

EL PUNTO DÉBIL

La Diarrea Infantil y las Realidades
Ocultas de la Salud Global

Rachel Hall-Clifford

Presentación por Waleska López Canu
Epílogo por Arthur Kleinman

Traducido por Felipe Feldmar

El Punto Débil

El Punto Débil

La Diarrea Infantil y las Realidades Ocultas de la Salud Global

Rachel Hall-Clifford

Presentación por Waleska López Canu
Epílogo por Arthur Kleinman

Traducido por Felipe Feldmar

The MIT Press
Cambridge, Massachusetts Londres, Inglaterra

Edición original en inglés

© 2024 Massachusetts Institute of Technology

Derechos reservados. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida de alguna manera, por cualquier medio electrónico o mecánico (incluyendo fotocopias, grabaciones, o almacenaje o recuperación de información), sin previo consentimiento por escrito del editor.

MIT Press desea agradecer a todos los revisores pares anónimos que aportaron comentarios a los borradores de este libro. El trabajo generoso de expertos académicos es esencial para establecer la autoridad y calidad de nuestras publicaciones. Reconocemos con gratitud las contribuciones de tales lectores no reconocidos de otra manera.

Este libro ha sido impreso en tipos Stone Serif y Stone Sans por Westchester Publishing Services. Impreso y encuadernado en los Estados Unidos de América.

Datos de Publicación en Catalogación disponibles en Biblioteca del Congreso.

Para
F
y todos aquellos que aún creen
que un mundo mejor es posible.

Índice de Contenidos

Lista de Imágenes y Tablas	6
Presentación por Waleska López Canu	7
Agradecimientos	12
Prólogo	13
Introducción	17
1. Terapia de Rehidratación Oral y la Solución No Tan Simple a la Diarrea	46
2. Ataduras del Empoderamiento: Mujeres, Cuidados y Salud Global	72
3. Machetes y Medicina: Caminos Tortuosos a los Servicios de Salud Gubernamentales	100
4. Convirtiendo la Diarrea en Dinero: Servicios de Salud Impulsados por el Mercado	129
Conclusión	187
Epílogo por Arthur Kleinman	194

Lista de Imágenes y Tablas

Imágenes

0.1	Mapa de Guatemala, Recuadro del Departamento de Chimaltenango	36
0.2	El paisaje de Panaj	37
0.3	Un hogar típico en Panaj	37
0.4	Mercado Central de Comalapa	39
0.5	Alojamiento en plantación de café en Acatenango	40
0.6	Catedral y parque central de Chimaltenango	41
1.1	Laguna y casa de bombas en Panaj	56
1.2	Letrina de pozo típica con cercado donada por USAID	69
2.1	Mujeres trabajando en Panaj	82
3.1	Equipo móvil de salud visitando hogares para vacunación	102
3.2	Estructura del sistema sanitario del Gobierno de Guatemala	106
3.3	Hospital Departamental de Chimaltenango	108
3.4	Centro de Salud de Comalapa	110
3.5	Puesto de Salud en una aldea cercana a Comalapa	111
3.6	Promotores de salud comunitarios pesando a un bebé en una aldea cercana a Comalapa	115
3.7	Cronograma de decisión del tratamiento de diarrea para madres rurales	123
4.1	Farmacéuticas en el mercado de Acatenango	140
4.2	Escaparate de tienda de sanador local en Panaj	149
5.1	Madre en una plantación de café en Acatenango	162

Tablas

1.1	Ingredientes recomendados por OMS para sales de rehidratación oral	51
1.2	Plan de Tratamiento del Ministerio de Salud de Guatemala para niños y niñas con diarrea	54

Presentación

Mi Historia

Soy una mujer maya kaqchikel. Nací en Patzún, Chimaltenango, en el Altiplano Central de Guatemala. Crecí en una comunidad indígena en México, exiliada durante el conflicto armado interno de Guatemala. Después de dieciocho años, regresé a Guatemala.

Mi vida en México, a pesar de las deficiencias que no pueden empezar a compararse con las de Guatemala en ese tiempo, estuvo llena de aprendizaje. Siempre me acompañó el deseo heredado de mis padres de regresar en algún momento a Guatemala para contribuir de alguna forma al desarrollo de nuestra población. Crecí oyendo hablar sobre la discriminación y opresión bajo la cual mi gente vivía en Guatemala. Escuché de las atrocidades cometidas contra nosotros y la negativa de aceptarnos a nosotros, los Mayas, como parte viviente del pueblo de Guatemala, así como la falta de respeto hacia nuestra forma de pensar y vivir. También crecí siendo testigo de cómo la gente de México le tendió la mano a mi gente cuando más la necesitaba.

Nunca me sentí extranjera en México, pero al volver a Guatemala me sentí como extranjera en mi propio país. Mi ignorancia sobre mi país y la pérdida de identidad que sufrí al ser desplazada son cosas de las que continúo recuperándome y sigo aprendiendo. Me frustra la falta de amor por su país y su propia gente que muchos guatemaltecos tienen y la desesperanza que tantos enfrentan.

Mi padre es un agricultor con gran amor por la tierra, no sólo porque produce alimentos sino porque también nos hace nacer como buenos hombres y mujeres. Mi madre es maestra, y también ha sido costurera, marchante, cuidadora, y música, con gran amor por su familia y su comunidad. De ellos he aprendido a amar a mi prójimo.

Mis estudios de medicina no fueron fáciles. Tuve que mudarme lejos, desde mi aldea y el único hogar que había conocido, a una ciudad grande. La falta de dinero y acceso a tecnología, libros, y transporte fácil a hospitales hizo esa transición difícil para mí. Aún más, experimenté la discriminación contra las mujeres y contra todos los que nos identificábamos o teníamos apariencia de ser indígenas. En una ocasión, un catedrático me dijo que regresara a casa a hacer tortillas porque nunca iba a sacar una carrera. ¡Pero aquí estoy! La competencia por terminar con las mejores calificaciones fue un desafío. Tuve la suerte de aprender sobre salud comunitaria y trabajar en un área rural. Ese ha sido siempre mi camino.

Al regresar a Guatemala, tuve que ingresar en la universidad estatal, que yo pensé iba a ser revolucionaria, con oportunidades para todos y para que todas las personas se pudieran educar. En vez de ello, me topé de frente con una universidad llena de burguesía joven. Eran hijos de empresarios y élites profesionales muy conocidas que desconocían totalmente la verdadera situación de salud de su gente. No tenían interés en conocerla y mucho menos en trabajar para mejorarla. Eran médicos jóvenes que no querían ir a ciertos puestos a trabajar con “indígenas”. Eran médicos jóvenes que presentaban argumentos como que “Deberíamos quemar todas esas aldeas para que todos los indígenas que viven allí se vayan a la ciudad, y se acaben los problemas del país.” Aún más, hay médicos y enfermeras que maltratan y menosprecian a pacientes que hablan idiomas mayas. Eso me hace reflexionar sobre el largo camino que tenemos por delante para abordar los problemas de salud, racismo, discriminación, y respeto.

Salud para los Mayas

Trabajé durante casi diez años en el programa de extensión de cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del gobierno de Guatemala; primero como médico clínico y luego como coordinadora técnica de seis áreas del Departamento de Chimaltenango. El programa era muy bueno en teoría, pero en la práctica, carecía de todo excepto para necesidades urgentes. Todas las soluciones a problemas, los inmensos esfuerzos físicos del trabajo e incluso las carencias económicas del sistema sanitario se convertían en responsabilidad de los trabajadores mismos y las organizaciones no gubernamentales que el gobierno contrataba para implementar atención primaria de salud. El abuso laboral, poca o ninguna capacitación, y falta de construcción de capacidades eran rutina dentro del Ministerio de Salud. Los programas siempre se creaban fuera de contexto y desde un punto de vista poco práctico en cuanto a lo que era posible, y en la toma de decisiones nunca se toma en cuenta a la población atendida.

Nosotros, el personal, siempre teníamos la culpa de los malos resultados. Incluso con esos desafíos, el programa atendía a cientos de miles de personas y sus problemas de salud.

A pesar de estar muy cercano a la ciudad capital, el Departamento de Chimaltenango tiene comunidades muy distantes de cualquier servicio de salud. La pobreza y extrema pobreza son muy comunes en las comunidades que atendíamos en el programa gubernamental de extensión de cobertura. En ese tiempo, no había caminos o transporte fácilmente accesible, y los hospitales no contaban con la capacidad para atender a todas las personas que lo necesitaban. Los terapistas tradicionales, comadronas, o programas culturalmente relevantes, eran – y considero que aún lo son – vistos como puros adornos. Por supuesto, los empleados del sistema sanitario gubernamental no tienen voz en la toma de decisiones o diseño de programas, pero son los que deben de cumplir con las regulaciones incluso cuando no son aplicables a nuestras comunidades o nuestras familias.

La falta de respeto hacia las diferentes formas de vida y de pensar se suman a la total falta de confianza en cualquier servicio de salud pública que siente la población maya de Guatemala. El sistema gubernamental no permite la formación de una relación de entendimiento entre médico y paciente.

Pero hace trece años, descubrí Wuqu' Kawoq o La Alianza de Salud Maya. La misión, visión y filosofía de esta organización no gubernamental dedicada a suministrar servicios de salud en idiomas maya a las comunidades era justo lo que yo buscaba. He trabajado con Wuqu' Kawoq desde entonces porque puedo dirigir los esfuerzos, ciencia y recursos de salud a mi gente de manera respetuosa, digna, y empática que es compartida por y para la población indígena. Por eso trabajo aquí.

Comencé como médico clínico en un programa de nutrición, atendiendo a niños y niñas en comunidades de Chimaltenango y alrededor del Lago de Atitlán. Las complejidades de manejar la desnutrición y los determinantes sociales que no podemos resolver son un desafío, pero a pesar de ello proveemos servicios de salud de excelente calidad. Con el paso del tiempo he ayudado a construir un equipo diverso, versátil y muy capacitado, principalmente de origen indígena, y, sobre todo, comprometido con la salud de las personas a las que atendemos. Hemos aprendido mucho sobre nosotros mismos como mayas, y hemos obtenido una visión mucho más amplia de quiénes somos, lo que hemos perdido, y lo que debemos recuperar mientras continuamos luchando por la dignidad de vida de la población indígena. El mayor desafío es que hay pocos de nosotros en Guatemala realizando este trabajo con ese nivel de compromiso de calidad y esta filosofía.

Hemos compartido con otras organizaciones y con el gobierno el conocimiento generado por nuestro trabajo. Sin embargo, la falta de voluntad política y todas las trampas burocráticas de los sistemas sociales han significado que nuestros programas, aunque exitosos, no han sido adoptados a gran escala. Esto es debido a los costos que representan, pero aún más importante, también porque el adoptarlos requiere la deconstrucción y reconstrucción de manera de pensar y aceptación y confianza entre personas.

A nivel local, hemos logrado muchísimo. Los centros de salud, puestos de salud, y oficinas regionales del gobierno conocen nuestro trabajo y comprenden que tenemos una verdadera colaboración. Los que atienden a los pacientes y los que manejan casos que son clínica y socialmente complejos conocen y confían en nuestro trabajo. Desafortunadamente, ellos no son los que toman las decisiones al nivel más alto.

Uno de los esfuerzos que considero un éxito y una fuente de orgullo personal es el empoderamiento de mis compañeras mujeres. Pocas doctoras quieren trabajar en áreas rurales y en investigación. Mi equipo incluye enfermeras, asistentes de enfermería, maestras y trabajadoras sociales que han aceptado el desafío de este trabajo y que continúan capacitándose constantemente, obteniendo conocimientos técnicos y clínicos y construyendo habilidades de gestión y liderazgo. Esas mujeres son las que son y serán la diferencia en el futuro.

Sobre Este Libro

Este libro es una mirada muy honesta, inquisitiva, y a veces incómoda, a las diferentes realidades que existen en Guatemala. En estas páginas, se hace un viaje muy claro a través de la historia del país y la razón de la complejidad de los problemas de salud en Guatemala. Hablar (o escribir) sobre diarrea (desde la perspectiva del ambiente político, económico, social y cultural) es provocativo, y resonará con casos similares fuera de Guatemala. Este libro expresa la forma como las desigualdades se ven tan marcadas por la falta de voluntad política para hacer las cosas diferentes y que tan injusto es que la falta de éxito de los programas gubernamentales o la cooperación internacional recaiga en los hombros de las personas en las comunidades y los proveedores de primera línea de servicios de salud.

No podemos olvidar el conocimiento ancestral y el conocimiento adquirido a lo largo de experiencias de vida. Siempre debemos de construir en base al conocimiento y comprensión previos de la comunidad sobre temas de salud.

Este libro aborda el tema de manera muy exacta y respetuosa, enfatizando la importancia de trabajar con las personas de las comunidades y no sólo para ellas, sin incluirlas en los procesos de y toma de decisiones sobre proyectos de salud. Primero es necesario entender para poder reflexionar, redefinir, recuperar, y construir.

Las personas mayas no pueden dismantelar la relación que existe entre mente, cuerpo, espíritu y el medio ambiente. La situación de la mujer, especialmente de las mujeres indígenas, es compleja. Por lo tanto, las campañas de salud y la aplicación de conocimientos biomédicos en las comunidades deben de considerar ese contexto y trabajar en conjunto. Las mujeres mayas siempre han sido responsables de los cuidados de salud de la familia. Pero se las posiciona en la sociedad como sin autoridad, sin recursos, sin tiempo. No obstante, ellas siempre buscan lo mejor para su familia.

No basta con buenas intenciones. Deben coordinarse los esfuerzos, y, sobre todo, construir conjuntamente con las poblaciones a las que atendemos. Como personas indígenas, no nos gusta vivir en las peores condiciones y sin derechos. Nos han empujado a hacerlo. No queremos las migajas de los servicios de salud: queremos atención sanitaria de alta calidad que sea digna y adaptada a nuestra cultura y nuestra realidad diaria. Igualmente, como proveedores de salud indígenas, queremos ser capaces de trabajar para lograr esas metas.

No podemos continuar esperando que las personas sean simplemente receptores de servicios y programas de salud que no les funcionan y que en primer lugar nunca quisieron. Debemos ser participantes equitativos.

El Punto Débil es un viaje desde las profundidades de las experiencias de los guatemaltecos. Presenta una visión de media vida de descubrimientos sin juzgarlos. Comparte reflexiones y análisis profundos sobre lo que han sido los servicios de salud y factores globales externos en Guatemala, lo que han provocado y en lo que se convertirían. Enfatiza de manera muy respetuosa como puede lograrse la tan deseada igualdad en salud.

Gracias por compartir este viaje y esta visión.

Dra. Waleska López Canu

Directora Médica, Wuqu' Kawoq | La Alianza de Salud Maya - Tecpán, Guatemala

Agradecimientos

Este libro comenzó con mi tesis, que recibió apoyo de la Universidad de Boston y la Fundación Whiting. Mis generosos asesores de posgrado y miembros del comité dieron forma a mi pensamiento respecto a mis datos, cuestionaron mis suposiciones, y me animaron: Kris Heggenhougen, Jean Jackson, Fredrik Barth, Robert LeVine, Sarah Richards, Charles Lindholm, y Richard Cash. Eternamente agradecida a Robert Weller y a MGW por sus consejos lúcidos y apoyo. Gracias a Celeste Ray, Elisabeth Hsu, y a Stanley Ulijaszek por convertirme en antropóloga, y a Arthur Kleinman, David Addiss, Jim Lavery, Bob Cook-Deegan, Doug Falen, Martha Rees, y Michelle Lampl por hacer que quiera continuar siéndolo.

El trabajo en curso e investigación adicional sobre el sector de salud de Guatemala han sido apoyados por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y la Asociación Nacional para la Práctica de Antropología – Escuela de Campo de Terapia Ocupacional de Guatemala. Mi agradecimiento a Pamela Pennington, Philip Wilson, Jonathan Maupin, Peter Rohloff, Gelya Frank, y a Stephanie Roche por las continuas conversaciones y colaboraciones sobre lo que es la salud en el Altiplano de Guatemala y lo que podría ser. Mi profundo agradecimiento a Nicole Berry que fue más allá de su deber para apoyar el trabajo de una colega junior. Gracias a Lisa Munro, Amy Brown, Olivia Manders, Rebecca Watkins, y a Juliana Kislin por su apoyo editorial y ánimo.

Agradezco a mis padres David y Becky Hall por encender y apoyar mis sueños, a Gari Clifford por compartir aventuras y sueños de lo que podría ser, y a Bryce y Dorian por ser sueños hechos realidad.

Estoy en deuda especialmente con tantos amigos y colegas guatemaltecos que han apoyado este trabajo con su tiempo, paciencia y amor, perspectiva y experticia. Rosario, Mercedes, Nathaly, Juana, Pascuala, Eufemia, Mirian, matyox chawe b'enaquel.

Todos los ingresos provenientes de la venta de este libro van destinados a Wuqu' Kawoq | La Alianza de Salud Maya, organización guatemalteca de salud dedicada a la atención sanitaria accesible en idiomas nativos para comunidades mayas.

Prólogo

Me asombró la visión del hábito de monja, blanco y negro, rodeando piel pálida, suave. Ya estaba nerviosa luego de pasar a través de tres puertas antiguas que se cerraban tras de mí, su pesada madera y herrajes rechinando al volver a sus posiciones defensivas de descanso. Había visto los ojos oscuros y cálidos de mi amiga Mercedes, que ahora me miraban del otro lado de la reja, cuatro años antes en una aldea situada en los pliegues de las montañas del altiplano de Guatemala. Estábamos muy lejos de la pequeña hoguera en la cocina de su abuela, donde nos habíamos sentado juntas por última vez.

Mercedes tenía diecisiete años cuando me mudé a su aldea y rápidamente se convirtió en una guía local y asistente de investigación confiable. Pacientemente corregía mi ininteligible kaqchikel, idioma maya de la región, con risitas y una sonrisa. Me contó en confianza quién era quién y qué era qué en la aldea, con una voz suave que replicaba su actitud hacia el mundo que la rodeaba. Mercedes era el vivo retrato de una belleza juvenil maya, pequeña y con piel bronceada por horas de trabajo en el exterior y el campo, y pelo negro brillante que siempre tenía perfectamente arreglado con accesorios de moda. Su cuerpo delgado se veía curvilíneo con una faja tejida enrollada fuertemente alrededor de la cintura de su corte (falda) tradicional, y un brasier (sujetador) acolchado, comprado en el mercado, que llevaba debajo del huipil (blusa) tejido intrincadamente que ella y su madre y hermanas habían pasado horas haciendo. Mercedes opinaba que mi propia ropa era desafortunada y masculina, y una vez insistió que me pusiera la ropa de ella para asistir a una boda local. Después de muchas carcajadas mientras sus hermanas y primas me arreglaban, Mercedes afirmó coquetamente: “¡Lo vez, ahora tu esposo finalmente pensará que eres bella! ¡Toma una foto!”

Pero a pesar de su hermosura, amabilidad y energía, Mercedes no encajaba en la aldea. Como gringa solitaria que inexplicablemente había abandonado a su esposo y hogar en El Norte para vivir en la aldea, ciertamente yo tampoco encajaba. Sospecho que eso fue lo que nos unió. Conforme pasábamos horas dando vueltas por la aldea haciendo mandados y realizando entrevistas y grupos focales, Mercedes hablaba de querer irse. Estaba en una fase intermedia que no muchas de sus pares mantienen largo tiempo, habiendo finalizado toda la escolarización disponible para ella en la aldea, pero aún sin casarse. Los maestros en la escuela local hablaban de Mercedes como una alumna brillante, y ella llegaba a la escuela de vez en cuando para ayudar con los niños y niñas. Pero ella hablaba del futuro de las mujeres en la aldea con cierta inevitable resignación - los bebés que vendrían y seguirían viniendo, el trabajo, la lucha por conseguir suficiente. Una vez, durante el almuerzo, sus dos primas jóvenes se pelearon por un pedazo de huevo revuelto que había caído al suelo de tierra de la cocina.

Y cuando alcé la vista Mercedes me miraba fijamente. En ese momento comprendí visceralmente lo que ella había luchado por decirme. Ella quería más - más comida, más seguridad, más oportunidades de las que le podría ofrecer la aldea. Ningún programa global de salud o desarrollo, muchos de los cuales habían llegado y se habían marchado, cambiaría fundamentalmente las condiciones de vida allí. Ella quería escapar. Mercedes asistía a la pequeña iglesia católica situada en una colina en medio de la aldea. Su construcción de concreto, pintada brillantemente y coronada por una cruz de hierro y vidrio de colores hacen que la iglesia se destaque como un lugar aparte en una aldea de colores y preocupaciones más terrenales. Mercedes iba a la iglesia a rezar a diario, y a menudo yo la acompañaba para disfrutar su oscura quietud y momentos para pensar, mientras las palabras del Padre Nuestro y el Ave María en el idioma de los conquistadores resonaban a nuestro alrededor. Mercedes realizaba tareas de limpieza y organización en la iglesia, su desapegada disponibilidad tornándola vulnerable a los favores que le pedían igualmente la familia, los antropólogos y el sacerdote viajero sobrecargado de trabajo. El sacerdote le había hablado a Mercedes sobre ingresar en un convento en Madrid, y sus sueños consideraban atractiva esa posibilidad. Ella hablaba de cómo sería marcharse, vivir en una iglesia, estar en un mundo más allá de las montañas. Hablaba tanto de ello y hacía tantas preguntas sobre viajar que le dejé mi maleta, comprada muy barata en Boston, la cual transportó a Guatemala mis propios sueños de médica antropóloga.

Cuando yo ya no estaba viviendo en la aldea, Mercedes empacó la maleta y se unió a una orden de clausura en Madrid. Esa chica gentil con resolución de acero se puso su hermoso huipil y zapatillas plásticas por última vez para su primer vuelo. Me enteré del viaje por su hermana, pero unos cuantos meses después me preocupé cuando su familia no había tenido noticias de ella. Su mamá, María, y su abuela Flavia, estaban desesperadas, temiendo que su niña se hubiese perdido en un mundo que no conocían. No tenían el nombre completo del convento, pero me pidieron que encontrara a Mercedes. En ese entonces yo vivía en Inglaterra, y empecé a llamar a una larga lista de conventos en Madrid buscando a Mercedes, buscando misericordia para su familia en el gran mundo más allá de la aldea. Finalmente encontré al convento correcto y programé una visita aduciendo oficiosamente mi condición de representante de la familia para lograr una cita con la Madre Superiora. Cuando llegué al convento en el centro de Madrid el día programado, la Madre Superiora me entrevistó detenidamente sobre mis intenciones. Finalmente me permitió pasar por los portones y puertas que han mantenido a raya al mundo exterior durante siglos, y trajeron a Mercedes vistiendo su hábito y manto a un recibidor bellamente decorado pero dividido por barrotes. Ambas contuvimos el aliento encantadas de ver a un familiar fuera de lugar y nos dimos las manos a través de los barrotes. Charlamos entre bromas y actualizaciones enviadas por su familia mientras la Madre Superiora rondaba y chasqueaba la lengua cuando yo decía algunas palabras en kaqchikel a la

Mercedes de las montañas. “Escucha qué bien está mi español ahora”, decía Mercedes, y “deberías ver la comida que tenemos cada día.” Su cuerpo se había redondeado con tales lujos, pero se sintió confusa cuando yo mencioné el imponente palacio cercano. “Creo que lo vi cuando llegué del aeropuerto, pero estaba oscuro”, dijo. La Madre Superiora finalmente nos dejó a solas e inmediatamente pregunté a Mercedes si era feliz. Le dije que siempre hay opciones y que yo la llevaría a casa si ella quería. Pero ¿a cuál casa?, ¿cuáles opciones? Mercedes sonrió y dijo que estaba satisfecha.

Este libro es sobre opciones y quién decide hacerlas en salud global. Las limitadas opciones disponibles para Mercedes fueron formadas por sistemas de desigualdad que el colonialismo puso en marcha y el neoliberalismo contemporáneo mantiene. Desde la época de la conquista, su comunidad indígena maya ha enfrentado siglos de violencia y marginalización que les ha quitado la comida de la boca al igual que sus formas de vida y acceso a la tierra. Las opciones de Mercedes eran prometer toda su vida a la práctica de la fe bajo condiciones desconocidas o permanecer siendo pobre en la aldea. De hecho, los conventos en España luchan por reclutar novicias, así que actualmente buscan mujeres jóvenes de sus antiguas colonias en América Latina para cumplir tareas de fe forzadas a los mayas durante la conquista. Parece una opción injusta, o que realmente no es una opción.

La aldea de Mercedes en el área rural de Guatemala estaba plagada de vestigios de esfuerzos fallidos y olvidados de una amplia gama de programas de salud global y desarrollo, con sus logotipos desteñidos y eslóganes de esperanza adheridos a los lados de cubículos de letrinas y gallineros alrededor de toda la comunidad. Pero la comunidad nunca tuvo oportunidad de elegir qué programas llegaban a su medio por el camino de tierra, y ciertamente nunca eligieron cuando los distantes ciclos de financiamiento de programas y tendencias cambiantes significaban que dichos programas desaparecían. Fundamentalmente, las vidas de los que se quedaron atrás en la aldea y sus opciones en busca de salud permanecen tan enclaustradas como el convento de Mercedes debido a los sistemas de desigualdad que han persistido a lo largo de generaciones de marginalización y décadas de programación de salud y desarrollo.

Este libro explora como las engorrosas realidades de los esfuerzos globales de salud dan forma y restringen las opciones para aquellos a los que intentan ayudar. La carga de la enfermedad diarreica en la niñez es trágicamente mundana, uno de los tres mayores asesinos de niños pequeños a nivel mundial. A pesar de éxitos clave, el exceso de programas de globales de salud y desarrollo diseñados para abordar la diarrea durante los últimos cuarenta años ha sido insuficiente en muchas áreas. Explorar las perspectivas locales descubre las opciones, cargas y barreras que los programas de salud global crean dentro de las comunidades receptoras. Necesidades no cubiertas, ofrecimientos irrelevantes y consecuencias no intencionales de intervenciones concebidas globalmente son la parte más

vulnerable o punto débil de la salud global, ocultos a la vista, no medidos por indicadores, oscurecidos en los informes. A lo largo de este trabajo, espero iluminar esas áreas ocultas de la salud global que opino son las que más importan para las personas y comunidades conforme navegan sus vidas y buscan salud en sistemas diseñados para su desventaja.

Las historias compartidas en esta exploración de las realidades vividas de los programas de salud global son aquellas de personas reales - miembros de la comunidad y líderes comunitarios, proveedores de y administradores de salud - pero las historias obtienen forma inevitablemente en base a mi propia historia y rol. Este libro se basa en más de quince años de trabajo de campo etnográfico, investigación sobre salud global, e implementación de programas en Guatemala. Al inicio de mi capacitación como antropóloga, supe que quería entender cómo ocurría la “salud global”. Busqué capacitación profesional sobre salud pública global e inicialmente me sentí como una observadora externa que luchaba por entender cómo piensan y trabajan los profesionales de salud global, pero en algún momento durante el recorrido yo me convertí en una.

Las dinámicas de poder asimétricas de la salud global, aunadas a la tirante relación geopolítica y económica de mi país natal, Estados Unidos, con Guatemala, significan que mi presencia en Guatemala no puede ser neutral. Una de las alegrías de trabajar en una región durante un periodo de tiempo tan largo ha sido ver crecer la amistad con personas que comenzaron como socios de investigación y darnos cuenta de que nuestras vidas se han visto entrelazadas por medio de fiestas de cumpleaños, pérdidas, y los lazos duraderos de ser madrina o padrino que los guatemaltecos se toman muy en serio. Sí, tengo opciones, privilegios y poder que la mayoría de estos colegas y queridos amigos, incluida Mercedes, no tienen. Años de amistad y compromiso con el trabajo mutuo no pueden borrar esas desigualdades. Uno de los retos al compartir estas historias no contadas del punto más vulnerable de la salud global es reconocer y posicionar mi propia participación en los sistemas de desigualdad que hacen que ocurran. Después de todo, fui yo, no su propia familia, la que podía ir a encontrar a Mercedes en España, con mi acceso inmerecido al papel y plástico que hacen posible viajar. Al considerar mi rol dentro de la salud global, encuentro guía en las palabras de la Premio Nobel guatemalteca Rigoberta Menchú: “Lo que yo doy es solo una pequeña contribución, un granito de arena, pero hay tanta arena.”¹ El cambio revolucionario se logra a través de esfuerzos colectivos y todos debemos hacer una contribución, por muy pequeña que sea. Creo firmemente que podemos utilizar los inmensos recursos de salud global para centrarnos en las comunidades locales como impulsores de cambio hacia igualdad en salud.

Introducción

El paisaje del Altiplano Central de Guatemala es una visión “Seussiana” de tierra agrícola con su colcha de retazos desplegada sobre la topografía de una cadena de montañas volcánicas. En el campo, los cultivos tradicionales de maíz y frijol parecen desafiar la gravedad mientras se agarran a laderas empinadas donde los campesinos luchan a duras penas para subsistir. Es textualmente una batalla cuesta arriba para la mayoría conforme la presión de población y políticas territoriales regresivas han alejado a los agricultores de pequeña escala aún más lejos de la solvencia. De hecho, el 70 por ciento de la población indígena maya experimenta subnutrición crónica.¹ Para mantener una exigua dieta de tortillas de maíz y frijol para sus familias, los pobres del área rural viajan a las ciudades para trabajar por salario en fábricas y plantas procesadoras agrícolas, donde empacan para exportación cultivos comerciales ricos en nutrientes. Dejan atrás hogares hechos de bloques de hormigón o de ladrillos de adobe, y a veces sólo de cañas entrelazadas bajo techos de lámina, en aldeas que a menudo no tienen agua potable o sistemas de saneamiento. Los autobuses escolares antiguos de Estados Unidos pintados brillantemente, que los llevan a las ciudades, circulan a toda velocidad por curvas cerradas en el camino y emiten por el tubo de escape nubes de humo negro sobre aquellos que se quedan detrás mientras luchan por subir las montañas con su carga humana (y ocasionalmente animal). Llegan a ciudades cuyos pobres residentes no pueden alardear de un estándar de vida mucho mejor, con barriadas peri-urbanas de lámina oxidada que podrían estar en cualquier parte del mundo de la mayoría global y que sin embargo de alguna forma aún logran ser especialmente guatemaltecas: la música de marimba y el olor a fogatas de leña flotando en el aire mientras los residentes continúan con su tarea diaria de sobrevivir.

Guatemala tiene la triste distinción de ser el segundo país más pobre del Hemisferio Occidental, y tiene uno de los niveles más altos del mundo en desigualdad de ingresos. El diez por ciento de la población de Guatemala controla el 90 por ciento de su riqueza: los medios, el modo, el tamal completo.

Los conflictos por políticas económicas que favorecen a los ricos y la marginalización estatal de la población indígena maya no son nuevos para Guatemala: un conflicto armado interno de treinta y seis años dejó al menos 200,000 muertos y un millón de guatemaltecos, o sea una doceava parte de la población, desplazada. Una comisión de Naciones Unidas encontró que la gran mayoría de asesinatos fueron perpetrados por fuerzas del gobierno contra indígenas maya y consideraron esas acciones genocidio.² Desde los Acuerdos de Paz de 1996, Guatemala se ha instalado en lo que puede describirse más correctamente como una paz intranquila. Aunque ha cesado el conflicto entre el ejército nacional y las tropas de la guerrilla, las tasas de homicidios se incrementaron desde comienzos de los 2000 y algunas veces han vuelto a niveles experimentados durante el apogeo de la guerra. La desigualdad de ingresos, disparidades étnicas, y la corrupción gubernamental (en resumen, las causas del conflicto armado interno) contribuyen a la violencia actual.³

Comenzando a mediados de los noventa, cuando finalizaba el conflicto armado, Guatemala se convirtió en receptora de un diluvio de financiamiento internacional para desarrollo y salud global. Ansiosos de apoyar el proceso de paz y la democracia, los gobiernos extranjeros aportaron financiamiento para la reestructuración económica y mejoras de infraestructura. Las organizaciones internacionales no gubernamentales (ONG) apoyaron una cornucopia de actividades de salud, educación y economía a pequeña escala para ayudar a reparar el triturado tejido social de las comunidades. Aviones llenos de grupos de voluntarios y equipos de misión de iglesias de los Estados Unidos hincharon las filas de los esfuerzos de desarrollo, y dólares bien intencionados fluyeron al país. Y los resultados fueron asombrosos: no cambió mucho. A pesar de todo el dinero canalizado a Guatemala después de la guerra, han sido mínimas las mejoras logradas en cuanto a igualdad de ingresos, equidad en salud, e igualdad étnica.

Salud Global en Tiempos Neoliberales

Guatemala tiene un sistema de salud fragmentado constituido en las postrimerías del genocidio. Está subfinanciado por un gobierno que garantiza la salud como un derecho humano para todos, pero niega humanidad a muchos proveyendo servicios de salud y sociales inadecuados. Ese débil sistema se ve suplementado por un revoltijo de proyectos con fondos y voluntarios extranjeros no registrados que vagan por el campo entregando suministros y medicinas básicas a organizaciones gubernamentales multilaterales que patrocinan iniciativas dependientes de la voluntad política y el clima económico. Este libro trata sobre las experiencias y opciones de los que se quedan detrás en las comunidades locales cuando los vehículos de doble tracción con logotipos y los minibuses con aire acondicionado retornan a las oficinas urbanas y a los aeropuertos. Yo argumento que en Guatemala - al igual que en otros lugares que luchan por dar forma a

un sistema sanitario cohesivo con mucha ayuda, influencia e inversión externa – innumerables programas de salud global no coordinados dan forma y restringen las opciones de búsqueda de salud a nivel local en maneras rara vez capturadas por las métricas de evaluación de programas.

La salud global en sí misma es un personaje escurridizo. Similar al sistema sanitario de Guatemala, la “salud global” está fragmentada y tiene múltiples facetas. El médico antropólogo Paul Farmer, líder de pensamiento de la salud global contemporánea, afirmó célebremente que “la salud global sigue siendo una recolección de problemas en vez de una disciplina.”⁴ Salud global es un término que se utiliza variablemente para referirse a (1) las estructuras que definen los objetivos de salud global, (2) los actores que ejecutan la salud global, y (3) los sistemas a través de los cuales los actores y estructuras entregan salud global. Las estructuras de salud global incluyen sistemas sanitarios internos: una amplia gama de ONG que van desde locales a grandes transnacionales, con la Fundación Gate colocada como fuerza dominante en la salud global contemporánea; agencias gubernamentales bilaterales tal como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); y organizaciones gubernamentales multilaterales tales como la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial. Los actores involucrados en salud global son proveedores de salud, investigadores, equipos implementadores y aquellos que definen políticas a todo nivel, por supuesto, pero también son las poblaciones enmarcadas como receptoras de los esfuerzos de salud global. Son autónomos y ejecutan salud global más que cualquier académico o burócrata. Finalmente, los sistemas de salud global son posiblemente los más difíciles de precisar. Podemos ver logística de cadena de suministros, programas de implementación, y ciclos de financiamiento por subsidios como ejemplos concretos de los sistemas de salud global trabajando.

A menudo soy culpable de utilizar el término “salud global” como lustre para los sistemas menos claros que yacen detrás de actores y estructuras de salud global cuyas redes de poder son difíciles de precisar pero que sabemos existen porque dejan huellas a lo largo de la definición, ejecución y entrega de salud global. A menudo el financiamiento y, quizás más importante, las fuentes de dicho financiamiento ponen en marcha a los actores, estructuras y sistemas de salud global y definen las condiciones de participación. Sin embargo, es esencial tener entendimiento compartido del rango del trabajo de salud global.⁵ Un esfuerzo de Jeffrey Koplan y colegas por definir la salud global advierte: “Sin una definición establecida, una abreviatura tal como salud global puede oscurecer importantes diferencias en filosofía, estrategias, y prioridades para acción entre médicos, investigadores, financiadores, los medios de comunicación y el público en general.”⁶ Esa observación apunta al crítico desafío de tener una misión compartida a lo largo de los actores y estructuras de salud global para hacer que nuestros sistemas trabajen para lograr resultados compartidos.

Aunque definir salud global continúa siendo elusivo, los problemas que busca resolver - potencial humano no desarrollado y sufrimiento humano innecesario – siempre están presentes.

Definiendo aún más la dinámica de la salud global están los muchos términos disponibles en cortesía burocrática para nombrar a los que tienen y a los que no tienen: Norte/Sur Global; desarrollados/en desarrollo; ingresos altos/ingresos bajos o medios; minoría/mayoría global.⁷ Para la discusión en este libro sobre los sistemas de salud global y sus contextos geopolíticos y económicos más amplios, utilizo los términos países de ingresos altos y mundo mayoritario para destacar la riqueza prevaleciente de unos cuantos países dentro de un sistema supuestamente de mutualidad que perpetúa la desigualdad.⁸ Para entender la salud global contemporánea, en primer lugar debemos reconocer que la salud global tiene sus raíces en la actividad colonial. Sus antecedentes en medicina colonial y “medicina tropical” surgieron de los esfuerzos por controlar, contener y maximizar la riqueza a ser extraída por medio de los cuerpos de los colonizados.⁹ La historia original de la salud global agrega además el paternalismo moralizante de la “carga del hombre blanco” a la codicia del sistema colonial, una mezcla de economía y moralidad por interés propio que ha persistido a lo largo de la historia de este campo.

La salud internacional se codificó en estructuras internacionales de política y gobernanza en la era posterior a la Segunda Guerra Mundial, conforme los vencedores de Estados Unidos y Europa corrían a (re)construir una economía global pacífica y rentable. El derecho humano a la salud fue consagrado en el lenguaje de tratados y misiones de organizaciones gubernamentales multilaterales y ONG transnacionales. Desde esa época, los esfuerzos globales por mejorar la salud de las poblaciones han pasado por ciclos de diversas estrategias y áreas de énfasis, desde enfoques tecnocráticos centrados en enfermedades infecciosas a enfatizar la atención primaria integral y viceversa.¹⁰ Tales esfuerzos fueron rebautizados de salud internacional a salud global a comienzos de los 2000 en un intento por replantear relaciones enraizadas en el colonialismo y central la mutualidad entre países de ingresos altos y la mayoría del mundo.¹¹ A pesar de las relaciones de igualdad conceptuales o al menos semánticas, las poblaciones de la mayoría de países del mundo aún se enmarcan como las receptoras de salud global, y los países poderosos, de ingresos altos, trabajan para replantear a su propia imagen los sistemas de salud de la mayoría del mundo. En los Estados Unidos, nuestro propio sistema de salud caótico, privatizado, no cumple con el derecho humano a la salud de nuestra población, pero nos hemos adjudicado el título de expertos en salud global.

