de salud, a pedir alguna planta para las tomas y se les da”</p> <p>“ en nuestros casos también hemos visto eso, porque como no tenemos medicamentos, no tenemos antibióticos, no tenemos</p>

			<p>nada, también hacemos uso de las plantas medicinales, por ejemplo para la lactancia materna cuando llegan se les da ixbut, o para resfriados o enfermedades respiratorias, se les da menta o se les da eucalipto, entonces nosotros tenemos ya preparados o les damos plantas, y esto nos ha servido mucho para establecer una confianza con ellos, esto ha sido muy importante, porque acá no hay nada, ni pastillas para el dolor de cabeza, y lo que hay que resaltar es que nosotros al ver esta realidad, nos hemos unido para traer medicamentos, para traer muestras y ellos ya lo reciben, la unión es importante definitivamente”</p>
--	--	--	---

Categoría	Subcategorías	Preguntas Relacionadas	Respuestas
Interculturalidad en salud	Sistema médico Sistema médico maya Trabajo integral con pertinencia cultural	P8. ¿Realizan un trabajo en conjunto para brindarle una atención con pertinencia cultural al paciente? ¿Cómo lo realizan?	<p>“Sí, yo quisiera resaltar que esto es muy importante para ir rompiendo las barreras que aún existen, porque por ejemplo cuando nosotros estábamos en el hospital no creíamos que realmente existiera todo esto, acá nosotros rompemos esa barrera y aprendemos a trabajar en forma conjunta con los terapeutas y los guías espirituales, esto nos ha permitido ganar campo con todas las personas de la comunidad...”</p> <p>“acá sucede muchas veces que cuando nos llevan al paciente y necesitamos hablar con las familias, no nos atienden ellos, debemos explicarle primero al guía espiritual, es como el intermediario, porque en muchos casos la familia le da como la autoridad y él es el que habla con nosotros...nosotros tuvimos un paciente con una patología hepática, y tuvimos que hablar con el guía espiritual para que autorizara que nosotros pudiéramos evaluar al niño, porque esa es su costumbre, ellos confían a ciegas en ellos, ellos le entregan su vida a ellos, definitivamente ellos son el intermediario, pero a lo que voy es que nosotros hemos logrado romper esas barreras y sí se ha logrado trabajar en conjunto, siempre respetando esto, nosotros en esa ocasión, hablamos con el guía espiritual y le mencionamos el caso y con mucho respeto le pedimos poder evaluar al niño, que nosotros lo único que queríamos era poder ayudarlo y él nos dio la opción de poder evaluarlo, y lo que pasó es que al final estuvieron el papá, la mamá y el guía espiritual, y el caso era grave y les recomendamos que tenía que ser referido a un nivel superior (hospital), pero ellos no querían, quería que fuera tratado sólo por el guía espiritual, entonces nosotros les hablamos y le propusimos trabajar en conjunto, que nosotros los íbamos a tratar con nuestros conocimientos y que a la vez el guía espiritual orara, hiciera todo lo que tenía que hacer, mientras nosotros lo ayudábamos en un hospital y que entonces iba a ser mucho mejor, y al final ellos aceptaron y se logró darle el tratamiento.</p> <p>La verdad ellos llegaron con el diagnóstico de hechizo, y la verdad al principio nosotros nos molestamos por las creencias de ellos, fuimos a visitarlos he íbamos molestos, porque la verdad después de estar 3 años en el hospital uno se cree que lo sabe todo y al final en estos momentos nos damos cuenta que lo que necesitamos es enlazarnos con ellos y trabajar en equipo, y el enojo se borra, porque uno respeta, al final el guía espiritual llegó al centro a agradecernos, y cuando respetamos y trabajamos con ellos, con los curanderos y con las comadronas en equipo nos ha funcionado, y con eso se han podido salvar muchas vidas, la verdad”</p> <p>“en nuestro caso quizá la principal barrera ha sido con las comadronas, porque ellas sí están certificadas, entonces tienen que ir todos los meses a recibir la capacitación y en nuestro caso, ellas saben que en los casos de las primerizas tienen que ser referidas al puesto de salud, y allí ellas las revisan y nosotros las revisamos y se les da la atención, pero hemos tenido el problema de que algunas comadronas se vuelven renuentes a recibir las capacitaciones y a cumplir con la normativa que se tiene de este trabajo en conjunto entre las comadronas y servicio de salud, entonces sí han tratado primerizas y hemos tenido complicaciones de parto prolongado por eso mismo, y en este caso han sido las comadronas las que empiezan a generar problema en la misma comunidad y empiezan a alejar al personal de salud, alegando que a ellas ni les pagan y que porqué tienen que estar haciendo eso si ellas ya saben y ya tienen la confianza con la paciente, y hemos tenido dificultad con eso, pero tenemos que encontrar el modo de entablar una buena comunicación, no</p>

			<p>sólo con la comadrona sino con la comunidad de la comadrona y con las embarazadas de la comunidad, porque ellas aunque saben le dicen a uno que prefieren tener el parto en su casa porque en el centro de salud “las van a cortar” , entonces es de resolver de los dos lados, y lo que hemos hecho es hablar con los COCODES de la comunidad para que ellos sirvan de intermediarios, pero no siempre se ha logrado”</p> <p>“en nuestro caso hemos hablado directamente con las comadronas con el apoyo de las auxiliares para darnos a entender y ha funcionado bien”.</p> <p>“lo que nosotros tenemos son reuniones trimestrales con los terapeutas, con las comadronas más que todo, y en nuestro caso hemos tenido hasta 30 terapeutas tradicionales que llegan al centro de salud a recibir la capacitación, y nosotros tenemos muy buena relación con ellos, porque solo de ellos son 12 comadronas, incluso en el centro de salud han realizado ceremonias mayas y tenemos buena comunicación con ellos, por ejemplo yo les hablé sobre seguridad alimentaria, y realmente hacían muchas preguntas, participaban, querían saber que le podían decir a las personas, incluso para ellos y para sus hijos, entonces realmente con nosotros la relación gracias a Dios ha sido muy buena y no hemos tenido ningún problema, nunca hemos tenido un caso en donde les digan a la gente que no vayan con nosotros sino todo lo contrario”</p> <p>“en mi comunidad hay 8 comadronas y la mayoría han tenido muy buena comunicación con nosotros, por ejemplo tuvimos un caso de una hemorragia post-parto y como el parto fue en su casa, fuimos a atender a la paciente y todo salió bien, pero realmente fue gracias a la comadrona que avisó a tiempo y la paciente estaba bien, aunque no quiso después le referencia hospitalaria, y en algunos casos si hemos tenido dificultad con algunas comadronas, por ejemplo en mi comunidad ha habido 6 muertes perinatales y ha habido 3 por prematuridad y 3 por atención en el parto, y esto ha sido porque no las han referido y las personas confían, si ellas les dicen que sí pueden atender el parto, entonces ellas confían”</p> <p>“yo siento que también es el idioma, porque cuando damos las capacitaciones no sabemos si han entendido bien, incluso cuando ellas tienen preguntas no sabemos qué están preguntando en realidad, entonces el idioma si es una gran barrera, porque si no nos sabemos comunicar con ellas, no sabemos si ellas realmente nos están entendiendo o no”</p> <p>“además muchas pacientes prefieren ser atendidas en su casa, entonces no es solo responsabilidad de ellas, son muchas cosas las que se deben analizar y abordar”</p> <p>“incluso en el CAP se cuenta con la atención de parto vertical, y se les avisa a las comadronas para que las pacientes tengan esa opción, aunque aquí prefieren el parto horizontal, si existe esa opción en el CAP”</p>
--	--	--	--

Categoría	Subcategorías	Preguntas Relacionadas	Respuestas
Utilidad del curso.	Contenido Aplicación	P1. ¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario?	<p>“la verdad ha sido una experiencia muy interesante, no solo por compartir con mis compañeros sino el trabajo en las comunidades, ha sido muy interesante poder conocer otras realidades del país y darse cuenta del trabajo que realiza la universidad, porque otros estudiantes de medicina de otras universidades no tienen la misma oportunidad”</p> <p>“yo pensaba que nada más era ir a un centro a un puesto de salud y que prácticamente era solo eso, pero realmente involucra muchas actividades con mis compañeros, con la comunidad, con los auxiliares de enfermería, nosotros tenemos en este caso la oportunidad de estar siempre con un auxiliar de enfermería a la par porque ellos nos facilitan la traducción del idioma, porque acá la mayoría si no es que en todas las comunidades con las que estamos el idioma que hablan es el quiché, entonces es bien difícil mantener una comunicación con alguien y no digamos dar una consulta a alguien que no habla el mismo idioma, y ha sido una experiencia al menos en lo personal muy bonita, porque ya manejamos intercultural, género, el derecho a la salud, realmente lo que vamos viendo durante todos los años de universidad, realmente ahora lo llevamos a la práctica, nos damos cuenta que ser un PPS no es sólo atender un puesto de salud, sino implica caminar grandes distancias, ir a visitar grupos comunitarios, atender embarazadas, puérperas, recién nacidos, ir a visitar enfermos crónicos, he implica involucrar otros aspectos como el idioma, la cultura principalmente, para mí es salir de la burbuja, aunque nosotros también estuvimos en Fraijanes, el estar acá (Suchitepéquez y la boca costa de Sololá) nos abre los ojos y nos damos cuenta que la realidad es otra, Guatemala en los centros de salud y puestos de salud no tiene medicamentos, y que venga un paciente y que no diga que tiene dolor de cabeza y ni siquiera tenemos medicamento para el dolor de cabeza es realmente preocupante y nos damos cuenta que nosotros tenemos todo, tenemos acceso a todo, mientras que las personas tienen que caminar hasta 4 o 5 horas para llegar a un puesto de salud, las limitaciones de acceso que estas personas tienen, eso ha sido una gran experiencia”</p> <p>“realmente para nosotros ha sido una gran experiencia, incluso pensar que ya nos tenemos que ir es difícil, porque ya nos habíamos encariñado con las comunidades, con todos, con el personal, con las personas que están cerca del centro de salud, con las personas que visitamos y vamos a atender y darnos cuenta que nosotros teníamos cierta base, el doctor cuando venimos nos hizo como un pretest y ahora nos damos cuenta de muchas cosas que vimos en la universidad y que en un principio cuando estábamos estudiando no nos dimos cuenta de porqué las recibíamos, no veíamos porqué eran tan útiles y que ahora nos damos cuenta de que realmente si lo son, nos damos cuenta de lo importante que es un puesto de salud para una comunidad porque vemos que la confianza que la población tiene con nosotros, ahora nos damos cuenta que la salud pública, es ver aspecto como la medicina familiar, conocer a la comunidad, porque en el hospital los vemos como casos aislados y aquí nos damos cuenta de todo lo que implica que una persona esté enferma para una familia, y como estamos también aquí hemos visto como la cultura es muy importante, porque aquí hay mucha medicina maya, tienen muchas creencias basadas en su cultura, y son creencias que tal vez para nosotros no son las ideales, pero hay que respetarlas y tenemos que saber trabajar con eso, y es ir poco a poco moldeando nuestra forma de pensar y esto ha sido muy bonito”</p>