Para entender la salud global contemporánea, debemos considerar el meta-contexto de la economía neoliberal contemporánea. El neoliberalismo se ha construido sobre las bien preservadas ruinas del colonialismo, recordándome a los mercados turísticos populares en Antigua Guatemala donde los artesanos

mayas venden sus artesanías entre las ruinas de arquitectura colonial española que sus antepasados fueron obligados a construir. Simplemente dicho, el flujo global de riqueza (y el poder que ejerce) es un eco de los patrones establecidos en tiempos coloniales. La extracción de recursos y mano de obra de bajo costo crea ganancias para países de ingresos altos y privación para la mayoría de países del planeta que lleva a endeudamiento y posicionamiento débil en la economía política mundial. Los países enriquecidos injustamente se posicionan así para “salvar” en sus términos y cuando les convenga a los países que han empobrecido.

El neoliberalismo es la forma específica de capitalismo que surgió a finales del siglo veinte y ha estado marcada por aumento de la privatización y principios de libre mercado.¹² Los beneficios del desarrollo no se distribuyen equitativamente bajo ningún sistema económico, pero el neoliberalismo tiene disparidades plasmadas profundamente en la acumulación y exclusión de capital.¹³ El financiamiento por el sector privado y filantrópico no gubernamental se han convertido en impulsores clave de los esfuerzos de salud global conforme la privatización de la inversión gubernamental en bienes sociales, incluidos los servicios de salud. Aunque por supuesto no idénticos a la época colonial, los patrones globales de riqueza e influencia permanecen en una homeostasis extractiva que ignoramos poniendo en peligro las nociones de equidad.

El giro neoliberal de la economía mundial capitalista ha conformado indeleblemente la salud global contemporánea.¹⁴ Los programas de salud global pueden perpetuar, no intencionalmente, los desequilibrios de poder entre poblaciones locales que reciben programas y donantes de salud global y actores que los implementan.¹⁵ De hecho, mientras la esperanzadora hoja de ruta para “desarrollo como libertad” trazada por Amartya Sen mostraba el camino hacia una distribución más amplia de los beneficios del desarrollo dentro del capitalismo neoliberal, la libertad para aquellos en la mayoría demasiado a menudo significa elegir entre opciones inadecuadas.¹⁶ El neoliberalismo se basa en estrategias de optimización de ganancias y eficiencias que mejoran esas ganancias. Los incentivos para producir una buena vida, incluyendo salud, se ven moldeados - limitados - por esas metas.¹⁷ Dentro de un mercado de atención sanitaria plural, se requiere que los que buscan atención sean consumidores, decidiendo por si mismos qué servicios comprar. Las comunidades locales a menudo tienen poca voz en definir las metas para programas de salud global en los cuales se les pide, o incluso coacciona para que participen.¹⁸ La atención sanitaria se convierte en otra materia prima o enredadas con las métricas del mercado.¹⁹

En los esfuerzos por optimizar la salud (global), las métricas se han convertido en nuestras guías primarias para definir prioridades de programación y financiamiento.²⁰ Los números convierten a métricas la confusión de la vida y la salud global, pero las vidas de las personas y las realidades de la búsqueda de salud se pierden en el redondeo.²¹ Con la expansión de salud global como industria neoliberal, las voces y perspectivas de comunidades y receptores de

salud global se han tornado distantes ante la toma de decisiones.²² Adicionalmente, la competencia estimulada en el sector privado para optimizar ganancias en economías neoliberales se extiende a los sectores público y filantrópico de salud global conforme las organizaciones compiten por contratos, clientes y fondos. El resultado es que los esfuerzos entre organizaciones por construir ofertas cohesivas y coordinadas dentro de las comunidades se ven desincentivadas, ya que las organizaciones de salud global de todo tipo necesitan demostrar éxitos medibles.²³ Como respuesta a ese enfoque miope sobre las métricas, yo construyo sobre el trabajo de otros antropólogos médicos que han argumentado a favor de enfoques de salud global centrados en las personas. Las métricas son herramientas esenciales para ilustrar tendencias y promover transparencia y rendición de cuentas, pero siempre deben considerarse en conversación con las personas y comunidades que pretenden representar.²⁴

La historia colonial, el contexto neoliberal y el *modus operandi* de la salud global impulsado por métricas puede sentirse abstraído del bien que intenta hacer la salud global. Los programas de salud global y desarrollo siempre tienen una filosofía de intervención subyacente – una razón moral - para su implementación. La ética de salud global promueve ideas utilitarias sobre maximizar el bien y minimizar el daño para poblaciones como colectividad.²⁵ La salud global contemporánea se basa en un sistema de valores sociales y económicos cada vez más globalizados centrado en acciones humanitarias, que en sí mismo es inherentemente asimétrico en términos de poder, para establecer derechos humanos.²⁶

Así como el colonialismo dependía de justificaciones morales paternalistas, el sistema económico neoliberal da forma a nuestras nociones de moralidad, redefiniendo nociones de empoderamiento y agencia, mientras la acumulación de capital posiciona a algunos para ser benefactores y a otros a ser suplicantes perpetuos.²⁷ Sin embargo, el compromiso al derecho humano a la salud regresa a la salud global al bien universal. Para trabajar por el derecho humano a la salud, la justicia social es la estrella guía filosófica de la salud global contemporánea. A pesar de todas las fuerzas de legados coloniales, estructuras y dinámicas de poder que digan lo contrario, la salud global se ve guiada por los principios de imparcialidad, igualdad y justicia redistributiva en las cuales se basa la justicia social.²⁸ La justicia social estimula acción para reparar nuestros injustos sistemas de los que tienen y los que no tienen, y rechazar los costos neoliberales a nuestra humanidad compartida.

El punto débil de la salud global proviene de la arrogancia neoliberal de que un mercado plural es una ganancia segura. Pero los sistemas de salud fragmentados y pluralistas convierten las opciones en obligatorias, replicando un mercado neoliberal en el cual muchos no tienen los recursos, financieros o de otra naturaleza, para participar. A lo largo de este libro examino la noción de elegir, que se enmarca como libertad, pero realmente es indicador de fallos sistémicos en cuanto a proporcionar el derecho a la salud.

Demuestro cómo las métricas de evaluación y determinación de éxito en programas de salud pueden suprimir las experiencias prácticas de las comunidades e incluso culparlas por fallos programáticos. Aplico el concepto de Pierre Bourdieu sobre error de reconocimiento, mostrando que las desigualdades son tan generalizadas que se considera el orden natural de los sistemas de salud global.²⁹ Adicionalmente, introduzco la idea de gratitud problemática, un subproducto de relaciones en la salud global neoliberal, en el cual el terreno siempre cambiante del panorama de atención sanitaria plural requiere dinero o conexiones (o ambos) para tener acceso a atención sanitaria. Fundamentalmente, exploro la manera como la salud global – sus actores, estructuras y sistemas – perpetúa los desafíos que se supone arregla. Ese es el punto débil.

Las opciones imposibles de Rosario

Una soleada tarde, en la pequeña y remota comunidad maya de Panaj en el Altiplano Central de Guatemala, fui a visitar a mi vecina Rosario.³⁰ El bebé de ocho meses de Rosario estaba muy enfermo, tenía tos y dificultad para respirar, aunado a episodios continuos de diarrea. Mientras Rosario hacía las tareas de la casa, el bebé, un niño pequeñito llamado Efraín, pasaba gran parte de su tiempo envuelto en la espalda de su madre o acostado en una hamaca confeccionada atando las cuatro esquinas de un costal de granos a una madera en el techo con trozos de cuerda.

Esa tarde específicamente, Efraín estaba visiblemente deshidratado con los ojos hundidos y la respiración laboriosa, silbante. Se quejaba, pero no podía reunir energía suficiente para llorar, y no giró la cabeza cuando pellizqué fuertemente su pierna para revisar la severidad de su deshidratación. Rosario me dijo que Efraín había estado enfermo durante más o menos un mes, y me asustó ver su deterioro pasando de ser un paquete redondeado en la espalda de su madre a esta sombra esquelética de lo que había sido.

Rosario era una mujer kaqchikel maya fuerte y trabajadora de unos cuarenta y tantos y trabajaba incansablemente para mantener a sus nueve hijos. Era impetuosa y divertida y con los pies en la tierra. Su casa era una de las más humildes en Panaj, hecha de maderas y cañas atadas coronadas con láminas metálicas desechadas. La casa colgaba de la ladera de la montaña, al lado de la bifurcación del camino de tierra que pasa por el pueblo, y el piso de tierra y las paredes abiertas dificultaban mantener limpia la casa. No tenía agua entubada, por lo que Rosario tenía que acarrear agua en tinajas plásticas desde la tubería de manguera de un vecino que recibe agua bombeadas desde una laguna al aire libre. Rosario cultivaba con sus hijos mayores la pequeña parcela de terreno de la familia, sembrando maíz y frijoles negros que forman la base de su dieta tanto como podía. El único medio de Rosario para generar ingresos en efectivo era la venta en la capital municipal de los tejidos que producía, y su esposo ocasionalmente le enviaba dinero de su salario agrícola en las plantaciones de la costa de Guatemala.

Cuando un equipo de salud móvil la había visitado el mes anterior, le habían dicho a Rosario que Efraín tenía una infección respiratoria y le habían dado un frasco de acetaminofén pues aparentemente no tenían antibiótico apropiado para un paciente tan joven. Rosario no comprendía totalmente las instrucciones que le dieron sobre cómo administrar la medicina a Efraín, pero trató de hacerlo lo mejor que pudo. Rosario sabía que pasarían otras tres semanas antes de que el equipo de salud la visitara otra vez. Dos semanas después de consultar con el doctor y la enfermera del equipo de salud móvil, Rosario caminó durante cuarenta y cinco minutos llevando al niño al pueblo vecino para visitar el puesto de salud, manejado por un trabajador comunitario de salud. A pesar de tener contrato con el gobierno por un número de horas específico durante la semana, el puesto de salud es conocido por sus horas de operación erráticas, y cuando llegó Rosario, estaba cerrado.

Rosario consideró continuar viaje a la capital municipal en la parte trasera de un camión para visitar el centro de salud, próximo escalón en la escalera de atención primaria de salud, pero no tenía dinero. También le preocupaban los otros ocho hijos que había dejado al cuidado de su hija de catorce años durante el fracasado viaje al puesto de salud. Pensaba que de cualquier forma el viaje no ayudaría a Efraín. La tarde que la visité, rogué a Rosario que llevara a Efraín a un doctor y ofrecí pagarle el viaje o llevar yo misma al bebé.³¹ Rosario respondió “No, ya no puedo hacer nada más. Tal vez es mejor para mis otros hijos si este se muere. No puedo cuidarlos a ellos.” Salí esa tarde de la casa de Rosario con sensación de derrota: el bebé seguía estando enfermo, y su madre tenía pocas esperanzas sobre el futuro de su familia. Efraín, el bebé, murió dos semanas después. Las enfermedades infantiles, particularmente la diarrea, son demasiado normales para los pobladores rurales pobres en Guatemala – un hecho que se volvió realidad cuando fue enterrado Efraín en el borde del cementerio del pueblo en una sección reservada para infantes.

La Engañosa Simplicidad de la Solución

Vine a Guatemala la primera vez, como estudiante de postgrado, para estudiar la diarrea infantil porque no podía imaginar por qué muertes como la de Efraín siguen sucediendo. Muchos de los problemas que asolan al mundo son terriblemente complejos, pero la prevención efectiva de muerte por diarrea no me parecía que fuese uno de ellos. Para niños que van de neonatos hasta la edad de cinco años, la diarrea es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial, una carga asumida casi exclusivamente por poblaciones de países con ingresos bajos y medios.³² El principal método para prevenir la muerte por diarrea infantil es la terapia de rehidratación oral (TRO), que ha sido una intervención importante de salud global durante más de cincuenta años. La TRO involucra dar a beber una solución de electrolitos para prevenir la deshidratación. Es la más simple de las estrategias de salud globales, ya que no requiere cadena de suministros

compleja o experticia biomédica para administrarla, y sus ingredientes flexibles se pueden encontrar en casi todos los hogares. Solamente azúcar, sal y agua – o incluso el agua en la cual se hierva el arroz o los plátanos – son necesarios para crear una solución efectiva. La simplicidad engañosa de la rehidratación oral y la complejidad subyacente de darla a niños enfermos es una de las historias de salud global más importantes. Antes de vivir y trabajar en Guatemala, yo asumía que los programas efectivos de TRO dependían únicamente en capacitación efectiva a los cuidadores de niños – se trataba simplemente de transferir conocimiento. Estaba equivocada. La capacitación es solo el prefacio a la verdadera historia de la TRO, donde instrucciones al parecer sencillas chocan con normas sociales y expectativas de roles.

Me quedé estupefacta hace varios años durante una cena de académicos en Oxford, Inglaterra, cuando escuché a alguien decir al otro lado del salón "¡Imaginen! ¿Alguna vez han escuchado de alguien que fallezca por diarrea?" refiriéndose a criticar la nueva política del sistema sanitario que apoya la vacuna del rotavirus, que puede prevenir infección de un tipo de patógeno de diarrea severa. ¡Por supuesto que yo había escuchado! El recuerdo de Efraín estaba fresco y me interesaba mucho, y me lancé a una explicación apasionada sobre cuánto afecta la diarrea las vidas de millones de niños alrededor del planeta, aunque estén lejos de las torres privilegiadas de Oxford y no les cubran beneficios como los del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. Mi esposo parecía algo avergonzado y resignado a discutir la diarrea durante la cena mientras yo continuaba, sabiendo que había sido cautivada y afectada por no considerar la diarrea como causa grave de muerte infantil desde que comencé mi capacitación como médica antropóloga y practicante de salud pública.³³ Me han dicho que este campo de trabajo es anticuado, lo cual quiere decir que no hay tecnologías nuevas y emocionantes que evaluar o descubrimientos a realizar, e incluso que la diarrea es la preocupación "menos glamorosa" de la salud global. En mi opinión, el hecho de que la diarrea siga siendo un problema persistente, a pesar de décadas de educación sobre TRO y trabajo para mejorar los sistemas de agua y saneamiento, la vuelve profundamente atractiva, e incluso más, puesto que la solución parece que estuviera directamente al alcance de nuestras manos.

Los casos de diarrea padecidos por niños y niñas en América Latina son innumerables y no contabilizados. La diarrea es responsable de aproximadamente el 8 por ciento de las muertes de niños menores de cinco años en América Latina, pero de más del 18 por ciento de muertes de niños menores de cinco años en Guatemala.³⁴ Las dificultades para aplicar y aceptar la TRO en áreas con tasas altas de mortalidad por diarrea de infantes y niños son de manera predeterminada atribuidas por los programas de salud globales a una disparidad entre la cultura de la biomedicina y la cultura de la población objetivo de los programas de TRO.³⁵

No obstante, la reducción efectiva de muertes infantiles debido a deshidratación por diarrea no es tan simple como parece. En el entorno latinoamericano, las campañas de TRO han tenido históricamente éxito limitado, aunque hubo éxitos significativos como respuesta a la mejora del suministro de agua impulsado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.³⁶

Guatemala ha tenido programas activos de TRO durante los últimos cuarenta años y ha visto reducciones en la mortalidad por diarrea. Sin embargo, la morbilidad y mortalidad por diarrea continúan afectando principalmente a la población indígena maya de Guatemala.³⁷ Las campañas de TRO en Guatemala y toda América Latina han tenido diferentes formas, incluida distribución de sales de rehidratación oral empacadas y enseñar a los cuidadores a hacer soluciones caseras.³⁸ Aunque los antropólogos han construido taxonomías de sistemas de curación indígenas y sus enfoques sobre la diarrea, a menudo están enmarcados en el diseño de programas de salud global como barreras a la implementación, en vez de entenderlos como recursos existentes clave. Además, las evaluaciones sobre el impacto de las campañas de TRO en las comunidades objetivo no han sido incluidos en la literatura de salud global.³⁹ Yo me propuse entender la brecha entre las intenciones de la salud global y las realidades sobre el terreno de las comunidades locales en el altiplano de Guatemala.

El Contexto Guatemalteco

Guatemala es un lugar rico en diversidad cultural y de belleza natural extrema, con paisajes volcánicos exuberantes y ruinas mayas envueltas por denso bosque tropical. Sin embargo, lidia con conflictos étnicos enraizados, extrema desigualdad de ingresos y altas tasas de violencia. Aunque muchos de los desafíos de participación en programas de salud global y desarrollo en Guatemala tienen eco en la mayor parte del mundo, también se ven profundamente definidos por el contexto único de Guatemala. Aquí yo exploro brevemente los elementos clave de la historia guatemalteca que han dado forma a su propia historia con relación a la salud global.

El auge y declive de la civilización maya y luego la conquista por España marcan un inicio rico, complejo y doloroso a lo que actualmente es Guatemala. El involucramiento neocolonial de los Estados Unidos en Guatemala probablemente ha influenciado más las dinámicas de poder y participación con estructuras de salud global y desarrollo. El conflicto armado interno de Guatemala se inició en 1954 con el golpe de estado apoyado por Estados Unidos que depuso al presidente izquierdista Juan Jacobo Árbenz. Elegido en 1950, en 1952 Árbenz implementó reformas a la ley agraria y se comenzaron a redistribuir tierras ociosas propiedad de la United Fruit Company de Estados Unidos. Se otorgó tierra a 100,000 familias para hacer posible la agricultura de subsistencia y para remediar la pobreza de terrenos que obligaba a los pobres a trabajar por salarios bajos en plantaciones

grandes. Cabildeado por los intereses económicos de Estados Unidos en el país y preocupados por la llegada del comunismo a su puerta, el gobierno de los Estados Unidos contactó al exiliado General Carlos Castillo Armas para que diera un golpe militar. Usando como pretexto un cargamento de rifles checos que llegaba a un puerto guatemalteco, el gobierno de Estados Unidos realizó ataques aéreos durante las dos semanas que precedieron la entrada de Castillo Armas desde la frontera con Honduras con tropas organizadas por Estados Unidos. Viéndose irremediadamente superado, Árbenz huyó del país, y Castillo Armas asumió rápidamente el poder en junio de 1954.⁴⁰

Castillo Armas fue asesinado en 1957 por un guardia presidencial simpatizante de la izquierda, señalando las fisuras adicionales de la política y sociedad guatemaltecas. Fue elegido entonces el conservador General Miguel Ydígoras Fuentes. Aunque sobrevivió a un levantamiento militar en 1960, las manifestaciones estudiantiles y obreras de 1961 encendieron la chispa de comienzo de los movimientos guerrilleros.⁴¹ Ydígoras Fuentes fue depuesto por los militares en 1963, iniciando un período de dictaduras militares. En la década de los sesenta, Estados Unidos envió a Boinas Verdes, dirigió una campaña de contrainsurgencia y se formaron escuadrones de la muerte gubernamentales. Durante los sesenta, la contrainsurgencia se concentraba en Ciudad de Guatemala, donde profesores y estudiantes universitarios, organizadores obreros y activistas fueron los principales objetivos hasta que el conflicto llegó al campo a finales de la década. Para 1979, los grupos guerrilleros, incluidos la Organización Revolucionaria del Pueblo en Armas (ORPA), el Comité de Unidad Campesina (CUC) y el Ejército Guerrillero de los Pobres (EGP) lanzaron sus primeras ofensivas militares en el área de Ixcán en el norte de Guatemala.⁴²

En 1980, un grupo indígena de Quiché, bastión del EGP, marchó a la Embajada de España para protestar por la violencia del ejército contra población civil. En contra de los deseos del Embajador español, el ejército de Guatemala incendió y allanó la embajada, y murieron todos excepto uno de los treinta y cinco indígenas que protestaban. En 1981 comenzó de lleno la contraofensiva del ejército, resultando en masacres y la destrucción de más de 400 pueblos maya para 1983. Luego de una farsa electoral en 1982, las estrategias de la contrainsurgencia escalaron con el golpe militar del General Efraín Ríos Montt. Continuó la violencia intensa durante la década de los ochenta y comienzos de los noventa, con varios ataques gubernamentales para controlar los movimientos guerrilleros, otro golpe militar y dos intentos adicionales de golpe de estado.⁴³

Las desapariciones forzadas, asesinatos extrajudiciales, violaciones y masacres de comunidades indígenas fueron tácticas clave de las fuerzas gubernamentales y paramilitares. Para controlar a la población indígena y meterle miedo, las fuerzas del gobierno utilizaron campañas de tierra quemada donde quemaban pueblos y cultivos, seguido algunas veces de reasentamiento forzado en pueblos modelo donde las comunidades indígenas podían ser vigiladas y

controladas mejor. Las poblaciones indígenas se vieron forzadas a huir de sus hogares y sobrevivir escondiéndose en las montañas. El gobierno también forzó la participación indígena comunitaria en patrullas civiles que sembraban sospecha, forzaban complicidad y obligaban a informar sobre los vecinos.⁴⁴ Las tácticas clave de la guerrilla incluían secuestros y emboscadas, ambos utilizados a menudo para conseguir dinero y provisiones. Al menos 200,000 personas fueron desaparecidas y asesinadas, y 1.2 millones fueron desplazadas (10 por ciento de la población en ese tiempo) durante el conflicto.⁴⁵ Al finalizar el conflicto, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico apoyada por Naciones Unidas encontró que el 93 por ciento de los asesinatos de civiles habían sido perpetrados por fuerzas gubernamentales y concluyó que hubo genocidio – un intento por destruir físicamente a los maya como grupo étnico – en Guatemala.⁴⁶ Los Acuerdos de Paz se firmaron formalmente en 1996, dando fin así a treinta y seis años de conflicto armado interno. Sin embargo, el hallazgo de genocidio ha sido negado desde entonces dentro del discurso político conservador, y un sigiloso pero pernicioso etnocidio – destrucción deliberada y sistemática de la cultura de los mayas – ha continuado intentando de borrar a los mayas de la vida pública y forzar su asimilación.

Desde los Acuerdos de Paz, Guatemala ha continuado enfrentando altas tasas de crímenes violentos. En 2010 la tasa de homicidios era comparable a la del apogeo de la guerra, y aunque más recientemente ha disminuido, los delitos violentos continúan siendo una preocupación seria es una subestimación y conforman la vida diaria.⁴⁷ Incluso los programas de desarrollo (la esperanzadora imaginación de que todo es posible en el contexto de Guatemala) son determinados por preocupaciones de miedo y seguridad.⁴⁸ Después de la firma de los Acuerdos de Paz muchos miembros del ejército se convirtieron en policías, llevando en opinión de la mayoría a un incremento de la brutalidad policial y la corrupción. Mientras la economía posterior al conflicto luchaba por estabilizarse, se incrementó el tráfico de drogas que pasaban por Guatemala hacia Estados Unidos. Aunque Guatemala no produce grandes cantidades de narcóticos, los carteles de la droga han utilizado el territorio guatemalteco como centro importante para el producto y lavar dinero, agujereando el bosque tropical con pistas de aterrizaje clandestino.⁴⁹ Decir que el proceso de verdad y reconciliación permanece incompleto en Guatemala es una subestimación que ha resonado a lo largo de 500 años desde la conquista. La pequeña pero poderosa oligarquía de élite aun controla los sistemas de poder y privilegio que marginan a las poblaciones pobres e indígenas, aunque está siendo suplantada por el dinero y poder más nuevo de los narcotraficantes. Las llamadas que piden transparencia y rendición de cuentas no han sido respondidas.⁵⁰ Quizás la evidencia más asombrosa de hasta qué punto podía llegar la élite guatemalteca para protegerse fue el asesinato de Monseñor Juan José Gerardi Conedera en 1998. Gerardi, que fundó la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala y supervisaba el proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica, documentó atrocidades cometidas durante el conflicto.

El Informe Gerardi, junto a otro de la comisión de la verdad apoyada por la ONU, concluyó que más del 85 por ciento de los crímenes violentos cometidos durante el conflicto había sido perpetrado por fuerzas gubernamentales y fuerzas apoyadas por el gobierno. Gerardi fue encontrado asesinado a golpes en su garaje dos días después de publicarse el informe.⁵¹

Ha habido enjuiciamiento limitado de los perpetradores del genocidio, aunque la década pasada ha visto movimiento intermitente de juicios de crímenes durante el conflicto armado interno. Ríos Montt, el militar y dictador que fue presidente de Guatemala a quien generalmente se consideraba responsable de las peores atrocidades de derechos humanos y masacres durante el conflicto armado interno, continuó estando activo en la política nacional hasta mediados de los dos mil. Fue juzgado con éxito por genocidio en 2013, pero la Corte de Constitucionalidad revocó la decisión y continuamente retrasaba el caso por asuntos de procedimiento hasta que falleció en 2018. De hecho, el Congreso de Guatemala votó en 2014 para afirmar que no hubo genocidios, durante el tiempo del juicio a Ríos Montt, y fue removida de su cargo la Fiscal General Claudia Paz y Paz debido a su papel encabezando el enjuiciamiento.

La corrupción que proviene tanto de la élite tradicional que se aferra al poder como del influjo de dinero nuevo e influencias del narcotráfico y otras operaciones ilícitas, es rampante en Guatemala. Las redes criminales clandestinas y el crimen organizado florecieron conforme las fuerzas armadas guatemaltecas se reducían y desmovilizaban luego de los Acuerdos de Paz.⁵² Los delincuentes operan con relativa impunidad y el sistema de justicia es ineficaz para investigar y enjuiciar crímenes. En 2006, Naciones Unidas estableció la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (conocida por sus siglas como CICIG). La CICIG logró importantes avances contra la corrupción y presentó más de 120 casos en el sistema judicial guatemalteco. La CICIG fue tan exitosa que su mandato fue revocado en 2016 por el Presidente de Guatemala Jimmy Morales, quién estaba siendo investigado por corrupción. Guatemala ocupa el puesto 149 de 190 en el Barómetro de Corrupción Global de Transparencia Internacional, y muchos de los jueces y fiscales involucrados en la CICIG y en otros esfuerzos por erradicar la corrupción se han visto obligados a huir del país.⁵³ A pesar de una prohibición constitucional que prohíbe que familiares cercanos a los involucrados en un golpe de estado sean candidatos a presidente, en un momento dado Zury Ríos, hija de Ríos Montt, era una de las favoritas en las encuestas para la elección presidencial de 2023. Las desigualdades que marcaron el conflicto civil persisten, aunque con nuevas modalidades.

Sufrimiento Social y Racismo

El sufrimiento social, tal como ha sido formulado y ampliado por Arthur Kleinman, sostiene que el sufrimiento humano puede ser causado por fuerzas sociales tales como disturbios políticos, económicos e institucionales, pero

también que dicho sufrimiento trasciende al individuo.⁵⁴ El sufrimiento social causado por el racismo y marginalización sistemática permite catástrofes intergeneracionales de exclusión social, como hemos visto durante generaciones de los mayas en Guatemala.⁵⁵ Las comunidades mayas pobres en Guatemala personifican su bajo estatus social. Son de estatura baja debido a la desnutrición crónica. Sus cuerpos están marcados por enfermedades no atendidas, y sus familias están marcadas por la pérdida de seres amados debido a violencia, enfermedad y hambre. El sufrimiento social afecta profundamente no sólo a la salud de las comunidades sino también las oportunidades de buscar salud.⁵⁶ Debido a que el gobierno de Guatemala fue responsable de la masacre de comunidades maya durante el conflicto armado interno, la población maya restante a menudo mantiene una desconfianza comprensible ante cualquier servicio del gobierno, incluida la atención sanitaria.

La desigualdad étnica y el conflicto sustentan la historia y realidades contemporáneas guatemaltecas y serán exploradas en este libro. Personas mayas como Rosario luchan por acceder a los limitados servicios públicos principalmente debido al racismo y sus secuelas predecibles de marginalización y pobreza. El binario étnico de ladino o indígena usado típicamente en Guatemala demarca la línea sísmica que es más peligrosa que aquellas que corren por debajo de sus muchos volcanes. Ladino se utiliza en vez de la categoría de mestizo común en otras partes de América Latina, pero su énfasis en la mezcla de antecedentes indígenas y europeos no es asumida por la mayoría de ladinos guatemaltecos que frecuentemente enfatizan y rastrean creativamente su herencia europea.⁵⁷ La etnicidad y el poder, tanto económico como político, tienen una relación directa en Guatemala: es una “pigmentocracia” en la que a más pálida la piel, más cerca se está de la cúspide de la sociedad.⁵⁸ La terrorífica violencia de “blanquear” a la población por medio de la violación de mujeres indígenas por hombres ladinos era vista histórica y virtualmente por las élites blancas dirigentes como un servicio público.⁵⁹ El racismo en Guatemala no se esconde, pero tiene impactos ocultos sobre la identidad personal y vida pública para los mayas situados, con muy pocas excepciones, en la parte más baja de la pirámide de la sociedad. La oligarquía blanca, extremadamente rica, que esencialmente ha controlado a Guatemala desde tiempos de la conquista mantiene ferozmente el orden social, en parte por medio de la opresión racial de una mayoría de la población.⁶⁰ Un miembro de ese grupo de élite me dijo durante una conversación:

“Nuestros indios son haraganes. No quieren trabajar, y ellos realmente no quieren que las cosas cambien. Otros países (en América Latina) lo tienen más fácil porque se deshicieron desde el comienzo de todos los indios. Nosotros los guatemaltecos hemos seguido intentando integrarlos a la sociedad, pero hemos estado tratando durante cientos de años.”

Ese interlocutor ha dedicado gran parte de su vida al servicio público, está en la directiva de múltiples fundaciones filantrópicas y aparentemente no veía

contradicciones entre esas actividades y su crudo “considerar diferentes” a los mayas. En esa conversación, percibí que el uso del término ofensivo “indios” estaba destinado a hacerme reaccionar a mí, investigadora extranjera fuera de lugar en una fiesta elegante en Ciudad de Guatemala, pero no dudo que él lo utilice regularmente. Yo crecí en el sur de Estados Unidos y no me sorprenden las muestras de racismo que mi propia blancura me confiere por medio de la presunción indeseable de opiniones compartidas. Ese hombre pensó que yo entendería su menosprecio monolítico de los mayas porque ambos estaban racializados como blancos. Continuó argumentando que los maya quieren beneficios inmediatos del gobierno y grupos de desarrollo, pero no quieren que se les moleste más allá. “Ellos realmente no quieren que las cosas cambien”, dijo. La violencia de tal racismo abierto y generalizado en la sociedad Guatemalteca transmuta la participación social a sufrimiento social polivalente para las poblaciones maya en Guatemala.

Al llevar a cabo la investigación para este libro, fui la encarnación de mí misma, con todos mis defectos. Soy una mujer blanca de clase media, heterosexual, cisgénero, de Tennessee en el sur de Estados Unidos. Soy médica antropóloga. Soy practicante de salud global. Inevitablemente apporto todas esas identidades y más a mi trabajo en Guatemala y más allá. Mientras que la salud global es un campo de urgencia, la antropología es una disciplina de paciencia. Mi trabajo se asienta en la intersección de las dos. Aplico las técnicas de investigación de la antropología al diseño y evaluación de programas de salud global. La antropología está enraizada en construir profundo entendimiento de lugares y fenómenos, a menudo por medio de observación participativa o simplemente viviendo entre y siendo parte de las comunidades que se estudian. Lograrlo toma tiempo. La salud global aspira a dar respuesta a las siempre cambiantes condiciones del mundo real por medio de práctica basada en evidencia, pero confiar demasiado en datos cuantitativos puede oscurecer la experiencia real de personas reales. Allí es donde el conocimiento contextualizado de los antropólogos puede jugar un papel.

Mi carrera como médica antropóloga académica aunada al trabajo como practicante de salud global – trabajando activamente con comunidades para desarrollar e implementar programas de salud – me ha dado una visión amplia sobre salud global a lo largo del espectro de la investigación a la implementación. A menudo el trabajo académico se centra en el análisis y crítica después de los hechos más que en ofrecer ideas generativas de nuevos enfoques. La crítica es esencial, pero puede perder de vista el imperativo de hacer algo bueno, ya que el derecho humano a la salud nos obliga a actuar, aunque sea de manera imperfecta. Por otra parte, los actores de salud global pueden verse tan atrapados en la ejecución y la necesidad de crear impacto que no consideran que sus impactos reales pueden ser perjudiciales.⁶¹ La urgencia percibida a menudo en el trabajo de salud global puede llevar a actitudes arrogantes y a dejar de lado las consideraciones éticas con un enfoque miope en un objetivo predeterminado.⁶²

Trabajar como académica y practicante me ha dado la oportunidad de hacerlo en muchos ambientes diferentes donde ocurre la salud global, desde pueblos rurales a oficinas de ministerios de salud y a reuniones de la Asamblea Mundial de Salud. Mi experticia en sí misma no fue lo que me garantizó acceso a esos ambientes enrarecidos: el prestigio inmerecido tuvo mucho que ver con ello. Me he capacitado y he trabajado en instituciones de mucho prestigio en países de ingresos altos, y soy muy consciente de las puertas que ello me ha abierto pero que permanecen cerradas para otros. A lo largo de este trabajo, intento posicionarme – incluidos mis sesgos y deficiencias – con relación a lo que he aprendido sobre salud global y su diferente alcance a lo largo de las poblaciones. Aprovecho mis muchos años de experiencia en investigación e implementación para considerar cómo ocurre realmente la salud global y para destacar cómo las voces comunitarias pueden tornarse más protagónicas.

Este libro es una etnografía de salud global, aprovechando investigación etnográfica a largo plazo para dibujar intencionalmente enlaces a través de niveles locales e internacionales. La etnografía se centra en observación del participante, el método distintivo de antropología en el cual el investigador vive, trabaja y se une a las actividades en la comunidad de estudio.⁶³ Ese método permite una profunda comprensión de la vida y perspectivas desde dentro de las comunidades, pero también está plagado de desafíos de autenticidad y la ética de la participación en la vida diaria como forastera.⁶⁴ He trabajado cuidadosamente para explicar cuidadosamente mis objetivos en todas las comunidades investigadas, y no sólo hacer preguntas preformadas sino preguntar a mis interlocutores qué preguntas deberíamos hacer juntos.⁶⁵ Ese enfoque ha dado forma a los datos que presentó en este libro al igual que el modelo de diseño conjunto que ahora aplico al desarrollo de programas de salud global.⁶⁶ Viví la primera vez en Guatemala durante un período continuo del 2006 al 2007, realizando investigación etnográfica sobre enfermedad diarreica infantil que es la base de este libro. Llevé a cabo observación de participantes en diversas comunidades, hogares y entornos de atención sanitaria. Mi caja de herramientas etnográficas incluyó métodos de investigación adicionales como entrevistas con líderes comunitarios, partes interesadas del sistema sanitario, y padres de familia; discusiones en grupos focales con madres; encuestas a hogares y cuidadores, e innumerables conversaciones informales.

Desde ese trabajo de campo inicial a largo plazo, he pasado usualmente un promedio de dos meses por año viviendo y trabajando en proyectos de salud global en Guatemala. Realicé un estudio de dos años sobre implementación de suplemento de zinc con el tratamiento estándar para la enfermedad diarreica infantil.⁶⁷ Durante ocho años he sido miembro del equipo de un proyecto para mejorar la continuidad del cuidado perinatal para mujeres maya rurales que enfrentan una de las tasas más altas de mortalidad materna en el Hemisferio Occidental. Eso comenzó como una prueba clínica que probaba una caja de herramientas de monitoreo perinatal diseñada conjuntamente con comadronas

maya, y ha continuado como estándar de atención para la organización sanitaria socia en la región.⁶⁸ Adicionalmente he trabajado en proyectos de investigación e implementación sobre calidad del agua, nutrición, misiones médicas a corto plazo, educación, migración y fortalecimiento de sistemas sanitarios. Soy la directora de país de una escuela de campo de salud global en Guatemala, lo cual me ha dado la oportunidad de construir relaciones institucionales con universidades guatemaltecas, redes de incidencia y organizaciones comunitarias. Los proyectos ejecutados por la escuela de campo, principalmente el trabajo de evaluación de programas, son identificados por organizaciones socias como necesidades y ejecutados colaborativamente por estudiantes y socios locales. Toda esa experiencia de investigación e implementación informa mis perspectivas y los datos compartidos en este libro. Sobre todo, es el tiempo que he pasado viviendo, estando y aprendiendo en los hogares y comunidades guatemaltecas lo que ha dado forma a mi comprensión en cuanto a cómo ocurre la salud global en la vida de las personas.

Ciertos nombres de personas y lugares se mantienen anónimos en el libro para proteger a los participantes. Esas decisiones fueron tomadas con participantes y comunidades individuales a lo largo del tiempo y a través de múltiples discusiones sobre si querían que se les atribuyeran directamente sus pensamientos y experiencias.⁶⁹

He discutido partes de esta etnografía a lo largo de los años con aquellos reflejados directamente, incluso miembros de las comunidades y otros practicantes académicos, para dar forma al análisis y lecciones aprendidas de los ricos datos etnográficos que hemos construido juntos.⁷⁰ Esta etnografía es un trabajo colaborativo. También utilizo más fotos de personas y espacios comunitarios internos que lo usual en etnografías. Las fotos seleccionadas apoyan mi objetivo de mostrar con exactitud la vida en el altiplano de Guatemala, pero también considero que representan la entidad de mis interlocutores. Yo soy la fotógrafa, pero las fotos fueron seleccionadas con los participantes según cómo deseaban presentarse ellos y sus espacios, ocupaciones y búsqueda de atención.⁷¹

El Terreno de la Investigación

La Vida en una Comunidad Rural Maya

Los sonidos crujientes bajo mi cabeza que yo quería ignorar desesperadamente significaban el comienzo del día. Sería solamente una gallina, un roedor o el ocasional perro que husmeaba en el piso de tierra bajo los marcos de madera de la cama tendidos con cuerdas. Así era el lugar para dormir al que nos retiramos la noche anterior, bajo pilas de mantas al atardecer conforme las temperaturas caían con el sol. El silo de metal para granos en la esquina de la habitación atraía a los animales, esperanzados en conseguir unos granos caídos,

tal como la promesa del calor del fuego me atraía al nuevo día. Me cambié los pantalones del chándal y me puse los de trabajo, me deslicé fuera de la cama, me puse los zapatos y entreabrí la puerta – el tsh-tsh-tsh de la escoba contra el patio de tierra apelmazada recordándome gentilmente que ese día había empezado sin mí. El cuarto que compartía con Mercedes, su hermana menor Silvia, su hermana mayor Juana y su madre María ya estaba vacío, aunque sólo empezaba a clarear el día y la luz tenue se colaba por las ranuras donde el techo de lámina se juntaba con los ladrillos de adobe.

Crucé el patio y entré al cobertizo de lámina que era la cocina. Escuché el slap-pat-pat-pat al hacer tortillas y el agua que hervía para té o Nescafé, si alguien con euforia lo había comprado en el mercado. El humo con olor a pino que salía del fuego escoció mis ojos, llenando mi nariz de nostalgia. La fogata de la cocina de Doña Flavia era el centro del mundo, un *axis mundi* alrededor del cual todos girábamos. Era un mundo circunscrito por las empinadas montañas que mantenían al poblado separado del mundo. El camino de tierra sinuoso y lleno de baches y el teléfono celular en el bolsillo del delantal de Doña Flavia eran los hilos que nos mantenían atados al mundo exterior.

Otros hilos de amor y añoranza eran menos susceptibles a los caprichos de la temporada de lluvias: los pensamientos de Estrella sobre su esposo trabajando lejos en El Norte desde hacía más de tres años; los sueños de Mercedes de irse a España como monja - una idea fantasiosa plantada por el sacerdote viajero; y los planes de Juana para algo más - escuela, trabajo, lo que fuese que pudiera dar la ciudad. El pueblo estaba a cuarenta y cinco minutos caminando de su vecino más cercano cuyo nombre Simejuleu significa "orilla del mundo" en y siempre parece un atrevimiento. La vida diaria al límite empezaba y terminada alrededor del fuego de la cocina.

La casa de Doña Flavia incluía tres unidades familiares encabezadas por mujeres; cada una tenía un dormitorio y compartía la cocina, la pila y la letrina. Flavia vivía sola - su esposo y un hijo habían sido asesinados durante el conflicto armado interno, y sus otros hijos eran adultos. El esposo de su hija María también había sido asesinado, y ella criaba a Mercedes, Juana y Silvia, sus tres hijas adolescentes, para que fueran fuertes e independientes. Estrella, nuera de Flavia, tenía tres hijos pequeños que criar mientras su esposo se ganaba el futuro de ellos en Estados Unidos. Aunque cada mujer tenía sus propios desafíos, todas estaban orgullosas de tener éxito como hogar de mujeres - nada fácil en una Guatemala patriarcal. La edad, experiencia de vida y sensatez de Flavia significaban que a menudo hombres y mujeres del pueblo le pedían consejo y ella rutinariamente era la anfitriona de reuniones del consejo indígena del pueblo al calor del fuego con la fortificación de atol o papilla de maíz. El fuego era donde se hacían planes, se incubaban sueños y se resolvían problemas. Las mujeres eran conocidas como organizadoras – de la cooperativa de tejedoras, de esfuerzos por conseguir una

escuela secundaria para la aldea, y muy discretamente, de más esfuerzos políticos. Este hogar de mujeres se asentaba en el centro de la aldea y cerca de donde dos veces por semana el microbús se detenía a recoger pasajeros listos para las esperanzas y retos del mercado municipal. Después de vivir varias semanas en la aldea, me di cuenta de que mi estatus como profesora me daba acceso inmerecido a viajar en la parte trasera del picop que trae cada mañana a las profesoras de la sede municipal a la escuela primaria de la aldea y las regresa a su casa al mediodía. La primera vez que visité la aldea con una amiga de la cooperativa de tejedoras, las maestras contratadas por su capacidad para hablar kaqchikel como idioma materno y para entender la cultura local me advirtieron de las dificultades y aislamiento de la comunidad. Mientras el picop circulaba por vueltas cerradas y nubes de aire matutino lleno de rocío, observé los árboles frondosos y humildes hogares contra un fondo asombroso de campos cultivados verticalmente.

Aún no sabía cómo los pies de Doña Flavia calzados con pantuflas de plástico volaban subiendo a su propio terreno, dejándome sin aliento mientras luchaba por seguirle el paso. En ese primer viaje, niños de la escuela me vieron en la parte de atrás del camión y corrieron en el río de polvo que levantábamos como pececillos en su estela. Sólo podía sonreír y reír con ellos mientras gritaban *kaxlan* en kaqchikel, que se traduce generosamente como “extranjero” y menos confortablemente como “conquistador.” Yo estaba lejos de las partes de Guatemala donde hordas de turistas y personas extranjeras son un espectáculo normal. Yo traje mi propia mirada extranjera la realidad localizada de 500 años de marginalización violenta y los desafíos de la búsqueda de salud para las comunidades rurales maya, pero fueron Rosario, Mercedes, Flavia, y todas las personas que conocí en las comunidades las que han visto y vivido todo ello.

La Vida en el Contexto de la Aldea

Panaj es una pequeña aldea de 2,000 habitantes maya kaqchikel, o unas 150 familias, en el municipio de Comalapa en el Departamento de Chimaltenango, ubicada en las montañas del Altiplano Central de Guatemala. Chimaltenango ha sido llamado el comienzo de la verdadera Guatemala, significando que es la puerta de entrada, al occidente de la Ciudad de Guatemala, donde las poblaciones departamentales se tornan principalmente de etnia maya (ver imagen 0.1).⁷² La población total del departamento es alrededor de 600,000 personas, de las cuales aproximadamente 70 por ciento son maya, principalmente de etnia kaqchikel.⁷³ El departamento está dividido en dieciséis municipios, y la ciudad de Chimaltenango es la capital departamental, formando un eje regional de gobierno, administración de sistemas de salud, y ONGs. La violencia del conflicto armado interno durante los setenta y ochenta fue cruenta en el departamento, los esfuerzos de salud y desarrollo se vieron gravemente impedidos, y el desarrollo económico tardó en llegar a esa parte del altiplano.⁷⁴ Los recuerdos de la violencia están omnipresentes y continúan

dando forma a los estilos de vida y actitudes de la población de Panaj y en todo el Departamento de Chimaltenango.

Panaj queda aproximadamente a una hora en camión por el único camino de tierra a Comalapa, la sede municipal. Las viviendas que forman la aldea están situadas en los dos lados empinados de un pequeño valle (imagen 0.2). En el centro de Panaj, donde el camino se bifurca a viviendas dispersas y va cuesta abajo a la escuela primaria, hay dos pequeñas ventanillas de tiendas que se abren a la calle desde hogares privados. Más abajo en el camino está la iglesia católica pintada brillantemente, y la escuela primaria que marca el final de la aldea.



Imagen 0.1

Mapa de Guatemala, inserto Departamento de Chimaltenango.

La mayor parte de los residentes de Panaj socializa principalmente con su grupo familiar extenso. Los viajes al mercado de Comalapa y, menos frecuentes, a la ciudad de Chimaltenango, son eventos significativos. La mayoría de las casas en Panaj están hechas de ladrillos de adobe y paredes de caña con techos de lámina (imagen 0.3). Unas cuantas familias ahora cuentan con casas hechas de bloques de hormigón y pisos de concreto, construcción que ha sido posible por las remesas que mandan familiares que trabajan en El Norte, en los Estados Unidos. La mayoría de las familias tiene una pequeña estructura adosada para cocinar sobre un fuego de leña, aunque los miembros más pobres de la comunidad construyen sus fogatas dentro del espacio principal para vivir. Ninguna familia tiene fuente constante de agua entubada, pero el suministro de agua intermitente bombeado de una laguna cercana se comparte por turnos organizados por el consejo de la aldea.

Aproximadamente la mitad de las familias en la aldea tienen pilas para guardar agua mientras la otra mitad utiliza agua almacenada en barriles y bañeras de plástico.

Cada familia en Panaj tiene un terreno que cultiva para subsistencia, dependiendo principalmente de maíz mejorado y frijol negro, aunque no es común tener registro de propiedad de la tierra.



Imagen 0.2

El paisaje de Panaj.



Imagen 0.3

Un hogar típico en Panaj.

Algunas familias tienen terrenos más grandes y deseables, y pueden sembrar cultivos para exportación. Las frambuesas fueron un cultivo comercial común durante mi trabajo de campo, aunque eran un emprendimiento nuevo y arriesgado. Sin embargo, muchos terrenos son demasiado pequeños para mantener a la familia, y los hombres a menudo deben buscar trabajo asalariado en Ciudad de Guatemala, las plantaciones de la costa, o emigrar a los Estados Unidos. Las mujeres viven comúnmente en casas familiares de varias unidades, como la de Doña Flavia, con los hombres ausentes durante largos períodos de tiempo. Las mujeres siembran cultivos de subsistencia, y algunas forman parte de la cooperativa de tejedoras por medio de la cual venden sus artesanías para exportación a los Estados Unidos. Como vimos en la historia de Rosario, no hay instalación de salud en Panaj. Un servicio de salud gubernamental visita mensualmente, y el puesto de salud más cercano, que cuenta sólo con un trabajador de salud comunitario, queda a cuarenta y cinco minutos caminando. La instalación con personal de salud más cercana está en la capital municipal de Comalapa.

Los Pueblos como Ejes Vitales de la Vida y los Recursos

La investigación presentada en este libro también se centra en dos pueblos en el Departamento de Chimaltenango: Comalapa, el pueblo más cercano a Panaj, y Acatenango, un pueblo esencialmente ladino rodeado por comunidades de caficultores mayas. Comalapa es un pueblo grande de 25,000 habitantes, pero muchos residentes locales le llaman aldea en referencia a su identidad indígena. Comalapa fue eje de organización y actividad durante el conflicto armado interno y continúa siendo un centro de la cultura, activismo e identidad maya kaqchikel. En su entrada, Comalapa, conocida en Guatemala por sus pintores y estilo distintivo de pintura, tiene murales bellamente pintados que muestran la historia del pueblo y van desde la entrada al ornamentado cementerio, y continúan al centro del pueblo. Los murales incluyen representación gráfica de pobladores mayas siendo torturados y asesinados tanto por los guerrilleros como por soldados del ejército durante el conflicto, quizás en un intento por recordar a los residentes que la historia es complicada. Con una fuente que representa la cara del revolucionario marxista Che Guevara, que pasó por Guatemala en 1953, Comalapa es aún más abiertamente política y proderecho de los indígenas que la mayoría de los pueblos guatemaltecos. Varias ONGs, incluidas instituciones de microcrédito, programas de desarrollo agrícola, programas de enriquecimiento educativo, e iniciativas de salud, están activas en Comalapa.

La plaza central de Comalapa bulle de actividad y sirve como punto focal para la vida pública (imagen 0.4). Pilas municipales están disponibles para los que no tienen agua entubada en sus hogares.



Imagen 0.4
Mercado central de Comalapa.

Por las tardes, esas pilas se llenan de mujeres maya kaqchikel lavando ropa, lavándose el pelo, y ocasionalmente a un niño y poniéndose al día de las últimas noticias. El mercado que tiene lugar dos días a la semana es esencial para la economía de Comalapa, donde vendedores y negocios locales comercian con los muchos pobladores que llegan de comunidades circundantes como Panaj. La mayor parte de las comunidades que rodean Comalapa practica agricultura de subsistencia a pequeña escala. Adicionalmente, muchos hombres y algunas mujeres de Comalapa viajan diariamente a Chimaltenango o Ciudad de Guatemala para trabajar como asalariados en oficinas, fábricas, construcción y servicio doméstico.

Acatenango, también sede municipal, es un pueblo pequeño de 10,000 habitantes situado al lado del volcán (esporádicamente activo) del mismo nombre. El camino que sube las montañas para llegar a Acatenango ofrece vistas maravillosas del mosaico de milpas extremadamente inclinadas o terrenos agrícolas. Acatenango mismo es principalmente un pueblo ladino, aunque los pueblos circundantes como Comalapa son maya kaqchikel. El pueblo tiene una pequeña plaza central donde se lleva a cabo el mercado los domingos y los jóvenes juegan al baloncesto durante los fines de semana. La iglesia Católica y las oficinas municipales están situadas opuestamente en la plaza. La cuadrícula formal del pueblo sólo abarca unas tres calles en cada dirección desde la plaza central, aunque el reciente crecimiento rápido ha visto una expansión de viviendas y un asentamiento informal en el lado noroeste del pueblo. La autonomía es un elemento importante de la identidad de Acatenango, formado por su experiencia durante el conflicto armado interno. Los moradores cuentan con orgullo como mantuvieron fuera de Acatenango a la

guerrilla y al ejército porque los pobladores formaron una guardia fuerte contra infiltradores.

La economía y centro de la identidad de Acatenango dependen de la producción de café de gran calidad para exportación procesado a través de una cooperativa local. Muchos ladinos ricos residentes del pueblo son dueños de pequeños terrenos que usan para cultivar café. Sin embargo, la mayor parte de la producción de café tiene lugar en plantaciones grandes, propiedad de ladinos ausentes y gestionadas por supervisores ladinos. Los trabajadores mayas kaqchikel y sus familias a menudo viven en alojamientos propiedad de la plantación que consisten en un cuarto con piso de tierra y marcos para cama por familia (imagen 0.5).



Imagen 0.5
Alojamiento en plantación de café en Acatenango.

Las condiciones de vida en las plantaciones son típicamente pobres, y el costo de la vivienda a menudo es tan alto que los trabajadores, antes de cosechar, deben dinero a los dueños de la plantación durante el año, lo cual les obliga a continuar trabajando (y viviendo) en la plantación. Acatenango y Comalapa, que son sede municipal, cuentan con centros de salud con personal, aunque las horas de operación y servicios de atención primaria que ofrecen son variables. Algunos servicios de salud básicos están disponibles ocasionalmente en las plantaciones de Acatenango, pero hay que pagar por ellos.

Infraestructura, Recursos y Realidades de la Ciudad

La Ciudad de Chimaltenango tiene una población de 67,000 habitantes y es la sede de gobierno del Departamento de Chimaltenango. La ciudad fue arrasada en 1976 cuando estuvo en el epicentro de un devastador terremoto que destruyó su tradicional arquitectura de adobe blanqueado y techos de teja roja. Después del terremoto, el influjo de ayuda internacional y agencias de desarrollo ayudó a reconstruir Chimaltenango, transformándola en una ciudad de bloques de hormigón y techos de lámina de metal.⁷⁵ La plaza central es del estilo colonial común a la mayoría de los pueblos guatemaltecos, con la catedral, edificios municipales y estación de policía situados alrededor de un parque (imagen 0.6).

Chimaltenango está situado en la Carretera Panamericana y es un eje importante de transporte para Centro América y también para Guatemala, con camiones atascando su circunvalación (“libramiento”) y ofreciendo negocio a sus muchos trabajadores y trabajadoras sexuales. La principal forma de transporte público en Chimaltenango y entre las principales ciudades y pueblos de Guatemala es la flotilla de antiguos autobuses de colegio norteamericanos pintados brillantemente. Al pasar por el pueblo en la carretera, los asistentes del piloto se inclinan precariamente hacia afuera de los buses, gritando a dónde se dirigen para que los pasajeros que esperan puedan encontrar su camino. A menudo los autobuses están imposiblemente llenos, sólo con espacio para ir de pie, y durante los días de mercado con las mercancías y animales atados al techo.

La economía de Chimaltenango depende del comercio y las industrias de servicio relacionadas que resultan de ser el eje comercial de la región.



Imagen 0.6

Catedral y plaza central de Chimaltenango.

Chimaltenango también está rodeado de fábricas que producen desde textiles a materiales de construcción. Las cadenas de tiendas y restaurantes ya han llegado a Chimaltenango, creando en áreas adyacentes oportunidades atractivas de recreación para las familias. Chimaltenango también cuenta con dos mercados locales grandes: uno cuyos puestos venden principalmente productos frescos y carne, y otro cercano a la terminal central de buses que se especializa en mercancías no alimentarias como productos de plástico, zapatos y electrónicos.

La tasa de crimen es alta en Chimaltenango, y desde los noventa, la actividad de pandillas (maras) y narcotráfico se ha vuelto común. Las maras también se han convertido en una explicación predeterminada de los delitos violentos y una manera de mantener la cohesión comunitaria. Por ejemplo, cuando asaltaron y golpearon brutalmente a un joven en la esquina de la calle donde yo vivía en Chimaltenango, todo el vecindario parecía encontrar confort en la explicación de que se trataba “sólo” de actividad de maras y que nadie del barrio estaba implicado. La violenta historia del conflicto armado y las altas tasas de violencia actual dan forma a la mayoría de los aspectos de la vida urbana en Chimaltenango.

Como capital y ciudad más grande del departamento, Chimaltenango cuenta con un centro de salud del gobierno para atención primaria al igual que un hospital que recibe pacientes de los puestos y centros de salud periféricos del departamento. Diseñado en las secuelas del conflicto armado interno, los términos de los Acuerdos de Paz pusieron presión al gobierno para que cubriera a las comunidades rurales con servicios de salud y suministrará servicios sociales y de salud en idiomas mayas.⁷⁶ Tiene una estructura escalonada con atención primaria en la base y atención terciaria arriba. El sistema sanitario guatemalteco es algo bellísimo – en papel. Sin embargo, en la práctica, la provisión de atención primaria a comunidades rurales ha sido disparejo y rara vez proporcionado en idiomas mayas. La atención terciaria está confinada a centros urbanos, y los hospitales especializados y de referencia están concentrados en la Ciudad de Guatemala.⁷⁷

Existen profundas disparidades entre urbano y rural, ladino y maya, y segmentos ricos y pobres de la población en cuanto a quién puede recibir atención puntual, de calidad, en el sistema sanitario gubernamental. Como resultado, han surgido una amplia gama de ofertas filantrópicas y del sector privado para llenar las brechas del sistema sanitario gubernamental.

Resumen del Libro

El capítulo 1 explora adicionalmente cómo las tendencias en salud global y las realidades de Guatemala han llevado a convertir la aplicación de una medida provisional como TRO en una solución a largo plazo que es inadecuada. Desde 1970, la Organización Mundial de la Salud ha promovido la TRO como un tratamiento efectivo contra la a menudo letal deshidratación y desnutrición en niños con diarrea, y hemos visto éxitos increíbles con esa estrategia.

Como ya sabemos, TRO es una solución simple pero no es fácil de usar consistente y efectivamente. En el capítulo 1 exploro como las bajas tasas de uso de TRO a menudo se atribuyen de manera predeterminada a la cultura de personas objetivo de los programas de TRO, echando la culpa de los fracasos del programa a las comunidades receptoras. La diarrea infantil se enmarca como selección hecha por los pobres en vez de como un fallo sistémico. Sin embargo, la diarrea continúa siendo una preocupación seria de salud debido a sus causas subyacentes, principalmente la falta de agua limpia y sistemas de saneamiento, causas que aún no han sido abordadas adecuadamente dentro del contexto guatemalteco. La cascada de falta de infraestructura de agua y saneamiento, servicios de salud limitados de los sistemas públicos, campañas impracticables e incluso moralizadoras de TRO y malos resultados de salud infantil, sirve para enraizar las consecuencias de desigualdad y estigma racial.

Como cuidadoras de niños, las mujeres son el público objetivo de los programas de salud global, pero a menudo tienen poder limitado para implementar prácticas sugeridas, especialmente debido a normas culturales guatemaltecas de control masculino de las finanzas y límites patriarcales a que la mujer pueda viajar. El capítulo 2 explora la manera como los programas de salud global pueden aumentar la carga de desigualdad de género. En Guatemala, las mujeres, especialmente las mujeres indígenas mayas, son blanco de violencia a nivel político nacional, dentro de las comunidades, y en el hogar. Esas injusticias son reconocidas erróneamente como el orden natural de las cosas. La posición de las mujeres en la sociedad las desfavorece, determinando su acceso a los recursos, información y movilidad requeridos para navegar efectivamente el sistema de atención sanitaria. La posición desigual de las mujeres en la sociedad afecta directamente su labor en cuanto a crianza y búsqueda de salud para sus hijos, y determina cómo deben elegir y priorizar los escasos recursos y navegar a través de sistemas excluyentes. Finalmente, este capítulo vuelve a tocar el concepto de “higiene” con un lente multidisciplinar para desembalar el castigo a las madres consideradas “antihigiénicas” cuando sus hijos tienen diarrea.

Incluso si uno tiene autonomía para buscar atención sanitaria en la Guatemala rural, el acceso no está garantizado. El conocimiento sobre cómo acceder al sistema de salud formal puede confundirse y ser confuso debido a la eternamente cambiante gama de servicios y programas para muchos en las poblaciones indígenas del país. En el capítulo 3 exploro el panorama plural de búsqueda de atención por los indígenas rurales pobres. Veremos que las poblaciones marginadas que cuentan con pocos recursos económicos están incrustadas en un sistema sanitario en el cual reconocen que hay mejores tratamientos y servicios disponibles, pero no están a su alcance. Yo argumento que selección está vinculada a libertad - pero las opciones disponibles y asequibles están determinadas por el legado histórico y la desigualdad actual.

En particular, examino los impactos de la violencia, tanto recordada como continua, sobre el uso del sistema de atención sanitaria. Operando desde una

posición de sospecha y temor, los residentes rurales a menudo se esconden de los equipos de salud que hacen sus rondas mensuales a los pueblos y, ocasionalmente, incluso responden con violencia. Aunque lamentan el hecho de que sus contrapartes urbanas cuentan con mejores opciones de atención sanitaria, a algunos residentes rurales dicen que los trabajadores de salud no deberían “forzarlos” a tomar cualquier vacuna o tratamiento que no quieran porque ellos quieren tener control de sus propios cuerpos. Los trabajadores de salud cuentan sus propias “historias de guerra” de ser perseguidos por pobladores con machetes y cómo se acercan a casas rurales con piedras en los puños para resguardarse de los perros guardianes que se les echan encima. Las bajas tasas de uso del sistema sanitario son señaladas como razón básica para limitar la expansión de servicios sanitarios gubernamentales. Al examinar las actitudes indígenas rurales con relación al sistema de salud guatemalteco, este capítulo considera como la violencia física engendra y mantiene la violencia estructural que limita la autonomía de las comunidades y las opciones para los individuos que viven en ellas.

En el capítulo 4, profundizo sobre los espacios intersticiales que crean los programas de salud y desarrollo cambiantes para el crecimiento de servicios de salud y productos del sector privado, presentando las oportunidades y cargas que conllevan. Esquemas piramidales cuasi-farmacéuticos duplican la carga de las poblaciones pobres al reclutarlos como vendedores de bajo nivel con promesas de grandes ganancias y malinformándoles como consumidores. Las obligaciones sociales y aspiraciones promueven la compra de productos “milagro” caros, cuyas indicaciones siempre se asimilan a los síntomas del consumidor. En ese capítulo, investigo las consecuencias de vendedores no capacitados que dan consejos de salud junto a productos dudosos para los casos de diarrea infantil. También exploro las opciones y poder de las personas sobre sus propios cuerpos y atención sanitaria priorizando servicios caros del sector privado. Visitaremos hogares pobres que frecuentemente muestran botellas envejecidas de un producto de TRO caro como símbolo social significativo de la capacidad de proveer para sus hijos, aunque esos hijos nunca han recibido una dosis adecuada de la solución. Veremos como productos y servicios prestigiosos refuerzan la idea de que salud equivale a riqueza, pero a menudo producen promesas vacías de atención de alta calidad para las cuales son una representación ilusoria. Eso crea una experiencia muy neoliberal de sufrimiento social en la que segmentos de la sociedad están en desventaja y también se aprovechan de ellos en un mercado de atención sanitaria injusto.

El capítulo 5 recorre desde el enfoque de opciones y acciones individuales dentro del sistema sanitario guatemalteco fragmentado y pluralista, hasta un pensamiento más profundo sobre las estructuras de salud y desarrollo que han ayudado a crear el sistema. En Guatemala, al igual que en la mayor parte del mundo, sobrevuela un aura de frustración y futilidad en muchos de los nacionales y extranjeros que trabajan en desarrollo, tanto de gobierno como de ONGs. Yo afirmo

que la multiplicidad y falta de coordinación de los programas de salud y desarrollo lleva a una inercia activa en la que, a pesar de mucha actividad, se logra poco cambio sostenible sustancial. Los gastos en recursos humanos y materiales que no logran crear cambio son no sólo fallos programáticos sino también perjudican al incitar desigualdades arraigadas. Los guatemaltecos objetivo de diversos esfuerzos de salud global y desarrollo se han hastiado – tomando lo que pueden de nuevos programas a sabiendas de que pronto se irán y serán reemplazados por otros. Esos fallos sistémicos no son únicos para Guatemala; al contrario, se repiten alrededor del mundo en estructuras y sistemas globales neoliberales de salud. Al no tomar en cuenta las desiguales dinámicas socioeconómicas (neo) coloniales de poder a nivel mundial, la salud global corre el riesgo de ser sólo un cambio de nombre a la medicina colonial y los patrones globales de desigualdad que puso en marcha.

Por encima de todo, y no obstante los desafíos que describo, soy optimista. En la conclusión destaco puntos clave en los cuales podríamos aplicar presión dentro de las estructuras de salud global y desarrollo para lograr cambio duradero y colaboración efectiva con comunidades locales. Específicamente, introduzco el enfoque de diseño conjunto, el cual se centra en prioridades y prácticas comunitarias para desarrollar programas de salud global.

1 Terapia de Rehidratación Oral y la Solución No Tan Simple para la Diarrea

“Cuando los niños tienen diarrea, a veces se curan con remedios caseros, pero a veces no. Siguen estando enfermos incluso si los llevamos a los doctores. Algunas veces incluso de mueren debido a la diarrea”.

—Madre maya kaqchikel de plantación de café en Acatenango

El silencio caía una tarde en Panaj, en el patio de Doña Flavia mientras la hija Rosario, de catorce años, atisbaba por la puerta y saludaba tímidamente. Fue hacia donde Flavia estaba tejiendo un huipil de complejos diseños en su telar de pedales. Después de una breve conversación en susurros, Flavia asintió y le dijo a la visita que fuera a la cocina inclinándose y con un chasquido que significaba “Si, allá”. Entraron a la cocina, el fuego apagado en un raro receso entre preparación de comidas, y Flavia cuidadosamente sacó dos cucharadas colmadas de azúcar de una bolsa plástica y las echó en un paño que la chica sacó del bolsillo de su delantal. La chica giró el paño para cerrarlo, murmuró las gracias, y se escabulló. Flavia se volvió a sentar para continuar su trabajo mientras su hija adulta, María, en su propio telar, y yo hacíamos gorros deformes de ganchillo para mantener las manos ocupadas, y la mirábamos con ojos interrogantes. Flavia suspiró. Rosario, que aún estaba de duelo por el bebé Efraín, tenía a un infante con diarrea. En Panaj no era nada nuevo. “Es lo que se espera”, dijo Flavia, reflejando que el infante había llegado a la edad en la que la diarrea ocurre a menudo. Sin embargo, la pérdida de Efraín era un recordatorio fresco de que algo tan común podía volverse de muerte. Rosario estaba pidiendo un poco de azúcar para agregar a un atol, una papilla de maíz aguada, para darle al niño enfermo. Rosario no tenía medicinas en su casa, pero era orgullosa. Había enviado un par de monedas de 10 centavos por el azúcar, que Flavia rechazó negando con la cabeza.

“Todos hacemos lo que podemos”, dijo. “Rosario trabaja duro, pero tiene mucho qué hacer. Allí es sucio, y esos chiquillos siempre tienen cola”, usando el término coloquial para tener diarrea. “No tienen chorro y es difícil conseguir agua limpia,” agregó Flavia.

A María, mujer de mediana edad, madre de tres jóvenes, que había perdido a su esposo en el conflicto armado interno, no le gustaban los chismes y había estado escuchando y asintiendo. Era callada, pensativa, y un ama de casa meticulosa. Yo la admiraba por su actitud amorosa pero estricta y me sentía dichosa de tenerla cuidando a mis dos hijos cuando yo debía asistir a reuniones de trabajo. Pero esa tarde cuando Rosario mandó a pedir azúcar, inusualmente intervino con la proclamación científica de que “no hay manera comprobada para purificar el agua”. Noté que lo decía totalmente convencida y le pedí que se explicara. “Bueno”, dijo María, “hace unos dos años un grupo de gringos vino y nos enseñó que podíamos usar botellas plásticas de gaseosa vacías poniéndolas en el techo por un día para purificar agua con el sol”. En ese momento Flavia interrumpió. “Agua! ¡En el techo!

¿Ves cuánto mides? ¿Cómo podríamos alcanzar allí todo el día?” María se rio. Yo lo comprendí. Hay retraso generalizado en el crecimiento entre los mayas, y yo que mido unos modestos 157 centímetros sobresalgo por encima de la mayoría de las mujeres adultas. María continuó: “Un año después, otro grupo de gringos vino y repartieron gotas de cloro para agregar al agua. Dicen que funciona, pero sabe terrible” Si usted alguna vez ha tragado agua de piscina, también sabrá que eso es cierto. “Finalmente”, concluyó María, “hace unos seis meses un grupo del centro de salud vino y nos habló otra vez de higiene y que debíamos hervir el agua. Así que yo pienso que todo son experimentos, que no hay manera de saber seguro si el agua está limpia.”

Las afirmaciones de María, basadas en lógica y razonamiento aplicado a fenómenos observados, me contaron una historia importante sobre la purificación del agua para Panaj, más importante que lo que la microbiología nos podía contar sobre las fuentes de agua sin tratamiento en la comunidad. La batalla de familias como las de Flavia y Rosario por conseguir agua limpia no había sido resuelta.

Los esfuerzos descoordinados de las intervenciones de salud global con programas patrocinados por extranjeros o por el gobierno, habían llevado a confusión y a una conclusión razonable de que no había manera confiable para purificar el agua. Empecé a preguntar en Panaj para ver qué pensaban otros y muchos estuvieron de acuerdo. Escuche varios reportes de estar satisfechos con la intervención que promovía cloro porque la podían usar para la ropa y otra limpieza. “Es nuestra elección”, dijo una vecina, “*nos dicen cosas, pero nosotros decidimos (qué hacemos).*” Otras hablaron sobre cuánta leña necesitarían si fueran a hervir cada trago de agua que beben, lo cual presenta una carga enorme ya sea por cortar leña de recursos que escasean o tener que pagar por ella. Yo podía imaginar fácilmente el celo parcial con el que fueron introducidas las tres intervenciones de salud global a la comunidad, con entusiasmo por el éxito bloqueando la conversación y la oportunidad de aprender de lo que había pasado antes.

Los mensajes sobre purificar el agua eran confusos, con diferentes opciones que conllevan cada una sus propios retos de implementación, y han introducido incertidumbre. Tres métodos primarios de educación y distribución de rehidratación oral se utilizan en la región de Rosario y Flavia en el Departamento de Chimaltenango. Primero, durante unos cuarenta años, las instalaciones de salud del gobierno y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han distribuido en

las comunidades paquetes de sales de rehidratación oral (SRO) gratuitas, con instrucciones aportadas por trabajadores comunitarios de salud sobre cómo administrar la TRO.¹ Segundo, paquetes con marca de SRO y botellas de solución premezclada están disponibles en las farmacias e incluso en muchas tiendecitas locales.² Tercero, una corporación que vende solución de rehidratación oral al igual que vitaminas y otros suplementos por medio de un esquema de mercadeo de múltiples niveles utiliza a representantes locales y ha ganado un mercado considerable en Guatemala. Su estrategia de mercadeo depende de vendedores locales que venden los productos a amigos y parientes en sus comunidades rurales.

En este capítulo, exploro la historia de la terapia de rehidratación oral como una herramienta clave de salud global contra resultados graves de la enfermedad diarreica, para entender como los programas y protocolos de salud global, construidos en lejanos países de altos ingresos, son introducidos (y luego realmente vividos) en las comunidades. Eso es esencial. Describo el sistema de sanación tradicional a lo largo de América Latina y su papel contemporáneo en Guatemala con relación a TRO. Como vemos en el caso de purificación de agua en Panaj, las intervenciones de salud global a menudo caen en la falacia del contenedor vacío, o la noción de que son las primeras en compartir información relevante en una comunidad y que no hay creencias profundas y experiencias relevantes que dan forma a la interpretación de dicha información.³ También considero cómo las tradiciones culturales y prácticas de curación pueden utilizarse para justificar la marginalización continuada de las poblaciones indígenas mayas de servicios de salud adecuados. Finalmente, discuto cómo las lecciones de higiene en intervenciones globales de calidad de agua, saneamiento e

higiene (Water, Sanitation and Hygiene o WASH, por sus siglas en inglés) pueden consolidar el estigma y el racismo. Durante todas las intervenciones de WASH y capacitaciones sobre TRO en Panaj, la comunidad no tuvo opción sobre lo que recibía. Las organizaciones de salud global simplemente aparecieron con información en sus camiones y microbuses. Pero los comunitarios respondieron eligiendo si participar o no, qué creer, y qué hacer en sus propios hogares. Como veremos, aunque los programas de salud global posicionan a las comunidades como receptores pasivos, son personas reales con capacidad de rechazar y definir cómo participan en esos programas.

El Desarrollo de TRO

Trágicamente, muertes como la del bebé Efraín ocurren diariamente en la mayoría de los países donde la diarrea continúa siendo causa principal de muerte en niños y niñas menores de cinco años de edad y es un factor importante en la desnutrición.⁴ El tratamiento efectivo de la diarrea es una necesidad urgente y omnipresente en la mayoría de países y ha sido el foco de esfuerzos de salud global durante más de sesenta años. El desarrollo de TRO fue un importante avance en salud pública, permitiendo tratar diarrea en comunidades como no había sido posible antes. Aunque ahora nos parece simple enfocarnos en hidratación, afrontar el tratamiento de diarrea es un problema muy complejo. Para empezar, la diarrea no es una entidad de enfermedad sino debe de ser considerada como categoría de enfermedad. Una amplia gama de patógenos puede causar diarrea, incluidos bacterias, virus, protozoos y nemátodos.⁵ Eso dificulta el tratamiento de la diarrea pues ningún tratamiento combatirá el patógeno subyacente que la causa. Además, las pruebas de laboratorio para descubrir el patógeno causante son complicadas y requieren equipo y habilidades especializadas, por lo que no es un enfoque práctico para tratar cada caso. La transmisión de agentes diarreicos ocurre de diversas maneras, incluida la ruta directa fecal-oral o por medio de agua contaminada por lo que es difícil identificar y controlar las fuentes de la enfermedad.

Las consecuencias nutricionales de episodios de diarrea se deben a varios factores, incluidos no dar alimentos, rechazar alimentos, vómitos durante episodios, y los altos costos de energía corporal que requieren las infecciones. El consumo reducido de alimentos y la mala absorción de nutrición en el intestino llevan a crecimiento débil durante y después del episodio de diarrea. La desnutrición que puede resultar de la diarrea aumenta la probabilidad de reinfección, perpetuando el ciclo de la enfermedad.

Sabemos que en Guatemala los niños mayas rurales tienen, en la línea base, altas tasas de desnutrición crónica, lo cual significa que sus cuerpos están menos preparados para luchar y recuperarse de infecciones diarreicas. Aunque los programas iniciales para controlar la enfermedad diarreica se enfocaban en la diarrea aguda deshidratante como responsable de la mayoría de las muertes, ahora

reconocemos que muchos de los niños que mueren tienen episodios repetidos de diarrea durante un período prolongado y padecen desnutrición aguda.⁶ Claramente ese era el caso del bebé Efraín, que perdió la lucha contra la diarrea y el drenaje de repetidas infecciones sobre su pequeño cuerpo. Su muerte era resignadamente normal en Panaj, donde se referían a los niños de la aldea como que *“tenían una cola”* de diarrea.

Los desafíos sistémicos persistentes para mejorar el estatus nutricional de línea base en la niñez ha probado ser irresoluble a pesar de veinte años de programas intensivos del gobierno y de ONGs enfocándose en ese problema en Guatemala.⁷ La mala condición nutricional tiene mucho que ver para explicar los malos resultados de enfermedad diarreica, encarnación de la pobreza dentro de las comunidades mayas rurales y explica por qué mis propios hijos de cara redonda han estado bien luego de sus escasas experiencias infantiles de diarrea y Efraín y sus hermanos se ven en peligro mortal. La TRO no puede arreglar los terribles sistemas de desigualdad que llevan a esos hechos duros corporales. Pero la TRO es una estrategia clave para salvar vidas previniendo la deshidratación por diarrea por medio del reemplazo de líquidos y electrolitos. La TRO estimula la composición de líquido intestinal perdido en la diarrea, permitiendo que los riñones continúen regulando la composición de fluidos corporales. Además de TRO, los niños con diarrea deben continuar siendo alimentados durante un ataque de diarrea. Las pérdidas de líquidos y electrolitos pueden ser contrarrestadas por TRO, pero no pueden aportar toda la nutrición adecuada que requiere un niño enfermo.⁸

Antes de ser desarrollada la TRO, la terapia intravenosa (IV) para deshidratación causada por diarrea era el estándar de atención establecido a comienzos del siglo veinte, y aún se utiliza para casos graves. Sin embargo, la terapia IV tiene limitaciones, incluida la falta de disponibilidad de equipo, suministros y personal sanitario capacitado para administrar líquidos IV de manera segura en comunidades más afectadas de la mayoría de países del mundo.⁹ El uso de TRO en casos más graves se volvió rutinario a finales de los sesenta, principalmente en entornos de hospital y en situaciones de brotes de cólera en refugiados.¹⁰ La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una fórmula estandarizada para TRO en 1975, actualizada en 2003 (ver tabla 1.1).¹¹ La OMS inició también en 1978 un programa global para reducir la mortalidad por enfermedad diarreica, centrado en trasladar la TRO de ambientes de atención terciaria hacia las comunidades.¹²

Tabla 1.1**Ingredientes de sales de rehidratación oral recomendados por la OMS.**

Ingrediente	Cantidad (gramos/litro)
Glucosa	13.5
Cloruro de sodio	2.6
Citrato trisódico dihidratado	2.9
Cloruro de potasio	1.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2006. Sales de rehidratación oral: Producción de la nueva solución. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-06.1>.