			<p>“el respetar las creencias de ellos genera confianza y creo que nos benefició mucho el hecho de la relación que tenemos con nuestros auxiliares y que nosotros tuvimos una mente abierta, no creer que nosotros somos los que sabemos todo, sino que existen otras posibilidades y otras explicaciones, y no intentar cambiar su forma de pensar sino ayudarlos nosotros en lo que pudiéramos”</p>
		<p>P2.¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario en cuanto a la atención clínica, las visitas familiares y su interacción con grupos organizados de la comunidad?</p>	<p>“como nosotros no hablamos quiché, al principio fue muy difícil poderse comunicar con una persona o poderle decir el diagnóstico o que ellos nos explicaran lo que sienten, entonces nuestro apoyo es el auxiliar y a veces uno ve que hablan tanto los pacientes y lo que le dicen a uno es tan poco, que a veces uno siente que no le dicen las cosas tal como son, esa es la barrera, el no entender o no poder hablarlo, y hemos aprendido algunas frases o palabras y cuando ellos nos explican, igual no les podemos entender”</p> <p>“aquí hemos tenido el apoyo de los auxiliares, y hacemos visitas a las comunidades, a las familias, eso nos ha permitido poder comprender más lo que implica el que una persona esté enferma, porque no es solo eso, es mucho más, es entender y conocer lo que ellos entienden por salud, por enfermedad, es al principio muy complicado, pero muy interesante, el reto es saber respetar y poder trabajar de la mano”</p>
		<p>P9. ¿Consideran importante que estos conocimientos sean impartidos en un curso? ¿Por qué?</p>	<p>“la verdad es que sí es muy importante, lo malo es que estos temas se dan cuando estamos en primero y en ese momento uno no entiende para qué nos van a servir esos temas, yo pienso que sí son importantes y nosotros ahora lo estamos viviendo, pero se deben buscar formas para que entendamos la utilidad de este curso para que se nos queden más cosas y luego podamos ponerlas en práctica”</p> <p>“yo pienso que sí, que es algo que si se debe dar, pero es importante que se nos siga dando a lo largo de toda la carrera y también a través de la práctica, porque en el primer semestre de la carrera no se tiene mayor contacto con las comunidades, entonces no hay forma de ponerlo en práctica o entender la magnitud y la importancia de conocer todo esto y de lo mucho que nos va a servir”</p> <p>“yo lo veo muy útil, porque cuando vine a la comunidad y hablaron de empacho, de mal de ojo, son cosas que ya habíamos visto en la universidad, entonces uno ya no se sorprende, porque uno ya sabe que las personas creen en esto”</p> <p>“es muy importante, sobre todo conocer el trabajo que realizan los terapeutas tradicionales, porque aquí uno se da cuenta de lo mucho que la gente confía en ellos”</p> <p>“la verdad hemos visto que entender la cultura es muy importante, trabajar con los terapeutas tradicionales”</p> <p>“vemos que los aspectos culturales son muy importantes, porque nosotros como médicos no nos enfocamos tanto en los aspectos emocionales o en las creencias, y vemos que por eso prefieren ir con los terapeutas porque ellos si se enfocan o comprenden este tipo de situaciones, y yo creo que como nosotros no conocemos esta parte de ellos y no lo comprendemos, veo que esto si influye mucho en su decisión en cuanto a la búsqueda de la salud, de quién los va a tratar”</p> <p>“la historia de la comunidad y de las creencias tiene mucho que ver en el abordaje de la salud”</p> <p>“yo pienso que sí es muy importante porque realmente lo primero que vemos en estos 6 meses que estamos aquí es que realmente las personas de la comunidad prefieren ir con un terapeuta maya y luego con nosotros, o a la inversa, van con nosotros y luego van con el terapeuta, pero vemos lo</p>

		<p>importante que es la cultura, darnos cuenta desde la forma en la que ellos miran la vida, la forma en la que entienden el concepto de salud y el concepto de enfermedad y cómo lo miramos nosotros, y creo que al unir las dos formas de pensar y trabajar en conjunto es cuando podemos lograr el éxito, porque si nosotros no sabemos lo que ellos están pasando y no lo entendemos”</p> <p>“por ejemplo si nosotros vemos una preclamsia, para nosotros es eso, pero para ellos es un hechizo o puede ser un mal de ojo, entonces para la paciente es diferente, porque por ejemplo nosotros tuvimos el caso de una sepsis, los padres tomaron al bebé y el abuelito paterno, y aquí se iba a referir al hospital de mazate, pero el abuelito dijo que a él Dios le había hablado y que el se tenía que morir, que era como una ofrenda a Dios y los papás realmente tenían la idea del abuelito, entonces ellos dudaron de si tenían que venir, o si el bebé se tenía que morir en su casa, pero gracias a Dios logramos hablar con el apoyo de las auxiliares de enfermería y que aceptaran el tratamiento, pero vemos que son muchos aspectos que están relacionados a la salud, y al comprenderlos, al unirlos y saber como trabajarlo, realmente salen adelante los pacientes”</p> <p>“eso es totalmente cierto, porque al final la medicina es ciencia, pero no es tan fácil porque la medicina es más humana también y ahora sé que la medicina siempre va a tener un contexto, y aquí especialmente en Guatemala, sabemos que existe mucho la cosmovisión y no la podemos dejar de lado, porque no nos va a servir de nada saber de medicina, de los sistemas de salud, etcétera, si al final dejamos afuera a las mismas personas, sus ideas, sus creencias, porque va a haber una barrera que no se va a poder destruir, siento que por eso son tan importantes las clases que se nos dan en la universidad, como el curso de antropología, aunque al principio no se entiende para qué nos va a servir, pero conforme uno se va metiendo más en el campo de medicina se entiende que la medicina no sirve si no se entiende el lado humano, por eso es tan importante comprender sus pensamientos”</p> <p>“si yo creo que el problema es que como recibimos el curso en primer año no entendemos la importancia del curso y es hasta cuando estamos acá que realmente vemos las enfermedades y todo lo que en verdad nos podría servir, porque en las clases nos hablaron del mal de ojo y eso, y cuando venimos acá lo vemos, entonces si no hubiéramos recibido ese curso, no sabríamos ni qué significa, ni en qué consisten, ni como los tratan, pero creo que sí hay que hacer énfasis que en verdad nos va a servir de mucho, porque en verdad nos sirve todo lo que vimos y en ese momento uno piensa que tal vez no”</p> <p>“sí, yo creo que para nosotros es una gran ventaja tener ese curso, a mi en lo personal siempre me gustó ese rollo, lo místico, lo antropológico siempre me ha gustado, y aunque fue muy temprano porque se nos da en primer año, grabé muchas cosas y recuerdo varias cosas que ahora las veo como ventaja y digo que qué bonito haberlo sabido, es una gran ventaja en comparación con otras universidad que no tienen ese contacto inicial, porque incluso nosotros cuando entramos al hospital, entramos ya sabiendo y habiendo oído alguna de estas patologías que en el hospital los mismos pacientes refieren, porque obviamente es la misma población solo que en diferente escenario, aquí los vemos en los puestos y en el hospital tal vez ha sido más largo su recorrido, pero han vivido lo mismo, a mí en lo personal me pareció muy importante, porque recuerdo mucho cuando se nos recalcó la importancia de la observación, de ser un investigador y me parecía fascinante y ahora realmente lo hemos tenido que hacer, porque quiera que no entremos a una comunidad que</p>
--	--	---

			<p>no conocíamos y lo primero que tuvimos qué hacer, fue observar, conocer a la comunidad, hacer relaciones estratégicas, y es realmente vivir lo que habíamos aprendido en el curso y otra de las cosas que me formó mucho fue recibir el curso de los problemas de la realidad guatemalteca, aunque creo que este curso ya no existe, pero a mi me sirvió mucho, y creo que eran muy complementarios, porque incluso nosotros, aunque estamos en la capital, hay gente que nos cuenta aún sobre la época de la guerrilla y cómo tuvieron que vivir comiendo papas y zanahorias por casi un año porque estaban cerrado las carreteras, entonces son muchas las cosas que tenemos que considerar y tenemos que entender que la población es diversa, tenemos población mestiza, hay de todo, hay cultura, hay creencias y aunque la gente está más abierta a la medicina occidental, nosotros también tenemos que tener la apertura, como por ejemplo recetar medicina natural que tenemos en el vivero, yo si lo veo como un plus que tuvimos”</p> <p>“la verdad es que sí es muy importante, otros compañeros de otras universidades nos comentan que no han recibido estos temas, no saben qué es el modelo incluyente de salud, y dicen que les hubiera gustado tener esa experiencia, la verdad es que es algo que nos caracteriza, porque no en todas las universidades imparten estos conocimientos, entonces muchos desconocen este tipo de enfermedades o las creencias que tienen las comunidades”</p>
		<p>P10. ¿Qué otros aspectos podrían profundizarse dentro del curso?</p>	<p>“yo pienso que todo lo que está en el curso es lo más importante, el problema es que uno no entiende la importancia de estos cursos, pero con alguna práctica podríamos comprenderlos mejor”</p> <p>“lo único que yo creería que sí es importante explicar más es el uso medicinal de las plantas, porque sólo vimos que las utilizaban, pero no se profundiza tanto en eso, y aquí las personas las utilizan mucho”</p> <p>“sí, yo pienso que sería eso, las plantas medicinales que existen y los beneficios que tienen”</p> <p>“para mí no son los contenidos, tal vez como recomendación yo diría que es importante que los jóvenes tengan una experiencia vivencial y que pudieran venir acá para tener un contacto más cercano con los terapeutas, porque aquí (Santo Tomás la Unión), y en los otros lugares (PPS), realmente si se tiene un contacto con ellos y creo que valdría mucho la pena”</p> <p>“yo también quiero proponer algo parecido, porque realmente sirve mucho, incluso nos sirvió en segundo y en tercero, pero realmente en primer año práctica con la comunidad como tal tuvimos muy poca, en el primer semestre es prácticamente nula, y en segundo semestre es muy corta y es prácticamente un censo y poca interacción con las comunidades y creo que es muy importante hacer esa interacción, a pesar de qué es en Fraijanes y la realidad es muy distinta a la de acá y es difícil traer hasta acá 40 o 50 estudiantes, al menos en Fraijanes no es tan complicado y es un lugar en donde podrían aprovechar más ese contacto”.</p> <p>“yo también pienso lo mismo, que para poderlo aprovechar mejor, debe ser más vivencial, mezclar más la práctica con la teoría”.</p>
		<p>P11. ¿Qué temas concretos podrían incluirse dentro del curso?</p>	<p>“la verdad lo que vimos en el curso es lo que vemos aquí, de todas las enfermedades lo único que no había escuchado era la caída de matriz, tal vez sería bueno ver en las comunidades qué enfermedades tradicionales son más comunes y explicarlas, pero en mi caso sólo esta enfermedad no había escuchado”</p>

			<p>“para mí solo sería el integrar más el tema de las plantas tradicionales, porque sirve de mucho en las comunidades”</p> <p>“no, es que el único problemas es lo que ya dijeron, que uno en primer año no ve la importancia de esto, y aquí es cuando realmente lo vivimos”</p>
--	--	--	---

2. Análisis de los resultados

El ejercicio de la práctica profesional supervisada es el proceso de inmersión del estudiante a una comunidad, en la cual pone en práctica los conocimientos biológicos, antropológicos y sociológicos adquiridos.

Al recabar su experiencia, permite analizar desde el discurso de las percepciones, los diversos aprendizajes teóricos y las habilidades adquiridas en su proceso formativo. Si bien el estudiante no tiene conciencia plena de la adquisición de estas competencias a lo largo de la carrera, es en este momento donde se visibilizan.

En este caso, las experiencias de los estudiantes en su práctica profesional supervisada, permite analizar situaciones en donde la experiencia se encuentra relacionada por un lado al contenido específico del curso, pero principalmente a las competencias que se espera puedan desarrollar para trabajar un modelo incluyente de salud, en donde se encuentra inmersa la relación de diversas culturas expresando su concepción de salud y enfermedad, manifestadas en la legitimación del modelo de salud.

En este sentido el estudiante encuentra, la cosmovisión y cultura de grupos étnicos diversos, transformadas en dinámicas subjetivas y objetivas en la relación médico-paciente.

Las categorías encontradas en cuanto a las relaciones interétnicas fueron:

2.1. Diversidad Étnica: la brecha lingüística.

En este punto, interesa destacar las referencias a las dificultades de comunicación, las cuales por un lado estaban determinadas por la diferencia idiomática, por lo que los estudiantes recurrían al apoyo de un traductor, siendo principalmente el personal de enfermería; sin embargo los estudiantes manifestaban “sentir cierta

inseguridad” en la traducción, pues ellos realizaban explicaciones “largas” y la traducción era “corta”; hicieron la misma referencia cuando el paciente explicaba su sintomatología y la traducción era “breve”.

Un dato interesante es que los estudiantes de medicina asumen grupo étnico con el idioma, ya que la mayoría de las respuestas al reactivo de “¿Las personas con las cuales trabajan a qué grupos étnicos pertenecen?” destacaron las diferencias de idioma. Esto se debe a que es la expresión más evidente a la que se afrontaron al inicio de la interacción:

“la población de aquí es quiché, casi todos solo hablan en su idioma, por eso el trabajo y apoyo de las enfermeras es tan importante”

La diferencia de idioma es una brecha cultural, es decir, es un aspecto que limitó la interacción con los pacientes y con la comunidad en general. Los estudiantes de medicina observaron su limitación personal de no conocer el idioma de la localidad, y si bien, existen formas de superar la diferencia de idioma, como la utilización de intérpretes improvisados como familiares o personal de salud presente en la interacción, los estudiantes de medicina no están formados para realizar consultas con ayudas de terceros, usualmente se observa la consulta al paciente como una interacción directa, nunca como una interacción mediada por un tercero, lo cual genera cierta incertidumbre o la “sensación” de no tener el pleno dominio de la situación, marcando un impacto en las creencias propias de los estudiantes de medicina:

“ que la población solo hable su idioma, es una barrera para nosotros, porque cuando estamos con ellos, las enfermeras son las que traducen, y a veces uno explica un montón o ellos hablan un montón y la traducción es muy corta, entonces nos queda la duda de si realmente se está traduciendo todo lo que decimos”.