UNICEF, OMS, USAID y otros donantes han emprendido un programa mundial masivo para dar SRO a niños y niñas en entornos de bajos ingresos. La estrategia surgió en la década de los sesenta y continúa siendo piedra angular de la cobertura de salud global.¹³ Desde finales de los setenta y durante los ochenta, OMS y UNICEF encabezaron campañas para la distribución de TRO y la implementación de programas de control de la diarrea en la mayoría de países a nivel mundial.¹⁴ La TRO era promocionada como un descubrimiento que era la “solución simple” para tratar uno de los problemas de salud global más intratables ya que no requiere equipo especial, habilidades técnicas, o cadena de suministros compleja.¹⁵ El enfoque de los programas de salud global que abordaban la diarrea cambió de ambientes clínicos a educación sobre el uso de TRO para cuidadores de niños y trabajadores comunitarios de salud, capacitando a los miembros de la comunidad para actuar como primera línea de atención sanitaria primaria. En Guatemala, UNICEF jugó un papel clave suministrando paquetes de sobres de SRO en colaboración con el Ministerio de Salud, y la Organización Panamericana de Salud, oficina regional de la OMS, brindó asistencia técnica y capacitación para trabajadores sanitarios. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) suministró asistencia técnica en toda la región y realizó estudios longitudinales críticos sobre estatus nutricional y crecimiento infantil en Guatemala, donde está la sede del instituto.¹⁶

En 1992 la OMS estimó que 73 por ciento de las personas en todo el mundo tenían acceso a SRO y que la terapia de rehidratación oral era usada en 38 por ciento de todos los casos de diarrea. La OMS también descubrió que en 1992 cuatro de cada cinco paquetes de sales de rehidratación oral eran producidos en el país donde se utilizaban, marcando un cambio importante hacia menor dependencia de las estructuras de salud global que iniciaban los programas de TRO. Los esfuerzos por diseminar TRO habían reducido las muertes infantiles por deshidratación en más de un millón por año.¹⁷

Desde que la OMS adoptó la fórmula estándar de TRO en 1975, la investigación clínica continua ha buscado optimizar su seguridad y eficacia para tratar y prevenir la deshidratación por diarrea, dando como resultado una fórmula estándar (ligeramente) actualizada en 2003.¹⁸

En 1980, un estimado de mil millones de episodios de enfermedad diarreica dieron como resultado 4.6 millones de muertes anuales de niños y niñas menores de cinco años, principalmente en África, Asia y América Latina.¹⁹

Diez años después, las cifras indican que hubo un cambio de patrón en la mortalidad, con las tasas bajando a 3.3 millones de muertes por año, pero la incidencia de la infección permanecía básicamente sin cambio de las cifras de 1980.²⁰ Estimaciones más recientes muestran una reducción significativa de muertes a 525,000 anualmente en niños y niñas menores de cinco, pero la morbilidad permanece alta a un estimado de 1.7 billones de casos de diarrea infantil.²¹ Esa reducción en mortalidad se atribuye principalmente a mejoras en manejo de la enfermedad diarreica, principalmente por la introducción de terapia de rehidratación oral para prevenir muerte por deshidratación. Esos éxitos surgen de esfuerzos de programación de salud global relacionados a TRO, encabezados por técnicos expertos de la OMS y lineamientos de implementación, mientras que los esfuerzos por reducir la incidencia de enfermedad diarreica infantil por medio de sistemas de agua y saneamiento mejorados han tenido menos éxito. A pesar de los emocionantes éxitos de la TRO, la diarrea continúa siendo causa principal de muerte infantil a nivel mundial, y las reducciones en morbilidad y mortalidad han sido distribuidas desigualmente en los contextos de bajos recursos.²²

Implementación de TRO

Aunque la eficacia clínica de TRO está clara, sólo puede impactar los resultados de la enfermedad diarreica infantil si los sistemas de salud emprenden esfuerzos concertados para apoyar su uso comunitario y capacitar a la comunidad.²³ El desafío de llevar TRO a cada niño en aldeas como Panaj en toda Guatemala y la mayor parte del mundo es muy complejo. En salud global, la implementación lo es todo. Las campañas de la OMS sobre TRO han incluido principalmente la entrega de paquetes con sobres de SRO. Pero confiar demasiado en SRO empacadas en el impulso preliminar de cobertura con TRO puede haber limitado el éxito duradero de esfuerzos educativos sobre TRO. Aunque las energías de la investigación clínica se han centrado en maximizar los beneficios de la fórmula estándar de SRO, se ha prestado atención menos consistente a educar sobre cómo dar efectivamente TRO a un niño y el uso de soluciones caseras.

La eficacia de líquidos y alimentos caseros para prevenir y tratar la deshidratación relacionada a la diarrea ha sido bien establecida, pero los enfoques caseros han sido y no han sido apoyados por los programas de TRO de la OMS y de UNICEF.²⁴ En el ejemplo de TRO, vemos un reto central a las estructuras y sistemas de salud global. Experticia técnica compartida, manuales de programas y conjuntos de herramientas son un recurso crítico para la mayoría de países que pueden tener capacidad limitada para desarrollarlos, pero sus beneficios se ven modificados por la naturaleza homogenizante de lineamientos universales.

Simplemente no son capaces de rendir cuentas de los activos y necesidades relevantes que tienen los contextos de entrega locales. A menudo hay avisos en los lineamientos de la OMS para que se adapte el contexto local, pero las mismas razones que los países necesitan ayuda externa sobre provisiones requeridas, sistemas y experticia, la mayoría de los países no son capaces de hacer trabajo significativo para adaptar lineamientos a sus circunstancias específicas. Los gobiernos nacionales se posicionan como receptores y tienen poca voz en dar forma a los lineamientos y programas de salud global que reciben. Siempre hay beneficios y cargas.

Los lineamientos de la OMS sobre el manejo de enfermedad diarreica y protocolos de tratamiento aportan un marco para cómo se puede integrar TRO en un sistema de atención desde el nivel comunitario a atención hospitalaria para casos graves.²⁵ Esos lineamientos han sido adoptados por el sistema de salud del gobierno de Guatemala, en el que todos los proveedores de salud, desde médicos a enfermeras a trabajadores de salud comunitarios, son instruidos por el Ministerio de Salud sobre el plan de tratamiento de diarrea basado en recomendaciones de la OMS (ver tabla 1.2). La meta del protocolo es permitir que el personal de salud trate rápidamente a niños con diarrea según gravedad y que les traten apropiadamente o refieran casos severos para atención a más alto nivel. Según los lineamientos de la OMS, la TRO puede ser administrada por diversidad de métodos, incluyendo soluciones caseras. Actualmente, el programa primario de TRO en Guatemala es entregando a cuidadores de niños de sobres gratuitos de SRO fabricados en el país conforme los necesitan, a través de centros de salud y equipos de salud móviles. Aunque ese puede ser el medio más efectivo de maximizar la eficacia, aún hay que agregar agua en cantidad apropiada, y el costo de empacarlas aumenta drásticamente el costo de una dosis de SRO. Además, no es realista imaginar que SRO empacada pueda darse a cada niño con un caso de diarrea. A nivel de sociedad, depender de soluciones empacadas puede afianzar problemas de acceso al sistema sanitario entre pacientes y proveedores de salud;

Terapia de Rehidratación Oral y la Solución No tan Simple para la Diarrea

Tabla 1.2
Plan de Tratamiento del Ministerio de Salud de Guatemala para niñez con diarrea.

	Plan A	Plan B	Plan C
Definición	Leve	Moderada	Severa
Pérdida de líquido corporal	Menos de 5% peso corporal	6–9% peso corporal	Más de 10% peso corporal
Condición general	Normal, alerta	Irritable	Letárgico, inconsciente
Ojos Lengua/ membranas orales	Normal, con lágrimas Húmedas	Hundidos sin lágrimas secas	Muy hundidos, secos Muy secas
Sed	Bebe normal	Bebe ávidamente, sediento	Bebe poco, no puede beber
Flexibilidad de piel	Retrae normal	Retrae en menos 2 segundos	Retrae en más de 2 segundos
Decisión	No hay signos de deshidratación	Si hay más de 2 señales del Plan B Deshidratación clínica	Si hay más de 2 señales del Plan C Deshidratación severa
Tratamiento	Dar TRO luego de cada diarrea. No retener alimentos líquidos.	Dar 50-100 cc de TRO por kg de peso a una tasa de 1/4 de solución total por hora. Si hay vómitos, considerar Plan C.	Usar cuando no funciona Plan B. Comenzar líquido IV Referir al hospital más cercano.

Fuente: Morales, M. S. 2004. Informe Final de Investigación Epidemiológica: Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad por Diarrea en Niños de Cinco Años de San Juan Comalapa, Chimaltenango. Universidad de San Carlos de Guatemala.

a nivel de sistemas de salud global, puede perpetuar la dinámica de poder donante-receptor entre países.²⁶

Durante los últimos quince años, he escuchado muchas historias sobre las campañas anteriores de TRO. Cuando le digo a la gente que me interesan los tratamientos para enfermedad diarreica infantil, suelo escuchar risitas y luego empiezan a brotar las historias. He oído historias sobre una ONG que distribuyó juegos especiales de cucharas diseñadas para medir azúcar y sal en cantidades recomendadas por la OMS para mezclarlas con agua. Otras estrategias han incluido el método de pizca/cucharada, en el cual una pizca de sal y una cucharada de azúcar se agregan al agua para hacer SRO en casa. En Chimaltenango, varias ONGs habían optado por ese enfoque en los setenta y ochenta, utilizando una botella de vidrio de 12 oz de Coca Cola con una pizca de sal, agregando una cucharadita de azúcar usando la tapita metálica, y luego llenando la botella con agua hasta arriba del logotipo. Mujeres mayores me han contado historias sobre esos esfuerzos, pero nunca he visto a nadie hacerlo en las comunidades.

Las tendencias en el uso de líquidos caseros en TRO han reflejado tendencias más amplias en salud global. Cuando la salud global ha favorecido programas muy enfocados en erradicar la enfermedad, también ha favorecido SRO empacadas. Cuando la salud global se ha enfocado en fortalecer los sistemas de atención primaria y de salud, los esfuerzos de TRO han incluido capacitar a los cuidadores sobre preparación y administración de soluciones caseras de rehidratación oral. Los líquidos caseros recomendados incluyen sopa, agua de arroz, bebidas de yogur y agua potable.²⁷ La sabiduría prevaleciente durante los ochenta y noventa mantenía que sólo los hogares que padecían hambruna grave no tendrían los ingredientes necesarios para hacer suficiente solución para terapia de rehidratación oral, y que sólo les faltaba conocimiento.²⁸ Aunque las soluciones caseras pueden variar en contenido de nutrientes, electrolitos y fluidos, han demostrado que son efectivas para prevenir la diarrea. Las soluciones caseras de SRO han sido parte otra vez del componente educativo de algunas campañas recientes de TRO, incluyendo recetas alentadoras utilizando ingredientes locales ampliamente disponibles. El costo y el inconveniente de tener que conseguir SRO empacadas fuera del hogar es una barrera al uso de TRO que puede abordarse con líquidos caseros.²⁹ A través de diversos tipos de programas de TRO, las estrategias de implementación se han centrado en educar a los cuidadores, principalmente mujeres, sobre cómo y cuándo administrar la forma promovida de TRO.³⁰

Limitaciones de la TRO

Una limitación clave de la estrategia de TRO es que no aborda las causas ni reduce las tasas de incidencia de la enfermedad diarreica. Sólo lo pueden hacer la mejora de suministro de agua y de los sistemas de saneamiento. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar objetivos específicos de salud global y desarrollo para 2015 definidos por estados miembros de Naciones Unidas al cambiar el milenio, y su continuidad por medio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, han hecho avances importantes en mejorar fuentes de agua y saneamiento.³¹ Aunque no cumplió con la mayoría de objetivos, Guatemala fue proclamada como un gran éxito respecto al Objetivo de Desarrollo del Milenio 7c: Acceso a Suministro de Agua Mejorado, con la población total con acceso estimada de una línea base de 77 por ciento en 1990 al 91 por ciento para el año objetivo de 2015.³² Aunque continuó habiendo disparidades urbanas y rurales en la cobertura de acceso a suministro de agua mejorado, hubo logros emocionantes en la ampliación de sistemas de agua municipales y agua entubada a hogares y espacios comunitarios compartidos.³³ Los niños en Guatemala que tienen acceso a agua entubada tratada tienen menor incidencia de diarrea.³⁴ Sin embargo, mantener sistemas de tratamiento de agua a nivel comunitario ha probado ser un desafío debido a la poca voluntad política y mala infraestructura y desarrollo institucional, por lo que purificación de agua a nivel del hogar continúa siendo importante para prevenir la diarrea.³⁵ Solo US\$1.3 millones fueron asignados para esfuerzos de calidad de agua en el presupuesto del 2017 del Ministerio de Salud, indicando que se depende fuertemente de la ayuda extranjera en ese sector.³⁶ El resultado es que Guatemala ha luchado por lograr avances sostenibles en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas a agua y saneamiento.

En Panaj, una laguna al aire libre suministra agua para gran parte de la comunidad, pero la casa de bombas estaba en mal estado y el concejo de la aldea ha luchado por mantener fluyendo el agua (ver imagen 1.1). Cuando el agua llegaba por la tubería a la casa de Flavia, no había sido tratada con los químicos requeridos para garantizar que no tenía patógenos de diarrea.

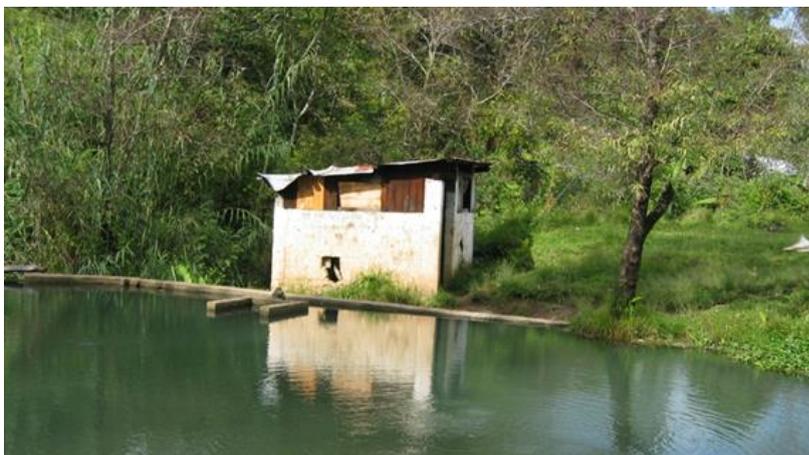


Imagen 1.1
Laguna y casa de bombas
en Panaj.

Se hizo mucho alarde de la moderna conveniencia y limpieza del suministro de agua entubada. Seguro, las mujeres y niñas de Panaj ya no tenían que bajar a la laguna o a alguno de los manantiales para llevar agua a casa. Pero no sabían que la conveniencia del agua entubada hacia o cerca de sus hogares llevaría patógenos invisibles de diarrea - un truco del desarrollo que parece dar dos pasos adelante y un paso hacia atrás. La medida provisional de la rehidratación oral ya no sería tan necesaria si las comunidades convertían en realidad la promesa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

A menudo he observado capacitaciones de TRO tanto para trabajadores de salud comunitarios como para cuidadores donde el capacitador, intentando promover el uso de TRO, dice que detendrá la diarrea. El TRO no detiene la diarrea - no se supone que lo haga. Uno de los retos de la educación comunitaria sobre uso de TRO es que puede ser increíblemente contradictorio: cuando un niño está bien hidratado durante la diarrea, produce más heces líquidas. Es buena señal que continúen estando hidratados, pero el gran volumen de diarrea puede preocupar a los cuidadores - es alarmante ver que está empeorando la diarrea de un niño. Como resultado, los cuidadores a menudo no dan alimentos o líquidos a los niños y niñas durante un episodio de diarrea.³⁷ En 2004, la OMS actualizó las recomendaciones para TRO para que incluyan coadministración de suplemento de zinc.³⁸ Los beneficios de agregar suplementación de zinc junto a TRO son que ayuda a acortar el episodio de diarrea y puede ayudar a prevenir reinfección durante un mes luego de administrarlo.³⁹ El zinc fue adoptado en el formulario nacional guatemalteco en 2011, y se anunció el financiamiento para 4 millones de dosis.⁴⁰

Un estudio en Guatemala encontró que empacar juntos SRO y zinc hacía más probable que los proveedores de salud dieran tanto SRO como zinc y que los cuidadores dieran ambos a niños con diarrea.⁴¹ El mismo proyecto también averiguó que los cuidadores percibían mayor valor al tratar la diarrea si se empacaban juntos el zinc y las SRO.⁴² Desafortunadamente, finalizó la colaboración con el gobierno de Canadá que apoyaba ese proyecto y no lo continuó el Ministerio de Salud. Tanto TRO como zinc ahora son el protocolo de tratamiento de primera fila para diarrea infantil, pero persisten desafíos en el acceso. Un proyecto a corto plazo emocionante financiado con ayuda extranjera señalaba una mejor práctica basada en evidencia para mejorar la aceptación y administración de TRO, pero el sistema sanitario guatemalteco no pudo mantener el financiamiento. Así que no pasó nada.

De manera similar, yo formé parte de un equipo de estudio que investigaba el uso comunitario de TRO y zinc después de recibir capacitación con trabajadores de salud comunitarios en un pueblo rural de Guatemala. La capacitación enfatizaba buenos líquidos caseros a administrar en TRO. El uso de TRO se incrementó, y durante el estudio las SRO preferidas cambiaron de empacadas a soluciones caseras. Sin embargo, el uso de zinc no cambió en absoluto - porque nunca había zinc disponible en el puesto de salud durante los dos años del período de estudio.⁴³

De hecho, el trabajador sanitario asignado al puesto de salud local se molestaba cuando los miembros de la comunidad reafirmaban su conocimiento sobre zinc y lo demandaban para sus hijos enfermos, solo para que les dijeran que no había. La realidad dentro de la comunidad no coincidía con los protocolos en papel o las promesas de funcionarios de salud a nivel departamental de que el zinc estaba ampliamente disponible y era gratis para los pacientes. En este caso, resultó que un funcionario regional del Ministerio de Salud había desviado los suministros de zinc recibidos del almacén del gobierno central, para venderlos y obtener ganancias.

Aunque el zinc, cuando está disponible, puede mitigar uno de los desafíos de promover TRO al acortar la duración de la diarrea, permanecen otros retos a esta solución no tan simple. El momento para administrar TRO puede ser laborioso, y requiere que se dé una cucharada a veces cada quince minutos.⁴⁴ Para cuidadores, que casi exclusivamente son mujeres y niñas (como veremos más adelante en el capítulo 2), eso puede crear una carga inmanejable cuando hay otros niños que requieren atención, y hay que completar tareas del hogar y trabajo que genera ingresos. Yo me he sentado en muchas capacitaciones e incluso he dado algunas, sabiendo que el lineamiento ideal de administración lenta y constante de TRO no podía lograrse en la realidad de la vida diaria de las madres guatemaltecas.

Aunque el zinc puede ayudar a prevenir un ataque de diarrea subsiguiente durante alrededor de un mes, la niñez en Guatemala enfrenta exposición constante a patógenos diarreicos debido a la falta de agua limpia y sistemas de saneamiento. En Guatemala los niños padecen en promedio un ataque de diarrea por mes.⁴⁵ Para una población que padece inseguridad alimentaria continua, especialmente entre el 70 por ciento de la población maya que no puede cubrir sus necesidades nutricionales y esta desnutrida crónicamente, esto puede tener impacto para toda la vida.⁴⁶ Los cuerpos de los niños deben usar calorías valiosas para luchar contra la infección, lo cual significa energía desviada del crecimiento.⁴⁷ Cincuenta por ciento de todos los niños y niñas indígenas mayas en Guatemala padecen retardo del crecimiento, la tasa más alta en el Hemisferio Occidental y la cuarta más alta del mundo.⁴⁸ Hasta hace poco, el gobierno de Guatemala se basaba en creencias de que las poblaciones mayas eran genéticamente bajas de estatura en lugar de reconocer la realidad de que ser tan bajos (incluso más bajos que durante la conquista hace 500 años) es un marcador biosocial de desigualdad estructural.⁴⁹

Aunque los programas de TRO tienen una larga historia en el Departamento de Chimaltenango, la cobertura no ha sido completa y el éxito ha sido equívoco. Una muy alta proporción de madres reportó haber escuchado sobre TRO, pero pocas habían intentado usarlo.⁵⁰ Mis datos etnográficos a corto plazo indican que muy pocos cuidadores usan TRO regularmente. Como muestra la petición de Rosario de pedir prestada azúcar a Flavia, los sobres de TRO o incluso los ingredientes para hacer una solución casera simple no siempre están a la mano. Muchos cuidadores mayas en comunidades rurales pobres no usan TRO regularmente, o si lo hacen, es en combinación con otros tratamientos

farmacéuticos o tradicionales. El sincretismo o incorporación de conocimiento biomédico a sistemas humorales de creencias y prácticas de medicina tradicional ha ocurrido ampliamente en Guatemala y en toda América Latina. El sincretismo de prácticas de medicina tradicional y TRO abre una amplia gama de opciones por las que deben navegar los cuidadores. Puede ser empoderador mezclar y elegir qué funciona para sus familias, y también potencialmente abrumador saber cuáles son las opciones correctas y tener acceso a ellas. No podemos entender por completo las selecciones que hizo Rosario al navegar por opciones en busca de salud para el bebé Efraín sin posicionarlas dentro de este panorama de atención sanitaria más amplio.

Medicina Tradicional y Pluralismo Médico en Guatemala

La primera vez que conocí a Doña Merilda, toqué nerviosa en su puerta de lámina corrugada. Era vecina de la familia con la cual yo vivía en Comalapa y cuando oyeron que yo quería aprender de tratamientos para diarrea infantil, me mandaron directo a ella. Luego de lo que pareció una larga espera con los chicos en la tienda al otro lado de la calle mirándome, la puerta se abrió lentamente.

La mirada curiosa en los ojos de Doña Merilda fue reemplazada rápidamente por una sonrisa - el raro evento de una gringa presentándose en su puerta no pareció desconcertarla. ¡Me estaba volviendo famosa! ¡Por la diarrea! Me invitó a pasar al largo patio interior que recorre toda la casa y está lleno de plantas que ella utiliza para sus remedios. Doña Merilda es una mujer maya kaqchikel de cincuenta y nueve años, curandera y fuente confiable de consejos en su comunidad. Durante muchos años se ha convertido en mentora y amiga. Describe pacientemente sus tratamientos y chasquea la lengua en gentil rechazo cuando yo (siempre) olvido los nombres de plantas, y (siempre) pregunta por qué estoy un poco más gorda o delgada que la última vez que la vi. No se le escapa nada.

La concepción trabajo de Doña Merilda sobre la estructura y función del cuerpo sostiene que el estómago está rodeado en todo momento de un saco que contiene lombrices. Una dieta y temperatura corporal balanceadas humoralmente usualmente mantienen saciados y contentos a las lombrices dentro de su saco, pero alteraciones en el equilibrio del cuerpo pueden hacer que las lombrices se agiten y salgan del saco. Eso provoca diarrea inducida por lombrices, incluida la condición de empacho, enfermedad caracterizada por estómago hinchado, dolorosos calambres y gases. Los casos de diarrea atribuidos a lombrices son mucho más comunes en la niñez, cuyo equilibrio corporal es mucho más delicado que el de los adultos.

Doña Merilda regularmente mezcla tratamientos biomédicos y rezos católicos con sus tratamientos más tradicionales. Es como muchos otros curanderos “tradicionales” practicantes en su sincretismo de elementos de medicina tradicional y remedios caseros populares. A menudo dice a las madres que compren un remedio biomédico específico en la farmacia, como Alka-Seltzer o acetaminofén, para usar en conjunto con sus tratamientos para sus hijos. Doña Merilda también recomienda

frecuentemente que sus lleven a sus pacientes al centro de salud si percibe que la enfermedad es grave y que ella no podrá tratarla exitosamente. Del mismo modo, observó que tiene pacientes que le llegan después de una visita insatisfactoria al centro de salud. Los curanderos como Doña Merilda son “tradicionales” puesto que apoyan las normas culturales y preferencias para buscar atención sanitaria.

Aunque hay un cargo por servicio, y Doña Merilda se gana la vida cuidando a su comunidad, los cargos son flexibles y se basan en la mutualidad de las relaciones comunitarias. Sin embargo, Doña Merilda no es un retroceso a otros tiempos, a menudo imaginados como más simples y puros en su expresión de la cultura maya. Es una practicante contemporánea que usa todas las herramientas que tiene a la mano para cuidar a sus pacientes.

Aunque nunca escuché a Doña Merilda recomendar a una madre que comprara TRO, me dijo que piensa que la TRO es muy útil para niños con diarrea. “El suero oral [TRO] es bueno porque mantiene hidratados a los chicos (y) sus ojos húmedos. Es bueno para la diarrea”, dijo. Contrario a muchas de mis entrevistas con madres locales, Doña Merilda reconocía que la TRO no cura la diarrea pero que su principal beneficio es mantener hidratados a los niños. Le pregunté persistentemente en múltiples ocasiones cómo diferenciaría ella los tipos de diarrea para los cuales la TRO sería útil, y consistentemente me respondió que la TRO es buena para todos los tipos de diarrea. Le pregunté específicamente sobre sus distinciones entre tratamientos para diarreas calientes, frías y causadas por lombrices, y se mantuvo firme en su aseveración de que la TRO sería útil en cada una de esas categorías. Eso contradice hallazgos de investigaciones previas respecto a que sistemas humorales tradicionales en América Latina prevenían el uso de TRO para algunas categorías de diarrea tales como empacho.⁵¹

Los comportamientos en busca de atención sanitaria tienen lugar a lo largo de diferentes sistemas y conjuntos de creencias que interactúan, incluidos los sectores tradicionales, populares y biomédicos.⁵² Las relaciones entre sectores de salud dentro de una sociedad pueden estar basados en cooperación o competición. En Guatemala, como en la mayor parte de las sociedades, el sector biomédico se ha vuelto dominante, pero los sectores tradicional y popular siguen siendo centrales a las creencias y prácticas de salud contemporáneas, como vemos en la práctica de Doña Merilda. El sector tradicional tiene presencia significativa en casi todos los países latinoamericanos, con variaciones de forma específicas según país y región.⁵³

Guatemala tiene un panorama de atención sanitaria increíblemente plural a lo largo del cual pacientes individuales y sus familias deben navegar por la gama de opciones dictadas por costo y accesibilidad.⁵⁴ El sistema sanitario del gobierno guatemalteco y los sectores filantrópicos y privados cada uno contribuyen a ese pluralismo - la coexistencia de diferentes enfoques de curación, tratamientos, e instituciones que los cuidadores eligen. Debemos entender el sistema indígena de medicina tradicional y su práctica actual. para contextualizar el uso de TRO en Guatemala. Muchos sistemas de medicina tradicional en América Latina

están enraizados en creencias humorales sobre el cuerpo, donde la salud depende en parte del mantenimiento de un delicado equilibrio entre elementos corporales, incluidos calor y frío. Dentro de la región latinoamericana, muchas campañas iniciales de TRO fracasaron en considerar la importancia de creencias humorales profundamente arraigadas y promover TRO en una forma inconsistente con esas creencias. Los europeos trajeron creencias médicas humorales a América Latina durante la conquista y colonización, aunque ya existían sistemas médicos sofisticados en muchas áreas antes de la llegada de los europeos. De hecho, Hernán Cortés aparentemente se impresionó tanto con el conocimiento sobre hierbas y terapias que encontró en México que pensó que no era necesario traer médicos españoles al Nuevo Mundo.⁵⁵ La teoría humoral de médicos españoles fue sobrepuesta a prácticas de medicina indígena y atribuía la causa de la mayoría de las enfermedades a causas naturales en vez de sobrenaturales. George Foster afirmó que era amplia la aceptación de la teoría humoral en la América Latina posterior a Colón porque aportaba un marco simple que podía abarcar la lógica y prácticas internas dentro de las tradiciones tanto españolas como indígenas.⁵⁶ Además, las cosmologías indígenas americanas en la era de la conquista española se basaban en relaciones binarias clasificatorias; eso se combinaba bien con la teoría humoral, que se basa en el binario caliente y frío.⁵⁷

Aunque hay gran variación en sistemas médicos humorales en América Latina, comparten algunas características clave. En primer lugar, dos tipos de temperatura afectan el sistema humano: la temperatura termal que puede medirse, y la temperatura metafórica que caracteriza a todos los alimentos y remedios. En segundo lugar, una temperatura corporal de un cuerpo humano sano debe errar levemente hacia la punta “caliente” del espectro de temperatura caliente-frío. En tercer lugar, el equilibrio de temperatura del cuerpo se altera cuando el cuerpo se ve expuesto a frío o calor termal o metafórico. Las experiencias de calentamiento incluyen la digestión de alimentos, dormir, experiencias emocionales, embarazo, ingesta de alimentos y bebidas metafóricamente calientes, y exposición externa a materiales metafóricamente calientes.⁵⁸ De igual forma, las experiencias de enfriamiento incluyen pérdida de sangre caliente por la menstruación, parto o cirugía; escalofríos termales por exposición a aire o agua fría; e ingesta de alimentos y bebidas termal o metafóricamente fríos. Finalmente, un cuerpo un estado de calor, ya sea termal o metafórico, está en riesgo de enfermedad por exposición adicional a influencias ya sea calientes o frías. Por ejemplo, dormir caliente el cuerpo, pero en sí mismo no causa enfermedad. Pero si alguien que acaba de despertar se baña, bebe agua fría o se ve expuesto a cualquier otra influencia fría, probablemente se vea afectado por una gama de posibles dolencias, incluidos bronquitis, dolor de muelas y dolores de cabeza.⁵⁹ La medicina “tradicional” maya, de la cual el sistema humoral formó parte importante, ha continuado evolucionando desde la época de la conquista y colonización.

Coexiste y se entrelaza a lo largo de los sectores sanitarios populares y biomédicos. La última mitad del siglo veinte estuvo marcada por el aumento de

la expansión e importancia de la biomedicina en América Latina, y se dio un rico período de estudio de pluralismo y sincretismo médico ocurrió a finales de siglo. Las taxonomías indígenas sobre enfermedades en Guatemala, incluida la diarrea, muestran cambio a lo largo del tiempo.⁶⁰ El sincretismo de creencias biomédicas y humorales incorpora elementos accesibles de biomedicina con creencias humorales existentes sobre causalidad y tratamiento. Ese sincretismo está bien ilustrado en un estudio clave sobre creencias en cuanto a diarrea infantil en la Guatemala rural.⁶¹ La diarrea, generalmente conocida como asientos, es una enfermedad muy reconocida, aunque a veces se clasifica como sólo un síntoma de otras enfermedades. La diarrea en Guatemala y gran parte de América Latina también puede verse como relacionada a hitos en el crecimiento infantil, tal como cuando salen los dientes, empiezan a gatear y a caminar. Eso ilustra la ubicuidad de la diarrea infantil al punto que a menudo se ve como componente inevitable del proceso de crecimiento. La diarrea no se reconoce como enfermedad cuando ocurre en conjunto con hitos de desarrollo específicos.⁶²

Investigaciones anteriores han encontrado dos modelos principales que explican la diarrea en las aldeas rurales guatemaltecas. El primero, tal como descrito anteriormente, la creencia de que se ha ingerido un equilibrio inapropiado de alimentos termal o metafóricamente calientes y fríos causando el desequilibrio de la temperatura corporal y la diarrea, una enfermedad térmicamente caliente.⁶³ Tal como en la práctica de Doña Merilda, la segunda creencia de causa de diarrea presenta la idea de que las lombrices funcionan en el proceso normal de digestión en un saco en el abdomen. Un equilibrio humoral impropio de alimentos ingeridos puede alterar a las lombrices, y pueden salir de su saco para viajar por el cuerpo y causar la potencialmente fatal enfermedad diarreica. Es interesante observar que esa investigación encontró que, junto a explicaciones humorales tradicionales sobre la diarrea, muchos informantes también implicaron la falta de higiene, consistente con explicaciones biomédicas para la transmisión de patógenos diarreicos, como causa de la diarrea. Los autores explican que:

Como han indicado muchos médicos antropólogos en el pasado, el clúster de explicaciones relacionadas a frío, lombrices y comer reflejan las creencias subyacentes sobre fisiología que son muy diferentes a aquellas de la perspectiva biomédica. La suciedad como causa, sin embargo, está mucho más cerca de la noción biomédica de la transmisión de patógenos por contaminación fecal-oral, aunque los mecanismos específicos por los que las mujeres creen que la suciedad causa diarrea pueden ser muy diferentes.⁶⁴

Quizás la incorporación de ideas de “suciedad” a la etiología indígena de diarrea pueda atribuirse a la naturaleza binaria del sistema humoral y la categorización biomédica de suciedad.⁶⁵ También indica aceptación de mensajes de higiene de salud global como se explora a continuación.

Algunos médicos antropólogos han sugerido que la influencia dominante de la biomedicina ha trasladado la importancia primaria de la medicina humoral a instancias de autodiagnóstico, en las cuales los padres o cuidadores de niños

diagnostican la causa de una enfermedad para seleccionar el tipo de tratamiento apropiado.⁶⁶ No obstante, otros creen que el papel de la medicina humoral tradicional puede estar experimentando un resurgimiento incluso en áreas urbanas de América Latina, quizás debido a la falta de acceso a atención biomédica.⁶⁷ Como parte de ese resurgimiento, las prácticas de medicina tradicional maya algunas veces son romantizadas por los que están fuera de las comunidades mayas – tanto los ladinos buscando una cura como los antropólogos ansiosos son partes culpables. Las prácticas humorales pueden tener impactos negativos sobre la salud, tales como las restricciones dietéticas impuestas a mujeres embarazadas y posterior al parto y a los niños y niñas enfermos. Por ejemplo, muchas mujeres evitan enfriar alimentos después de dar a luz porque la pérdida de sangre caliente durante el parto significa que deben tomar alimentos que calienten para recuperar el equilibrio. Además, las creencias humorales pueden afectar la ingesta de algunos tratamientos biomédicos, considerados principalmente y de manera metafórica como calientes, aunque no he visto que ese sea el caso para TRO u otras medicinas usadas para el tratamiento de la diarrea.⁶⁸

TRO y Medicina Tradicional

Un ejemplo de Honduras a comienzos de los ochenta ilustra cómo las diferencias en creencias indígenas y biomédicas sobre causas y tratamientos para diarrea pueden llevar al fracaso de una intervención de TRO. En ese estudio, a residentes de una aldea en ese país se les pidió que identificaran las causas que asociaban a síntomas de diarrea. Respondieron con cuatro causas principales: empacho, ojo (mal de ojo), caída de mollera (fontanela hundida), y lombrices. El uso de TRO en la aldea, atado a una intervención planificada por el gobierno, era alto para todas las causas de síntomas diarreicos excepto para empacho. Empacho es un doloroso bloqueo del intestino causado por comer tipos de comida equivocada, una mala combinación de alimentos en la escala de caliente-frío, comer en momentos inapropiados, o comer alimentos que no están completamente cocinados. Los curanderos tradicionales tratan el empacho masajeando el cuerpo y administrando un purgante para limpiar el sistema de sus contenidos “sucios”.⁶⁹

Tras dos años, el estudio encontró que el uso de TRO para episodios de empacho era bajo. Los autores lo atribuyen a diferencia de creencias: si el empacho requiere purgante, entonces TRO no llenaría esos requisitos dentro del sistema humoral indígena. Los organizadores gubernamentales de la campaña no quisieron mercadear TRO como purgante para que fuera aceptable en el sistema médico de la población objetivo. En este caso, la campaña de TRO esencialmente pedía a la población que cambiara sus creencias sobre el funcionamiento del cuerpo para aceptar las ideas biomédicas de la campaña de TRO.⁷⁰ El proyecto no colaboraba con la población local, más bien trabajaba en contra de ideas prevalecientes sobre diagnóstico y tratamiento de la diarrea. Por lo tanto, tomar en cuenta el sistema médico prevaleciente y los comportamientos en cuanto a buscar

atención para la diarrea son cruciales para la eficacia de campañas de TRO en América Latina, y las campañas deben estructurarse de forma que sean lo más compatible posible con ideas y tratamientos existentes.

Al trabajar programas de TRO en Guatemala, he sido testigo de primera mano de esa incompatibilidad de ideas, pero no debe permanecer como barrera para la atención. Hace algunos años, yo ayudaba a preparar materiales para un programa comunitario de capacitación sobre TRO, con mujeres capacitadas como promotoras de salud comunitaria que a su vez entrenaban a sus pares sobre el uso de TRO y las señales de peligro de la diarrea. El agua de arroz, agua de plátano y especialmente el agua de maíz son todas opciones de líquidos para preparar TRO, y todas estaban disponibles en las aldeas. Dadas las omnipresentes ollas de maíz molido disponible para hacer atol y tortillas, alimento básico en la mayoría de los hogares, tenía sentido seleccionar agua de maíz. Para hacer TRO, sólo hay que remover parte del agua turbia mientras se hierve arroz, plátanos o maíz; esa agua almidonada tiene un equilibrio apropiado de electrolitos para actuar como TRO. Algunas de las otras sugerencias, como bebidas de yogur y SRO premezcladas, parecían atractivas a las promotoras de salud comunitarias pero su uso menos probable debido al costo y disponibilidad. No obstante, el caldo de pollo, ampliamente disponible y consumido regularmente, fue rechazado totalmente por las promotoras de salud comunitarias como opción para TRO casero. Mi colega norteamericana proveedora de salud empezó a discutir con las promotoras, señalando los beneficios y disponibilidad del caldo de pollo. Las promotoras de salud comunitarias no dijeron por qué no usarían caldo de pollo, solo indicaron que nadie lo haría. Cuando dije en voz baja a mi colega que sería calentar una condición ya caliente, las mujeres sonrieron aliviadas. Había muchas otras soluciones buenas y disponibles, y sólo había que escuchar para descubrir que se podía combinar con sus preferencias y creencias humorales.

Durante mis años de trabajo en salud infantil y enfermedad diarreica en Guatemala, las mujeres locales ocasionalmente han mencionado el concepto de que la diarrea es causada por desequilibrios humorales y discutido los remedios caseros que usarían para esos casos. Completé dos series de discusiones de grupos focales diseñadas para obtener comprensión sobre la diarrea y tratamientos locales preferidos.⁷¹ Durante una discusión en un grupo focal, una mujer dijo (mientras el resto del grupo asentía de acuerdo), “cuando la diarrea es causada por calor, es amarilla, pero cuando ya es una infección, defecan mucosa algunas veces. Cuando ese es el caso, utilizamos hierbas frescas, harina de maíz, o jugo de cítricos.” En estudios previos sobre clasificación de la diarrea en Guatemala, se ha demostrado que el color de las heces es el mecanismo principal para determinar la naturaleza caliente o fría de un ataque de diarrea.⁷²

En casi todas las ocasiones cuando las personas mencionaron desequilibrio humoral, las hierbas se mencionaron prominentemente en los tratamientos caseros. Muchos de los tratamientos con hierbas mencionados reflejan investigación antropológica previa sobre clasificación y tratamiento maya de la diarrea en

Guatemala.⁷³ Se usan hierbas para calmar el estómago, y se usan de manera diferente según la clasificación caliente o fría del caso de diarrea. Es más probable tratar la diarrea causada por calor con hierbas verdes colocadas afuera del cuerpo. Sin embargo, la diarrea causada por frío (y más común durante los meses fríos) se trata más a menudo con té creado hirviendo las hierbas con agua. La principal excepción que encontré a esas estrategias generales de remedios caseros de hierbas fue en casos donde la diarrea se creía era causada por lombrices. Se toman diferentes medidas para esos tipos de diarrea, usualmente involucrando la aplicación de un emplastro externo para calmar a las lombrices, y usualmente se busca la ayuda de una curandera local.

En mi investigación, la clasificación humoral de diarrea y de tratamientos de hierbas apropiados no afectó la probabilidad de que las mujeres usaran TRO. Al preguntar si TRO era bueno para algunos tipos de diarrea pero no para otros, las mujeres contestaron que es bueno para todos los tipos excepto cuando hay lombrices implicadas y son necesarias medidas adicionales para calmarlas. Como explicó una madre en Acatenango, “Sí, el suero oral (TRO) funciona para ambos tipos de diarrea porque cuando la causa el calor, refresca su estómago, y cuando la causa frío, les ayuda a no deshidratarse.”

Por lo tanto, incluso cuando las madres explican o categorizan la diarrea en términos humorales como caliente o fría, esa categorización no necesariamente cambia su probabilidad de utilizar TRO. Ese hallazgo contrasta con estudios previos de TRO en América Latina, incluso el estudio sobre empacho en México, que indicaba que el sistema humoral prevendría el uso de TRO para algunas clasificaciones indígenas de diarrea.⁷⁴ El sincretismo de remedios de hierbas y medicinas empacadas es común. Aunque el sistema humoral puede definir algunas opciones, tal como el rechazo del caldo de pollo como solución de SRO, el uso de ese sistema no se correlaciona con el rechazo de la atención biomédica. Los sistemas humoral tradicional y biomédico están inextricablemente entrelazados – no se excluyen mutuamente – en la Guatemala actual.⁷⁵ Ninguna madre con la que yo haya hablado durante los últimos quince años ha dicho que desearía el tratamiento biomédico a favor de métodos de medicina tradicional para un caso de diarrea que se considerara serio. Sin embargo, nociones fáciles y monolíticas sobre “los mayas” continúan dando forma a las decisiones del sistema sanitario en Guatemala, potencialmente ayudadas y e instigadas por investigación antropológica ya obsoleta que mostraba que el sistema humoral afectaba la participación en atención biomédica. Hace varios años, mientras participaba en una reunión del Ministerio de Salud para el Departamento de Chimaltenango, escuché al director regional y a su personal expresar frustración por la poca asistencia de personas a los puestos de salud rural en busca de atención primaria. Movié la cabeza, contrariado, y dijo que no podían hacer más de lo que estaban haciendo. Al finalizar la reunión le pedí que se explicara. Aspiró hondo, agitó las monedas que llevaba en el bolsillo y dijo: “Las comunidades mayas realmente no quieren nuestra atención sanitaria. Tienen sus propias creencias y usan a sus propios curanderos.” Se me hundió el corazón pensando en Rosario y Flavia y los cuidadores a lo largo de las comunidades mayas. Por medio de esa violencia cultural, se utiliza la cultura en contra de las comunidades mayas, para negarles el derecho a atención sanitaria accesible.

TRO en la Guatemala Contemporánea

A pesar de estadísticas alentadoras sobre la cobertura de campañas de TRO en América Latina y la reducción en morbilidad y mortalidad por diarrea, los éxitos de las campañas de TRO en la región y en Guatemala han enfrentado retos. Es casi imposible medir las tasas de uso de TRO ya que la mayor parte de los casos de diarrea se tratan en el hogar; más allá de eso, es difícil medir si se está dando TRO correctamente cuando se utiliza. Por ejemplo, un meta estudio de setenta y seis encuestas sobre uso de TRO en treinta y seis países mostró que un alentador 58 por ciento de hogares usaban una solución de SRO o una solución casera recomendada. No obstante, solo 32 por ciento de esos hogares realmente aumentaron los líquidos y siguieron alimentando. Por lo tanto, solo uno de cada cinco niños o niñas que fueron reportados como recibiendo TRO de hecho recibieron una aplicación efectiva de TRO.⁷⁶ Por tanto, las cifras para uso de TRO en América Latina probablemente sobrerrepresentan las cifras reales de hogares que efectivamente están usando TRO. Además, los gobiernos nacionales en América Latina pueden tener incentivos para inflar la cantidad de promoción de TRO que han hecho para cumplir con lineamientos de programas de salud global apoyados por ayuda extranjera.⁷⁷

La preferencia de SRO empacadas por sistemas sanitarios gubernamentales en la mayor parte del mundo, incluido el Ministerio de Salud guatemalteco, ha llevado a dependencias económicas y la inaccesibilidad de TRO para muchos. Los sobres de SRO son baratos y fáciles de guardar, y – quizás más importante en salud global neoliberal – fáciles de contar. La enfermedad diarrea infantil desafía los esfuerzos hacia métricas y conteos exactos, pero los paquetes de sobres de SRO nos dan algo que contar. La cantidad de sobres de SRO distribuidos nos dan una métrica de éxito. Lo que se cuenta en la salud global neoliberal, se financia. Aun así, la cobertura de TRO permanece bajo 50 por ciento en la mayoría de los países, y un estimado de 6.5 millones de casos de diarrea infantil no fueron tratados con ningún tipo de TRO en 2017.⁷⁸

La promoción de sobres de SRO a nivel nacional lleva a dependencia de ayuda extranjera; incluso cuando se producen en el país, la distribución desigual de paquetes de sobres entre países puede mantener y arraigar desigualdades regionales. De hecho, Guatemala fue uno de los pocos países donde la desigualdad de cobertura con TRO aumentó entre 2000 y 2017.⁷⁹ Eso refleja la amplia tendencia en América Latina de que la pobreza continúa estando más concentrada en áreas rurales. Datos de Guatemala muestran que 63 por ciento de residentes rurales viven en la pobreza, comparado a 34 por ciento de

residentes urbanos.⁸⁰ Cuando se producen paquetes en el país, los obtienen más fácilmente las poblaciones urbanas ricas en detrimento de las rurales. Un calendario de distribución fija hacia áreas rurales remotas puede ser difícil, si no imposible, y no soluciona filtraciones de la cadena de suministro debido a daños y corrupción, haciendo que las SRO sean escasas y a menudo caras para residentes rurales, como vimos en el caso de suplemento de zinc. La dependencia innecesaria de SRO empacadas en las comunidades rurales ha resultado en instancias de mortalidad por diarrea donde no había paquetes disponibles, y como resultado, no se administró TRO al niño enfermo.⁸¹

Aunque UNICEF ya no contribuye con las actividades diarias de distribución en Guatemala, mantiene un inventario de paquetes de SRO en el país para ser utilizados en emergencias nacionales y ayuda humanitaria, por ejemplo, después del huracán Stan en 2005 y la tormenta tropical Ágata. Varias ONGs en Guatemala también trabajan en TRO y toman diversos enfoques, desde distribuir paquetes de SRO a dar educación sobre cómo preparar soluciones caseras en casa. Yo había asumido que el largo historial de programas de TRO en el Departamento de Chimaltenango había tenido efecto acumulador, construyendo conocimiento a lo largo del tiempo y a través de generaciones. Durante los quince años que he estado preguntando sobre TRO en el altiplano guatemalteco, ha aumentado la cantidad de personas que dice que ha escuchado sobre TRO. Sin embargo, no he encontrado aumento de conocimientos sobre cómo utilizar TRO. Me han dicho trabajadores sanitarios que las capacitaciones sobre TRO son más esporádicas que sistemáticas y dependen de qué ha capturado el interés de campañas gubernamentales y donantes extranjeros. Un cambio cumulativo sólo puede ocurrir si la educación y promoción de TRO es consistente.

Formas premezcladas y embotelladas de TRO son el tipo de TRO favorito en Chimaltenango. Las madres dicen que sus hijos las prefieren porque saben mucho mejor que los polvos en sobre. Las madres informaron que a los niños les gusta tener diferentes sabores, y los colores brillantes son bonitos. Las madres ladinas que viven en el pueblo de Chimaltenango dijeron que tienden a comprar TRO embotellada en farmacias si tratan de dar TRO a sus hijos. Para madres en los pueblos pequeños circundantes de Acatenango y Comalapa, las soluciones embotelladas siempre fueron la opción preferida de TRO. Pero tanto las madres ladinas como indígenas a menudo no pueden pagar soluciones embotelladas, y en ese caso usan sobres de una farmacia o centro de salud si deciden utilizar TRO. En general, el número de madres que hacen TRO casera es muy bajo. Sólo alrededor del uno por ciento de mujeres tanto indígenas como ladinas informó que haría TRO en su casa.⁸² Sin embargo, es más probable que las mujeres indígenas que viven en entornos rurales usen soluciones caseras. Mujeres que han probado agua de arroz como solución de SRO reportan que no funciona ya que los niños no la beben porque es poco atractiva. Al preguntarles directamente si la TRO casera o los sobres de SRO son mejor, una madre dijo: “Los sobres son mejor porque vienen realmente del médico. Funcionan mejor. Pero a los chicos no le gusta ninguno porque saben salado.”

Al considerar la gradación de urbano a rural y relativa riqueza a pobreza, empiezan a surgir elementos de condición social asociados a los diferentes

tipos de TRO. Una madre ladina de clase media baja a clase media no pensaría en ir a un centro o puesto de salud a conseguir sobres gratuitos de TRO. Esas mujeres irían a una farmacia privada a comprar solución embotellada o, al menos, comprar sus propios sobres de polvos. Por el contrario, las madres indígenas rurales que no tienen dinero para comprar soluciones embotelladas dependen de fuentes gratuitas o de bajo costo de paquetes o soluciones caseras de SRO. Otro elemento significativo de administrar TRO con seguridad es saber cuándo tirar la solución que sobra. Debe tirarse la solución de SRO veinticuatro horas después de haber sido mezclada. La escasez de sobres gratuitos disponibles en puestos de salud y de trabajadores de salud comunitarios o el alto costo de soluciones compradas hacen que descartar algo valioso sea contrario para familias acostumbradas a no desperdiciar nada. Tener una botella de solución de SRO de fábrica se convierte en símbolo de estatus, signo tanto de afluencia como de lo que podría interpretarse como cuidado escrupuloso de los hijos. Eso, por supuesto, no era opción para Rosario cuando envió a su hija a prestar una cucharada de azúcar de la cocina de Flavia para hacer SRO casera.

El Estigma de la Higiene

Estuve viajando afuera de Comalapa con un equipo móvil que incluía trabajadores sanitarios que visitaban comunidades rurales cada mes para suministrar atención primaria, revisiones prenatales y de crecimiento pediátrico, vacunas y medicinas básicas. Un día, mientras entrábamos al patio de un hogar rural, una de las enfermeras que también era de origen kaqchikel rural, se inclinó hacia mí y me dijo “Mire qué sucios son”. Miré hacia arriba, sorprendida, y ella sacudió la cabeza y dijo ts-ts-ts mientras su mirada recorría a los niños y el patio de tierra. Quizás estaba tratando de construir empatía conmigo, una foránea, distanciándose del hogar pobre que visitábamos. Sin embargo, su claro desdén comunicaba el estigma de la pobreza y de ser “sucio”.

Las comunidades rurales enfrentan una increíble carga de patógenos diarreicos aparente en el entorno hogareño debido a la falta de instalaciones de saneamiento para deshacerse de manera segura de los desechos humanos, aunado a la falta de acceso a agua potable dentro del hogar. Las letrinas de pozo son el tipo de instalación sanitaria más común que está disponible en áreas rurales y periurbanas de Guatemala. Las pocas casas nuevas de bloques de concreto en Panaj, construidas con remesas de familiares que trabajan en los Estados Unidos, tienen inodoros que descargan por un tubo hacia un pozo. En áreas rurales no hay sistemas de desagüe, y las fosas sépticas son poco comunes. La desventaja económica y las distancias de centros metropolitanos que tienen tales facilidades son los culpables – no la población rural que trabaja

duro, es rechazada por ser “sucia” y es el blanco de intervenciones irregulares interminables de agua, saneamiento e higiene. Así como ha habido muchos tipos de programas para enseñar sobre purificación de agua y TRO, ha habido proyectos bilaterales por organizaciones gubernamentales y ONG para mejorar letrinas. Al igual que con la mayor parte de programas de salud global, algunas letrinas se siguen usando (ver imagen 1.2) mientras otras se abandonan en el campo, ya sea llenadas o tapadas porque no apoyaban los patrones y objetivos diarios de la familia a la que se entregaron.



Imagen 1.2

Típica letrina de pozo cercada donada por USAID.

El ambiente de muchas comunidades, especialmente aldeas rurales como Panaj, puede volver un desafío la identificación de la diarrea. Debido al uso de letrinas, es difícil saber cuándo un niño tiene diarrea luego que ya sabe ir al baño ya que las heces usualmente no están visibles para los cuidadores. La mayor parte de las madres describe la diarrea como heces líquidas en sus hijos y no usaron un número específico de movimientos intestinales por día para definirla. La Organización Mundial de la Salud define diarrea como tres o más heces aguadas o acuosas en veinticuatro horas, pero en el contexto del mundo real puede ser imposible – y no tiene sentido – tratar de contarlas. Las madres dicen que la diarrea es aparente en sus hijos al observar otros síntomas como fiebre, irritabilidad, no querer jugar y no querer comer.

La mayoría de las madres con las que hablé en la Guatemala rural, tanto indígenas como ladinas, expresaban sus ideas de diarrea en términos de “suciedad”. Más destacada entre las explicaciones, dijeron que la diarrea es una enfermedad sucia causada por cosas sucias. Las mujeres incluso en las aldeas

más rurales hablaron de diarrea en términos de higiene y ocasionalmente utilizaron terminología de la teoría de gérmenes. Por ejemplo, una madre en una aldea cercana a Comalapa declaró: “Yo pienso que si los chicos cogen diarrea es debido a falta de higiene y limpieza. También porque las moscas traen microbios.” La que hablaba tenía solo tres años de escolaridad y oyó sobre microbios en el centro de salud y entiende que son “un tipo de suciedad que se riega”. Otra madre de una aldea fuera de Acatenango explicó, “Por ejemplo, hoy mi hija me dijo, ‘Mamá, mira el agua: está sucia.’ Por cosas como esta la gente pesca diarrea, por lo que yo hervía el agua cuando se ve así.” La mayor parte de las mujeres asan sus nociones de limpio y sucio sobre “materias fuera de lugar” visibles, tal como lo enmarcó Mary Douglas.⁸³ Las nociones prominentes de “suciedad” y falta de higiene como causas de diarrea fueron acompañadas consistentemente con ideas de madre fracasada o complaciente. Una madre maya rural en Acatenango describió acertadamente esa conexión:

El hecho es que algunas madres no limpian a sus hijos. No les lavan las manos antes de comer. Los dejan jugar con cosas sucias que a menudo están en el piso. Es entonces cuando cogen bacterias y se enferman. Echamos la culpa a lo que comen. Pero a veces los niños compran comida en la calle, por eso, tenemos que saber lo que comen nuestros hijos para que no pesquen gérmenes y terminen con diarrea. No podemos dejar que los niños jueguen con cosas sucias. Tenemos que mantenerlos en un lugar limpio. Hay mamás descuidadas para las que es normal que sus hijos jueguen con cosas sucias. Así es como se enferman.

De esta explicación de diarrea, el ambiente aporta fuentes posibles de contaminación con enfermedad diarreica, pero a la larga la madre es la culpable. Otra mujer fue incluso más directa: “A los niños les da diarrea porque las mamás son descuidadas.” Las madres se quejan de que no pueden vigilar a sus hijos todo el tiempo, y mencionan especialmente jugar y comer fuera de la casa como fuentes importantes de enfermedad diarreica. Eso funciona como un tipo de estrategia de echar la culpa: una madre aún puede ser “buena” madre y tener un hijo o hija con diarrea si proviene de una fuente fuera de su control. Algunas veces las mujeres dijeron que la diarrea no era un problema en su comunidad, pero si lo era en una comunidad vecina. Esas estrategias al hablar sobre diarrea y distanciarse de ella indican el estigma que conlleva y su asociación con malos cuidados maternos.

Con toda la presión que se pone a las madres para que tengan hijos sanos y cumplan con los estándares de higiene de programas de salud global de agua, saneamiento e higiene, el racismo agrava la tiranía de la “suciedad”. Debido al racismo, los pobres rurales indígenas son excluidos sistemáticamente de los bienes sociales y progreso económico en la sociedad guatemalteca. Pero se les tacha de “retrógrados” y “sucios” por la forma de vida que su posición en la estructura social les permite, como vimos en el caso de la enfermera móvil que veía de menos la casa de una familia indígena y despreciaba la casa de una indígena rural.

La posible auto aversión inculcada de esa enfermera, ella misma de antecedentes maya kaqchikel, demuestra otro nivel de racismo y cómo se perpetúa. Las mujeres mayas son objeto de lecciones interminables sobre prácticas de higiene que a menudo involucran instrucciones y representaciones visuales que no tienen nada que ver con sus ambientes de vida en comunidades del altiplano guatemalteco; se sientan cortésmente mientras ven fotos de manos blancas que lavan en grifos relucientes que no se parecen a sus propias pilas de agua. A menudo pienso en los anuncios de jabón de la Gran Bretaña colonial que decían “La Carga del Hombre Blanco es enseñar las virtudes de la limpieza.”⁸⁴ Esa filosofía moralizante y las nociones generalizadas de que sólo hace falta conocimientos y que un foráneo es quien debe impartirlo permanecen en el meollo de muchos programas bien intencionados, pero mal diseñados para combatir la diarrea.

Conclusión

La pérdida del bebé Efraín y las enfermedades que amenazan a los otros hijos de Rosario son solo algunas de las muchas caras del sufrimiento social de las comunidades mayas pobres. Sus experiencias específicas de mala condición nutricional y falta de acceso puntual a atención sanitaria eran de ellos, pero su sufrimiento lo comparten otros niños y niñas a través de las montañas de Guatemala y las familias que tratan de cuidarlos. Así como las poblaciones mayas no deben ser culpadas por su propia marginalización social y económica, su cultura no debe ser culpada por los fallos de la biomedicina en cuanto a servir a las comunidades en general o a los programas de TRO en particular.

Tal como demuestra este capítulo, la persistencia del sistema humoral no puede explicar los fracasos de las campañas de TRO en Guatemala. Las madres mayas en comunidades rurales con pocos recursos económicos están incrustadas en un sistema de atención sanitaria donde reconocen que hay mejores tratamientos y servicios, pero no están a su alcance. No pueden elegir en cuanto a tipos de TRO e intervenciones de agua, saneamiento e higiene que las buscan como blanco de instrucciones, tareas y prohibiciones. Además, el incremento de exposición a capacitación sobre TRO y prevención de la diarrea ha introducido conceptos de transmisión de enfermedades y terminología que a menudo no son totalmente comprendidos. Sin embargo, el concepto general de higiene es una de las explicaciones más primarias de la diarrea, llevando a echar la culpa a las madres y sus prácticas de higiene por los casos de diarreas infantil. El capítulo 2 explora adicionalmente la identidad de las mujeres y la interseccionalidad de los roles de género y etnicidad en Guatemala.

2 Los Enredos del Empoderamiento: Mujeres, Cuidados y Salud Global

La terapia de rehidratación oral es buena para prevenir echar la culpa (por no hacer nada). Siempre es mejor haber hecho algo que nada, si uno puede.

—Madre maya kaqchikel en Comalapa

Nos reíamos mientras yo conducía mi pequeño carro rojo alquilado por el estrecho desfiladero. Rosi bromeó sobre lo nerviosa que estaba yo conduciendo por el empinado camino de tierra. Dejó de jugar con el botón de la radio, tratando de buscar la señal estática de una balada romántica que llegaba desde Chimaltenango, para señalar sobre la orilla de la montaña. “Deténgase aquí”, dijo. Yo me reí y dije “Ni loca”, viendo a mi infante que dormía con el cinturón de seguridad en el asiento trasero. Ella sonrió y dijo “No se preocupe. De verdad hay un camino; es sólo que usted no puede ver la entrada.” Así que me asomé al borde del barranco y el auto pareció tambalearse durante un momento antes de encontrar la bifurcación escondida en el camino hacia un barrio remoto de su aldea. “Ve, puede confiaren mí”, observó ella. “soy promotora de salud. ¡*Ixoqí Akunanël* [mujeres curanderas en maya kaqchikel] juntas!”

Conocí a Rosi cuando ella se unió a un proyecto comunitario para crear un grupo de mujeres promotoras de salud en su aldea y así compartir información sobre diarrea y terapia de rehidratación oral (TRO), enfatizando líquidos caseros, con madres en la comunidad. Las promotoras fueron seleccionadas por el consejo de la aldea y ayudaron a crear los materiales que utilizaban para enseñar a sus pares.¹ Esa tarde, subimos hasta donde el camino de tierra lleno de baches nos permitía y luego caminamos a la casa de una comunitaria que era anfitriona de un taller. Todas hablaban y armaron un alboroto por mi bebé, presentándolo a la niña de la casa, de nueve meses, como su novio, finalmente tranquilizándose para el taller. Observé a Rosi convertirse en mujer transformada. A sus diecinueve años, era la más joven de las *Ixoqí Akunanël*, nombre escogido por ellas mismas para este grupo de promotoras de salud, y ella era una de las más determinadas. Se tomaba su papel como promotora muy en serio, y se iba animando conforme iba mostrando a las mujeres la información sobre TRO y diarrea. Como maestra natural, sabía exactamente cuándo bromear y cuándo preguntar para asegurarse que todas entendieran. Al final de la sesión, las mujeres agradecieron a Rosi antes de salir corriendo a sus casas a cocinar la cena. Rosi regresó al automóvil, relatando animadamente la sesión y haciendo planes para otras en el futuro. Le

agradecí todo el arduo trabajo que estaba haciendo. Ella dijo “¡Por supuesto! ¡Me encanta tener algo que hacer - supongo que ya estoy empoderada!” Me reí en el momento, pero desde entonces he estado pensando en esa conversación. Rosi era una joven inteligente que se sentía perdida y me recordaba un poco a Mercedes, mi amiga de Panaj que se fue de monja. Rosi no era casada y estaba tratando de ahorrar para ir a la universidad y convertirse en maestra. Mientras tanto, vivía en la casa de sus padres y atendía la tienda, vendiendo papalinas y jabón y otros artículos pequeños a los vecinos. Le pregunté lo que significaba empoderamiento para ella, y me dijo “¡Hago cosas! Me gusta estar en la comunidad, hablar con la gente y hacer cosas. Gracias por hacerlo posible.”

Fue el agradecimiento el que me molestó. Nuestro proyecto tenía un pequeño subsidio que se acabaría luego de un período de estudio de dos años. De hecho, me parecía terrible que sólo pudiéramos dar pequeños incentivos financieros de crédito para el teléfono al grupo de promotoras de salud. Yo no quería ser - o que su padre fuese - quien diera permiso a Rosi para hacer las cosas que ella quería. Yo quería que ella se sintiera empoderada por sí misma, pero comprendía que el proyecto le daba una razón legítima para escaparse de sus deberes en el hogar y hacer algo diferente durante un rato. Rosi no tenía muchas opciones, a pesar de su recién encontrado sentido de empoderamiento.

Al examinar más ampliamente la participación en programas de salud global y el uso de terapia de rehidratación oral específicamente, la posición de las mujeres en la sociedad y sus roles en la familia son críticos para entender los impactos ocultos de la salud global. El punto débil de la salud global incluye la forma difícil, y a menudo sin examinar, como los programas pueden desafiar y también reformar las desigualdades de género. En el contexto guatemalteco, la violencia de género, tanto política como estructural, restringe el acceso de las mujeres de Guatemala a bienes sociales como educación, procesos judiciales y atención sanitaria. Es por eso la posición de las mujeres en la sociedad y su habilidad para navegar.

Los Enredos del Empoderamiento

Efectivamente, el sistema de salud define directamente la atención sanitaria que reciben sus hijos. A pesar de sus desventajas sistémicas, las mujeres mayas extraen de sus propias experiencias y el capital social construido dentro de su comunidad – el conocimiento y apoyo de sus pares, mayores y sistemas de medicina tradicional – para seleccionar cómo atienden y tratan las enfermedades de sus hijos.

En este capítulo, exploro las estructuras patriarcales de la sociedad y familia guatemaltecas, que ponen a la mujer en el punto receptor de la violencia,

contribuyen a la precariedad de las mujeres y perpetúan la expectativa de que las mujeres trabajan sin remuneración. Al hacerlo, examino la interseccionalidad de raza y género en las experiencias de las mujeres indígenas. Discuto los roles de las mujeres como aportadoras económicas dentro de la familia, cómo se las arreglan cuando los hombres deben salir de las comunidades para trabajar, el trabajo sin paga de criar niños y pilotar la atención para sus familias. Exploro además cómo las mujeres mantienen su representación a pesar de esas restricciones. Concluyo con una consideración sobre las oportunidades y cargas que los programas de salud global ponen a las mujeres. A nivel local, considero la capacidad de las mujeres al buscar ser partícipes en programas de salud global y desarrollo, y a nivel global, considero los patrones de género, como inclusión y marginalización, en el diseño de programas de salud global dentro del panorama neoliberal.

El Patriarcado y el “Lugar de la Mujer”

En Guatemala se define y posiciona mayoritariamente a las mujeres en la jerarquía social a través de sus relaciones con sus padres y esposos. Si el padre aún vive, se presenta e identifica a la mujer como hija de su padre. Vi que eso era cierto tanto para mujeres ladinas como indígenas. En la comunidad las mujeres se vuelven conocidas, sin hacer referencia a parientes masculinos, solamente cuando son mayores y se les reconoce algún talento o característica específicas, como ser una curandera o comadrona efectiva. Incluso entonces, se refieren a las mujeres mayores sin esposos vivos como madres de sus hijos en conversaciones locales entre hombres, o en compañía mixta cuando ella no está presente. Por supuesto, las mujeres se refieren a sus amigas íntimas por sus nombres.

En los hogares tanto ladinos como indígenas, el hombre mayor es el cabeza del hogar. Aunque existen diversos grados de relaciones jerárquicas entre la cabeza del hogar, su esposa y sus hijos, el patriarca es responsable de tomar las decisiones importantes sobre el trabajo de la familia, las finanzas, y estilo de vida. Las familias indígenas a menudo viven en grupos extensos de parientes, donde cada núcleo familiar tiene su propio cuarto en la casa. En ese caso, el hombre tomaría las decisiones para su familia inmediata, pero puede tener que consultar a su padre o hermanos los temas que afectan a todo el hogar.

El trabajo femenino y el trabajo del hombre están divididos más claramente entre ladinos que entre los mayas de Chimaltenango.² Aunque menos mujeres indígenas dicen que trabajan fuera del hogar, pueden pasar gran parte de su tiempo trabajando a la par de sus maridos en los campos familiares. En ese sentido, contribuyen directamente al mantenimiento de sus familias de una forma que las mujeres ladinas a menudo no lo hacen. Sin embargo, tanto las mujeres ladinas como indígenas son las únicas responsables del mantenimiento del hogar

cocinando, limpiando, y lavando la ropa. En quince años de trabajo de campo, jamás he visto a un esposo lavar un plato o barrer el piso. Las tareas domésticas decididamente son trabajo de mujer.

Mujeres Indígenas y la (Re)producción de Cultura Maya

La posición social de las mujeres indígenas se complica aún más en formas que, como demostrará este libro, afectan su acceso a y aceptación de intervenciones de salud global. A escala nacional, la idea de que una mujer (y mucho menos una mujer indígena) sea una líder política visible amenaza la estructura de poder nacional y al machismo. Cuando la mujer maya y ganadora del Premio Nobel de la Paz Rigoberta Menchú se tornó visible en la arena política nacional a comienzos de los dos mil, surgió un chiste de género en los periódicos de Guatemala que discutía explícitamente la probabilidad de que Menchú tuviese huevos (testículos) bajo su falda.³ La idea de que una mujer se involucre en asuntos públicos está fuera de la norma, y el concepto de que lo haga una mujer indígena es prácticamente impensable. Los chistes sobre “huevos” son sólo uno de los mecanismos niveladores utilizados para mantener en su sitio a las mujeres indígenas. Conllevan una doble discriminación interseccional que las coloca en el fondo de la escala social de Guatemala.⁴

En Guatemala, la vestimenta indígena (traje) y el idioma son los marcadores más importantes de identidad étnica. Las mujeres mayas mantienen esas tradiciones vivas en sus familias mientras cuidan y culturizan a sus hijos; incluso enfrentando la exclusión social y en contextos de migración forzosa, son agentes marcadoras de identidad y pertenencia.⁵

Aunque los hombres mayas no pueden ser identificados como indígenas o ladinos por los pantalones vaqueros y camisas de algodón que visten ahora casi todos, las mujeres mayas son identificadas inmediatamente por sus huipiles (blusas) y cortes (faldas). Diane Nelson describe como el traje sirve como marcador de identidad étnica y comunitaria:

El traje se supone que marca diferenciales de poder específicos en Guatemala. Define género (mujer versus hombre), grupo étnico (maya versus ladino), nación (guatemalteco versus extranjero) y clase (burgués versus obrero), al igual que diferencias internas entre los pueblos mayas, personas rurales y no urbanas, y cultura arcaica auténtica en contraposición a modernidad cosmopolita.⁶

Las mujeres mayas son las encargadas de mantener la cultura maya, y su vestimenta es la manifestación más visible de esa tarea. Tal como ha demostrado convincentemente Cecilia Menjívar, las vidas de las mujeres ladinas urbanas se ven configuradas por la violencia de género, pero son las mujeres mayas quienes llevan la terrible carga doble de racismo y misoginia que permea la vida pública y privada guatemalteca.⁷ La movilidad social y física de las mujeres indígenas se ve restringida ya que se las trata como objetos de escrutinio y burla. Mi amiga

Juana de Panaj (la nieta mayor de Flavia) ha logrado los sueños que permanecen sin ser realidad para tantas mujeres mayas jóvenes. Completó una carrera universitaria, continúa trabajando en ciudad de Guatemala después de casarse, y comparte un hogar en una zona urbana con su marido. Sin embargo, el éxito no aporta seguridad, e incluso viajar al trabajo hacia y desde la capital es un suplicio; Juana me contó cómo ella se pone el huipil con diseños de otras comunidades mayas en su lugar de trabajo, para que los hombres no sepan de donde proviene. El marcador orgulloso de su propia región se vuelve una desventaja.

Las mujeres mayas también tienen la responsabilidad principal de criar a los hijos para que sean étnicamente mayas, enseñándoles tradiciones y formas de vida mayas. Las mujeres indígenas son las que hacen las tortillas de maíz, base de la dieta maya y centrales a la identidad maya. Comer es consumir tortillas, y cualquier otro alimento es secundario.⁸ En los pueblos los tiempos de comida se ven marcados por el palmoteo rítmico de masa de maíz convertida en tortillas, que luego se tuestan en una hoja de metal plana sobre el fuego. En el pueblo de Chimaltenango, se distinguen fácilmente los hogares de familias indígenas por ese sonido familiar. Las mujeres mayas modelan lo que es ser maya para los hijos a través de su desempeño en las tareas del hogar, sus interacciones con los esposos, y también sus interacciones con las poblaciones no indígenas que las rodean. El mantener la cultura maya contemporánea define el involucramiento de las mujeres indígenas con las instituciones públicas y su búsqueda de atención sanitaria en formas que son tan complicadas como los patrones que tejen en sus textiles.

Violencia contra las Mujeres

Parece muy simple animar a las mujeres a que asistan a talleres de salud global y lleven a sus hijos a la instalación de salud más cercana cuando estén enfermos. Pero esas directivas inocentes ignoran el hecho de que cada decisión pequeña, cada viaje, puede estar plagado de peligros para las mujeres. En Guatemala, el acto cotidiano de salir de casa expone a las mujeres a violencia, y muy frecuentemente, estar dentro del hogar también lo hace. La violación en masa, tortura y mutilación utilizados contra las mujeres mayas como tácticas de la contrainsurgencia gubernamental durante el conflicto armado interno marcaron un precedente infernal para los actuales niveles de crímenes violentos contra las mujeres.⁹ La combinación de una sociedad machista que devalúa a la mujer y un sistema de justicia paralizado han probado ser letales. Los delitos violentos, incluso los homicidios, no se registran en Guatemala y sólo desde 2001 se llevan estadísticas de homicidios separados por sexo. La Ley de 20087 Contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra las Mujeres distinguía el delito de femicidio, el asesinato de una mujer en base a género. En 2020, ocho de cada 1,000 mujeres y niñas experimentaron violencia.¹⁰

Aunque han bajado las tasas de homicidios en general durante la última década, la tasa para las mujeres ha bajado menos que la de los hombres. En 2020, la tasa de muertes violentas era de 4.2 por 100,000 para la mujer; un

estimado de 63.1 en 100,000 mujeres fueron violadas.¹¹ Los cuerpos de mujeres desaparecidas se encuentran mutilados y con señales obvias de violencia sexual, y a menudo las víctimas son niñas menores de dieciocho años.¹² Familias de víctimas reportan que cualquier intento de presionar a la policía para que investigue resulta en recriminaciones contra la víctima. Cuando presentan una queja ante la policía, a menudo se dice a las familias ansiosas que su pariente desaparecida debe haberse fugado con un novio, y las investigaciones se centran en encontrar indecencias percibidas en la vida privada de la persona desaparecida. Si y cuando se recupera un cuerpo, las autoridades y los reportes en medios de comunicación frecuentemente sugieren que la mujer era miembro de una pandilla (mara) y su (merecida) muerte era el resultado de su participación en la pandilla.¹³ Como respuesta a la creciente tendencia de violencia contra las mujeres varios grupos de derechos de la mujer y de víctimas han intentado concienciar y realizar investigaciones independientes de algunos casos. Pero al hacerlo, encuentran seria resistencia: en una sola semana en 2005, doce oficinas investigadoras fueron saqueadas y se destruyó evidencia.¹⁴ Miembros de la policía han estado implicados en algunos crímenes contra mujeres. Reportar e investigar de manera adecuada, también significa que en hombres en puestos de autoridad (policías, militares, y trabajadores sanitarios) que no se puede confiar.

Durante el conflicto armado interno precipitado por el golpe militar de 1954 apoyado por Estados Unidos y que sólo concluyó oficialmente en 1996, la violación y tortura de mujeres indígenas se utilizaba ampliamente como arma de terror y sometimiento. Las mujeres indígenas eran el objetivo tanto como ayudantes y miembros de la guerrilla como también capaces de producir (dando a luz) futuros resistidores indígenas.¹⁵ El miedo mantuvo silenciosas a las mujeres indígenas, y muy pocas contaron, fuera de sus círculos familiares más cercanos, sus experiencias de violación y brutalidad por parte del ejército guatemalteco y grupos paramilitares patrocinados por el estado.¹⁶ Es hasta ahora que algunas mujeres indígenas ven posibilidad de justicia, con algunos casos muy sonados de crímenes de guerra y violación finalmente siendo llevados a juicio. La violencia en tiempos de guerra perpetrada contra los cuerpos de las mujeres ha tenido efectos duraderos en la aceptación de femicidio y violencia contra la mujer en la Guatemala contemporánea.¹⁷

Una guatemalteca activista de derechos de la mujer explica sobre la violencia contra la mujer: "En primer lugar, no hay respeto por el cuerpo de una mujer. La gente piensa que puede tratar a las mujeres como les dé la gana. También existe la idea de que las mujeres son propiedad de alguien."¹⁸ Los crímenes contra las mujeres no se toman en serio. Fuera de las tasas de homicidios, no se llevan estadísticas oficiales sobre violencia de género. No obstante, Amnistía Internacional reporta que el abuso sexual y físico en la familia, la violación, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo son problemas serios. De hecho, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha mencionado a Guatemala múltiples veces por fallo en juzgar violación, que la legislación internacional reconoce como forma de tortura.¹⁹ Los matrimonios

forzados y matrimonios infantiles continúan siendo problemas significativos en Guatemala; casi 30 por ciento de las mujeres de 20–24 años estaban casadas o unidas antes de los 18 años.²⁰ Esas tasas alarmantes de crímenes violentos contra la mujer hacen que las guatemaltecas no se mueven libremente por espacios públicos, y las confina aún más a la esfera doméstica.

Esos crímenes ilustran a las mujeres que no tienen recurso si son víctimas de violencia, especialmente si ocurre dentro de su propia casa. También justifica que los hombres de la familia prohíben a la mujer salir de casa y participar en la vida pública. La mujer también es etiquetada como víctima en una escala tan amplia que refuerza aún más las normas patriarcales y previene que las mujeres como grupo eleven su estatus en la sociedad guatemalteca.²¹ Ninguna de las mujeres que yo conozco consideraría viajar sola en autobús incluso una distancia corta, y las mujeres, ni en grupo, salían de la casa al oscurecer.