“como nosotros no hablamos quiché, al principio fue muy difícil poderse comunicar con una persona o poderle decir el diagnóstico o que ellos nos explicaran lo que sienten, entonces nuestro apoyo es el auxiliar y a veces uno ve

que hablan tanto los pacientes y lo que le dicen a uno es tan poco, que a veces uno siente que no le dicen las cosas tal como son, esa es la barrera, el no entender o no poder hablarlo, y hemos aprendido algunas frases o palabras y cuando ellos nos explican, igual no les podemos entender”.

En este sentido los estudiantes también consideran como limitación el desconocimiento del idioma cuando trabajan con otros profesionales de la salud:

“(en el caso de las capacitaciones realizadas con las comadronas), yo siento que también es el idioma, porque cuando damos las capacitaciones no sabemos si han entendido bien, incluso cuando ellas tienen preguntas no sabemos qué están preguntando en realidad, entonces el idioma si es una gran barrera, porque si no nos sabemos comunicar con ellas, no sabemos si ellas realmente nos están entendiendo o no”

Si bien las barreras de idiomas son importantes, es de destacar que no es la única brecha a superar; existen diferencias culturales que pueden hacer de la interacción médico-paciente un proceso más complejo. Esto se evidenció cuando un estudiante destacó la diferencia de creencias y prácticas:

“en nuestro caso las personas con las que trabajamos son ladinos, pero ellos también creen en las comadronas y en las enfermedades tradicionales”

Este nivel de identificación, de las diferencias del concepto de profesionales de la salud y el concepto de enfermedad es significativo, ya que permite observar como los estudiantes lograron reconocerlas en contextos donde fácilmente se podría asumir la idea de que se comparte la misma cosmovisión.

2.2. Cosmovisión y cultura: la interpretación de la salud y la enfermedad.

Las personas absorben la cosmovisión del ambiente en el cual crecen y la incorporan a su interpretación de la realidad, antes de tener la capacidad de evaluarla. Los supuestos de su cosmovisión generalmente quedan en el subconsciente, por ende, la vivencia cotidiana no es analizada, por lo que en el

día a día se legitiman las creencias del colectivo, en la mayoría de los casos sin filtro alguno.

La cosmovisión es entonces, una brecha, dentro de la interacción médico-paciente, y lo será aún más si el futuro médico no logra observar esa diferencia, ya que no logrará atender adecuadamente al paciente, principalmente por la necesidad de generar confianza; uno de los principales elementos dentro de la interacción:

“al principio no nos tenían confianza, y preferían ir con el terapeuta maya o en todo caso con la auxiliar de enfermería, pero cuando ellas les explicaban que nosotros estábamos para ayudar a la comunidad, y aceptaban que las tratáramos, poco a poco nos fueron teniendo confianza, y ahora hasta ellas dicen “quiero que me atienda la doctora”, la verdad es de respetar y de irse acercando poco a poco para ir generando confianza”.

Este proceso implica más allá de comprender el idioma, el sentido cosmogónico representado a través de simbolismos, el lenguaje entonces refleja la interpretación subjetiva de la vida misma, de las dinámicas y procesos sociales y su repercusión en la atención médica:

“aquí hemos tenido el apoyo de los auxiliares, y hacemos visitas a las comunidades, a las familias, eso nos ha permitido poder comprender más lo que implica el que una persona esté enferma, porque no es solo eso, es mucho más, es entender y conocer lo que ellos entienden por salud, por enfermedad, es al principio muy complicado, pero muy interesante, el reto es saber respetar y poder trabajar de la mano”.

Las creencias de las personas tienen un papel central en la concepción de enfermedad, ya que predisponen para la acción. Las personas suponen que tienen una enfermedad a partir de un síntoma y a partir de ello asumen la premisa de que tienen que realizar alguna acción para poder curarse de esa enfermedad, por ende, buscarán al profesional de la salud que consideren pertinente para tratar dicha enfermedad.

Si bien las creencias pueden constituirse en limitaciones o tensiones durante la relación médico-paciente, existen mecanismos para ir superándola. Estos

mecanismos inician con el proceso de sensibilización que los estudiantes obtienen al tener en primer año el curso de salud en las culturas y etnias de Guatemala, a través del conocimiento de diversas concepciones de salud y enfermedad, sistemas médicos legitimados por la población local, así como metodologías dinámicas y activas que posibilitan un primer acercamiento.

En la práctica profesional supervisada, los estudiantes viven cotidianamente, dicho aprendizaje:

“es muy influyente la creencia de la gente, pero creo que es la actitud que uno tiene, por ejemplo en un caso, me quedé una hora hablando con el padre de familia explicando la importancia de las vacunas, porque se ponían a cierta edad, porque no dejaba que le hiciéramos el control prenatal a su esposa, y ella no nos hablaba porque tenía miedo de que su esposo la fuera a regañar y así ha ocurrido con muchas de las embarazadas que he atendido, y entonces hay que tomarse el tiempo para poderles explicar”.

“Sí, yo quisiera resaltar que esto es muy importante para ir rompiendo las barreras que aún existen, porque por ejemplo cuando nosotros estábamos en el hospital no creíamos que realmente existiera todo esto, acá nosotros rompemos esa barrera y aprendemos a trabajar en forma conjunta con los terapeutas y los guías espirituales, esto nos ha permitido ganar campo con todas las personas de la comunidad...”

La experiencia en este campo, permite al estudiante reconocerse así mismo inmerso en una relación médico-paciente influenciada por su concepción como profesional versus la concepción a nivel individual, familiar y comunitario. En otras palabras, el papel de los actores implicados y las prácticas que se generan en dicho proceso, se van transformando mediante el análisis, las propuestas y deliberaciones que los actores hacen de la visión del modelo de salud que desean construir, además se debe resaltar la posibilidad de intereses contrapuestos y las posturas ideológicas divergentes que subyacen en los discursos, sus actuaciones y sus significados, lo cual requiere de un proceso de deconstrucción ideológica por

parte del estudiante y la generación del uso de sus conocimientos previos a la luz de la diversidad cultural.

En consecuencia, la comprensión de la cosmovisión y la cultura de la población que se asiste, se transforma en eje central de la actividad médica, como una propuesta integral que se pone a disposición de los usuarios en donde no se minimizan sus creencias, sino más bien, son respetadas e incorporadas a la estructura del modelo de salud.

En ese marco de referencia, los actores interactúan, proponiendo, promoviendo y legitimando un modelo de salud con pertinencia cultural, influenciando las diversas fases de atención (individual, familiar y comunitaria), lo que genera un enfrentamiento entre las concepciones previas por parte del estudiante y las nuevas prácticas sociales, las cuales al ser superadas, permiten el desarrollo de un modelo incluyente de salud, pero a la vez genera cambios significativos en las estructuras mentales de los estudiantes respecto al abordaje de la salud.

2.3 Salud Incluyente: Terapeutas tradicionales.

Si bien en el contenido del curso “salud en las culturas y etnias de Guatemala”, se explica la visión cosmogónica de los terapeutas, se reconoce que el intercambio cultural puede provocar modificaciones en la concepción de salud y enfermedad y por ende en la asistencia a los diversos especialistas, el hecho de que los estudiantes hoy por hoy en su práctica profesional reconozcan el trabajo que realizan los terapeutas en las comunidades, nos permite un sondeo de la vigencia del tema y los posibles abordajes desde el contenido del curso.

En este sentido, los estudiantes refieren que en su práctica profesional han trabajado o conocen la labor de algunos terapeutas tradicionales:

“en las comunidades en donde estamos, los más conocidos son las comadronas que tienen como diez funciones, y también los curanderos, en algunos casos por la religión también consideran que estas enfermedades las cura el pastor”

“al menos en nuestro caso son las comadronas y los curanderos, pero también los sacerdotes mayas, ellos curan a los pacientes de las enfermedades tradicionales y también realizan oraciones”

“en nuestro caso también hay comadronas, curanderos, también hay hueseros, sacerdotes, guías espirituales y profetizas”

La aceptación desde el modelo biomédico respecto a la labor que realizan los terapeutas, es a su vez una construcción de confianza y de aceptación de ambas vías, ya que de no trabajar de la mano, puede generar fricciones y tensión entre los profesionales de la salud y la visión de la población hacia el modelo biomédico.

Bajo este panorama, las creencias tienen un peso importante al momento de depositar la confianza en una u otra persona para poder acceder a examinarse, aceptar el diagnóstico y, principalmente, asumir el procedimiento para poder reestablecerse. Según la referencia de los estudiantes, el rol de los terapeutas en las comunidades ha sido y es, el primer recurso para la población, por un lado por la identificación cultural, además de comprender el proceso de salud y enfermedad desde su cosmovisión, lo cual a su vez genera confianza, tanto en el profesional de la salud, como en el diagnóstico y tratamiento. Esta experiencia referida por los estudiantes, permite identificar cómo las creencias cumplen un papel central en la identificación de los terapeutas tradicionales:

“... para ellos las personas que curan las enfermedades son los terapeutas mayas, para ellos es la primera opción, porque las enfermedades como el hechizo o el mal de ojo, solo los curan ellos, entonces confían en lo que ellos realizan, y cuando no se curan, es cuando llegan al puesto de salud”.

“yo creo que lo que sucede es que hay cierta confianza ya intrínseca entre la población y los terapeutas, y sus papás ya han padecido lo mismo, y si por ejemplo mi abuelita me dice que él es bueno y que él me va a curar pues voy con él...”

Esto evidencia la legitimidad de los terapeutas a nivel comunitario, pero además se cuenta con referencias previas y los pacientes sienten que los resultados que han tenido han sido satisfactorios.

En algunos casos, la población mestiza o ladina, también utiliza los servicios de los terapeutas tradicionales, principalmente, porque reconocen su trabajo y porque las creencias sobre la salud y la enfermedad, mantienen alguna similitud:

“en Fraijanes lo que más vemos son comadronas, y aunque tal vez no hay tantos terapeutas tradicionales, si están las mismas creencias, y la gente ha aprendido a curarlas de generación en generación, son las abuelitas las que les enseñan y lo van transmitiendo, supongamos el empacho, lo tratan con masajes, con pan tostado y aceite, yo he visto que les ponen trapos con ajo y apazote que se los envuelven en el estómago, entonces vemos que sí hacen estas cosas y la gente sí cree en este tipo de enfermedades...”

Esto es muy importante, pues en la formación académica se reconoce esta práctica en la población, pero se recalca la importancia de la comunicación con los terapeutas de colega a colega, para que cuando se requiera ellos puedan consultarles la ruta y evolución de la enfermedad, generando así un compromiso con su medio sociocultural, la valoración y respeto a la diversidad cultural y una atención asertiva.

2.4. Enfermedades tradicionales.

Para tener un acercamiento al rol de los terapeutas tradicionales, es preciso vincularla a la visión de enfermedad, las cuales han sido nominadas desde el enfoque occidental como enfermedades tradicionales o síndromes culturales.

Este concepto es fundamental para poder comprender algunas enfermedades referidas por la población que atienden los estudiantes de –PPS-, las cuales no siempre coinciden con el diagnóstico del sistema biomédico.

El análisis de estos síndromes culturales, vistos desde otra cultura no tendrán explicación y por ende pueden no solo ser incomprensibles, sino parecer ilógico e irracional.

El acercarse a las creencias culturales del paciente, permite que los estudiantes de PPS, realicen incidencias basadas en las necesidades de la población, reconociendo que en algunas ocasiones se darán estas enfermedades como una

particularidad geográfica y cultural, por lo que los trabajadores de salud que no sean originarios de ese lugar, deben investigar, conocer y proponer soluciones interculturales y funcionales para la comunidad.