Incidentes de violencia callejera y justicia paralela (venganza popular) son el reflejo del débil sistema de justicia del gobierno guatemalteco, que lleva a virtual impunidad para los delincuentes. De 5,338 asesinatos registrados por la policía en 2005, solo ocho fueron juzgados por el sistema de justicia penal.²² Fui testigo de la respuesta policial inmediatamente después del asesinato de un tendero muy conocido del barrio en un área urbana. Luego de tirar el cuerpo envuelto en plástico en la parte trasera de un camión, lavaron parcialmente la sangre de la calle con un par de cubetas de agua. Parecía que no había pasado nada. La policía no inició ninguna investigación formal sobre el asesinato, aunque rápidamente circularon rumores de que el motivo del asesinato era robar y había sido cometido por alguien de afuera del barrio, lo cual es un mecanismo para distanciarse socialmente de la tragedia. La impunidad para violencia de género permanece alta. En 2012, solamente 6.4 por ciento de las quejas por violencia de género resultaron en acusaciones formales, y solo 21 por ciento de esas recibieron un mandato judicial. Aunque la impunidad criminal ha bajado lentamente en Guatemala, permanece a un estimado de 98 por ciento para femicidio.²³

Las altas tasas de crímenes violentos refuerzan la sospecha contra gente fuera de la comunidad y falta la confianza en los mecanismos de gobernación. Las familias sienten que deben protegerse a sí mismas, y la justicia paralela actúa como el estado de derecho del facto. Frecuentemente veo a hombres llevando pistolas en sus cinturones o cruzadas en la espalda, junto a los omnipresentes machetes, que sirven como herramienta y como arma. En todos los hogares de Guatemala en los que he pasado períodos de tiempo significativos, se apilaban muebles o leños cada noche como barricada contra la puerta que daba a la calle para prevenir entrada forzosa. Las oportunidades para que las mujeres y niñas continúen su educación, mejores su posición socioeconómica y participen en la vida civil se limitan severamente cuando su habilidad para salir de casa se ve restringido por obligaciones en el hogar y temor a lesiones personales.

La Aportación Económica de la Mujer

Hemos visto que las estructuras familiares y sociales patriarcales refuerzan la devaluación de la mujer, poniéndolas en riesgo de violencia. Las altas tasas de violencia refuerzan entonces esas normas patriarcales y limitan participación de la mujer en la vida fuera del hogar. Esa limitación hace que lograr una educación y trabajo bien remunerado sea increíblemente difícil para las mujeres, lo cual las pone aún más bajo el control de los hombres en sus familias. La cascada de fuerzas sociales y estructuras que atrapan a las mujeres es compleja; sin embargo, las mujeres también encuentran caminos para tener identidad, autodeterminación y participación social. Las limitaciones y oportunidades disponibles para la mujer definen la forma como buscan atención sanitaria y participan en programas de salud global. Aquí yo considero la posición económica y roles de toma de decisiones de las mujeres dentro de la economía del hogar. Quizá más significativamente, las mujeres pasan un promedio de 20 por ciento de su tiempo en labores domésticas no remuneradas, limitando su disponibilidad para trabajo pagado.²⁴

Yo viví durante largos períodos de tiempo con cuatro familias en el Departamento de Chimaltenango cuyo estatus socioeconómico iba de clase media a debajo de la línea de pobreza. Era interesante observar cómo se manejaban las finanzas del hogar. En todos los casos, cada adulto tenía dinero que consideraba suyo. En vez de poner todo el dinero en un fondo común, los esposos y esposas discutían quién pagaba cuáles gastos específicos. Excepto por el hogar de Panaj, los ingresos de los esposos eran la fuente principal de ingresos para los hogares. Sin embargo, encontré algunas diferencias entre hogares ladinos e indígenas respecto a cómo se gastaba el dinero de las mujeres.

Los hogares ladinos en Chimaltenango y Acatenango eran, respectivamente, de clase media baja y clase media más acomodada. En ambos casos, las mujeres ganaban dinero haciendo trabajos esporádicos conforme surgían. En Chimaltenango, Jeny ganaba dinero alojando al voluntario gringo ocasional de una clínica local, donde había trabajado antes de casarse, y aceptando trabajos de mecanografía o ingresar datos. En Acatenango, Mirian aprovechaba la falta de restaurantes y cafés en el pueblo y hacía servicio de catering para amigos que tenían huéspedes de fuera del pueblo. Ambas mujeres ganaban dinero trabajando en sus hogares en tareas que parecían disfrutar. Se gastaban ese dinero en extras, como nuevos aretes o un regalo para sus hijos. El esposo y padre de Jeny compartían los costos de los servicios básicos (luz y agua) y cada uno le daba fondos semanales para comprar alimentos en el mercado. A menudo Jeny discutía planes para ahorrar y comprar cosas para su hija pequeña, como un triciclo, y a menudo decía que le alegraba que su esposo tuviera que pagar cosas como los pañales. Las dos familias mayas con las que viví eran más pobres que las ladinas. La de Comalapa era de clase trabajadora y la familia

de Panaj luchaba por debajo de la línea de pobreza. En Comalapa, tres hijos mayores vivían en el hogar de sus padres, con sus propias familias, en cuartos individuales. Doña Nathaly y su nuera Claudia cosían tejidos de telares para hacer productos finales que entregaban a una cooperativa de tejidos. Utilizaban el dinero que ganaban para comprar cosas para el hogar y sus niños. Aunque sus esposos eran los principales proveedores del hogar, el dinero de ellas era importante para que la casa siguiera funcionando. Doña Nathaly mantenía sus ingresos separados de los del esposo, diciendo cosas como: “Voy a comprar una nueva manta”, y “Don Mateo nos va a comprar tres sacos de maíz.” En Panaj, el dinero estaba muy escaso y todos tenían que contribuir al hogar con lo que podían. Una vez pregunté a una prima de catorce años de la familia de Panaj lo que pensaba hacer con todo el dinero que iba a ganar con sus tejidos, esperando que me dijera que se quería comprar algo en el mercado de Comalapa. Me miró sorprendida y me dijo que con su dinero compraría maíz.

Hombres (ausentes) en el Trabajo

Las comunidades mayas ya no tienen suficiente tierra para que la mayoría de las familias cultiven alimentos suficientes para vivir un estilo de vida de subsistencia; el derecho a la tierra, por supuesto, fue el meollo del conflicto armado interno. El ausentismo masculino del hogar, impulsado por la participación obligatoria en la economía de mercado para poder sobrevivir, es otro factor clave que define la movilidad femenina y su selección de atención sanitaria. Entre las familias mayas que viven en las áreas rurales del Departamento de Chimaltenango, los hombres de la familia dejan comúnmente el hogar en busca de trabajo asalariado en Ciudad de Guatemala, en plantaciones en las cosas, o como migrantes en Estados Unidos. Las remesas de parientes que trabajan en el extranjero se estima que son el mayor ingreso de divisas extranjeras a Guatemala.²⁵ Aunque algunas veces las mujeres encuentran trabajo asalariado en plantas de empaque agrícolas y fábricas, más a menudo los hombres aceptan trabajos que les mantienen lejos del hogar.

En Panaj, Estrella y sus tres hijos pequeños luchaban, junto a su suegra Flavia y su cuñada María, por sobrevivir mientras su esposo José estaba trabajando en El Norte. José había estado fuera de la aldea durante casi dos años trabajando en construcción en los Estados Unidos cuando yo llegué a vivir la primera vez con la familia. Sus remesas de dinero habían sido poco frecuentes y las mujeres tenían que mantener a la familia. Flavia y María cultivaban maíz y frijol negro en el terreno de la familia, que una vez secos en el techo de lámina, eran la base de la dieta familiar. Las tres hijas adolescentes de María, llamadas Mercedes, Silvia, y Juana, hacían muchas de las tareas del hogar como barrer y lavar, y también pasaban gran parte de su tiempo tejiendo para generar ingresos. Estrella cocinaba y cuidaba a sus tres hijos pequeños.

Aunque la familia luchaba por subsistir y conseguir suficiente comida para los niños, las mujeres parecían orgullosas de vivir solas. Cuando me fui a vivir con ellas, me dieron la bienvenida orgullosamente a su “casa de mujeres”. Flavia actuaba como cabeza del hogar y las otras pedían su opinión acerca de todo, desde cuándo plantar a cómo arreglar un telar. Ella también era la encargada de llevar los tejidos de todas a las oficinas de la cooperativa de tejedoras. Flavia había asumido el papel de matriarca y actuaba como cabeza de la familia ampliada.

Finalmente, José regresó de los Estados Unidos. Se mataron pollos, y los hombres ancianos de la aldea fueron invitados a la casa para un almuerzo de celebración. Fue una ocasión festiva ya que José conoció a su hijo de casi dos años por primera vez, con humo de leña y los sonidos celebradores de la marimba flotando de la radio hacia el patio. El hogar, especialmente el núcleo familiar de José, iba a estar mucho mejor ahora que él había vuelto con dinero ganado en los Estados Unidos y podía trabajar los campos familiares. Muy pronto después de su regreso, me di cuenta de que José actuaba como cabeza del hogar y que Flavia le preguntaba cosas, como cuándo ir al pueblo al mercado, lo que las otras le acababan de preguntar a ella. Aunque José tenía buen carácter y era respetuoso de su madre, esposa y hermana, quedaba claro que ya no era un hogar de mujeres y que el patriarca había regresado. Eso ilustra un patrón que se encuentra en muchos hogares guatemaltecos: las mujeres toman decisiones diarias sobre finanzas y cuidado infantil en el hogar, pero cuando involucra un gasto mayor o un posible viaje al pueblo, usualmente se consulta a los hombres.

Educación y Oportunidades para la Mujer

Las limitaciones a la educación de la mujer obstaculizan no sólo las oportunidades económicas sino también hacen que la toma de decisiones y participación en programas de salud global sea un desafío. Aunque las tasas de alfabetización de la mujer en Guatemala han alcanzado paridad con la de los hombres en alrededor de 80 por ciento, es menos probable que las niñas completen la educación secundaria o la universidad, que a menudo involucra viajar de comunidades pequeñas hacia áreas urbanas. La relativamente alta tasa de alfabetización nacional oculta las disparidades rural/urbano e indígena/ ladino.²⁶ Para muchas mujeres mayas rurales, la falta de escolarización fuera de su comunidad también significa que no son capaces de comunicarse fácilmente en español, limitando sus habilidades para participar en la economía de mercado.

Una forma importante como las mujeres mayas han sobrepasado esas barreras al trabajo es participando en cooperativas de tejedoras. Por medio de las cooperativas de tejidos, iniciadas como proyectos de desarrollo por organizaciones

no gubernamentales (ONGs) extranjeras, las mujeres venden sus tejidos a precio justo. Su tela luego se convierte en producto final y se vende en mercados para turistas o se exporta.²⁷ Por medio de las cooperativas de tejedoras las mujeres ganan dinero extra utilizando una habilidad que ya tienen y que pueden hacer al tiempo que completan sus obligaciones en el hogar y cuidan a sus hijos (ver imagen 2.1).

El tejido es un marcador de identidad fuerte y una fuente de orgullo para las mujeres indígenas. Cada región de Guatemala tiene un estilo distintivo de huipil, y a menudo las mujeres trabajan con sus madres y hermanas en un huipil intrincado durante hasta dos años. Poder tener una pequeña colección de huipiles sirve no sólo como marcador de identidad maya sino como símbolo de estatus. Aún más importante, tejer es trabajo de mujer y es muy valorado tanto por la habilidad requerida como por el dinero que puede generar.



Imagen 2.1
Trabajo femenino en Panaj.

En los hogares maya donde yo viví en Comalapa y Panaj, las manos femeninas siempre estaban ocupadas con tejidos o hilando. Yo empecé a hacer gorros y bufandas de ganchillo para mantener mis manos ocupadas mientras me sentaba y charlaba con las mujeres. Muchas tardes, luego de apartar las pilas de expedientes y notas de mi investigación, salía al exterior para disfrutar un receso de mi trabajo para hacer ganchillo y platicar. Varias veces me dieron la bienvenida diciendo “Ah, usted (finalmente) va a hacer su trabajo ahora.” El proceso generador de tejer es trabajo femenino, no revolver papeles.

Las mujeres, especialmente las mujeres mayas rurales, deben buscar mucho para encontrar oportunidades económicas para ayudar a mantenerse a ellas y sus familias. Aunque hay una clase media creciente de mujeres mayas y ladinas que logran educación superior e ingresan a la fuerza laboral formal, las tareas del hogar continúan siendo una fuente importante de ingresos para mujeres mayas rurales. El telar es una actividad económica clave accesible a ellas, aunque sería imposible mantener a una familia sólo con los ingresos del tejido. Las mujeres indígenas también venden tortillas a hogares más adinerados para los que comprar tortillas y obviar el proceso de trabajo intensivo de moler el maíz, hacer la masa y tortear círculos sin fin sobre el fuego es una conveniencia deseable. Las mujeres también suelen lavar ropa para ganar dinero. Para las mujeres en Panaj, como Rosario que perdió a su bebé y tiene un esposo abusivo, poco confiable, mantener a una familia es un reto que requiere trabajo constante, tanto remunerado como sin remunerar.

El Trabajo No Remunerado de las Mujeres

La tarde nos encontró de nuevo en el patio de tierra de la casa de Doña Flavia. La radio tocaba una mezcla vibrante de merengue y baladas románticas, al son de las cuales bailaba el inquieto hijo de seis años de Estrella con estilo y exageración cómica. ¡Un pequeño Casanova de aldea! La hermanita de cuatro años y el hermanito infante se reían con él y vagaban por el patio encontrando todo tipo de diversiones, desde chapotear en la pila a provocar a los pollos en el gallinero. El fondo constante e incesante al juego de los niños, formando una contraparte rítmica a la música, era su madre Estrella, restriega-restriega-restregando la ropa de la familia contra la superficie estriada de la pila de concreto. Restregaba, desaguaba, y retorció pañales, ropa pequeña, faldas y blusas tejida, y mantas pesadas y luego las colgaba a secar al sol. Le tomaba horas.

Al igual que otras comunidades en el altiplano de Guatemala, los hogares pobres en Panaj a menudo estaban en la cima de absoluta indigencia, especialmente a finales de la época seca cuando aún faltaban meses para la cosecha. La dieta diaria típica consiste en tortillas de maíz y café aguado para desayunar y cenar y un almuerzo de tortillas, frijoles, huevos, y ocasionalmente una olla de hierbas de forraje hervidas. La mayoría de las familias tiene pollos, aunque los matan sólo en ocasiones especiales, y las pocas familias que tienen cerdos en vez de consumirlos los venden en Comalapa para obtener dinero. Mientras el esposo de Estrella estaba trabajando en Estados Unidos, la familia vivía en un estado de inseguridad alimentaria constante. Los tres niños de Estrella eran pequeños para su edad y constantemente irritables con hambre, frecuentemente llorando hasta caer dormidos por la noche y suplicando a su madre por más comida que

simplemente no estaba disponible: ni en casa, ni en la aldea.

La lucha de Estrella por llegar a fin de mes y cuidar a sus hijos es la lucha diaria en todo Guatemala. Las mujeres son las principales cuidadoras de los niños y tienen la responsabilidad de alimentarlos. Sin embargo, las limitadas opciones de educación e ingresos para las mujeres rurales mayas convierten eso en un prospecto abrumador en muchos hogares. Los programas de salud global a menudo buscan aportar recursos y oportunidades exactamente para esos grupos de mujeres, pero fracasan en cuanto a considerar las realidades estructurales en las cuales están insertados tan esperanzadoramente. Afiches alegres sobre cómo lavarse las manos no tienen sentido cuando la pila y el jabón plasmados en los materiales de capacitación son curiosidades ausentes de las vidas de las mujeres. Tales ofertas se vuelven risibles cuando hay que dedicarle tanto tiempo a sólo conseguir suficiente para comer.

De especial importancia para las campañas de salud global sobre nutrición y terapia de rehidratación oral es entender las prácticas de alimentación infantil y el trabajo no remunerado que las mujeres hacen para alimentar a sus hijos. La mayoría de las madres guatemaltecas con las que hablé, tanto ladinas como indígenas, dijeron que dan exclusivamente leche materna a sus bebés durante seis a nueve meses. Las madres ladinas introducen granos y bebidas de granos (atol), seguidas de vegetales y otros alimentos que está comiendo el resto de la familia. En comparación, las madres de Panaj introducen alimentos a sus hijos, además de leche materna, cuando éstos tienen de seis a trece meses, y continúan dándoles leche materna además de otros alimentos hasta que el niño o niña cumple dos años. En la aldea, los niños se mantienen casi exclusivamente envueltos y en una especie de cabestrillo con sus madres u otro pariente femenino hasta que cumplen un año, facilitando alimentarlos cuando lo piden. Aunque las bebidas de atol empacadas eran populares entre madres ladinas para niños de hasta cinco años de edad, nunca vi a una madre maya dar una de esas bebidas a su hijo.²⁸ Eso a pesar del hecho de que en las aldeas rurales se entregaban bolsas gratuitas de atol en polvo a mujeres embarazadas y con niños menores de tres años como parte de un proyecto de suplementación nutricional del Programa Mundial de Alimentos de la ONU. El momento cuando un niño deja de lactar y aprende a caminar, entre las edades de uno y dos años, está especialmente plagado del peligro de la diarrea, y la mayor parte de las madres rurales con las que hablé piensan que la diarrea es parte inevitable de esa etapa del desarrollo. Sin embargo, aseguraban que ciertos alimentos ayudaban a que el niño superara ese período.

Las madres de Panaj citaron con mayor frecuencia el arroz, frijoles, pasta y huevos como buenos alimentos para un niño que deja la leche materna. Dijeron que no había diferencia en alimentos que fueran buenos para niñas o niños y que ambos son destetados a la misma edad. Sin embargo, para niños un poco mayores, la igualdad en cantidad y tipo de alimento parece cambiar. Por ejemplo,

en varias ocasiones, el niño de seis años en mi casa de Panaj, robaba la comida de su hermanita cuando la madre no estaba viendo. Cuando la hermana empezaba a llorar, los castigaban a ambos – a ella por quejarse, a él por robar – y el supuesto era que el niño necesitaba más la comida. En ese entorno tan pobre en recursos, las madres no podían dar consistentemente a sus hijos la dieta que consideraban más saludable para ellos. Varias madres con quienes hablé dijeron que era bueno dar carne a los niños (pollo o salchichas) una o dos veces por semana, pero observé que las familias de la aldea no consumían carne más de una o dos veces al mes. Sin embargo, los niños tenían acceso preferente a huevos, y los comían una o dos veces al día. Se considera que los huevos son muy nutritivos para la niñez y ayudan a construir fuerza. Además de huevos, los niños de la aldea comían principalmente tortillas de maíz y frijoles.

Las Cargas de la “Suciedad” y la Diarrea

Las madres reconocieron a menudo que las prácticas de higiene como lavarse las manos y mantener una letrina limpia, ayudarían a proteger a sus hijos de la diarrea. Sin embargo, el ritmo y las condiciones de vida hacen que dichas medidas sean difíciles de implementar en la realidad. En el hogar conjunto de Flavia, Estrella y María en Panaj, rara vez lavaban las manos a los niños pues el patio donde juegan es de tierra por lo que parece inútil. Las mujeres dijeron que no limpiaban la letrina porque “de cualquier modo se va a la tierra”, pero cada par de días quemaban cuidadosamente el papel periódico y mazorcas de maíz usados en vez de papel higiénico. Los deberes del hogar se toman muy en serio, incluso barrer los pisos y patio de tierra para remover basura y lavar la ropa a mano, pero los niños se van a ensuciar de cualquier forma por lo que es un esfuerzo en vano tratar de siempre mantenerlos limpios.

Sólo cuando un niño se enferma se pone bajo escrutinio la higiene y cuidado de la madre hacia el hijo. Obviamente, ninguna madre quiere ser conocida como alguien que mantiene un hogar sucio y sus hijos tienen diarrea persistentemente. Una madre en Panaj resumió la presión social a las mujeres para que mantengan la casa limpia y a los hijos saludables, diciendo: “A los niños les da diarrea porque las mamás son descuidadas, no les dan comida saludable, y dejan las cosas sucias. Eso es lo que causa diarrea.” Esas actitudes de auto inculparse son los fantasmas de los anteriores programas de salud global que querían capacitar a las mujeres sobre agua, saneamiento e higiene, pero no creaban la infraestructura y ambiente donde sus instrucciones pudieran realmente implementarse. El estigma y presiones sociales resultantes sirven para retrasar la búsqueda de tratamiento fuera del hogar, en un esfuerzo por ocultar los casos de diarrea. Durante discusiones en grupos focales y entrevistas individuales en profundidad, pregunté a las madres en qué momento del año y

durante cuáles etapas del desarrollo infantil la diarrea es mayor problema. Casi todas mencionaron el comienzo del "invierno" o época lluviosa en mayo. La mayoría de las explicaciones sobre ese momento se centraron en el concepto de que "hay demasiado aire" al comienzo de la temporada de lluvias y que las lluvias baten todo el polvo mezclándole gérmenes al agua. Una madre observó: "Si, cada año durante el mes de mayo, es cuando se mueren muchos niños de diarrea. Es porque empieza a llover y las lombrices en los niños se alteran y comienza la diarrea." Aunque fue una respuesta menos prominente, algunas mujeres también mencionaron la "temporada de rotavirus" de noviembre a enero.

Las madres guatemaltecas frecuentemente dicen que la diarrea comienza entre los ocho meses y un año de edad, cuando los niños empiezan a gatear y a meterse cosas sucias en la boca. Alrededor de la mitad de las madres que yo entrevisté también dijeron que la diarrea es común entre los doce y catorce meses, cuando le salen los dientes a los niños. Igualmente, entre uno y dos años de edad se deja de dar el pecho a los niños y las madres indicaron que la diarrea acompaña ese proceso frecuentemente. En términos de temporada y de etapas de desarrollo, las respuestas de las madres en mi muestra reflejan investigaciones previas sobre la clasificación de la diarrea en la Guatemala rural.²⁹ De especial importancia, Elizabeth Burleigh y colegas observaron que cuando la diarrea se asocia a un hito del desarrollo, puede ser clasificada como un síntoma de crecimiento en vez de una enfermedad en sí; por lo tanto, es probable que esos casos de diarrea no reciban tratamiento.³⁰ Las enfermedades infantiles y la desnutrición que sustenta resultados malos de las enfermedades han sido normalizados dentro de las comunidades mayas rurales debido a la violencia estructural y sistemas de exclusión enraizados.³¹ Las comunidades mayas han sido forzadas a aceptar que sus niños se enfermarán, pero eligen autónomamente tratamientos a lo largo del sector sanitario tradicional, privado y público.

Navegar por Decisiones de Búsqueda de Salud para los Hijos

Claudia era una mujer maya de veintitrés años que vivía en Comalapa con su esposo, su hija de dos años y su hijo de siete meses. Vivían en dos cuartos en la casa de sus suegros, junto a los dos hermanos, hermana y sobrino del esposo. Utilizaban un cuarto, equipado con una estufa, como cocina, y el segundo cuarto como sala de estar y dormitorio. La familia puede ser descrita como una familia maya prometedor de clase trabajadora. Los suegros de Claudia han inculcado el valor de la educación en sus hijos, y cada uno ha ido a formación profesional o a la universidad después de completar la escuela secundaria. Álvaro, esposo de Claudia, asistía a un curso universitario en Ciudad de Guatemala, a donde viajaba a diario desde Comalapa. Aunque Álvaro y sus hermanos crecieron en circunstancias bastante humildes, la riqueza material de la familia ha aumentado conforme han ingresado a la fuerza laboral formal. La casa ha sido ampliada a casi el doble de

tamaño por diferentes hermanos para alojar a sus propias familias en el hogar, y la hermana de Álvaro pagó para instalar un tanque para almacenar agua y una pila. Claudia era una persona alegre, segura en su relación cercana con sus suegros, feliz en su matrimonio y satisfecha con su estilo de vida material. Aunque Claudia y Álvaro tenían menos dinero que los otros hermanos de Álvaro porque él está estudiando, podían arreglárselas con el dinero de su empleo de tiempo parcial. Ambos esperaban el momento cuando Álvaro pudiese pasar más tiempo en casa y cuando el dinero no estuviera tan escaso, pero planeaban continuar viviendo en casa de los padres de él, en Comalapa. Con el mayor ingreso que iba a ganar Álvaro, Claudia decía que planeaban dar a sus propios hijos una buena educación y, en su momento, hacer mejoras y agregados a la casa. Claudia había completado la escuela secundaria pero no trabajaba fuera de casa. Se gozaba a sus dos hijos, y pasaba el día cantándoles y enseñando a la de dos años cosas nuevas mientras hacían sus labores.

Claudia me dijo que no va al centro de salud a no ser que realmente tenga que ir. Dice que el centro de salud la hace sentir incómoda y que prefiere tratar las enfermedades de sus hijos en casa tanto como sea posible. Durante la campaña nacional de vacunación contra el sarampión que tuvo lugar mientras yo vivía en casa de Claudia, ella rehusó ir a obtener su inyección, aunque su suegra y cuñadas se lo recordaron y la persuadieron suavemente varias veces. Ella decía que era más feliz en casa y no quería ir hasta el centro de salud (una caminata de quince minutos al pueblo) solo para que la “pincharan”. Claudia también dijo que, si uno de sus hijos estaba muy enfermo y necesitaba un médico, era más probable que fuera a uno privado en Chimaltenango, aunque tuviese que pedir dinero prestado a uno de sus suegros. De hecho, sus dos cuñadas llevaban a sus hijos a un médico privado en Chimaltenango. Decían que ese médico conocía a los chicos y a su familia y prestaba mejor calidad de atención que el centro de salud. En ese sentido, Claudia podía evitar utilizar el centro de salud, aunque está cerca de su casa y es gratuito, porque no se considera que sea de buena calidad. Claudia, como la mayoría de los padres, quiere dar la mejor atención sanitaria a sus hijos; además, quiere ser percibida como que da los mejores cuidados posibles a sus hijos.

La propia crianza de Claudia enfatizaba el uso de tratamientos tradicionales y creencia en elementos humorales en muchas enfermedades. Claudia no se adhería estrictamente al sistema tradicional de seleccionar cuidadosamente los alimentos por sus propiedades humorales, pero creía que el desequilibrio caliente-frío puede causar fiebre y diarrea en los niños. Durante mi tiempo en su casa, Claudia no visitó a una curandera, aunque una vive a pocas casas, pero en dos ocasiones diferentes utilizó tratamientos humorales tradicionales para sus hijos en casa. Dijo que prefiere usar esos tratamientos caseros que su madre usaba en vez de visitar a una curandera; si los niños se ponen peor, entonces los llevaría a un médico.

La primera vez que Claudia utilizó un remedio tradicional fue cuando su hija Nathaly de dos años desarrolló fiebre y luego tos. La fiebre comenzó el día después de la boda de uno de los primos de Claudia, donde se habían juntado para celebrar alrededor de 200 amigos y parientes en el patio de la casa de un miembro de la familia. Nathaly pasó el día corriendo y jugando con los otros niños en la boda. Cuando al día siguiente desarrolló fiebre, Claudia explicó que probablemente era causada por el gran calor generado por la multitud de invitados a la boda; le habían pegado el calor excesivo a Nathaly. Colocó sobre la cabeza de Nathaly, dentro de un gorro tejido, hierbas verdes, ruda y chilca, que recolectó en la colina que rodeaba la casa. Claudia dijo que las hierbas frescas atraerían el calor excesivo y por lo tanto le sacarían la fiebre a Nathaly. Dos días después, cuando Nathaly también desarrolló tos, Claudia puso las mismas hierbas en un paño atado alrededor del estómago y pecho de Nathaly. La tos era un signo adicional de que el calor excesivo se había asentado y necesitaba ser equilibrado con los efectos enfriadores de las hierbas. Los síntomas de Nathaly persistieron cerca de una semana, pero las hierbas y la vigilancia de Claudia fueron los únicos tratamientos que le dieron.

Igualmente, durante mi estancia en la casa, Emilio, hermanito de siete meses de Nathaly, tuvo diarrea. Claudia no estaba muy preocupada por la diarrea porque había empezado a introducir nuevos alimentos además de la leche materna. Decía que “Se espera a esa edad, pobrecito. Cuando uno empieza a darles comida diferente, sus estomaguitos tienen que ajustarse y a veces no les gusta la comida”. Incluso cuando la diarrea de Emilio persistió durante tres días, Claudia no se preocupó: era un bebé fuerte, saludable, y continuó amamantando durante el ataque de diarrea. Al quinto día, Claudia comenzó a preocuparse más pues Emilio se tornaba más irritable y difícil de alimentar. Tomó un huevo crudo y lo pasó por el estómago de Emilio. Luego se rompió el huevo en un plato para ver su color: si tiene color, ha sido “cocinado” por el calor en el cuerpo del niño y el calor ha sido removido efectivamente. Claudia consideró que el huevo de Emilio tenía un color naranja “cocinado” y sentía que eso le había enfriado lo suficiente.³² Ese fue el único tratamiento que dieron a Emilio durante el episodio de diarrea, que duró un total de siete días.

Aunque Claudia prefirió utilizar tratamientos caseros en vez de ir al centro de salud o al médico, reconocía el valor de la biomedicina para tratar condiciones o enfermedades más graves que no responden a la atención casera. En el caso de la diarrea de Emilio, ella no compró solución de rehidratación oral, pero sí dijo que era importante mantener hidratados a los niños durante la diarrea, de allí sus esfuerzos por continuar dando pecho a Emilio durante su enfermedad. Ella pensaba que TRO sería importante para un niño que no estaba amamantando que tuviera un caso especialmente “fuerte” de diarrea.

Aunque las madres pueden inicialmente usar remedios caseros, las creencias humorales no impiden que las madres utilicen tratamiento

biomédico. Casi todas las madres que mencionaron concepciones humorales de la enfermedad diarreica no reportaron buscar tratamiento biomédico retrasado más allá del período de espera normal de otras madres en sus comunidades. En una encuesta que realicé en reuniones comunitarias en el Departamento de Chimaltenango en 2006 y 2007, averigüé que la mayoría de las madres reconocían el peligro de permitir que un caso grave de diarrea continuara durante mucho tiempo; de 307 participantes, 17 por ciento consideraron la diarrea una enfermedad “peligrosa”, y 20 por ciento asociaron diarrea a deshidratación. De hecho, las curanderas a menudo promueven buscar tratamiento adicional y apoyan a las mujeres en busca de opciones. Las curanderas son un foco de identidad y poder femenino dentro de las comunidades.

Además de las mujeres que son sanadoras humorales (curanderas), las comadronas laicas ocupan posiciones importantes de confianza, liderazgo y atención maternal dentro de las comunidades mayas, donde hay una fuerte preferencia cultural por dar a luz en casa debido a la tradición y los temores bien fundados de tratamiento racista dentro de las instalaciones biomédicas.³³ La navegación de Claudia entre medicina tradicional y atención biomédica en entornos institucionales que no le eran cómodos refleja el proceso de toma de decisiones que aceptan muchas mujeres mayas, aunque Claudia tenía mejores recursos financieros y acceso geográfico a atención sanitaria que la mayoría.

Realidades de Administrar TRO

Dar TRO es trabajo duro. Los afiches y materiales de capacitación de organizaciones de salud global y del Ministerio de Salud de Guatemala todos muestran a mujeres sosteniendo suavemente una taza o cuchara en los labios de un niño deseoso, tranquilo. Pero esa no es la realidad. De hecho, prevenir diarrea y dar TRO requiere de las mujeres trabajo doméstico adicional no remunerado. Los programas de capacitación para prevenir la diarrea piden que las mujeres implementen estrategias de purificación del agua, limpieza del hogar y lavado de manos que a menudo no pueden hacer por falta de tiempo y recursos. La TRO en sí requiere suministros, tiempo y persistencia. No es tan simple. Después de décadas de diversas intervenciones de TRO, la mayoría de las madres, mayas y ladinas en el Departamento de Chimaltenango han oído hablar sobre TRO. Pero escuchar sobre sus beneficios no hace fácil darla a un niño. Noventa y dos por ciento de las madres, al preguntarles directamente durante entrevistas de encuesta individuales, dijeron que pensaban que TRO era “buena” o “efectiva” para la diarrea.³⁴ Incluso entre mujeres que dijeron que creían que la TRO es buena, ideas incorrectas sobre lo que hace la TRO y cómo trabaja eran comunes. Por ejemplo, las que creían que la TRO para la diarrea indicaron que o no han

utilizado TRO nunca (y visto el incremento de heces que causa) o nunca han usado TRO en cantidad suficiente. Una madre en Panaj dijo “la TRO lava el estómago y para la diarrea.” Otras creían que TRO reemplaza la nutrición para un niño con diarrea, y por lo tanto no darían otros alimentos al niño durante la diarrea. Hay muchas causas posibles para esas percepciones incorrectas sobre TRO y lo que se supone debe de hacer. Averigüé que, en un intento por promover TRO, los trabajadores sanitarios a veces informan mal a las madres diciéndoles que TRO es lo que necesitan para “curar” o “arreglar” un caso de diarrea. Simplificar las explicaciones sobre TRO a ese nivel puede llevar al no utilizar TRO luego que una prueba inicial no produce los resultados curativos esperados e incluso puede ser peligroso en el caso de retener alimentación.

Preparación y almacenaje de sales de rehidratación oral

Las madres que dijeron que la TRO no era buena explicaron que simplemente no funciona. Dijeron que la TRO no hizo que sus hijos se pusieran mejor y que hacía peor (la cantidad de) la diarrea. Una vez más esto ilustra que no entender el propósito y función de la TRO lleva a las madres a sentir que no trabaja. Malentendidos sobre la función de TRO también pueden ser peligrosos entre madres que piensan positivamente de la TRO. En dos entrevistas, las madres indicaron que habían utilizado enemas laxantes para niños con diarrea. Ambas mencionaron la opinión común de que TRO era una buena manera de “limpiar” el estómago, evidenciado por la producción incrementada de heces que causa la TRO. Eso indica una creencia de que la TRO y los laxantes crean el mismo efecto y pueden, por lo tanto, ser utilizados indistintamente. Esa concepción errónea tiene consecuencias graves para los niveles de deshidratación y estatus nutricional de los niños con diarrea.

La forma de preparar sobres de sales de rehidratación oral (SRO), tal como recomiendan los médicos del centro de salud y equipos móviles en el Departamento de Chimaltenango, es mezclar el contenido de un sobre con un litro de agua hervida o clorada. Aparte de utilizar botellas plásticas de gaseosa lavadas, la mayoría de las madres en áreas rurales no tienen forma de medir la cantidad correcta de agua. La mayor parte de mujeres que me dijeron que habían utilizado sobres dijeron que solían estimar la cantidad correcta de agua probando la solución. Puede que mezclen la solución en una olla o preparen una porción individual en una taza mezclando sólo una pequeña porción del sobre. Si las madres mezclan los sobres de SRO con agua incorrectamente, sus hijos no están recibiendo los beneficios de la terapia de rehidratación oral. Ya que los puestos de salud tienden a entregar sólo uno o dos sobres de SRO a la vez, las madres casi seguro utilizan el polvo con demasiada moderación, negando los beneficios

de absorción óptima de electrolitos. Sin embargo, si la solución de SRO se mezcla con muy poca agua, puede agravar la deshidratación debido al contenido de sal.

Aunque los lineamientos de TRO recomiendan que se de TRO a los niños incluso si el agua que se usa para hacerla no está purificada, eso puede exponer a la niñez a patógenos adicionales cuando sus sistemas inmunes ya están luchando contra una infección diarreaica. Solo alrededor del 20 por ciento de las mujeres que entrevisté utilizaban agua potable embotellada, hervida o clorada en sus casas, y utilizarían la misma fuente de agua para preparar TRO. Durante los últimos diez años, se ha introducido agua entubada en algunas de las aldeas más pequeñas de Chimaltenango, incluido Panaj. Sin embargo, el agua en Panaj no es tratada y los hombres locales a veces se bañan en la laguna que es la fuente de agua entubada. Como no es tratada y está expuesta a contaminantes ambientales, el agua entubada puede tener los mismos o incluso mayores niveles de patógenos de diarrea que los arroyos u otras fuentes de agua que fluye. Pero el hecho de que el agua venga de una tubería hace que las mujeres creen razonablemente que está limpia y es segura para beber.

Otro componente de administración segura de TRO es saber cuándo descartar solución sobrante. De unas setenta madres que participaron en grupos focales, solamente dos sabían que hay que tirar la solución de SRO veinticuatro horas después de mezclarla.³⁵ Una vez más, la escasez de sobres gratuitos disponibles en centros de salud y de trabajadores de salud común tornan contraintuitivo, para mujeres que están acostumbradas a no desperdiciar nada, el tirar solución que sobra. Varias veces las mujeres me han mostrado orgullosas los restos de una solución embotellada de SRO en el alféizar de una ventana o en un estante en sus hogares, a menudo con meses de polvo y mugre acumulados sobre el contenedor. El compromiso de tiempo que les toma administrar TRO a los niños también traspasa lo que las madres pueden aportar. Los centros de salud y equipos móviles recomiendan que se dé a los niños medio vaso de TRO cada hora o dos cucharadas cada quince minutos para niños muy pequeños. Es un esfuerzo que requiere trabajo intensivo, especialmente para mujeres rurales mayas que es más probable estén haciendo trabajo manual en los campos lejos de la casa. El gran tamaño de las familias en muchos hogares maya también dificulta dedicar el tiempo necesario para administrar TRO efectivamente cuando hay muchos otros niños y niñas que requieren cuidado y atención.

Resistencia Infantil a TRO y Alimentación a la Fuerza

Alrededor del 70 por ciento de la población del Departamento de Chimaltenango no puede cubrir sus necesidades nutricionales básicas. Dados esos altos niveles de desnutrición, los efectos de episodios repetidos de enfermedad

infecciosa, especialmente diarrea, agravan la mala condición nutricional e inhibe el crecimiento y desarrollo infantil.³⁶ Cuando los niños están desnutridos, a menudo se vuelven irritables y letárgicos. Conforme avanza la desnutrición, se vuelven apáticos, rechazan la comida y muestran poco interés hacia o respuesta al mundo que les rodea.³⁷ Me quedó totalmente clara la presencia de ese nivel de desnutrición una tarde en Chimaltenango, cuando estaba con el equipo móvil en una aldea pequeña de plantación fuera de Acatenango. El equipo intentaba poner al día a los niños en su calendario de vacunación, y tocaban las puertas en busca de niños y niñas de sus listas. Cuando una niña de dos años visiblemente desnutrida recibió su vacuna estando en brazos de su madre, no lloró; giró levemente la cabeza para ver el brazo inyectado y gesticuló. La madre dijo que a la niña ya no le gustaba jugar o comer, y la enfermera del equipo le dijo que la obligara a comer o al menos a beber un poco de atol.