En el caso de los estudiantes, han tenido pacientes cuyo motivo de consulta se relaciona con una enfermedad tradicional:

“hemos encontrado varias enfermedades tradicionales, por ejemplo aquí lo que más refieren es el hechizo y el mal de ojo”.

“en Fraijanes vemos mucho el empacho, principalmente en los niños y otra enfermedad muy común es el susto, para ellos del susto devienen todo el resto de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, por ejemplo una señora me dijo que ella no podía llorar porque de niña le dio susto y que por eso ella estaba así”.

“también hemos visto casos de mal de ojo, de mollera caída, la gente cree mucho en eso, cuando llevan a los niños vemos que están llenos de pulseritas rojas para prevenirlo y cosas así, incluso mis embarazadas me llegan con ganchos de ropa cuando hay eclipse”.

Esto generó que los estudiantes tuvieran la oportunidad de conocer el poder de la creencia dentro de los grupos étnicos; encontrar que son enfermedades existentes en la población y que presentan una sintomatología propia, un diagnóstico desde su visión de salud, y una cura realizada por los terapeutas mayas la cual ha sido históricamente funcional. En algunos casos, los estudiantes refieren, tener discrepancias en el diagnóstico, tal es el caso de aquellas personas que no logran superar la enfermedad y mueren, es en estos casos donde los hechizos constituyen el argumento explicativo de por qué no se logró la cura:

“La verdad ellos llegaron con el diagnóstico de hechizo, y la verdad al principio nosotros nos molestamos por las creencias de ellos, fuimos a visitarlos he íbamos molestos, porque la verdad después de estar 3 años en el hospital uno se cree que lo sabe todo y al final en estos momentos nos damos cuenta que lo que necesitamos es enlazarnos con ellos y trabajar en equipo, y el enojo se borra, porque uno respeta, al final el guía espiritual llegó al centro a agradecernos, y cuando respetamos y trabajamos con ellos, con los curanderos y con las

comadronas en equipo nos ha funcionado, y con eso se han podido salvar muchas vidas, la verdad”

“...pero en los casos que ellos dicen que es hechizo no hemos visto cura, son casos sumamente graves, donde el paciente se muere, entonces es complicado, pero ellos creen en lo que les dicen, pero en estos casos no hemos visto curación”

Esto evidenció la necesidad de fortalecer la relación entre los estudiantes de PPS y los terapeutas ya que no existe una explicación biomédica específica para este tipo de diagnósticos.

2.5. Uso medicinal de las plantas.

En el caso de los lugares en donde los estudiantes realizan su práctica profesional se han puesto en práctica el uso medicinal de las plantas con fines curativos, no sólo por parte de los terapeutas, sino también por los PPS, lo cual implica una serie de ventajas y un valor agregado a la práctica profesional: son pertinentes a la cultura de la población que asiste, además genera confianza, son accesibles a los usuarios y de bajo costo; además, los estudiantes adquieren nuevos aprendizajes, observan la funcionalidad del uso medicinal de las plantas y generan un vínculo más sólido con la comunidad, además de transmitirles el conocimiento de los fines medicinales de las plantas; sin embargo falta promover los beneficios y resultados satisfactorios que permitan que los profesionales de la salud lo consideren como parte de su práctica médica:

“lo que hemos visto es que también preparan.. como les dicen ellos... tomas, entonces hemos visto que para varios casos de enfermedades tradicionales, las familias les preparan tomas, incluso han llegado al centro de salud, a pedir alguna planta para las tomas y se les da”

“...uno sabe que el paciente no va a comprar la medicina, entonces al aprender uno puede recetar más medicinas tradicionales y que ellos vean que uno también tiene la apertura y confían más, incluso hemos aprendido de la utilidad de los tes, como el té de moringa que sabemos que sí es beneficioso, le aconsejamos que lo

utilice junto con su medicina, entonces debemos intentar ser más abiertos e incluso preguntarles para que se sientan bien, e incluso uno puede aprender algo siempre...”

en algunos casos se evidencia en el discurso que el uso medicinal de las plantas se emplea como una alternativa ante la ausencia de fármacos:

“ en nuestros casos también hemos visto eso, porque como no tenemos medicamentos, no tenemos antibióticos, no tenemos nada, también hacemos uso de las plantas medicinales, por ejemplo para la lactancia materna cuando llegan se les da ixbut, o para resfriados o enfermedades respiratorias, se les da menta o se les da eucalipto, entonces nosotros tenemos ya preparados o les damos plantas, y esto nos ha servido mucho para establecer una confianza con ellos, esto ha sido muy importante, porque acá no hay nada, ni pastillas para el dolor de cabeza, y lo que hay que resaltar es que nosotros al ver esta realidad, nos hemos unido para traer medicamentos, para traer muestras y ellos ya lo reciben, la unión es importante definitivamente”.

En estos casos, los estudiantes recalcan la necesidad de generar investigaciones desde el sistema biomédico, que reconozcan y respalden el uso medicinal de las plantas, así como la promoción del uso medicinal, como parte de la formación biomédica.

2.6. La experiencia intercultural.

La interculturalidad mas allá de la interacción entre individuos de diferentes etnias, implica la comprensión subjetiva de la interpretación de la realidad que “el otro” pueda tener. En este caso los estudiantes de medicina son parte de un grupo étnico (todos se reconocen como pertenecientes a la etnia ladina) y se interrelacionan con otros grupos étnicos en su práctica. Se pudo evidenciar que en su práctica no sólo observaron e interactuaron con población indígena con una concepción distinta del proceso de salud y enfermedad; también convivieron con población ladina que tenían cosmovisiones diferentes a las del pensamiento hegemónico; por ejemplo, los estudiantes refieren que esta población asiste con terapeutas tradicionales, específicamente la comadrona, así como interpretaciones

de la enfermedad diferentes a las diagnosticadas en el modelo biomédico, como el mal de ojo, empacho, etc.

En este sentido, todos los participantes coincidieron sobre la importancia de reconocer los conocimientos terapéuticos de la población, afirmando que dicho reconocimiento genera empatía con la población y confianza en la atención biomédica.

A la vez, reconocen que existen procesos complejos implicados en la práctica profesional, siendo una limitación inicial los presaberes adquiridos que no coinciden con las concepciones de la población atendida (la predominancia del modelo biomédico como base formativa), además hacen referencia a otras dinámicas las cuales califican como “barreras” a superar las cuales se relacionan con las características de la comunidad, siendo el idioma, la cosmovisión y la cultura reflejadas en sus prácticas de salud.

Por otro lado, los estudiantes refieren, algunas dificultades de comunicación con líderes comunitarios y terapeutas tradicionales:

“en nuestro caso quizá la principal barrera ha sido con las comadronas, porque ellas sí están certificadas, entonces tienen que ir todos los meses a recibir la capacitación y en nuestro caso, ellas saben que en los casos de las primerizas tienen que ser referidas al puesto de salud, y allí ellas las revisan y nosotros las revisamos y se les da la atención, pero hemos tenido el problema de que algunas comadronas se vuelven renuentes a recibir las capacitaciones y a cumplir con la normativa que se tiene de este trabajo en conjunto entre las comadronas y servicio de salud, entonces sí han tratado primerizas y hemos tenido complicaciones de parto prolongado por eso mismo, y en este caso han sido las comadronas las que empiezan a generar problema en la misma comunidad y empiezan a alejar al personal de salud, alegando que a ellas ni les pagan y que porqué tienen que estar haciendo eso si ellas ya saben y ya tienen la confianza con la paciente..”

“...pero tenemos que encontrar el modo de entablar una buena comunicación, no sólo con la comadrona sino con la comunidad de la comadrona y con las embarazadas de la comunidad, porque ellas aunque saben le dicen a uno que prefieren tener el parto en su casa porque en el centro de salud “las van a cortar”

entonces es de resolver de los dos lados, y lo que hemos hecho es hablar con los COCODES de la comunidad para que ellos sirvan de intermediarios, pero no siempre se ha logrado”

“ en algunos casos si hemos tenido dificultad con algunas comadronas, por ejemplo en mi comunidad ha habido 6 muertes perinatales y ha habido 3 por prematuridad y 3 por atención en el parto, y esto ha sido porque no las han referido y las personas confían, si ellas les dicen que sí pueden atender el parto, entonces ellas confían”

Esto puede limitar la construcción del modelo intercultural, sin embargo se deben rescatar las experiencias positivas, fortalecerlas y buscar alianzas que permitan sensibilizar a cualquier personal de salud aún renuente, considerando los beneficios de la construcción de un modelo intercultural en salud:

“en mi comunidad hay 8 comadronas y la mayoría han tenido muy buena comunicación con nosotros, por ejemplo tuvimos un caso de una hemorragia post-parto y como el parto fue en su casa, fuimos a atender a la paciente y todo salió bien, pero realmente fue gracias a la comadrona que avisó a tiempo y la paciente estaba bien, aunque no quiso después le referencia hospitalaria”

“en nuestro caso hemos hablado directamente con las comadronas con el apoyo de las auxiliares para darnos a entender y ha funcionado bien”.

“lo que nosotros tenemos son reuniones trimestrales con los terapeutas, con las comadronas más que todo, y en nuestro caso hemos tenido hasta 30 terapeutas tradicionales que llegan al centro de salud a recibir la capacitación, y nosotros tenemos muy buena relación con ellos, porque solo de ellos son 12 comadronas, incluso en el centro de salud han realizado ceremonias mayas y tenemos buena comunicación con ellos, por ejemplo yo les hablé sobre seguridad alimentaria, y realmente hacían muchas preguntas, participaban, querían saber que le podían decir a las personas, incluso para ellos y para sus hijos, entonces realmente con nosotros la relación gracias a Dios ha sido muy buena y no hemos tenido ningún

problema, nunca hemos tenido un caso en donde les digan a la gente que no vayan con nosotros sino todo lo contrario”

Esta relación positiva y de aprendizaje mutuo, permite la generación de confianza, la referencia de pacientes y la disminución de morbilidad y mortalidad.

2.7. Utilidad del curso

En la actualidad, el proceso formativo, se concibe como un proceso interactivo en donde participa tanto el maestro como creador y facilitador de conocimientos, como el alumno actuando como racionalizador de la enseñanza recibida, por lo que el consumo de los contenidos, puede entenderse como lo que sucede en la práctica y aplicación de la teoría. Esta visión se convierte en una concepción orientadora de la formación de los seres humanos, profesionales-ciudadanos, transformadores de su realidad.

Este fue el factor clave para seleccionar a los estudiantes de PPS como informantes idóneos para la reflexión del papel formativo en la reproducción y transformación de la sociedad. El curso forma parte de un proyecto educativo integral, en donde el punto de partida es la búsqueda de soluciones a los problemas inherentes a una realidad social concreta, que permita al sistema educativo confrontarla, estudiarla y preparar a los estudiantes para resolverla. Solo desde esa perspectiva puede hacerse significativo y útil el conocimiento académico que se comparte y transmite, por lo que la visión auto-crítica y el conocer las percepciones de los estudiantes respecto a la utilidad del conocimiento en su praxis profesional es relevante.

Si bien se realizó una pregunta directa respecto a la utilidad y empleo de los contenidos del curso, las experiencias relatadas en las diversas preguntas de su experiencia comunitaria, reflejan la vigencia de los contenidos del curso.

El proceso auto-crítico, la incorporación de las percepciones de los estudiantes y egresados, permite analizar constantemente la viabilidad del diseño curricular y su influencia en la transformación de la realidad, así como la relación entre el perfil del egresado y las necesidades actuales como sociedad.

“yo lo veo muy útil, porque cuando vine a la comunidad y hablaron de empacho, de mal de ojo, son cosas que ya habíamos visto en la universidad, entonces uno ya no se sorprende, porque uno ya sabe que las personas creen en esto”

“es muy importante, sobre todo conocer el trabajo que realizan los terapeutas tradicionales, porque aquí uno se da cuenta de lo mucho que la gente confía en ellos”

“sí, yo creo que para nosotros es una gran ventaja tener ese curso, a mi en lo personal siempre me gustó ese rollo, lo místico, lo antropológico siempre me ha gustado, y aunque fue muy temprano porque se nos dá en primer año, grabé muchas cosas y recuerdo varias cosas que ahora las veo como ventaja y digo que qué bonito haberlo sabido, es una gran ventaja en comparación con otras universidad que no tienen ese contacto inicial, porque incluso nosotros cuando entramos al hospital, entramos ya sabiendo y habiendo oído alguna de estas patologías que en el hospital los mismos pacientes refieren, porque obviamente es la misma población solo que en diferente escenario, aquí los vemos en los puestos y en el hospital tal vez ha sido más largo su recorrido, pero han vivido lo mismo, a mí en lo personal me pareció muy importante, porque recuerdo mucho cuando se nos recalcó la importancia de la observación, de ser un investigador y me parecía fascinante y ahora realmente lo hemos tenido que hacer, porque quiera que no entremos a una comunidad que no conocíamos y lo primero que tuvimos que hacer, fue observar, conocer a la comunidad, hacer relaciones estratégicas, y es realmente vivir lo que habíamos aprendido en el curso y otra de las cosas que me formó mucho fue recibir el curso de los problemas de la realidad guatemalteca, aunque creo que este curso ya no existe, pero a mi me sirvió mucho, y creo que eran muy complementarios, porque incluso nosotros, aunque estamos en la capital, hay gente que nos cuenta aún sobre la época de la guerrilla y cómo tuvieron que vivir comiendo papas y zanahorias por casi un año porque estaban cerrado las carreteras, entonces son muchas las cosas que tenemos que considerar y tenemos que entender que la población es diversa, tenemos población mestiza, hay de todo, hay cultura, hay creencias y aunque la gente está más abierta a la medicina occidental, nosotros también tenemos que tener la apertura, como por ejemplo recetar medicina natural que tenemos en el vivero, yo si lo veo como un plus que tuvimos”

La percepción de los estudiantes permite la articulación de esta disciplina con el campo profesional, en donde la teoría se articula con la práctica a la vez que su práctica profesional permite analizar la funcionalidad del contenido de la enseñanza. En este sentido los estudiantes refieren la utilidad del curso, así como algunas limitaciones:

“la verdad es que sí es muy importante, otros compañeros de otras universidades nos comentan que no han recibido estos temas, no saben qué es el modelo incluyente de salud, y dicen que les hubiera gustado tener esa experiencia, la verdad es que es algo que nos caracteriza, porque no en todas las universidades imparten estos conocimientos, entonces muchos desconocen este tipo de enfermedades o las creencias que tienen las comunidades”

“yo pienso que sí es muy importante porque realmente lo primero que vemos en estos 6 meses que estamos aquí es que realmente las personas de la comunidad prefieren ir con un terapeuta maya y luego con nosotros, o a la inversa, van con nosotros y luego van con el terapeuta, pero vemos lo importante que es la cultura, darnos cuenta desde la forma en la que ellos miran la vida, la forma en la que entienden el concepto de salud y el concepto de enfermedad y cómo lo miramos nosotros, y creo que al unir las dos formas de pensar y trabajar en conjunto es cuando podemos lograr el éxito, porque si nosotros no sabemos lo que ellos están pasando y no lo entendemos”

Los estudiantes señalaron como limitación el período en el que se imparte el curso y la falta de una práctica asociada en ese momento:

“uno en primer año no ve la importancia de esto, y aquí es cuando realmente lo vivimos”

“sí yo creo que el problema es que como recibimos el curso en primer año no entendemos la importancia del curso y es hasta cuando estamos acá que realmente vemos las enfermedades y todo lo que en verdad nos podría servir, porque en las clases nos hablaron del mal de ojo y eso, y cuando venimos acá lo vemos, entonces si no hubiéramos recibido ese curso, no sabríamos ni qué

significa, ni en qué consisten, ni como los tratan, pero creo que sí hay que hacer énfasis que en verdad nos va a servir de mucho, porque en verdad nos sirve todo lo que vimos y en ese momento uno piensa que tal vez no”

“para mí no son los contenidos, tal vez como recomendación yo diría que es importante que los jóvenes tengan una experiencia vivencial y que pudieran venir acá para tener un contacto más cercano con los terapeutas, porque aquí (Santo Tomás la Unión), y en los otros lugares (PPS), realmente si se tiene un contacto con ellos y creo que valdría mucho la pena”

“yo también quiero proponer algo parecido, porque realmente sirve mucho, incluso nos sirvió en segundo y en tercero, pero realmente en primer año práctica con la comunidad como tal tuvimos muy poca, en el primer semestre es prácticamente nula, y en segundo semestre es muy corta y es prácticamente un censo y poca interacción con las comunidades y creo que es muy importante hacer esa interacción, a pesar de que es en Fraijanes y la realidad es muy distinta a la de acá y es difícil traer hasta acá 40 o 50 estudiantes, al menos en Fraijanes no es tan complicado y es un lugar en donde podrían aprovechar más ese contacto”.

Según la percepción de los estudiantes existe una íntima relación entre el saber y el deseo de saber, por lo que al no existir una situación en donde se implementen los contenidos del curso, la noción de utilidad del curso cambia, pues en primer año no dimensionan la relevancia del contenido. A su vez sugieren la generación de estrategias que les permitan a los estudiantes de primer año dimensionar su utilidad, esto mediante un contacto directo y asociativo a los contenidos del curso:

“yo pienso que todo lo que está en el curso es lo más importante, el problema es que uno no entiende la importancia de estos cursos, pero con alguna práctica podríamos comprenderlos mejor”

“yo también pienso lo mismo, que para poderlo aprovechar mejor, debe ser más vivencial, mezclar más la práctica con la teoría”.

Puede observarse la necesidad de vincular los contenidos del curso y la práctica comunitaria:



Esto evidencia que al no existir una transmisión del contenido a una práctica directa, la relevancia del tema y el grado de problematización se reducen, pues no se dimensiona la relevancia de los contenidos con la práctica profesional. Esto también implica el olvido de los contenidos y la disminución del grado de significación. Es decir, cuando los estudiantes se cuestionan ¿Qué es importante saber/aprender?, validan o no los contenidos de los cursos y como ellos refieren, en primer año no todos los estudiantes dimensiona la utilidad del curso, y al no llevar a cabo procedimientos que permitan afirmar la relevancia del tema, estos tienden a olvidarse. Los estudiantes también refieren que en la medida en que se observa la relevancia del contenido en la práctica profesional, cambia su mirada sobre el saber y la relevancia de los contenidos del curso. Esto indica que la relación teoría-práctica debe convertirse en un contenido de enseñanza:

“la verdad es que sí es muy importante, lo malo es que estos temas se dan cuando estamos en primero y en ese momento uno no entiende para qué nos van a servir esos temas, yo pienso que sí son importantes y nosotros ahora lo estamos viviendo, pero se deben buscar formas para que entendamos la utilidad de este curso para que se nos queden más cosas y luego podamos ponerlas en práctica”

Los estudiantes también refieren que se debe profundizar como parte del contenido del curso, el uso medicinal de las plantas:

“para mí solo sería el integrar más el tema de las plantas tradicionales, porque sirve de mucho en las comunidades”

“lo único que yo creería que sí es importante explicar más es el uso medicinal de las plantas, porque sólo vimos que las utilizaban, pero no se profundiza tanto en eso, y aquí las personas las utilizan mucho”

“sí, yo pienso que sería eso, las plantas medicinales que existen y los beneficios que tienen”

Uno de los estudiantes sugiere la explicación de enfermedades tradicionales, según los lugares en donde ellos realizan la práctica profesional:

“la verdad lo que vimos en el curso es lo que vemos aquí, de todas las enfermedades lo único que no había escuchado era la caída de matriz, tal vez sería bueno ver en las comunidades qué enfermedades tradicionales son más comunes y explicarlas, pero en mi caso sólo esta enfermedad no había escuchado”

Debido a que el curso se imparte en el primer semestre de la carrera, se explican las enfermedades predominantes a nivel nacional, brindando elementos de investigación que posteriormente pueden emplear para implementarlas como parte de su observación en la comunidad, sin embargo la brecha de tiempo que existe entre los conocimientos adquiridos y la práctica profesional se vuelve una limitante.

Sin embargo, los estudiantes concluyen en los beneficios de los aprendizajes adquiridos y la utilidad en su práctica médica:

“la verdad hemos visto que entender la cultura es muy importante, y trabajar con los terapeutas tradicionales”

“vemos que los aspectos culturales son muy importantes, porque nosotros como médicos no nos enfocamos tanto en los aspectos emocionales o en las creencias, y vemos que por eso prefieren ir con los terapeutas porque ellos si se enfocan o comprenden este tipo de situaciones, y yo creo que como nosotros no conocemos esta parte de ellos y no lo comprendemos, veo que esto si influye mucho en su decisión en cuanto a la búsqueda de la salud, de quién los va a tratar”

“la historia de la comunidad y de las creencias tiene mucho que ver en el abordaje de la salud”

Finalmente, una de las estudiantes concluye:

“ al final la medicina es ciencia, pero no es tan fácil porque la medicina es más humana también y ahora sé que la medicina siempre va a tener un contexto, y aquí especialmente en Guatemala, sabemos que existe mucho la cosmovisión y no la podemos dejar de lado, porque no nos va a servir de nada saber de medicina, de los sistemas de salud, etcétera, si al final dejamos afuera a las mismas personas, sus ideas, sus creencias, porque va a haber una barrera que no se va a poder destruir, siento que por eso son tan importantes las clases que se nos dan en la universidad, como el curso de antropología, aunque al principio no se entiende para qué nos va a servir, pero conforme uno se va metiendo más en el campo de medicina se entiende que la medicina no sirve si no se entiende el lado humano, por eso es tan importante comprender sus pensamientos”.

Como pudo observarse en el grupo focal, la medicina tradicional continua teniendo una presencia significativa y funcional en la población guatemalteca, principalmente en grupos étnicos cuyo sistema de salud ha sido el sistema médico maya, a su vez se observa la presencia de terapeutas tradicionales en comunidades ladinas, donde la población coincide con el enfoque de salud. En ambos casos, el acceso al sistema de salud público sigue siendo limitado, por lo que la medicina maya además de ser reconocida y ampliamente utilizada por la población. En este sentido, la búsqueda de la atención integral y la construcción de un modelo de salud integral, permite garantizar el derecho a la salud.

El curso desde sus contenidos y aunado a los cursos anteriormente descritos, permite generar en el estudiante una sensibilización y conocimiento científico de las condiciones de salud a nivel de país, buscando desde la academia generar estrategias de transformación de esta realidad, desigual e inequitativa.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio se realizó con el objetivo de conocer la percepción de los estudiantes de la licenciatura de medicina que están realizando su Práctica profesional supervisada respecto a la utilidad del curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala”. El análisis de los resultados refleja la percepción de 13 estudiantes que realizaban su PPS, lo que permitió tener información desde la experiencia de los estudiantes, ahora inmersos en la realidad social, sobre la pertinencia y vigencia de los contenidos del curso.

Se consideró oportuno indagar sobre la utilidad de los contenidos del curso, en prácticas profesionales concretas, debido a la formación social que se pretende generar como parte del perfil de egreso de los estudiantes universitarios de la carrera de medicina, por lo que se indagó sobre el contexto en el cual los estudiantes se encuentran inmersos, identificando su asociación al proceso de formación, en este caso de un curso en particular y aspectos generales que observaban como parte de las necesidades de la población, las cuales podían o no, verse reflejadas en la formación inicial. El objetivo fue observar la vigencia de estos contenidos y continuar desarrollando las habilidades y competencias que la profesión requiere.

La primera categoría de análisis se basa en la influencia de la etnia, su cosmovisión, y cultura en el proceso de interacción entre el estudiante y los diversos actores sociales inmersos en la comunidad. Esta categoría buscó indagar la influencia de la cosmovisión y cultura en el proceso de salud y enfermedad, los resultados reflejan el impacto del grupo étnico, su cosmovisión y cultura en la construcción, comprensión y uso de un modelo de salud particular. Los resultados coinciden con el trabajo de investigación realizado por Gallegos (2004), para la Asociación PIES de Occidente, el cual analiza la relevancia de la cosmovisión y la cultura en el abordaje de la salud. En ambos estudios; los resultados muestran la influencia de la cosmovisión y la cultura en la construcción de un sistema de salud, el tipo de profesionales de la salud que se

requieren, y los procesos de curación que implementan; los cuales están íntimamente ligados al grupo étnico y su cultura.