Por supuesto, sabemos que los niños saludables de dos años lloran cuando se les vacuna. Después de observar la grave apatía y muy aparente desnutrición en esa niñita, empecé a darme cuenta de que otros niños rurales tenían la misma respuesta a sus vacunas y los mismos signos de desnutrición. El enfoque de crianza común en muchos hogares mayas rurales prioriza calmar a los niños pequeños, y es contrario que las madres obliguen a sus hijos a comer cuando no quieren hacerlo, especialmente una solución de SRO que sabe mal. Adicionalmente, puede que las madres no reconozcan que alimentar a la fuerza es crucial si un niño llega a etapas de deshidratación y desnutrición al punto de severa apatía donde el niño ya no llora o demanda atención. Una madre en Panaj declaró que “Cuando los niños tienen diarrea, no comen. No es bueno obligarlos. Se ponen peor si comen algo que no quieren.” El sentimiento de que los niños que tienen diarrea deberían comer solo lo que quieran fue repetido por una de sus vecinas en otra entrevista. “Cuando un niño tiene diarrea, solo un poquito de lo que le guste – como vegetales. Casi no comen tortillas.”

Algunas madres que discutieron alimentar a la fuerza dijeron que han intentado hacerlo utilizando una jeringa plástica que les habían dado, junto a un sobre de SRO, en el puesto de salud. Dijeron que usan las jeringas para empujar la solución dentro de la boca de sus hijos cuando no quieren beber. Una mujer me mostró su jeringa, mantenida en un alféizar polvoriento de la ventana con una botella medio usada de solución premezclada, la cual había recibido del centro de salud varios años antes. Los resultados de un estudio realizado en Comalapa encontraron que un factor principal de riesgo para diarrea en los niños era el uso de biberones (pachas) para alimentar ya que los biberones y sus tetinas de caucho típicamente no se desinfectaban correctamente.³⁸ Es lógico pensar que el mismo problema ocurriría con jeringas utilizadas para alimentar TRO a la fuerza, y la promoción del uso de jeringas para administrar TRO puede tener peligros ocultos. Claramente, toma más que algunos paquetes de sales de rehidratación oral el mejorar los resultados de la diarrea infantil, al igual que se necesita más de un taller sobre empoderamiento para mejorar las opciones de las mujeres.

Atención Selectiva y Planificación Familiar

Sería negligente si no discutiera brevemente la planificación familiar y el tamaño de la familia en relación con la cascada de estructuras sociales patriarcales y marginalización en la cual viven las mujeres mayas y crían a sus hijos. Al enfrentar recursos increíblemente limitados, las madres deben elegir cómo gastar esos recursos y cómo se priorizan los alimentos y búsqueda de tratamiento para diferentes miembros de la casa. El ejemplo de retiro selectivo de atención sanitaria que presencié fue Rosario con el bebé Efraín, descrito en la introducción del libro. Ella no dejó a su bebé activamente expuesto a los elementos o lo dejó de alimentar, pero la tarde que pasé con ella parecía entender que él moriría si no recibía atención sanitaria adicional. Sin embargo, tomó la decisión - si se le puede llamar así, dada la falta de opciones - de no buscar tratamiento adicional para su bebé. Sentía que en conciencia no podía gastar más tiempo o dinero tratando a un infante ya gravemente enfermo cuando tenía otros ocho hijos hambrientos que alimentar. Caroline Brettell cuestiona los conceptos occidentales de “abandono” e “infanticidio” y argumenta que esos términos hacen un juicio absoluto de valor sobre las acciones del cuidador, sin importar la circunstancia e intencionalidad. La discusión de Brettell sobre el complejo equilibrio que deben mantener las mujeres entre actividades que generan ingresos y cuidar a los hijos para garantizarles supervivencia y éxito es especialmente aplicable al caso de Rosario.³⁹ Dado sus escasos recursos, Rosario no podía buscar cada tratamiento posible para Efraín a expensas de poder cuidar a sus otros hijos, pero no quería que él muriera.

En tales ambientes de pobreza de recursos como son las aldeas rurales de Chimaltenango, tienen que seleccionar qué tipo de atención es posible para cada niño y para la familia como un todo. En Panaj, Estrella no puede comprar cada semana las salchichas que piensa que son buenas para sus hijos, pero les da huevos y consigue salchichas cuando puede. Hay elecciones constantes entre lo que es mejor para ahora y lo que sería mejor para el futuro, como gastar dinero en comida extra que se necesita o poder pagar la escuela. La mayoría de las madres no toman decisiones de manera autónoma sobre asignación de comida; sus esposos y suegras juegan un papel clave en definir cómo se distribuyen los alimentos.⁴⁰ A menudo se comparte la comida en las casas priorizando las necesidades de los que se considera aportan más trabajo al hogar, usualmente hombres adultos. Los niños que han sido identificados por los servicios de salud como desnutridos a menudo no reciben más comida que otros niños en el mismo rango de edad.⁴¹ Además, se considera que los niños son más hambrientos y requieren más alimentos que las niñas, lo cual resulta en diferencias de género en cuanto a crecimiento y desnutrición.⁴² La incorporación de disparidades de género comienzan al nacer.

El tamaño de la familia también define las oportunidades de la mujer y sus responsabilidades como cuidadora. Es difícil acceder a planificación familiar

y entender las relaciones. El aborto es ilegal en Guatemala, y ha sido difícil promover los condones en una cultura machista donde los hombres a menudo creen que el deseo de la esposa de usar condones indica que está teniendo una relación extramarital. El acceso a los anticonceptivos casi se ha duplicado durante los últimos veinte años, llegando al 49 por ciento entre mujeres casadas.⁴³ Sin embargo, como casi todas las métricas en Guatemala, esa cifra oscurece las disparidades de acceso para poblaciones rurales y urbanas y mayas y ladinas. Los tipos más comunes de control de natalidad utilizados en comunidades rurales de Chimaltenango son implantes hormonales de larga duración y DIU. Estos tienen la ventaja de durar meses o incluso años y son más fáciles de ocultar a la pareja que píldoras anticonceptivas. El gobierno guatemalteco se asocia con Planned Parenthood Global para programas de planificación familiar, y ONGs también dan servicios ampliados. Dentro del Departamento de Chimaltenango y más allá, la ONG WINGS (Alas de Guatemala) suministra acceso esencial a métodos de planificación familiar, incluidos métodos anticonceptivos de larga duración y opciones permanentes de esterilización tanto masculina como femenina.

Aun así, las mujeres rurales interesadas en limitar el tamaño de su familia tienen acceso inadecuado a información y materiales que necesitan, controlados por recursos gubernamentales limitados, y más cerca de casa, los deseos de sus parejas. “Se que algunas mujeres hacen cosas. ¿Cómo se hace para que no tengan hijos? Yo tengo demasiados hijos y no los puedo cuidar como me gustaría,” dijo una madre de once niños en Panaj. Hablando con mujeres, a menudo sentían curiosidad sobre cómo funcionaban los diversos métodos, y usualmente parecían tener genuino interés en cómo limitar su fertilidad. Durante una discusión de grupo focal en Panaj, la conversación dejó de ser sobre tratamientos de diarrea cuando las mujeres supieron que yo era casada y en ese entonces aun no tenía hijos.⁴⁴

Felicita: ¿Dónde están sus niños? ¿No tiene?

Rachel: Todavía no tenemos, pero sí queremos hijos en unos cuantos años.

Clemencia: ¿Tal vez no puede tener?

Estrella: ¿Qué hace para no tener hijos?

Myrna [asistente de investigación]: Todas tienen curiosidad por saber cómo hace para no tener hijos.

Rachel: Tomo una píldora cada día que me impide tener hijos, y la dejaré de tomar cuando ya queramos niños.

Estrella: Ah, conocimos una mujer, Ester, que tomó esas píldoras y se murió. La hacían abortar todo el tiempo, y luego le salió un tumor grande en la matriz y se murió.

Rachel: No estoy segura de qué le pasó a su amiga, pero las píldoras son bastante seguras, y no me enferman. Hay otros métodos para no tener bebés, como condones. ¿Han oído hablar de esos?

Felicita: [Riendo] Nuestros esposos no los quieren usar. Pensarán que tenemos novios si queremos usar esos. [Más risa.]

Estrella: Intenté sincronizar con mi período (método ritmo) pero no funcionó.

Durante esa discusión y otras, las mujeres dijeron que tenían demasiados hijos lo cual les impedía proveer para ellos como quisieran. Desafortunadamente, la falta de información, miedo a infertilidad y efectos secundarios, y falta de apoyo de la pareja y la familia, son barreras permanentes al aumento del uso de anticonceptivos en Chimaltenango.⁴⁵

Dentro de las jerarquías sociales de Guatemala que minimizan la presencia de poblaciones mayas, las adolescentes y mujeres mayas sólo se tornan visibles dentro de la programación de salud del gobierno como madres y madres potenciales.⁴⁶ Se tornan valiosas al estado neoliberal sólo como productoras de mano de obra futura. Los únicos programas de salud para chicas adolescentes y mujeres en edad reproductiva son los que se enfocan en maternidad segura y mejorar la salud de los niños que tienen. Se ha criticado mucho el popular programa de nutrición de salud global centrado en los primeros mil días de vida, el cual fue adoptado por el Ministerio de Salud guatemalteco en asociación con el Programa Mundial de Alimentos y otras alianzas globales, que cubre el periodo que va desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño. Dicho programa se centra exclusivamente en los resultados de salud del niño y no en las madres adolescentes como niñas que son, con sus propias necesidades físicas y de desarrollo.⁴⁷ La maternidad se refuerza como el único valor que las mujeres mayas aportan a la sociedad a través de ese enfoque exclusivo en salud materna en vez de también en las madres como personas.⁴⁸

Mi Posicionamiento como Mujer en Guatemala

Hemos visto que las mujeres, especialmente las mujeres mayas, son devaluadas en la sociedad guatemalteca. No puedo completar esta discusión sobre la posición de las mujeres guatemaltecas, sus roles en la familia y sus retos en cuanto a prestar cuidado y buscar atención sanitaria sin reconocer y discutir mi propia condición como gringa que trabaja en Guatemala. En mi privilegio como extranjera blanca, experimento mi identidad como mujer en Guatemala de manera muy diferente a mis amigas y colegas ladinas y mayas. A menudo me otorgan un estatus honorífico pragmático (y problemático) como hombre para que pueda emprender actividades y navegar por espacios donde la mayoría de guatemaltecas no podría.⁴⁹ Me he dado cuenta que actúo el papel, usualmente vistiendo pantalones holgados y camisas abotonadas para evitar atraer la atención masculina de hombres. La vestimenta percibida como masculina que adoptan las mujeres extranjeras que trabajan en Guatemala a menudo provocan bromas y ofrecimientos de ropa más atractiva (lo cual fue mi experiencia en Panaj).⁵⁰ Una vez caminaba con un colega maya por una parte peligrosa de Chimaltenango al atardecer tras finalizar el trabajo.

El bromeó que se sentía seguro caminando conmigo debido a la forma segura con la que yo caminaba, diciendo que nadie querría meterse conmigo. Eso esperaba yo.

También he observado que yo rutinariamente adopté las estrategias de seguridad de las mujeres locales, como no salir sola o después del atardecer. Constantemente pienso en cómo mantenerme segura en un lugar donde las mujeres no son valoradas y donde, de manera predeterminada, sobresalgo. El trabajo de campo en antropología y salud global valora implícitamente tomar riesgos y ser bravucón en formas que minan los compromisos a la igualdad de género y pueden complicar aún más ante las comunidades locales nuestras relaciones como trabajadores de campo.⁵¹ Los cuerpos de las mujeres en el campo y en la ejecución de programas de salud global se convierten en objetos de escrutinio y hay que luchar por mantener el estatus quo. En el Chimaltenango urbano, a menudo me han abucheado, hombres me han seguido a veces en la calle, y una vez me halaron a un callejón para intentar agredirme.⁵² Los programas de investigación e implementación de salud global básicamente ignoran los riesgos para las mujeres trabajadoras de campo, tanto locales como extranjeras, especialmente al confiar en el trabajo de mujeres para implementar programación que a menudo va contra las normas de género locales.⁵³

Siempre comienzo el trabajo en nuevas comunidades por medio de una avalancha de contactos, y ahora disfruto los beneficios de trabajar a largo plazo en la región, donde me conocen bien en muchas comunidades y entre organizaciones locales de salud y desarrollo. Incluso así, una mujer que trabaja lejos de su casa es una curiosidad. A menudo he explicado que necesito estar en Guatemala como parte de mi trabajo, lo cual parece resonar en comunidades mayas rurales donde los hombres mayas, y cada vez más las mujeres, se van temporalmente de sus hogares para trabajo agrícola remunerado en las costas, construcción y otros trabajos en Ciudad de Guatemala, o migran a los Estados Unidos. A lo largo de los años he visto que la gente siente curiosidad por conocer a mi esposo - ese hombre que permite que su mujer esté lejos de casa sin acompañante. Después, cuando tuve que viajar para trabajo de campo, las mujeres guatemaltecas me han apoyado con ofertas de cuidar y alimentar a mis niños, darme consejos, y conmiserar sobre los retos de ser madre. ¡Mis preguntas sobre niñez, crecimiento, nutrición y diarrea ya no les parecían tan extrañas! La maternidad como trabajadora de campo de salud global ofrece sus propias oportunidades y desafíos.⁵⁴

Ha sido el privilegio de mi vida construir amistades profundas y alianzas de trabajo en Chimaltenango y más allá en Guatemala desde que llegué la primera vez en 2005. Adoro que tantos fuegos se sientan como mi hogar. Pero reconozco que no lo son, y lucho con los privilegios inmerecidos que me han llevado a esas sillas al lado del fuego e inevitablemente definieron mi opinión. Por ejemplo, mi primera experiencia con inseguridad alimentaria fue cuando viví en Panaj con Flavia, Estrella, María, y Mercedes. Había solo unas cuantas tiendas pequeñas

en Panaj, que vendían unas cuantas papalinas, galletas y gaseosas. Allí no se podían comprar otros alimentos. La casa de Flavia era representativa de muchas otras que trabajaban duro en los campos cada día para cultivar lo suficiente para comer porque el transporte limitado y la falta de dinero significaba que eran raros los viajes a comprar alimentos en el mercado de Comalapa. Cuando discutimos que yo me fuera a vivir a la casa, Flavia me dijo directamente “No hay comida para usted aquí. Va a tener que traer la suya.” Yo tenía la habilidad de ir al mercado semanalmente y los quetzales para comprar lo que quería, incluso con un presupuesto pequeño para investigación. Deliberaba toda la semana sobre cuánta comida podía comprar en el mercado y llevar a la aldea.

En el hogar, nos adaptamos a un patrón de cocina comunitaria y de compartir alimentos. Más allá de los desafíos logísticos de conseguir comida, luché por encontrar el equilibrio entre estar auténticamente presente en Panaj y comprender la vida en la aldea, sin fingir pobreza. Tantos etnógrafos antes que yo han luchado al encontrar pobreza, no como algo exótico sino como el telón de fondo terriblemente mundano contra el cual se viven las vidas de la mayoría global.⁵⁵ Sentarse, ver, empezar a comprender el mundo de los demás fue un regalo increíble, pero mi pasaporte y mi billete de avión de regreso siempre estuvieron ahí, escondidos en mi mochila. Durante mi estancia en Panaj, sentí hambre, adelgacé y me cansé, pero elegí cada momento. Las mujeres de la casa de Flavia no tenían boletos, ni mochilas, pocos quetzales y menos opciones. Soy y siempre seré una forastera y trato de afrontar esa posición con respeto y gratitud. Sin embargo, reconozco que mi presencia durante el trabajo de campo y las diferencias en riqueza, poder y privilegios entre mis interlocutores y yo son parte de la compleja y problemática red de dinámicas de poder en la salud global.

Las Mujeres como Objetivos de Salud Global

Las mujeres guatemaltecas suelen ser posicionadas como receptoras pasivas de programas globales de salud y desarrollo que necesitan y esperan que conviertan la información en acción y hagan que los programas sean exitosos. También son reclutadas como trabajadoras comunitarias de salud voluntarias o mal pagadas para realizar el arduo trabajo de implementación comunitaria de iniciativas de salud global. La habilidad de asumir esas tareas la definen y restringen las desigualdades que las mujeres enfrentan en la sociedad guatemalteca (y doblemente para las mujeres indígenas mayas). Los patrones que hemos visto en la participación de las mujeres guatemaltecas en el sistema de salud y la programación de salud global se repiten en todo el mundo. Los programas de salud globales tienen “discursos de género sobre el merecimiento” a través de

los cuales se presenta a las mujeres como instrumentos de maternidad, de objetivos de programas, y como mano de obra no remunerada.⁵⁶ La mayoría de los programas de salud global en Guatemala son concebidos por donantes extranjeros y planificados en Ciudad de Guatemala por hombres, pero implementados en comunidades rurales y periurbanas marginadas por mujeres. Eso refleja las estructuras de salud global a través de las cuales los hombres de países de altos ingresos lideran los programas y las mujeres los ejecutan.⁵⁷

Las mujeres mayas suelen ser el objetivo de los programas de salud globales en las zonas rurales pobres. La interseccionalidad de sus identidades como mujeres e indígenas (que viven dentro de estructuras sociales que son a la vez misóginas y racistas) moldea profundamente sus experiencias de interacción con bienes sociales como los servicios de salud. Los programas de salud globales necesariamente se superponen a profundas raíces históricas que han producido las desigualdades actuales. La violencia de género contemporánea es una continuación de patrones históricos iniciados durante la conquista y perseguidos con celo genocida durante todo el período colonial guatemalteco, incluida la violación selectiva de mujeres indígenas para blanquear la población.⁵⁸ Así comenzó el “desarrollo” en Guatemala: con la noción descaradamente racista de que lo indígena estaba reñido con la modernidad y los esfuerzos violentos por erradicarla. Los cuerpos de las mujeres indígenas se convirtieron y siguen siendo el campo de batalla en el que se libra la lucha por el poder en Guatemala.

Los programas de salud global y desarrollo destinados a mejorar la salud de las comunidades indígenas e incluso empoderar a las mujeres pueden jugar con el papel de las mujeres mayas como receptoras pasivas y no agentes que esperan una solución. Muchos programas de salud globales solo ven a las adolescentes y mujeres mayas como madres potenciales en lugar de individuos autónomos con necesidades y objetivos de salud propios, y se dirigen exclusivamente a ellas como (re)productoras de niños.⁵⁹ Tales programas fracasan en múltiples frentes. Primero, presumen de entender los objetivos de las mujeres mayas, enmarcándolas como monolíticas y convenientemente mesurables por medio de evaluación de programas. Segundo, ignorar las actividades y liderazgo comunitario existente que emprenden las mujeres. Tercero, a menudo rechazan los patrones de toma de decisiones dentro de las familias y comunidades, lo cual significa que las decisiones de chicas adolescentes y mujeres sobre rutas educativas y vidas reproductivas puede no ser visto como que ellas las deben hacer.⁶⁰

Finalmente, los sistemas de salud global han dependido durante mucho tiempo del trabajo no remunerado de trabajadores comunitarios de salud, y es menos probable que se pague a las mujeres por ese trabajo, en comparación con sus pares masculinos.⁶¹ He sido culpable de esto. Nuestra sabiduría recibida en materia de salud global es que la participación comunitaria mejora los programas. Eso es cierto, pero no toda la participación comunitaria es igual: puede priorizar significativamente los objetivos y participantes locales, o puede aprovechar a los

participantes locales al servicio de fines definidos externamente. La maravillosa y talentosa Rosi, a quien conocimos al comienzo del capítulo, participaba entusiasta en el grupo de mujeres promotoras de salud, pero el proyecto se benefició injustamente de sus talentos, que sólo fueron mínimamente compensados. Por mi parte, ya no trabajaré en proyectos de salud global que dependan de trabajo voluntario, y espero que estemos viendo el inicio de un movimiento en salud global para compensar equitativamente a todos los trabajadores.⁶² Aun así, la salud global sigue siendo un campo encabezado por hombres y entregado por mujeres.⁶³ Las mujeres tienen empleos de menor estatus y se les paga menos por los mismos trabajos que a los hombres.⁶⁴ Esfuerzos como el movimiento Mujeres en Salud Global están trabajando para llamar atención a esas desigualdades que deberían ser un escándalo en un campo dedicado a la igualdad en salud, pero no han sido reconocidas durante demasiado tiempo – otro punto flaco de la salud global.

Conclusión

Las estructuras y programas de salud globales se ven a sí mismos como empoderadores de las mujeres, pero a menudo se confabulan con sistemas de desigualdad social para lograr sus propios resultados mensurables y autodeterminados. Esto sucede desde el nivel global hasta el nivel local. En Guatemala, las mujeres enfrentan el peso de la culpa por los malos resultados de salud de sus hijos, a pesar de que sus opciones para implementar los mensajes de los programas de salud global están limitadas por estructuras sociales violentas que les impiden una participación pública plena. Las mujeres experimentan sufrimiento social mientras se ocupan del cuidado de sus hijos y soportan las enfermedades y la pérdida de niños dentro de sus hogares y comunidades. Pero también construyen capital social a medida que se apoyan mutuamente en la prestación de cuidados y eligen de manera activa cuándo y cómo participar en la búsqueda de tratamiento. El capital social es el tipo de riqueza que las mujeres construyen habitualmente, aunque en el caso de las mujeres rurales expresa lo que puede abrir algunas puertas dentro del fragmentado panorama neoliberal del sistema de salud en Guatemala. El capítulo 3 explora el sistema de salud gubernamental en Guatemala y las dinámicas racializadas y de género para acceder a ese sistema.

3 De Machetes y Medicina: Caminos Difíciles a los Servicios de Salud Gubernamentales

Los doctores vienen cuando tienen que venir, pero se van en cuanto pueden. Nadie se queda mucho tiempo. Recibimos estudiantes (médicos), y para ellos sólo es un requisito. Este no es su lugar, así que se regresan a la ciudad.

—Líder comunitario, aldea de Acatenango.

La gente en las aldeas no escucha, y no aprende. Quiere que la dejen en paz y mantener las cosas como están.

—Doctor en Comalapa.

Apreté mi portapapeles de encuestas contra el pecho mientras corríamos. Los gritos en kaqchikel nos decían inequívocamente “salgan de mi propiedad” después que nos cerraran de golpe la puerta de chapa de metal en la cara. Cuando uno de los médicos móviles llamó en kaqchikel a través de la puerta, tratando de convencer a la familia que estaba adentro para que saliera a vacunarse, un perro que ladraba ferozmente saltó hacia nosotros desde la parte trasera de la casa. “¡Corran al camión!” gritó uno del equipo, y todos bajamos por el camino empinado y rocoso hasta el camino de tierra donde habíamos estacionado. Justo cuando estábamos llegando al camión del Ministerio de Salud, desde algún lugar arriba de una loma detrás de un grupo de árboles, se escuchó el zumbido de pequeñas piedras que nos arrojaban. Levanté la vista y vi a un grupo de tres o cuatro jóvenes riéndose mientras nos bombardeaban con escombros.

Nos subimos al camión y nos alejamos tan rápido como lo permitía el camino lleno de curvas y baches. Una vez de regreso en la carretera asfaltada, Carlos, uno de los enfermeros móviles, se detuvo; para entonces, los cuatro nos reíamos y ya nos contábamos la historia de lo que habíamos visto y lo que pensábamos mientras corríamos. “Te dije que no intentarás conducir hasta allí. No nos quieren ahí arriba,” dijo Delia, una enfermera kaqchikel aun jadeando. Mientras el resto del grupo asentía que estaba de acuerdo, comenzó a anotar a quiénes había vacunado el equipo y a quiénes no podrían llegar.



Imagen 3.1
Equipo de salud móvil visitando hogares para vacunación.

En ese momento, ya llevaba aproximadamente un mes viajando con el equipo móvil de salud de Acatenango, realizando encuestas y hablando con madres mientras esperaban ver al médico. Varias veces la gente nos había cerrado las puertas o se había escondido dentro cuando vieron acercarse el camión del Ministerio de Salud. Otros simplemente sonrieron y rechazaron cualquier vacuna o revisión rutinaria para sus hijos.

Si bien el perro y las piedras no representaban un peligro real, fue suficiente para que la sangre se acelerara, y la experiencia ilustró enfáticamente cuán tensas son las interacciones con el sistema de salud del gobierno para algunas de las comunidades rurales mayas de Chimaltenango. El objetivo de los equipos móviles es ofrecer atención prenatal básica, vacunar y realizar controles de rutina a niños menores de tres años y tratar o derivar pacientes con problemas de salud durante visitas mensuales a cada comunidad (imagen 3.1). Sin embargo, como ilustra esta historia, algunos miembros de las comunidades rurales mayas ven a los equipos móviles como intrusos, y las interacciones con los equipos pueden estar plagadas de sospecha, miedo y malas interpretaciones por todas las partes.

En este capítulo exploro el panorama de búsqueda de atención sanitaria para comunidades rurales mayas pobres. Describo el sistema de salud guatemalteco como una estructura racional planificada para permitir entrega al derecho humano a la salud, pero desbaratada por enredos neoliberales, débil gobernanza, y las fuerzas sociales más amplias de la violencia estructural. Desde la base de la pirámide, el conocimiento sobre cómo obtener acceso al sistema de salud se confunde con una gama siempre cambiante de servicios y programas que aparecen y desaparecen para muchas comunidades rurales

mayas en Guatemala. Veremos que las poblaciones marginadas con pocos recursos económicos enfrentan un sistema de salud neoliberal en el que reconocen que hay mejores tratamientos y servicios disponibles pero que no están a su alcance. La elección parece estar libre de la intrusión gubernamental, pero las opciones limitadas a las que tienen acceso las poblaciones mayas están determinadas por profundas desigualdades históricas y contemporáneas.

En este capítulo veremos cómo la violencia multivalente limita el acceso al sistema de salud para las comunidades rurales mayas. También veremos cómo los trabajadores de la salud cuentan sus propias “historias de guerra” de ser perseguidos por aldeanos con machetes y cómo se acercan a los hogares rurales con piedras en los puños para protegerse de los perros guardianes que a veces se vuelven contra ellos. A los trabajadores sanitarios de primera línea se les asigna la poco envidiable tarea de cerrar brechas imposibles en recursos y necesidades. Las dificultades para acceder a la atención, incluida la distancia a los centros y los costos de los suministros que deberían ser gratuitos, provocan retrasos en la búsqueda de tratamiento en las comunidades rurales mayas. Esos retrasos hacen que se les culpe por sus propios malos resultados de salud. Para agravar los desafíos de la búsqueda de atención, la financiación inadecuada del sistema de salud conduce a la filtración de personal y suministros del sistema gubernamental al sector privado, y la falta de rendición de cuentas conduce a la corrupción. Utilizando un marco de violencia estructural, exploro cómo el sistema sanitario del gobierno guatemalteco genera y perpetúa patrones predecibles de sufrimiento social. Los sistemas, estructuras y programas que apoyan, tácita o explícitamente, las desigualdades sociales son parte del punto débil o parte más vulnerable de la salud global.

Buscar Salud dentro de Estructuras de Violencia

Al examinar las actitudes de los mayas rurales hacia el sistema de salud, podemos empezar a comprender las formas duraderas como la violencia física genera y mantiene violencia estructural dentro de una sociedad fragmentada. Aunque la sociedad guatemalteca contemporánea está construida sobre los violentos sistemas de opresión establecidos durante la conquista y la colonia, el genocidio durante la última mitad del siglo veinte impuso visceralmente un orden social de desigualdad. Durante el conflicto armado interno, los trabajadores comunitarios mayas de Salud y desarrollo fueron el blanco de grupos paramilitares apoyados por el gobierno y fueron asesinados.¹ Por lo tanto, la entrega de servicios de salud está plagada de recuerdos de violencia gubernamental contra comunidades mayas y el rechazo a permitir esfuerzos de salud y desarrollo autodeterminados. Los servicios de salud del gobierno a menudo son difíciles

de acceder, y encuentros dentro del sistema frecuentemente se ven arruinados por el racismo, por lo que las personas mayas a menudo prefieren evitarlos. Las bajas tasas de uso del sistema de salud son mencionadas por administradores gubernamentales como base racional para limitar la expansión de servicios de salud gubernamentales.

La marginación violenta impuesta durante tiempos de guerra continúa moldeando las realidades en tiempos de paz. Las tasas de violencia física siguen siendo altas, mientras que la violencia estructural continúa excluyendo a las poblaciones mayas de la participación social y el acceso a bienes sociales, como la atención sanitaria. De hecho, la participación en la sociedad civil es un factor de riesgo de violencia, y reconstruir la participación social de posguerra en medio de la violencia actual ha sido un desafío.² Los espacios públicos, incluidas instalaciones de salud, están plagados de violencia física, simbólica y estructural.

De los efectos omnipresentes de la violencia estructural, Paul Farmer sostiene: *“La violencia estructural es estructurada y estructurante. Restringe la agencia de sus víctimas.”*³ La violencia estructural trabaja para mantener la homeostasis de la injusticia en la sociedad, produciendo y perpetuando desigualdades para algunos y manteniendo ventajas inmerecidas para otros. Si la violencia estructural es la enfermedad que azota al sistema de salud guatemalteco, el miedo es su vector. El miedo mantiene las puertas de las aldeas con barricadas contra los forasteros y piedras en manos de los trabajadores sanitarios cautelosos. El miedo, sembrado por la violencia brutal de la guerra, ha dado forma al compromiso público, la confianza y la comunidad.⁴ En última instancia, el miedo –y el legado de violencia física en el que se basa– mantiene a los niños hambrientos, a las enfermedades sin tratar y a las poblaciones mayas incapaces de participar y avanzar plenamente en la sociedad guatemalteca. En este contexto, el derecho humano a la salud está hecho sólo de papel, mucho más endeble que las piñatas que se balancean en las vigas de los mercados guatemaltecos.

El Sistema de Salud Guatemalteco

Sobre papel, la Constitución de Guatemala afirma el derecho humano a la salud, y el Código de Salud de 1997 exige que el Ministerio de Salud proporcione atención sanitaria gratuita a todos los ciudadanos. Pero el Ministerio de Salud está mal equipado para abordar las arraigadas desigualdades étnicas en el acceso a la atención sanitaria, y su presupuesto y su influencia política son débiles en comparación con otros departamentos gubernamentales. Adicionalmente, hay un abismo profundo entre lo que ha sido planificado a conciencia y lo que de hecho sucede. Es a ese abismo al que caen las personas pobres, enfermas e indígenas.

Aquí exploro la estructura del sistema de salud guatemalteco para entender su vulnerabilidad a fuerzas de racismo, corrupción, y el estatus quo que empuja a

las comunidades pobres e indígenas hacia los peores resultados de salud.

El gasto en el sector de salud en Guatemala es el 6.3 por ciento del producto interno bruto (PIB), el cual viene siendo el promedio para Centro América. Sin embargo, 4 por ciento del gasto del PIB es el costo de atención sanitaria privada que pagan los ciudadanos. El gobierno de Guatemala sólo asigna uno por ciento del PIB para financiar el sistema primario de salud gubernamental (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o MSPAS) que brinda servicios de salud para el 83 por ciento de la población. Compare eso al gobierno de Estados Unidos, que no financia la cobertura médica universal, pero gasta el 18.3 por ciento del PIB en servicios de salud.⁵ Es simplemente imposible cumplir con las disposiciones del derecho humano a la salud – servicios disponibles, accesibles, aceptables y de gran calidad con los recursos disponibles para el Ministerio de Salud guatemalteco.

Una serie de reformas al sector sanitario posteriores al conflicto establecieron las estructuras nacionales actuales, y se abolieron formalmente las tarifas con el Código de Salud de 2008 para incrementar el acceso al sistema de salud. Pero la implementación sobre el terreno de cambios que aumentarían la cobertura médica básica y la calidad ha sido inconsistente e incremental.

Los datos disponibles se hacen eco de las experiencias de Rosario y sus esfuerzos fallidos por recibir atención de calidad para el bebé Efraín en Panaj y tantos otros en comunidades rurales mayas en toda Guatemala. La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de Guatemala de 2014 indicó que el 40 por ciento de la población buscó atención biomédica por enfermedad, accidente o atención preventiva; sin embargo, las disparidades raciales persisten: el 47 por ciento de la población no indígena recibe atención biomédica en comparación con sólo el 29 por ciento de la población indígena.⁶ Guatemala continua teniendo población rural significativa, con sólo algo menos del 50 por ciento viviendo en áreas rurales; esas áreas tienen un porcentaje mayor de población indígena.

Casi la mitad de los guatemaltecos informa que ha viajado a pie en busca de atención sanitaria, y las poblaciones rurales a menudo deben viajar distancia de más de cinco kilómetros hacia la instalación de salud más cercana.⁷ El paisaje y la infraestructura de las instalaciones y recursos de salud colocan a los residentes rurales en clara desventaja a la hora de buscar servicios de salud apropiados y oportunos.

La infraestructura de salud del gobierno en Guatemala consiste en un sistema escalonado de instalaciones que van desde puestos de salud locales hasta hospitales de atención terciaria (ver imagen 3.2). Para atender a una población de 17 millones, el sistema de salud gubernamental cuenta con cuarenta y tres hospitales: diecisiete a nivel departamental, diez a nivel distrital, siete a nivel regional, seis establecimientos especializados y tres hospitales generales que aceptan derivaciones. Los hospitales generales y especializados están agrupados

en el área de Ciudad de Guatemala. Además de los hospitales, hay 279 centros de salud, 903 puestos de salud y cuarenta y seis puestos de salud mejorados.⁸ Los centros de salud se dividen en establecimientos de tipo A y B; los establecimientos de tipo A pueden brindar atención hospitalaria y se encuentran con mayor frecuencia en grandes áreas urbanas. Desde 2015, el gobierno ha priorizado frecuencia en grandes áreas urbanas y centros de convergencia para apoyar a los equipos sanitarios ambulatorios en las comunidades que no tienen una instalación de salud.

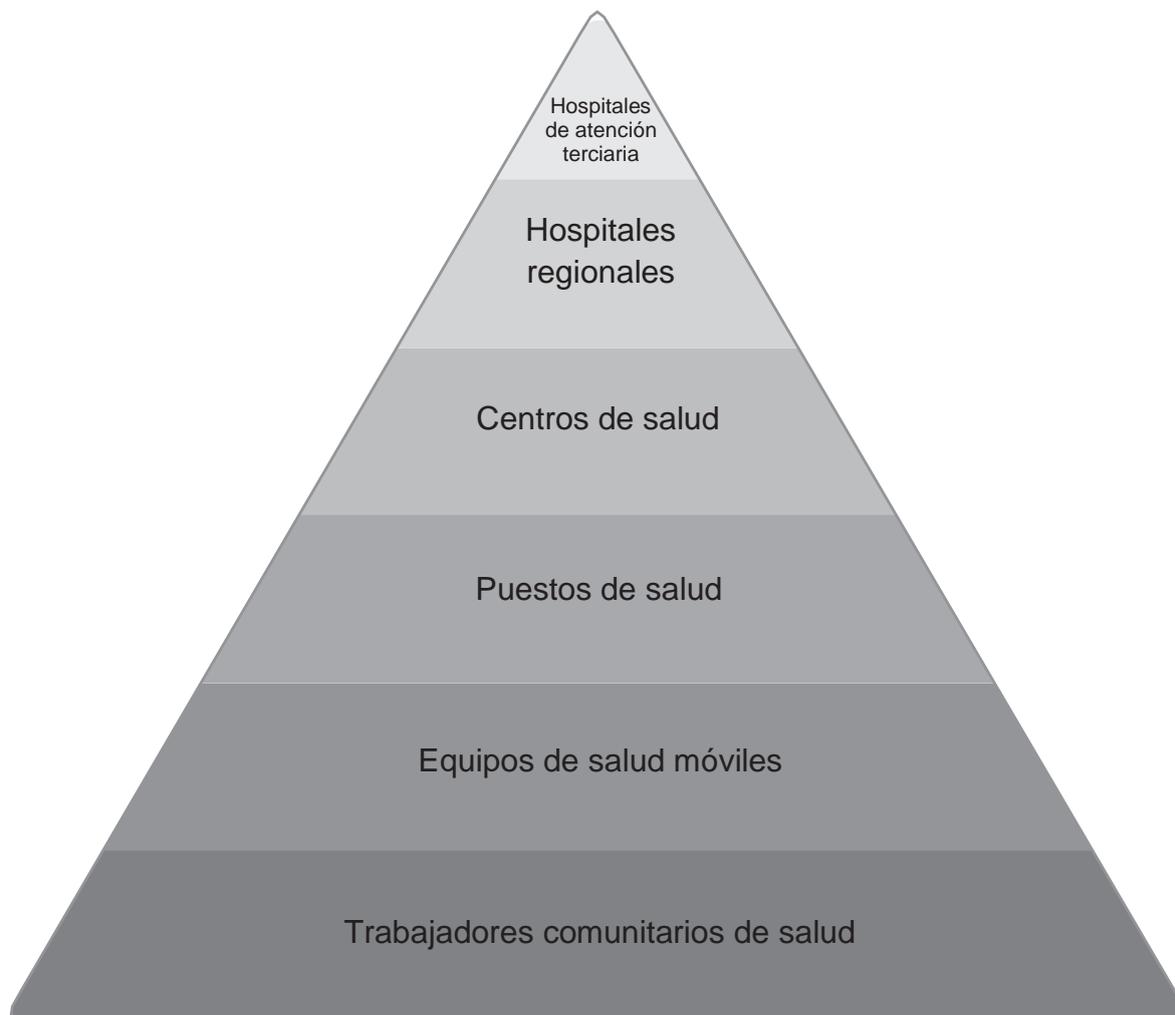


Imagen 3.2
Estructura del sistema de salud del gobierno guatemalteco.