La segunda categoría hace referencia a la labor y vigencia de los terapeutas tradicionales y enfermedades. En este caso los estudiantes refieren que esta población asiste con terapeutas tradicionales, específicamente la comadrona, curanderos, hueseros, sopladores y sacerdotes mayas. A su vez, identificaron que en estas poblaciones, los pacientes refieren que padecen de mal de ojo, empacho, etc.; por lo que inicialmente asisten a los terapeutas tradicionales, pues han desarrollado elementos terapéuticos funcionales. Como puede observarse, la población atendida, tiene una visión particular entre los conceptos de salud y enfermedad y los profesionales de la salud que se requieren para tratarlas, tanto a nivel de prevención como de curación, tal y como lo presenta el estudio realizado por ASECSA (2004), sobre el reconocimiento y especialización de los terapeutas tradicionales. Sus resultados coinciden en cuanto al acceso y legitimidad que la población le otorga a los terapeutas tradicionales, quienes realizan tratamientos efectivos validados por la población.

A su vez, los resultados coinciden con el estudio presentado por Mosquera (2007), cuya investigación refleja la legitimidad del trabajo realizado por los terapeutas tradicionales, las terapias y métodos de curación que emplean y una explicación de la racionalidad maya y la construcción de su modelo de salud.

Como punto a destacar, los estudiantes reconocen que la relación con los terapeutas mayas, permite que los terapeutas refieran a pacientes con enfermedades crónicas, y casos específicos en donde han existido complicaciones en el parto, teniendo un resultado exitoso en la atención al paciente, además, concluyen que el trabajo en conjunto ha generado beneficios para la población y también colaboración y aprendizaje mutuo.

En cuanto a la categoría de la Interculturalidad en salud, y el trabajo integral entre el sistema biomédico y el sistema médico maya, los estudiantes indican que la atención brindada por los terapeutas tradicionales es fundamental en las

comunidades, ya que hasta el momento ha sido el único acceso y cobertura que la población ha tenido, y en la mayoría de casos ha sido exitosos, por lo que consideran, debe incorporarse la atención biomédica, mediante la generación de un modelo intercultural de salud. Los resultados del grupo focal, coinciden con el estudio realizado por Icó (2007), respecto a la promoción de la medicina indígena Maya, y la incidencia en las políticas públicas de salud a favor de un sistema de salud con pertinencia intercultural. Los resultados del estudio evidenciaron la influencia y efectividad de los terapeutas o médicos mayas, que con funciones generales o específicas dan respuesta a un perfil epidemiológico diferenciado; por lo que el estudio propone la generación de políticas públicas que reflejen la construcción de un modelo intercultural en salud.

Esto se evidencia en el estudio realizado por Albizú, Todosantos y Méndez (2007), sobre el trabajo de las y los promotores de salud en Guatemala. El estudio incorpora el rol de los terapeutas tradicionales y las comunidades en el proceso de salud. El estudio refleja la necesidad de incorporar a los terapeutas y generar un modelo de salud incluyente, partiendo de la premisa que mejorar la salud es transformar la realidad actual, desigual e inequitativa, en donde “El futuro es presente, el método ya no puede separarse de su objeto que es también sujeto. El método no puede formarse más que durante la búsqueda”.

En este sentido los estudiantes reconocen que el trabajo en conjunto es fundamental, pues al generar empatía y confianza, el terapeuta realiza una labor de intermediario con la familia, y que el paciente pueda ser atendido desde el sistema biomédico, generando otras opciones de atención, curación y rehabilitación.

Cabe resaltar que la interculturalidad en salud, permite afrontar conflictos de forma positiva, no negando que existen, sino asumiendo que su transformación es el motor del cambio para mejorar, por lo que la propuesta del cambio formativo y actitudinal es uno de los pilares para transformar el modelo de salud actual, pues bajo esta visión, se reconoce el valor de la diversidad y la oportunidad de generar un modelo de salud basado en los derechos humanos.

La cuarta categoría hace referencia a la percepción de la utilidad del curso, en donde los estudiantes reconocen que los cursos adquieren una funcionalidad práctica en su ejercicio profesional, en donde son capaces de implementarlos con el fin de brindar una atención de calidad, con pertinencia cultural, mejorando así los indicadores de salud de la población.

Este enfoque de la salud y la formación académica, coincide con varias exigencias a nivel nacional e internacional tal y como lo menciona La Federación Mundial de Educación Médica (WFME), en la Declaración de Edimburgo (1993); donde establece que el objetivo de la educación médica es formar médicos que promuevan la salud de toda persona, para ello, se requiere de una educación médica que genere habilidades pertinentes a las necesidades de la comunidad, es decir, que lo aprendido sea aplicado de forma útil y coherente con las necesidades del país; así mismo, la declaración mundial sobre la educación superior UNESCO (2009), recalca la calidad educativa y su influencia en el desarrollo profesional y social.

En la misma línea, la Universidad Rafael Landívar, tiene como objetivo académico, generar profesionales co-constructores de sociedades más justas y solidarias. (Pastoral Fe y Alegría, 2003).

Con base en su experiencia, los estudiantes manifiestan sentirse satisfechos con la formación que imparte la universidad, y a diferencia de su evaluación inicial sobre la relevancia de los cursos de corte social, es en la práctica profesional donde observan su utilidad, re-evaluando la utilidad de estos cursos. Los estudiantes refieren que a diferencia de sus compañeros de otras universidades, en donde no se imparten estos contenidos, ellos cuentan con la “ventaja” de reconocer el rol de los terapeutas tradicionales, reconocen la influencia de la cosmovisión en el motivo de consulta y asocian el proceso de salud y enfermedad a la cultura de la población, lo cual califican como “un plus” y algo que “caracteriza al médico landivariano”.

Como aspectos a mejorar, los estudiantes consideran que todos los contenidos abordados en el curso son de utilidad, sin embargo no existen cursos que continúen esta formación y análisis de la realidad a lo largo de la carrera, por lo

que sugieren que en primer año puedan realizarse actividades de campo que conviertan el contenido en aprendizajes significativos, además consideran que estos temas deben seguirse abordando a lo largo de la carrera. La propuesta que los estudiantes realizan, es la incorporación del estudio del uso medicinal de las plantas, de tal manera que exista una sensibilización sobre los beneficios, y explicaciones científicas de su implementación, esto debido a que en su práctica profesional, ellos recetan plantas medicinales, y aunque cuentan con un vademecum local (compendio del plantas locales y usos medicinales), consideran que esto debe ser parte de su formación inicial.

Finalmente, los estudiantes concluyen, que la comprensión de la cosmovisión, la cultura, el conocimiento de los terapeutas tradicionales y sus funciones, así como la interpretación subjetiva de las enfermedades tradicionales, les ha permitido responder efectivamente a las necesidades de la salud de la población.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede argumentar que los estudiantes perciben los contenidos del curso como útiles y vigentes, afirman que los contenidos llevados a la práctica promueven el cumplimiento del derecho a la salud con pertinencia cultural.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

1. Los estudiantes de la licenciatura en medicina bajo una formación primariamente biomédica y biologista del qué hacer médico, consideran que a medida que se involucran más en las prácticas comunitarias, su percepción sobre la utilidad el curso "Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala" cambia positivamente, esto debido a que en la relación médico-paciente y la atención de calidad con pertinencia cultural, les permite adquirir una dimensión más significativa de la utilidad del curso, durante la realización de su práctica profesional supervisada.
2. Dentro de las necesidades académicas de los estudiantes, ellos refieren que la relación de contenidos a contextos específicos, producen mayor interés y visualizan su utilidad inmediata. Los estudiantes recalcan la importancia de la realización de trabajos de campo que les permita tener un contacto directo con diversos grupos étnicos, esto con el objetivo de reconocer la influencia de la cosmovisión y la cultura en la construcción de un modelo de salud y el rol de los terapeutas tradicionales en las comunidades.
3. En relación a los beneficios y áreas de mejora que requiera el curso, los estudiantes refieren que el contenido responde favorablemente a temáticas concretas de su práctica profesional supervisada, y sugieren el fortalecimiento teórico-práctico sobre el uso medicinal de las plantas, basado en la cosmovisión de la población atendida, así como el estudio científico de la utilización de las mismas, de tal manera que se genere una sensibilización y conocimiento básico vital, debido a que en la práctica profesional supervisada, los estudiantes cuentan con un vivero cuyas plantas son recetadas con fines medicinales.

4. Los estudiantes refieren que previo a su ingreso universitario desconocían el contexto nacional, las necesidades en salud y la relevancia de la cosmovisión y cultura de cada grupo étnico en la construcción de concepto de salud y enfermedad y por ende en su modelo de salud. Debido a este desconocimiento y la falta de contacto con otras realidades, el deseo de saber y el reconocimiento de la utilidad y contenidos teóricos ligados a esta temática disminuye. Esto refleja por un lado la relación consciente entre el saber, el deseo de saber y el juicio de utilidad de la disciplina. En consecuencia cuando los contenidos no se ligan a ejercicios prácticos, en donde el trabajo de campo y el reconocimiento de los contenidos adquieren sentido en contextos y realidades concretos, el aprendizaje significativo, disminuye.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesores del curso de Interacción Comunitaria, Salud Pública y el curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala, recalcar desde el primer semestre de la formación médica, la existencia de diversos modelos de salud, especialmente el reconocimiento legal y legitimo del sistema médico maya, así como su relevancia en el abordaje de la salud con pertinencia cultural, esto mediante los contenidos ya establecidos en cada curso, pero profundizando en las prácticas de salud actuales en el país.
2. Se recomienda al profesor del curso, poner en práctica metodologías participativas y pequeños trabajos de campo que posibiliten el reconocimiento y análisis de los diferentes conceptos y prácticas en salud que alberga el país, de tal manera que se construya un aprendizaje significativo y contextualizado, basados en la teoría y la práctica para la solución de problemas sociales actuales.
3. Se recomienda al docente del curso realizar un diagnóstico inicial de los pre-saberes de los estudiantes respecto a los diversos grupos étnicos que co-habitan en el país, esto con el objetivo de dosificar el contenido, y aplicar metodología participativas que permitan sensibilizar a los estudiantes respecto a los diversos conceptos de salud y enfermedad según la cosmovisión y cultura, y motivar a analizar y buscar soluciones de sus necesidades en salud con pertinencia cultural.
4. Se recomienda al Departamento de Medicina, incorporar al curso “Salud en las culturas y etnias de Guatemala” en el módulo de enfermedades tradicionales, una introducción básica del uso medicinal de las plantas, su componente activo, formas de preparación, dosis y toxicidad, con el fin de

sensibilizar a los estudiantes sobre el uso de las mismas con fines medicinales y los beneficios que proveen.

5. Se recomienda a la Facultad de Ciencias de la Salud, dar seguimiento a los contenidos del curso a lo largo de la carrera, esto mediante las prácticas semestrales del curso de Interacción Comunitaria, en donde tienen contacto directo con terapeutas tradicionales.
6. Se recomienda al Departamento de Medicina, tomar en cuenta la propuesta que se incluye en el anexo de este trabajo para implementarla en el primer ciclo 2017.

V. REFERENCIAS

- Acuerdos de paz. (2007). (2a. ed.). Universidad Rafael Landívar y Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala.
- Albizú, T. y Méndez M. (2007). El Efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y promotores de salud a través de la vida. Guatemala: Magna Tierra Editores.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2004). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Recobrado el 15 de febrero de 2016. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_glad_p2004.pdf
- Asociación de servicios comunitarios de salud –ASECSA- (2004). Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Guatemala: Magna Terra Editores S.A.
- Asociación de servicios comunitarios de salud –ASECSA- (2015). Principios, conocimientos y prácticas del pueblo Kaqchikel para el buen vivir. Chimaltenango, Guatemala.
- Calan, S. (2012). Interculturalidad y Cosmovisión Maya. USAID. Guatemala C.A. Constitución Política de la República de Guatemala. (1993). Guatemala.
- Declaración de Edimburgo 1988. Recuperado de:
<http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/1-edimburgo-1988.pdf>
- Declaración de Edimburgo 1993. (2000). Revista Cubana Educativa Med. Super;14 (3)270-83.
- Eder, K y Car, G. (2004). Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo étnico queqchí. Asociación de servicios comunitarios de salud. ASECSA. (1ra. Edición). S.A. Guatemala: Magna Terra Editores
- Gallegos, R. (2004). Lineamientos para un modelo de servicio de salud culturalmente adecuado en el altiplano occidental de Guatemala: encuentro

- de dos sistemas médicos: maya y occidental. Asociación Pies de Occidente. Guatemala.
- Harris, M. (2004). Antropología Cultural. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hernández, L. Instituto de Salud Incluyente –ISIS- (2010). Modelo incluyente de Salud. Guatemala: Serviprensa S.A.
- Ibache, J. (1997). La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Proyecto de Documentación Ñuke Mapu. Recuperado de: <http://www.soc.uu.se/mapuche>
- Icú, H. (2007). Rescate de la medicina maya e incidencia para su reconocimiento social y político. Estudio de caso Guatemala. Guatemala.
- Inciarte, N. Alarcón, H. y Sánchez P. (2008). Relación teoría-práctica en la formación docente en ejercicio: una propuesta constructivista. Revista de Artes y Humanidades UNICA / Año 9 N° 23 Septiembre-Diciembre.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. (2009). ¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal de la salud, la educación y la alimentación en Guatemala. Guatemala.
- Kemmis, S. (1998). El curriculum. Más allá de la teoría de la reproducción. (3ra edición). Madrid, España: Ediciones Morata.
- Kolvenbach P. (2000). El servicio de la fe y la promoción de la justicia en la educación universitaria de la Compañía de Jesús de Estados Unidos. Discurso en la Universidad de Santa Clara, California. EEUU.
- Kolvenbach P. (2001). La universidad de la Compañía de Jesús a la luz del carisma Ignaciano. Discurso a los Rectores de las universidades confiadas a la Compañía de Jesús en el mundo, Roma, Italia.
- Kottak, C. (1996). Antropología. Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana. (6ta. Edición). México: Impresiones Tijuana, S.A. de C.V.
- Merton, R., Fiske, M. Kendall, P. (1998). Propósitos y criterios de la Entrevista Focalizada. EMPIRIA. Revista de metodología de ciencias sociales No. 1 pp 215-227.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1990). Código de Salud. Decreto 90-97. Guatemala

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2000). Conociendo la medicina maya en Guatemala. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- (2009). Creación de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala. Acuerdo Ministerial No. 1632-2009. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). Acuerdo Ministerial No. 1632-2009. Guatemala C.A.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Normas de Atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel de atención. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. Vademecum nacional. (2002). Recuperado de: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/Medicina%20tradicional/Medicina%20tradicional%20y%20Alternativa.pdf>
- Mora, J. y Jarocka, M. (2002). Apuntes para una historia de la ciencia en la India antigua (Medicina humana y medicina veterinaria), Instituto de Investigaciones Filológicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Mosquera, T. (2007). Terapeutas tradicionales y Terapias (su racionalidad y su lógica): elementos para su inserción y consolidación en el pluralismo del sistema de salud en Guatemala. Dirección General de Investigación, USAC. Guatemala.
- Nicolás, A. (2010). Profundidad, universalidad y ministerio académico: Desafíos a la educación superior Jesuita de hoy. Conferencia en el Encuentro Mundial de Rectores de Universidades confiadas a la Compañía de Jesús. México.
- Nicolás, A. (2011). Lección inaugural de la Universidad de Deusto. Conferencia dictada en el marco del 125 aniversario de la Universidad de Deusto. España.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (1978). Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. Serie de Informes técnicos. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud –OMS- (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
- Organización de las Naciones Unidas –ONU-. (1992). Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo. Río de Janeiro, Brazil. Recuperado de : <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/documents/declaracionrio.htm>
- Organización de las Naciones Unidas –ONU-. (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena (Austria). Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/WCHR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas –ONU-. (1995). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo, Egipto. Nueva York, USA.
- Organización de las Naciones Unidas –ONU-. (2005). Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/indigenousday/second.shtml>
- Organización de las Naciones Unidas –ONU-. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas.
- Organización Mundial de la Salud –OMS-. (2013). Estrategias de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023. Hong Kong SAR, China.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación y Diversificación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO- (2009). Declaración mundial sobre la educación superior. Paris. *Recuperado de:* http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
- Organización Panamericana de la Salud –OPS- Instituto Interamericano de Derechos Humanos- IIDH-. (2006). Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional. San José, Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS- y Organización Mundial de la Salud –OMS- (1997). Hacia una política Intercultural en Salud. Saavedra. Araucania, Chile.
- Proyecto Tuning en América Latina. (2011). Recuperado de: <http://www.tuningal.org/>
- Plan de Estudios de la carrera de medicina 2016. Recuperado de: <http://www.url.edu.gt/WebPensumCarrera/Default.aspx?id=626&sm=c8>

- Pérez M., Gallego R. (1994). “Corrientes Constructivistas”. Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Pimienta, J. (2005). Metodología Constructivista. Guía para la planeación docente. Pearson, México: Prentice Hall.
- Programa de las naciones unidas para el desarrollo –PNUD-. (2005). “Diversidad étnico cultural y desarrollo Humano: la ciudadanía en un Estado Plural. Informe nacional de desarrollo humano. Guatemala.
- Pozo, I. (1996). Las ideas del alumno sobre ciencias: de donde vienen, a donde van y... mientras tanto que hacemos con ellas. Revista Alambique didáctica de las ciencias experimentales. Nº 7. 18-26
- Ramas, A. (2003). Pastoral Fe y Alegría. Carta de San Ignacio de Loyola a un Educador de Hoy. Quito, Ecuador.
- Real Academia Española –RAE-. (2014). (23ª. Edición). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=utilidad&m=form&o=h>
- Reyes, O. Modelos conceptuales para la interpretación de la enfermedad tradicional en Mesoamérica. Revista de Estudios Interétnicos. Año 6, número 8. USAC. 61-84.
- Sampieri, R. Fernández, C. Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. (4ta. Edición). México: Editorial Mc Graw Hill.
- Sánchez, D. (2010). El concepto de cosmovisión. Revista Kairós. No. 47 julio-diciembre.
- Villatoro, E. (2005). Etnomedicina en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: Editorial Universitaria.
- Zuñiga, M. (1997). Interculturalidad y educación en el Perú. Foro Educativo. Perú, Lima.

ANEXO

Propuesta del curso “Salud en las Culturas y etnias de Guatemala”

Los resultados del estudio, demuestran que los contenidos del curso son vigentes y útiles en la formación del estudiante así como en su práctica profesional supervisada.

Tomando en cuenta que el programa si cuenta con los requisitos, se realizan únicamente algunas modificaciones, basadas en comentarios de los estudiantes y las reflexiones teóricas realizadas, esta propuesta sugiere incorporar en el programa cambios enfocados hacia las competencias desarrolladas por los estudiantes, el análisis de la cosmovisión, cultura y su influencia en la construcción de un modelo incluyente de salud, así como la incorporación de los beneficios y usos medicinales de las plantas como parte del proceso de curación de enfermedades tradicionales y enfermedades comunes abordadas desde el sistema biomédico.

A continuación se presenta la propuesta del programa del curso, esperando pueda ser implementada en el primer semestre del 2017, la cual incluye:

- I. Propuesta del Programa del curso para el año 2017.
- II. Cronograma: indica la posible distribución del contenido, basado en la propuesta del programa del curso para el año 2017.
- III. Propuesta para el desarrollo del contenido de los beneficios y usos medicinales de las plantas como parte del proceso de curación de enfermedades tradicionales y enfermedades comunes abordadas desde el sistema biomédico (última unidad del programa).
- IV. Matriz para el desarrollo de actividades durante el proceso de enseñanza-aprendizaje 2017. (para profesores)

I. Programa del curso “Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala” 2017.

Programa 2010	Propuesta Programa 2017
<p>El curso plantea la combinación de los aspectos teórico y metodológico para abordar la influencia de la cosmovisión, etnia y cultura, en la construcción de los conceptos de salud-enfermedad, la construcción de un modelo de salud a partir de esta concepción y su legitimación histórica en el contexto nacional. El curso analizará a través de elementos teóricos y prácticos, el modelo de la medicina tradicional en Guatemala, el rol de los terapeutas tradicionales y métodos de curación.</p>	<p>El curso plantea la combinación de los aspectos teórico y metodológico para abordar la influencia de la cosmovisión, etnia y cultura, en la construcción de los conceptos de salud-enfermedad, la construcción de un modelo de salud a partir de esta concepción y su legitimación histórica en el contexto nacional. El curso analizará a través de elementos teóricos y prácticos, el modelo de la medicina tradicional en Guatemala, el rol de los terapeutas tradicionales y métodos de curación.</p>
Objetivos del curso	Competencias del curso
<p>Al finalizar el curso, el estudiante manejará información general sobre la diversidad étnica y lingüística en Guatemala. En dicho contexto, conocerá los marcos conceptuales que sustentan la interpretación de la salud-enfermedad tradicional en nuestro país y tendrá los conocimientos básicos sobre la metodología de la investigación que le permitan actualizar su conocimiento sobre éstos y otros temas desde un enfoque cualitativo.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Al finalizar el curso el o la alumna: Conocerá diferentes definiciones del concepto de salud. Podrá definir los conceptos de raza, cultura y etnia. Identificará a nivel espacial la ubicación general de las diferentes comunidades lingüísticas oficialmente reconocidas en Guatemala. Manejará información básica sobre las diferentes etnias que conviven en el país (Mayas, Garífunas, Xincas y Mestizos entre otras). Habrá adquirido los conceptos teóricos sobre la medicina tradicional, en Guatemala.</p>	<p>Competencia genérica</p> <p>Trabaja con ética y valores, atendiendo de manera integral al ser humano. Participa con responsabilidad en la sociedad. Piensa crítica y reflexivamente, aprendiendo de forma autónoma. Trabaja de forma colaborativa.</p> <p>Competencias Específicas</p> <p>Conoce y aplica los conceptos de Interculturalidad en la salud. Conoce y maneja los conceptos de medicina tradicional, terapeutas tradicionales y enfermedades tradicionales (folk medicine). Promueve y aplica el modelo incluyente de salud.</p> <p>Se espera que a lo largo del curso, el estudiante desarrolle las siguientes habilidades: Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica y procesos de investigación.</p>

<p>Manejará información general sobre diferentes <i>enfermedades tradicionales (Folk)</i> en Guatemala.</p> <p>Habrá adquirido conceptos teóricos sobre la metodología de la investigación cualitativa, que le serán de utilidad en el marco del curso: Interacción Comunitaria I.</p> <p>Será capaz de integrar el aspecto teórico y metodológico de la investigación para proponer un modelo explicativo de la enfermedad.</p>	<p>Responsabilidad social y compromiso ciudadano.</p> <p>Capacidad de aprender y actualizarse permanentemente.</p> <p>Compromiso con la preservación del medio ambiente.</p> <p>Compromiso con su medio socio-cultural.</p> <p>Valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad, con miras a la construcción de un modelo intercultural de la salud.</p> <p>Compromiso ético en su praxis médica, lo cual implica calidad en la atención, relación médico-paciente y respeto a la cosmovisión local.</p> <p>Capacidad para identificar los factores determinantes en los procesos de salud-enfermedad.</p> <p>Capacidad de comunicación, oral y escrita, adaptada a la población con la cual trabaja.</p> <p>Capacidad para trabajar efectivamente en el sistema de salud biomédico y el modelo incluyente de salud.</p> <p>Capacidad para comunicarse y trabajar efectivamente con los terapeutas tradicionales.</p> <p>Estudio del uso medicinal de las plantas con fines curativos.</p>
<p>Contenidos del curso</p>	<p>Contenidos del curso</p>
<p>I. Guatemala, geografía e historia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción a la disciplina • Geografía de Guatemala. • División política de la República de Guatemala • Historia de Guatemala • Origen de los idiomas Maya • Ubicación geográfica de las comunidades lingüísticas <p>II. Algunos criterios de clasificación de los grupos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del concepto de raza. 	<p>I. Conceptos de salud y enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptos de salud y enfermedad, según los grupos étnicos de Guatemala y de los pueblos originarios de América Latina. • La salud como derecho universal • Cosmovisión y conceptualización de la salud y la enfermedad • Etnia y salud <p>II. Algunos criterios de clasificación de los grupos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del concepto de raza.

- Definición del concepto de cultura.
- Definición del concepto de etnia.

III. Introducción a la Antropología.

- La antropología como disciplina social
- Relativismo cultural
- Etnocentrismo
- El ser humano desde una perspectiva integral.
- La utilidad de la Antropología en el tema de salud-enfermedad – MIS-
- Perspectivas Emic / Etic
- Etnología de Guatemala, sobre la cultura Maya, Xinca, Garífuna y Ladino.

IV. Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales – Investigación cualitativa.

- Observación
- Observación participante
- Conversaciones, entrevistas
- Cuestionarios
- Informantes clave
- Historia de vida

V. Sistemas etnomédicos-estudios de caso – Medicina tradicional (*Folk*) Sistema Médico Maya

- Cosmovisión Maya
- Conceptos de Salud y Enfermedad desde la cosmovisión Maya

Terapeutas tradicionales:

- Definición del concepto de cultura.
- Definición del concepto de etnia.

III. Introducción a la Antropología.

- La antropología como disciplina social:
- Relativismo cultural
- Fenómenos Culturales
- El ser humano desde una perspectiva integral.
- La utilidad de la Antropología en el tema de salud-enfermedad
- Perspectivas Emic / Etic
- **Enfoque cultural de la Salud. OPS.**
- Modelo Incluyente de salud –MIS-

IV. Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales – Investigación cualitativa.

- Observación
- Observación participante
- Conversaciones, entrevistas
- Cuestionarios
- Informantes clave
- Historia de vida

V. Sistemas etnomédicos-estudios de caso – Medicina tradicional (*Folk*) Sistema Médico Maya

- Cosmovisión Maya
- Conceptos de Salud y Enfermedad desde la cosmovisión Maya

<ul style="list-style-type: none"> • Comadronas • Sopladores • Curanderos • Chayeros • Sacerdotes mayas • Rezadores <p>Enfermedades tradicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> h. Mal de Ojo i. Mollera Caída j. Susto k. Empacho 	<p>Terapeutas tradicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comadronas • Sopladores • Curanderos • Chayeros • Sacerdotes mayas • Rezadores <p>Doulas (aunque no son terapeutas tradicionales se explicará su función)</p> <p>Enfermedades tradicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mal de Ojo b. Mollera Caída c. Susto d. Empacho <p>Uso medicinal de las plantas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herbolaria • Fitoterapia • Marco Legal Internacional y Nacional referente al uso de plantas con fines terapéuticos • Vademecum de Guatemala (selección de 10 plantas medicinales para tratamiento de enfermedades comunes: parte activa de la planta, formas de preparación, dosis, toxicidad). • Normas de Atención con pertinencia Cultural.
--	---

Nota: se sugiere socializar esta información con los catedráticos de Interacción Comunitaria para que se le pueda dar continuidad en la práctica comunitaria.

Para incorporar la temática del uso Medicinal de las Plantas, se sugiere distribuir los contenidos de la siguiente manera:

II. Cronograma del contenido del curso por semana-2017-

Unidad	Contenido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
U.1	Conceptos de Salud (antecedentes)																					
U.1	Marco legal Nacional e internacional en torno al Derecho a la Salud																					
U.1	Cosmovisión y conceptos de salud y enfermedad.																					
U.2	Concepto de raza, cosmovisión, etnia y cultura.																					
U.2	Relación entre cosmovisión y la construcción de modelos de salud																					
U.3	Relativismo Cultural Fenómenos Culturales																					
U.3	Visión emic y etic en salud																					
U.3	Enfoque étnico en salud y conceptos asociados																					
U.3	Modelo Incluyente de salud y conceptos asociados																					
U.4	Investigación Cualitativa. Herramientas etnográficas																					

III. Propuesta para el contenido del uso medicinal de las plantas 2017.

Las plantas han sido empleadas históricamente por el ser humano para la conservación de la salud y en el proceso de curación. Esto requiere el conocimiento del principio activo de la planta, las partes del cuerpo de la planta que pueden ser empleadas con fines medicinales, la forma de preparación, contraindicaciones y toxicidad.

Principio activo de las plantas.

Las plantas con fines medicinales se caracterizan por su componente activo con propiedades terapéuticas comprobadas y que históricamente han sido de beneficio para la salud de los seres humanos.

Para que la parte activa de la planta, sea funcional y eficaz, los terapeutas dialogan con las plantas, otros median cantos, rezos y plegarias durante la colecta, como también otros celebran rituales largos y continuos durante todo el proceso de curación y preparación de medicamentos (OPS/IIDH:2006)

Cuerpo de la planta y formas de preparación.

El componente activo de la planta puede ubicarse en diversas zonas del cuerpo de la planta, entre ellos: sus frutos, hojas, semillas, tallos, raíces, flores, etc.

Según el uso y los fines curativos, las formas de preparación son:

- Cataplasma: se emplea un preparado de la planta machacada, o se aplica caliente en el área afectada, es de uso tópico.
- Emplasto: se mezcla la parte activa de la planta con harina formando una pasta la cual se coloca en la zona afectada.

- **Cocimiento:** se hierven las plantas por unos minutos y posteriormente se filtra para ser ingerida a manera de infusión, en otros casos se inhala el vapor generado, el cual es usado principalmente para afecciones de la garganta y vías respiratorias. En otros casos, se disuelve en azúcar o miel como preservante y se emplea como jarabe.
- **Gargarismo o enjuagues:** por medio de la parte activa de la planta, se realizan enjuagues para limpiar la garganta, mucosidades, bacterias e impurezas del organismo.
- **Jugos medicinales:** Se emplean plantas frescas, las cuales son licuadas e ingeridas.
- **Lavados:** es de uso externo, se utiliza para afecciones de la piel, heridas, llagas, hemorroides, vaginitis, etc. (ASECSA: 2015: 59, 60).

Promoción de las plantas medicinales según el marco legal nacional.

Acuerdo Socio Económico y Situación Agraria –ASESA- (México 1996).

El acuerdo establece el compromiso de impulsar una reforma del sector salud orientada hacia lograr la universalización de la salud, así también, señala la importancia de la medicina maya indígena, y la promoción de estudios y rescate de métodos y prácticas en salud.

Acuerdo Ministerial 1632-2009, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El acuerdo hace referencia a la atención de los pueblos indígenas con pertinencia cultural. El Acuerdo establece:

Artículo 2. Naturaleza y ámbito de competencia

- b. La valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, elementos terapéuticos, métodos y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas de Guatemala.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, respondiendo a los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz, impulsa el Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa, el cual tiene como fin, contribuir a la creación de condiciones políticas y estratégicas para el reconocimiento, valoración y rescate de la medicina popular tradicional y alternativa de atención; y del desarrollo del enfoque intercultural en salud, desde un abordaje en los niveles políticos, técnico normativo y operativo.

La Visión y Misión del Programa son:

Visión

El reconocimiento institucional, respeto, valorización y práctica de la medicina y otros complementarios de atención.

Misión

Incorporar dentro de la red de servicios de salud, elementos sociales, espirituales, psicológicos y biológicos de la medicina tradicional en la atención de las personas dentro del marco de interculturalidad. (MSPAS)⁵.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, cuenta con un vademecum nacional, el cual está dirigido a profesionales de la salud, técnicos y voluntarios de salud, estudiantes, etc. El vademecum comprende 101 monografías sobre plantas medicinales de mayor uso popular y tradicional de Guatemala. Se hace una descripción botánica, se describen las partes usadas medicinalmente, sinonimias, nombres populares, usos y propiedades medicinales, composición química y principios activos, toxicología, contraindicaciones, precauciones, indicaciones terapéuticas, etc.

⁵ <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/medicina-tradicional.html>

Plantas Medicinales en Guatemala según el vademecum nacional

Nombre Científico	Nombre Común	Propiedades Medicinales	Vía de Administración	Formas de Preparación	Toxicidad y efectos secundarios
Chenopodium ambrosoides	Apazote	Parasitismo intestinal (a partir de los 10 años)	Oral (infusión)	Hervir una taza de agua. Colocar 3 ramitas de apazote seco. Dejar reposar 4 minutos. Colar e ingerir	Se debe tomar por un máximo de 3 días, contraindicado en mujeres embarazadas.
Caléndula officinalis	Flor de muerto	Cicatrización de úlceras en piel (a partir de los 10 años)	local	Hervir un litro de agua. Colocar 8 cucharadas de hojas y flores secas. Dejar cocer por 5 minutos. Colar. Colocar en la zona afectada.	Se debe emplear un máximo de 3 días, de lo contrario debe asistir a un centro de salud. El cocimiento debe ser de reciente preparación.
Plantago Major L.	Lantén, cola de ardilla.	Dolores de garganta (a partir de los 5 años).	local	Hervir medio litro de agua. Colocar 2 cucharadas de hojas secas. Hervir por 5 minutos. Dejar reposar 10 minutos. Colar. Esperar a que esté tibio, hacer gárgaras y escupir. Repetir de 4-5 veces al día.	Se debe emplear un máximo de 3 días, de lo contrario debe asistir a un centro de salud. El cocimiento debe ser de reciente preparación.

Fuente: Elaboración propia a partir del vademecum nacional. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/Medicina%20tradicional/Medicina%20tradicional%20y%20Alternativa.pdf>

Actividades Sugeridas

Actividad 1: Elaboración de maqueta.

Instrucciones: Investigación sobre el uso medicinal de las plantas. Conformar grupos de 4 integrantes. Investigar sobre el uso de 8-10 plantas con fines medicinales, mediante entrevistas semi estructuradas a terapeutas tradicionales

Elaborar una entrevista breve sobre enfermedades comunes en la comunidad y plantas empleadas por los terapeutas, parte de la planta empleada, forma de preparación y tratamiento. Investigar también el nombre científico, composición química y contraindicaciones. Según el Vademecum Nacional.

Elaborar una maqueta con las plantas que investigaron y exponerlas.

Presentación

Exposición de las maquetas y exposición de las plantas medicinales del lugar realizada por los estudiantes.

Actividad 2: conferencia.

Invitar a un profesional de la salud a impartir una conferencia sobre el uso medicinal de las plantas en Guatemala, sus beneficios y prácticas en salud. Los estudiantes deberán realizar un resumen de la conferencia e indagar sobre el empleo de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades comunes.

IV. Matriz de actividades durante el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se recomienda que el docente del curso pueda variar las metodologías, incluyendo las investigaciones con trabajos de campo, el trabajo cooperativo y estudios de casos. Se propone esta matriz para que pueda visibilizar la variación de actividades en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Unidad	Semana No.	Lectura y hoja de Trabajo	Investigaciones con trabajos de Campo	Estudio de Casos	Exposiciones	Ejercicios en clase	Trabajo Cooperativo	Texto Paralelo	Otro Tipo
U.1	1								
U.1	2								
U.1	3								
U.2	4								
U.2	5								
U.3	6								
U.3	7								
U.3	8								
U.3	9								
U.4	10								
U.4	11								
U.4	12								
U.4	13								
U.5	14								
U.5	15								
U.5	16								
U.5	17								
U.5	18								
U.5	19								
U.5	20								

Instrumento

Guía de entrevista semiestructurada sobre el tema: “Utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en estudiantes de PPS de Medicina de la URL”

Objetivo General:

Establecer la utilidad del curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en estudiantes de medicina que realizan la práctica profesional supervisada.

Objetivo del Grupo Focal:

Identificar los beneficios y áreas de mejoras o modificaciones que requiera curso Salud en las Culturas y Etnias de Guatemala en la práctica profesional supervisada.

Consentimiento verbal: se solicitó su consentimiento para la grabación de la actividad.

Preguntas:

1. ¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario en general?
2. ¿Cómo ha sido su experiencia en el PPS comunitario en cuanto a la atención clínica, las visitas familiares y su interacción con grupos organizados de la comunidad?
3. ¿Las personas con las cuales trabajan a qué grupos étnicos pertenecen?
4. ¿Creen que influye la cultura en la atención al paciente? O ¿Influye el modelo cultural en la relación médico-paciente? ¿Cómo?
5. ¿A qué terapeutas tradicionales han conocido en el pps, y cuál es la labor que realizan?
6. ¿Cómo perciben el trabajo que los terapeutas realizan?
7. Dentro de los motivos de consulta, ¿cuáles son las enfermedades tradicionales que refieren los pacientes?
8. ¿Realizan un trabajo en conjunto para brindarle una atención con pertinencia cultural al paciente? ¿Cómo lo realizan?
9. ¿Consideran importante que estos conocimientos sean impartidos en un curso? ¿Por qué?
10. ¿Qué otros aspectos podrían profundizarse dentro del curso?
11. ¿Qué temas concretos podrían incluirse dentro del curso?

Grupo Focal, Santo Tomás la Unión, Suchitepéquez



Participantes del Grupo Focal