Guatemala también tiene un sistema de seguridad social nacional, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), por medio del cual las personas que trabajan en sectores de empleo formal pueden calificar para cobertura sanitaria. El IGSS asegura sólo al 17 por ciento de la población, pero tiene una estructura paralela de hospitales y puestos de salud.⁹ Así como las instalaciones de salud tienden a estar en áreas urbanas, la distribución de trabajadores sanitarios favorece

las áreas urbanas: 25.7 trabajadores sanitarios por 10,000 habitantes en áreas urbanas en comparación a sólo 3.0 por 10,000 en áreas rurales.¹⁰

Las comunidades rurales mayas en Chimaltenango y todo Guatemala están pasando por una crisis silenciosa de atención primaria de salud. Los Trabajadores comunitarios de salud (TCS) han formado la cara local de atención primaria desde los setenta, apoyados diversamente por diferentes modelos y programas tanto por organizaciones del gobierno como no gubernamentales (ONGs).¹¹ En Guatemala, los TCS son un grupo heterogéneo de miembros comunitarios capacitados de diversas formas para dar educación sanitaria básica, triaje de preocupaciones de salud básicas, y recolectar datos epidemiológicos.¹² El antes prometedor sistema de TCS ha erosionado, y en su lugar han tardado mucho tiempo en enraizarse los servicios de atención sanitaria básicos. Los equipos de salud móviles son recibidos con respuestas mixtas por las poblaciones a las que sirven, e incluso si todos les dieran la bienvenida, aun no podrían cumplir con el derecho humano a la salud con una visita mensual a las comunidades y solo suministros básicos. Las diferencias rurales y étnicas en acceso al sistema sanitario formal se convierten en el problema fundamental para determinar éxitos en el uso de terapia de rehidratación oral (TRO) y el triaje de manera puntual de casos de diarrea más severos.

Un estudio de 2003 realizado por la Asociación Guatemalteca de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) estimó el uso de los servicios de salud gubernamentales en un 35 por ciento en las poblaciones indígenas; sin embargo, el estudio también encontró que las derivaciones a TCS por parte de curanderos locales eran algo común.¹³ En mi propia encuesta, el 72 por ciento de los mayas encuestados informaron que recibirían tratamiento para niños enfermos en un establecimiento de salud del gobierno, ya sea un puesto o centro de salud o el hospital departamental. Sin embargo, los datos de entrevistas en profundidad y de grupos focales me llevan a creer que los resultados de mi encuesta oscurecen la posición de los servicios de salud gubernamentales, que a menudo se utilizan como una opción de último recurso.¹⁴ Datos sobre el uso del sistema muestran retos persistentes en alcanzar paridad racial y geográfica en acceso al sistema de salud, aunque la Unidad Intercultural del MSPAS ha tenido algunos éxitos modestos, como que las instalaciones apoyen las posiciones tradicionales del parto en alrededor de la mitad de los centros de salud. Las comunidades mayas tienen tasas de uso relativamente altas en los programas de vacunación infantil, pero hay mayor disparidad en otros servicios de salud como anticoncepción y atención para condiciones crónicas para las que se utilizan más comúnmente servicios del sector privado.¹⁵

Niveles del Sistema de Salud en Chimaltenango

Como capital departamental, Chimaltenango cuenta con un hospital que recibe derivaciones de los centros de salud municipales de todo el departamento (imagen 3.3). Una clínica adjunta al hospital sirve como centro de salud local para los casos que no requieren los servicios más avanzados del hospital. El hospital en sí incluye una sala de emergencias, una sala de pediatría, una sala de adultos, dos quirófanos, una unidad de atención materna de dos pisos, un laboratorio y una sala de rayos X.¹⁶ Con esas instalaciones, el hospital gubernamental es el mejor equipado y suministra el más alto nivel de atención disponible en el departamento. Instalaciones públicas y prácticas privadas refieren al hospital casos que no pueden tratar. En raras ocasiones, el hospital derivará los casos, normalmente para cirugía avanzada o tratamientos especializados, al hospital de atención terciaria apropiado en Ciudad de Guatemala.



Imagen 3.3
Hospital Departamental de Chimaltenango.

Los médicos y el personal de enfermería del Hospital de Chimaltenango informaron en entrevistas que el retraso en la llegada de pacientes de las comunidades periféricas era una barrera importante para la prestación de una atención eficaz.

Comentaron que los médicos de los centros de salud municipales a menudo esperan demasiado, pensando que pueden tratar a un paciente en sus propias instalaciones en lugar de derivarlo inmediatamente al hospital. La renuencia y la imposibilidad de los pacientes de viajar al hospital, ya que no existe un servicio de ambulancia estándar fuera de la ciudad de Chimaltenango, significa que a menudo retrasan el viaje al hospital hasta que la situación es extremadamente grave.

Los servicios en el hospital son gratuitos, aunque el paciente debe pagar las pruebas de laboratorio, las radiografías y los suministros consumibles como agujas. El personal del hospital informa que el retraso en la admisión hace que sus índices de muertes parezcan injustamente malos, y los pacientes se muestran reacios a acudir a un centro que asocian con una alta mortalidad. Los médicos de los hospitales informaron además que reciben varios pacientes cada semana de médicos y clínicas privadas cuando los casos se han vuelto demasiado complicados para que los manejen las instalaciones privadas. Vi que esto ocurrió en al menos dos casos durante mi trabajo de campo a largo plazo en 2006 y 2007: casos quirúrgicos de ONGs y clínicas privadas fueron enviados al hospital gubernamental en los cuales los pacientes remitidos finalmente murieron. Este es un fenómeno que he seguido observando en misiones médicas de corta duración de proveedores de salud extranjeros.¹⁷

Los hospitales gubernamentales atienden a pacientes con las condiciones de emergencia más terribles que con demasiada frecuencia tienen malos resultados, por lo que quizás la reputación negativa que tienen, particularmente entre las comunidades indígenas, sea injusta. Sin embargo, el sistema de salud más amplio y el contexto humano en el que están insertos los hospitales canalizan a las personas hacia resultados que parecen predeterminados. La violencia simbólica hace que los individuos dentro de un sistema acepten la violencia estructural; por supuesto, los pobres indígenas rurales esperan malos resultados en los hospitales, del mismo modo que los ladinos urbanos ricos esperan buenos resultados. Eso se entiende como el orden natural de las cosas. Excepto que por supuesto eso es una falacia.¹⁸ Los malos resultados de los sistemas de salud son definidos por riqueza y raza por diseño humano, no por una regla inherente del cosmos. Retraso en buscar tratamiento debido a barreras estructurales como distancia y costos adicionales, y barreras de racismo y exclusión social difíciles de tabular llevan a los resultados malos para las personas mayas en los hospitales de Guatemala.

Aunque los hospitales son el eje del sistema de salud, la búsqueda de tratamiento a menudo comienza en una instalación de nivel más bajo. El siguiente nivel en la jerarquía de atención sanitaria del gobierno son los centros de salud municipales. Tanto Acatenango como Comalapa sirven como cabecera municipal y, en consecuencia, cuentan con centros de salud. Con una población más pequeña, Acatenango tiene un centro de salud tipo B más pequeño, mientras que Comalapa tiene un centro de salud tipo A más grande. Sin embargo, ambos cuentan esencialmente con las mismas instalaciones: dos salas de examen/paciente, sala de enfermería, laboratorio, área de almacenamiento de medicamentos y oficinas.

Aunque el centro de salud de Comalapa (imagen 3.4) está clasificado como tipo A, usualmente no cuenta con personal para tratar a los pacientes durante la noche y brinda los mismos servicios básicos que el centro más pequeño de Acatenango. La principal diferencia en la atención al paciente entre las dos

instalaciones es que el centro de Comalapa cuenta con un médico todos los días de la semana hasta por la tarde y el centro de Acatenango solo tiene un médico presente durante las cuatro mañanas de los días laborables.



Imagen 3.4
Centro de Salud de Comalapa.

Además de contar con médicos entre el personal, los centros de salud coordinan e implementan iniciativas nacionales de salud para sus municipios, como campañas de vacunación. Para llegar a toda la población de un municipio, los centros de salud coordinan con equipos de salud móviles que viajan mensualmente a todas las comunidades del municipio. Los equipos, que usualmente consisten en un doctor y dos o más enfermeras, trabajan con trabajadores de salud comunitarios locales para atender las horas de clínica, vacunar, y distribuir suplementos nutricionales para madres y niños menores de dos años. Esos servicios varían dependiendo de la voluntad política nacional y los caprichos del financiamiento internacional para ayuda.

Los puestos de salud locales y los centros de convergencia que albergan equipos móviles sirven como nivel primario de atención sanitaria para los residentes rurales. Los puestos de salud están distribuidos por los municipios de las comunidades más grandes. Los puestos de salud en Chimaltenango, al igual que en el resto del país, varían enormemente en cuanto a tipo de instalaciones, servicios que ofrecen y horarios de atención. Como ejemplo de instalaciones mejor equipadas, el puesto de salud de una aldea periurbana de Acatenango tenía su propio edificio, que fue construido por la comunidad. El centro tiene una zona de espera principal de la que salen cuatro salas: una sala de examen, una sala de almacenamiento de medicamentos, el consultorio del médico y una habitación con

una cama si alguien necesita pasar la noche, aunque esto es extremadamente raro. Este puesto está atendido durante las mañanas de lunes a viernes por un estudiante de medicina de Ciudad de Guatemala.

Sin embargo, la mayoría de los puestos de salud constan de una habitación exclusiva en la casa de un trabajador comunitario de salud, a menudo sin electricidad ni piso (imagen 3.5). La sala suele tener una mesa para examinar a los pacientes y un armario cerrado con llave para guardar los medicamentos. La mayoría de los puestos de salud cuentan únicamente con trabajadores comunitarios de salud, en su mayoría hombres de la comunidad local, que ayudan a anunciar cuándo vendrán los equipos móviles para realizar una jornada médica. En las comunidades donde no hay puesto de salud, los equipos móviles operan desde centros de convergencia o camionetas. Cuando un trabajador comunitario de salud gestiona un puesto de salud y atiende pacientes con regularidad, se supone que debe recibir compensación mensual. Un nivel inferior de TSC, a menudo denominados promotores de salud (aunque ese término a veces se utiliza para proveedores privados que cobran por servicios), está formado por voluntarios que comparten mensajes educativos sobre salud pública dentro de sus comunidades y derivan a las personas a recibir atención sanitaria.

Los promotores de salud reciben atención sanitaria. Los promotores de salud reciben sólo un pequeño incentivo por participar y suelen ser mujeres TCS. La calidad y cantidad de capacitación y supervisión para promotores de salud varía significativamente entre municipios. Recuerden que el grupo de promotoras de salud que conocimos en el capítulo 1 luchaban contra un currículo de TRO que no tenía sentido para su comunidad.



Imagen 3.5

Puesto de salud en una aldea cercana a Comalapa.

En realidad, los promotores de salud rara vez tienen oportunidad de definir programas o aprovechar a fondo su experticia local para entregar programas desarrollados en Ciudad de Guatemala y antes de ello en centro de salud global y desarrollo como Ginebra y Washington, DC.

Reformas Neoliberales y la Base de la Pirámide

La violencia estructural es multivalente. Así como la estructura del sistema de salud beneficia a las elites urbanas y priva de derechos a los pobres de las zonas rurales, la ayuda exterior llega en los términos establecidos por los países de ingresos altos. Los paquetes de ayuda exterior y desarrollo ofrecidos a Guatemala por organizaciones multilaterales y gobiernos de países de ingresos altos para reconstruir la sociedad después del conflicto armado interno requirieron que el Estado implementara enfoques neoliberales privatizados y de reducción de costos en los sistemas públicos, desde la reforma agraria hasta la seguridad (o percepciones del mismo) y al panorama de la atención de salud.¹⁹ El “éxito” del proceso de paz fue definido como un enfoque neoliberal reforzado y mejoró los indicadores económicos, con una infusión de riqueza en cascada a lo largo de sectores y abismos sociales para reconstruir a la sociedad.²⁰ Salmaan Keshavjee ha descrito la “*ceguera programática neoliberal*” en la que los programas de financiación determinan el tipo de programación de salud global y desarrollo entregada, incluso si no es la que mejor se adapta al contexto.²¹ La superestructura financiera de la salud global y el desarrollo perpetra violencia estructural, proporcionando regalos con condiciones que vinculan los sistemas a enfoques particulares y mantienen asimetrías de poder global. Así como los mayas rurales están posicionados como suplicantes al margen del sistema de salud, el gobierno guatemalteco está posicionado como un suplicante ante la política sanitaria global.

Los Acuerdos de Paz de 1996 establecieron el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) como mecanismo para crear una estructura de atención primaria que pudiera brindar rápidamente cobertura en las distintas regiones geográficas y culturales de Guatemala. A través del programa de extensión de cobertura, SIAS estableció un sistema en el cual el gobierno contrataba a organizaciones no gubernamentales para brindar atención primaria a una región específica, generalmente operando a nivel municipal. Las ONG eran responsables de la contratación, capacitación y gestión de los equipos de salud móviles que atendían a las comunidades rurales y a aquellas que carecían de establecimientos de salud con personal. Las ONG también fueron responsables de la instrucción de TCS. Las asociaciones público-privadas (relaciones formales establecidas entre actores estatales y no estatales) establecidas a través de SIAS reflejaron tendencias de desarrollo neoliberal hacia la descentralización y el fomento de la participación

civil.²² Sin embargo, SIAS restringió a las ONGs socias a tareas administrativas que funcionaban dentro de la estructura tradicional del sistema de salud, lo que limitó su capacidad para adaptar los programas y la prestación de atención a los contextos locales y socavó los objetivos de la descentralización.²³

En 2012, el gobierno guatemalteco estimó que SIAS estaba proporcionando servicios de salud y nutrición al 54 por ciento de la población rural.²⁴ A pesar de ser la vanguardia en servicios de salud para un gran segmento de la población, el SIAS era vulnerable a las prioridades políticas de cada administración presidencial y debilitado por un financiamiento deficiente. Irónicamente, la ONG socia de SIAS introdujo la planificación y el seguimiento en el sistema primario de salud, pero los impactos de SIAS como estrategia del sector de la salud no fueron evaluados exhaustivamente.²⁵ Se hicieron reformas en 2012 a SIAS para ampliar programación y uso de centros de convergencia, pero crecieron las críticas sobre falta de supervisión y corrupción dentro del sistema, y argumentos de que el programa descentralizado era más costoso que entrega directa de servicios. En 2013 se aprobó una ley que prohibía que el gobierno contratara entrega de servicios con actores no estatales.²⁶ En 2014 se detuvo abruptamente el pago a ONGs socias de SIAS, a pesar de planes para cambios por fases.²⁷ Las zonas rurales sufrieron cierres de centros de salud, interrupciones de servicios y personal que trabajó sin remuneración durante hasta dieciocho meses. Los planes de atención primaria de salud proporcionados por el gobierno se implementaron rápidamente y se siguen perfeccionando. La baja disponibilidad de trabajadores sanitarios en las zonas rurales significó que la mayoría de los mismos proveedores que trabajaban a través del SIAS ahora trabajan directamente a través del gobierno. La frustración de los proveedores de salud de primera línea era comprensible, ya que compensaron la brecha en el funcionamiento de los programas gubernamentales de atención primaria dentro de las comunidades.

Agregando otro nivel de complejidad, las medicinas se suministran por medio de un sistema de farmacias públicas y privadas. Los medicamentos distribuidos en Guatemala se fabrican en ochenta y cinco laboratorios nacionales y dos extranjeros. En 1999, el gasto gubernamental en medicamentos fue de aproximadamente 17 millones de dólares y el gasto privado fue de aproximadamente 130 millones de dólares. Un acuerdo de 1997 para la negociación conjunta de los precios de compra de medicamentos entre el Ministerio de Salud Pública, el IGSS y el servicio médico militar tenía como objetivo mantener bajos los precios en las farmacias gubernamentales.²⁸ Sin embargo, los precios tienden a ser comparables a los de las farmacias privadas. Legalmente, las farmacias guatemaltecas deben ser supervisadas por un farmacéutico capacitado, sin embargo, la mayoría opera como tiendas informales sin nadie capacitado en productos farmacéuticos presente. Muchos medicamentos controlados en los países de ingresos altos, como los antibióticos, están disponibles sin receta en Guatemala. Aunque se han

hecho esfuerzos para controlar la distribución de antibióticos, esencialmente los narcóticos son la única clase de droga que está estrictamente controlada.

Perspectivas de Pacientes sobre Buscar Atención de Salud a través de Estructuras de Violencia

Ana, la vecina de Flavia en Panaj, era una joven madre maya kaqchikel que estaba embarazada de su tercer bebé en tres años. Hablaba con suavidad y la mayor parte del tiempo se mantenía dentro de su casa, cuidando a sus pequeños y haciendo las tareas del hogar con su suegra. Había dejado la escuela después de tres años para trabajar en los campos de su padre en una pendiente que dominaba el pueblo, y una vez me dijo que era demasiado tímida para unirse a la cooperativa local de mujeres tejedoras porque no estaba segura de poder seguir los intrincados patrones en su telar. A pesar de su timidez, Ana siempre salía a ver a los equipos de salud móviles cuando llegaban a la aldea. Una mañana, me senté en el cruce del camino en el centro de la aldea a charlar con mujeres mientras esperaban su turno con el equipo de salud. Después de una larga espera, llamaron a Ana y ella apareció ansiosa para tomar su turno. Antes de que pudiera siquiera llegar a la puerta trasera del camión que formaba el mostrador de consultas, el médico ladino gritó: “Vaya, ¿estás embarazada otra vez? ¡Increíble! Ustedes sigan adelante”, y alzó las cejas sugestivamente. Ana se quedó helada y las otras mujeres se rieron nerviosamente. Ana procedió a conseguir vitaminas prenatales y suplementos nutricionales para sus dos hijos, respondiendo tranquilamente las preguntas del equipo de salud con la menor cantidad de palabras posible. La alcancé mientras caminaba a casa y le pregunté si estaba bien. “Sí”, dijo, “es vergonzoso, pero todo el mundo sabe que él es [el médico] así. Sé que mis hijos necesitan vitaminas para asegurar que crezcan fuertes”.

Como ilustra la historia de Ana y la de muchos otros, buscar salud es un acto de valentía y optimismo en Guatemala si se es pobre y maya. Se necesita valentía para saber que uno puede ser objeto de discriminación y sufrir aún más daños por parte de las instituciones que están destinadas a sanar. Requiere optimismo pensar que las estructuras sociales que circunscriben tu vida serán de alguna manera diferente esta vez y te incluirán como una persona digna de cuidado. Barbara Rylko-Bauer, Linda Whiteford y Paul Farmer enumeran una lista importante de los impactos de la violencia en la búsqueda de atención sanitaria, incluidos problemas como la alteración de las familias y comunidades de apoyo a través del estrés y los impactos encarnados a largo plazo del trauma.²⁹ A su lista de nueve elementos, yo agregaría otro:

generaciones de violencia hacen que la violencia sea culturalmente aceptable y esperada, creando poblaciones acostumbradas a la violencia y poniendo en

marcha futuras cadenas de aquiescencia. Los siglos de represión violenta desde la época de la conquista y la violencia intensificada del conflicto armado interno de Guatemala han dejado pocas esperanzas para las poblaciones indígenas de que tienen derecho y pueden esperar recibir bienes sociales, como el derecho humano a la salud que se les garantiza en los Acuerdos de Paz de 1996. Por el contrario, esperan lo que han recibido durante generaciones: posiciones inferiores dentro de las estructuras sociales violentamente apiladas en su contra. Dentro de este sistema, deben tomar decisiones sobre cómo cuidar mejor a sus familias y cómo sobrevivir. La búsqueda rutinaria de atención sanitaria para los niños recae principalmente en las mujeres de las comunidades rurales mayas. En gran parte esto se debe a que el cuidado de los niños se considera trabajo de mujeres, pero también a la forma paternalista como se presta atención de salud (ver imagen 3.6).



Imagen 3.6
Promotoras de salud comunitarias pesan un bebé en una aldea cercana a Comalapa.

La forma a veces denigrante como están estructuradas las interacciones paciente-proveedor son más toleradas por mujeres. En mi observación, los médicos (hombres) del equipo móvil hablaban constantemente a los solicitantes de atención mayas rurales en declaraciones lentas, ruidosas e imperativas. A menudo veía a uno de los dos equipos móviles de salud de Comalapa decirles a las madres en voz alta y frustrada: “Digo yo. . .” o “yo digo. . .” que tienes que hacer esto o aquello. En todas las interacciones paciente-proveedor que observé, hubo una clara unilateralidad en las conversaciones y nunca un diálogo. Los médicos creen que tienen las respuestas sobre cómo las madres pueden lograr la mejor salud para sus hijos, y la estructura jerárquica de la sociedad guatemalteca significa que las mujeres mayas sienten que no pueden cuestionar los métodos o el tratamiento de un médico, incluso cuando no entienden completamente lo que se les dice que hagan. En los intercambios con pacientes y padres, los médicos móviles parecen, en el mejor de los casos, paternalistas y, en el peor, dictatoriales.

Muchos hombres mayas desconfían de los equipos móviles de salud y de sus motivaciones y, a veces, les dicen a sus esposas que se mantengan alejadas de ellos cuando hacen sus rondas mensuales. Cuando vivía en Panaj, me encontré con que mi buena amiga Juana se quedó dentro de su casa con la puerta cerrada y mantuvo a sus hijos con ella cuando escuchó llegar al equipo de salud. Este comportamiento estaba totalmente fuera de lo común en Juana, quien yo sabía era habladora y sociable y que normalmente mantenía la puerta abierta a la luz del sol mientras trabajaba en la casa todo el día. Durante una de sus visitas, saludé al equipo móvil que conocía por haber trabajado con ellos anteriormente, y hablé con otros aldeanos cuando se acercaban al camión estacionado en el cruce del pueblo para realizar consultas y recibir suplementos nutricionales en polvo. Incluso acompañé al equipo móvil mientras caminaban por el pueblo en busca de niños que necesitaban vacunas y que no habían sido llevados a verlos. En un momento, nos quedamos afuera de la casa de Juana cuando una de las enfermeras tocó la puerta y la llamó. Sabía que ella estaba dentro, pero por supuesto no dije nada, y el equipo se rindió y pasó al siguiente niño de su lista.

Luego, cuando el camión de salud partió en medio de una nube de polvo rumbo a Comalapa, volví a pasar por la casa de Juana. La puerta se abrió de nuevo; ella estaba ocupada en su jardín cortando leña y comenzando los preparativos para el almuerzo. Cuando me vio, empezó a reírse y dijo: “Pensé que probablemente estaba con ellos antes”. Le dije que sí, pero que era asunto suyo si quería o no utilizar el servicio de salud. “Es mi esposo”, dijo, “piensa que es mejor no estar en las listas. No queremos que ellos (el gobierno) sepan todo sobre dónde estamos y lo que hacemos. Es más seguro mantenernos aparte.” Esa actitud hacia el servicio de salud, y el gobierno en general, refleja la continua desconfianza inculcada en la población indígena durante los años del conflicto armado interno. El cuñado de Juana y dos de sus primos fueron asesinados durante la violencia, aunque ella dice con vehemencia que ninguno estaba involucrado en el

ejército o en los grupos guerrilleros. Podemos ver en el ejemplo de Juana que la sospecha y el miedo al gobierno siguen siendo cuestiones críticas que impiden, especialmente a la población indígena rural, utilizar plena y cómodamente incluso los servicios de salud gubernamentales mínimos. Juana me dijo que ya había visto al médico móvil antes y que una vez llevó a su hijo de tres años al centro de salud de Comalapa cuando se rompió el brazo. Calificó el servicio como “bien”, pero aun así dijo que no le gustaba tener que ver a los médicos y que espera a ver si es algo muy grave antes de considerar recurrir al sistema de salud.

A pesar de la burla, la ansiedad o vergüenza que pueden enfrentar al colaborar con los servicios de salud del gobierno, la mayoría de las madres mayas dicen que piensan que la biomedicina es la mejor manera de curar a un niño enfermo. Una y otra vez escuché a mujeres de aldea decir en discusiones de grupos focales que, si se les diera dinero ilimitado para curar la diarrea infantil en sus comunidades, pagarían para tener un médico en la aldea o, en el caso de aquellas que no podían ni siquiera dejar volar su imaginación, que pagarían un camión para llevar a los niños enfermos al centro de salud de la ciudad. Por lo tanto, la disposición de las mujeres y, como en el caso de Juana, su permiso para interactuar con el personal de salud depende en gran medida de sus recursos financieros y está condicionado por el entorno en el que se brinda la atención sanitaria.

Si bien algunas mujeres apreciaron la conveniencia de que el personal de salud estuviera en su aldea mensualmente, la mayoría respondió negativamente cuando los equipos móviles hicieron “visitas a domicilio” sorpresa, lo que les quitó opciones en sus acciones de búsqueda de atención sanitaria. La respuesta predeterminada a las visitas no planificadas fue la sospecha y las puertas cerradas. Al llegar a un pueblo, uno de los equipos móviles de Comalapa a veces recorría los alrededores anunciando su visita a través de un sistema de megafonía instalado en su camión. Si bien es cierto que esto les dio a aquellos que no querían ser vistos para vacunarse la oportunidad de esconderse, descubrí que la mayoría de las personas respondieron bien a este enfoque. Las mujeres podrían tener la oportunidad de dejar su trabajo y recoger a sus hijos antes de llegar a un punto central de la aldea para ver al equipo móvil. De esa manera no necesitaban tener personal sanitario, que es visto como agente del gobierno, entrando a su propiedad y a sus hogares. Creo que este es un enfoque positivo para reducir parte de la tensión que rodea a las visitas del equipo de salud y replica más fielmente el servicio que pueden tener las personas que viven en ciudades con centros de salud en el sentido de que pueden acercarse al servicio de salud en sus propios términos en un lugar centralizado.

Mientras vivía en aldeas rurales durante muchos meses, observé que es mucho más probable que las mujeres consulten con un TCS cuando a ese individuo ya lo conocen bien, ya sea por amistad o por parentesco. Cuando una madre que busca tratamiento para un niño con diarrea conoce menos al TCS, es

poco probable que tenga una consulta dentro de las primeras cuarenta y ocho horas después del inicio de la enfermedad del niño, y ese desfase aumenta a entre dos y cuatro días si no hay nadie que actúe como trabajador comunitario de salud en el lugar de residencia. Además, es mucho menos probable que las madres aprendan adecuadamente cómo administrar la TRO correctamente si no tienen una relación estrecha con el trabajador de salud comunitario. Esto parece deberse a que las mujeres no quieren hacer preguntas cuando se les explica la TRO o hacer una nueva visita para hacer preguntas de seguimiento a alguien que no conocen bien.

Incluso cuando los cuidadores navegan por el sistema y buscan atención, la calidad de la atención recibida puede ser deficiente y los resultados de la programación pueden ser de corta duración o incluso perjudiciales. Mi amiga Estrella, madre de tres niños pequeños en Panaj, me explicó su conocimiento de la TRO: “Ellos [los TCS] nos dicen que es buena y la usamos. Y es bueno. Detiene la enfermedad, los seca [a los niños con diarrea]. No hay más diarrea si se administra TRO”. De las mujeres que informaron conocer la TRO en mis entrevistas en profundidad y discusiones de grupos focales, sólo alrededor del 10 por ciento pudo describir una preparación y administración efectiva de una solución de sales de rehidratación oral. Incluso de aquellas madres que pudieron describirme paso a paso cómo usarían TRO, todas excepto unas pocas expresaron expectativas poco realistas sobre los resultados que la TRO proporcionaría, es decir, que detendría la diarrea. Esa idea fue apoyada en muchos casos por los TCS e incluso por el personal del equipo móvil, a veces por entusiasmo en promover TRO o por falta de conocimiento de estos. El número y nivel de participación de los trabajadores comunitarios de salud varían enormemente según la aldea, al igual que su nivel de conocimientos sobre tratamientos básicos para enfermedades infantiles, incluida la TRO.

Aunque involucrarse con equipos móviles y viajar a puestos y centros de salud puede ser un reto, navegar la atención médica en hospitales para niños con diarrea causa preocupaciones específicas. Entrevisté a veinticinco madres en el hospital gubernamental y a dos madres en un hospital privado cuyos hijos habían sido hospitalizados debido a diarrea. La mayoría de los niños experimentaron niveles de deshidratación de moderados a severos, lo que motivó su ingreso para administración de medicamentos intravenosos (IV) fluidos. En el hospital gubernamental, se instaló una sala de rehidratación pediátrica durante la temporada de rotavirus, de noviembre a febrero. La etnia de los pacientes hospitalizados estaba igualmente dividida entre ladinos y mayas kaqchikeles. Sin embargo, era mucho más probable que los pacientes ladinos vivieran en las áreas urbanas y periurbanas de Chimaltenango y que hubieran experimentado el actual ataque de diarrea durante sólo un promedio de dos días antes de ser llevados al hospital.³⁰ Los pacientes kaqchikeles, por otro lado, habían viajado más a menudo desde ciudades y pueblos

rurales, con un tiempo de viaje que oscilaba entre treinta minutos y tres horas. Habían estado enfermos un promedio de diez días antes de ser llevados a un hospital para recibir tratamiento.³¹

Las madres en el hospital gubernamental estaban muy satisfechas con la atención que recibían sus hijos. Hablaron de los líquidos intravenosos como “milagrosos” y “el único tratamiento que realmente funciona”. Una madre maya que había viajado tres horas con su hija de dos años hasta el hospital dijo: “Sabe, es un alivio estar aquí. Significa que el médico es responsable y que mi hija estará mejor”. Podemos ver que esa madre, al igual que las otras mujeres con las que hablé en la sala de rotavirus, tenía fe en el tratamiento que recibiría su hijo. Además, sintió que se le había quitado una carga de responsabilidad al hacer todo lo posible para llevar a su hijo al hospital.

Las madres que entrevisté, tanto en el hospital como en otros contextos, creían que la atención hospitalaria era el mejor tratamiento posible para los niños con lo que consideraban diarrea grave.

Perspectivas de Proveedores sobre Curar dentro de Sistemas de Violencia

Es tentador culpar a los proveedores de salud por su papel en sistemas que perpetúan la marginación violenta. Pero hay pocos malos actores entre ellos. Como individuos, quieren hacer su trabajo. Quieren ayudar a la gente a estar sana. Trabajan dentro de un sistema de salud que no cuenta con fondos suficientes, con poco apoyo o capacitación sobre cómo relacionarse con los pobres de las zonas rurales y mucho menos sobre cómo implementar la equidad en salud. “Realmente no les gusta que el equipo de salud los moleste en estas comunidades [rurales], particularmente con las vacunas obligatorias. Nos han recibido con violencia en el pasado y nos han amenazado con machetes”, relató un médico móvil en Comalapa. Dado que los pacientes indígenas y los miembros de la comunidad desconfían de los trabajadores de salud del gobierno, estos a menudo perciben su trabajo como peligroso y dicen que se necesita gente de gran coraje y determinación para hacer lo que hacen. Los trabajadores de la salud del gobierno tienen enormes cargas administrativas, proporciones proveedor-paciente más allá de la posibilidad de que los mortales cumplan y, a menudo, tienen múltiples empleos debido a los bajos salarios en el sector público.

Viajé junto a equipos móviles de salud en Acatenango y Comalapa y observé a los médicos y enfermeras interactuando con los pacientes. Durante el transcurso de mi tiempo con los equipos, tuve la oportunidad de tener extensas conversaciones con los equipos sobre su trabajo y sus percepciones sobre los pacientes a los que atienden. Realicé una gran discusión en grupos focales y muchas entrevistas

individuales informales con trabajadores de salud comunitarios. También realicé entrevistas con el personal de los centros de salud y del hospital gubernamental. Durante estas conversaciones, los proveedores de múltiples niveles del sistema de salud gubernamental pudieron compartir sus puntos de vista y frustraciones en torno a la implementación de TRO.

Buscando aprovechar la limitada fuerza laboral de salud, en 1975 los trabajadores comunitarios de salud de las ONG se integraron por primera vez al sistema de salud gubernamental en Chimaltenango. Ese fue un esfuerzo por parte del Ministerio de Salud Pública para ser más culturalmente sensible la atención sanitaria respecto a las necesidades y preferencias de la población maya del departamento.³² Sin embargo, la desconfianza de la comunidad hacia el sistema de salud gubernamental es más profunda que las diferencias interculturales, a pesar de las buenas intenciones de los proveedores. Aunque algunos miembros de los equipos móviles pueden ser de origen humilde, muchos expresan desdén o incluso disgusto por la forma en que vive la gente de las aldeas: sin agua potable, baños ni suelos de baldosas. La mayoría del personal sanitario móvil expresa cansancio y frustración con su trabajo, y muchos de ellos son jóvenes que sólo permanecerán en sus puestos hasta que puedan encontrar uno mejor en una ubicación urbana.

A un médico de Comalapa le dijeron cuando lo contrataron: “Veremos cuánto dura”. Continuó diciendo: “Odio que la gente no quiera mi ayuda. Nos consideran el enemigo”. Curiosamente, él y otro médico ambulatorio en Comalapa mencionaron de forma independiente que no siempre son las poblaciones más rurales las que rechazan sus servicios; más bien, señaló los asentamientos informales, como los que han crecido alrededor de los límites de Comalapa, como los más reacios. Las casas en esas comunidades están construidas ilegalmente en tierra deshabitada, son de mala construcción y no tienen acceso a servicios públicos municipales (p.ej., electricidad y agua). Tiene sentido que esas comunidades se resistan a interactuar con los empleados de salud del gobierno, ya que viven con el temor de que algún día el gobierno consiga expulsarlos de sus tierras.

Por lo tanto, el miedo y los sentimientos de distanciamiento social abundan en ambos lados de la prestación de servicios de salud. Para empeorar las cosas, muchos trabajadores de salud móviles no consiguen ser sensibles a los recuerdos de la violencia en tiempos de guerra que muchos tienen en las comunidades a las que sirven. Una tarde, un cansado equipo móvil recorrió comunidades en las afueras de Comalapa anunciando una campaña de vacunación para adultos. Frustrados por la baja participación, comenzaron a gritar a través del sistema de megafonía del camión que cualquiera que no recibiera la vacuna sería sacado a la calle y arrestado por la policía. Esas declaraciones fueron hechas como una broma, acompañadas de risas, pero era poco probable que fueran interpretadas con la misma ligereza por los residentes locales a quienes, de hecho, habían sacado a rastras a miembros de su familia de sus hogares para no volver a verlos

nunca más.

Los miembros de los equipos móviles son contratados en parte por su deseo expreso de trabajar en comunidades desatendidas y, en algunos casos, por su capacidad de hablar kaqchikel. Sin embargo, de los siete médicos y enfermeras móviles nativos de habla kaqchikel con quienes trabajé estrechamente en Acatenango y Comalapa, sólo uno hablaba regularmente con pacientes en kaqchikel. Decir que los equipos móviles son personas de las comunidades a las que sirven es una falsedad. Aunque pueda parecer así en el papel, estos médicos y enfermeras, en virtud de su educación y estatus en el contexto más amplio de la sociedad guatemalteca, son muy diferentes de sus pacientes. Hablar kaqchikel incomoda a algunas enfermeras y médicos: recibieron su educación médica en español y han dejado atrás la vida y el estilo de vida en los que posiblemente hablaban principalmente kaqchikel. En la mayoría de los casos, cuando se habla kaqchikel durante una consulta, es después de varios intentos lentos y en voz alta de explicar el diagnóstico y el tratamiento al paciente o al cuidador en español.

En un raro ejemplo de sincretismo por parte de los proveedores de salud del gobierno, vi a un médico kaqchikel decirle a una mujer maya posparto en una aldea rural que no comiera nada verde, como aguacate, brócoli o pepino, porque sería demasiado refrescante para su leche materna y le provocaría cólicos al bebé. Fue alentador ver a la mujer responder afirmativamente y parecía abierta a las demás instrucciones posnatales del médico, incluida atención perineal, que podía ser menos familiar. Proveedores como ese trabajan muy duro para construir un puente a través de un sistema de salud fragmentado y excluyente para sus pacientes, pero son muy pocos y se enfrentan a barreras demasiado grandes para que los individuos las desmantelen por sí solas. El sistema de salud no puede depender de unos pocos intermediarios interculturales para “llegar” a las poblaciones mayas; de hecho, incluso los proveedores de salud de origen maya pueden perpetrar violencia cultural y prácticas de exclusión. La dependencia de un barniz de interculturalismo ayuda a mantener un sistema que se niega explícitamente a centrar las necesidades de las comunidades mayas.

Retrasos en Acceder al Sistema de Salud Gubernamental

La violencia influye en la salud porque las personas postergan la búsqueda de atención por miedo a interactuar con el sistema gubernamental, infinidad de barreras a la accesibilidad y normas arraigadas de marginación racializada. El personal de los centros de salud y los hospitales tiende a ver los casos más graves de diarrea, especialmente entre pacientes rurales, debido al retraso en la búsqueda de atención. Al igual que Juana, las madres que viven en pueblos rurales posponen una visita al centro de salud hasta que perciben que la condición

es grave. Sus razones son la distancia a las instalaciones, el costo para llegar allí y su renuencia a interactuar con el sistema de salud. Esos retrasos son frustrantes y pueden costar la salud y la vida de los niños. Es muy fácil observar el sistema de salud escalonado, los pasos tan claramente establecidos, y culpar injustamente a las madres por los retrasos. Es fácil para los funcionarios de salud del gobierno culparlas por no hacer lo que deberían, por no ser consumidoras “racionales” de los servicios brindados. Sin embargo, hemos visto los increíbles desafíos en la búsqueda de atención que hacen comprensibles sus demoras y sus enfoques de esperar y ver qué sucede. Las madres (y los padres, los abuelos y los familiares) toman decisiones, a menudo con información y recursos limitados, para hacer lo mejor que pueden por sus hijos.

El resultado principal de las numerosas barreras al acceso a servicios de salud es que se retrasa la búsqueda de tratamiento. Los costos de buscar atención sanitaria en un sistema gubernamental gratuito pueden ser un desafío clave, ya que las familias pierden tiempo en el trabajo y necesitan pagar viajes, pruebas de laboratorio y de diagnóstico, y suministros médicos. Los efectos fisiológicos de la diarrea empeoran con el tiempo que un niño no recibe tratamiento, particularmente en lo que respecta a la deshidratación por diarrea aguda y la desnutrición por ataques repetidos de diarrea. Impactos a largo plazo del retraso en la búsqueda de tratamiento para la diarrea, como en el caso de un niño que vi en el hospital y llevaba cuarenta días con diarrea, pueden incluir desnutrición, causando pérdidas y retrasos en hitos del desarrollo y retraso en el crecimiento.

La imagen 3.7 muestra un cronograma agregado de como las madres rurales toman la decisión de búsqueda de tratamiento. La línea de tiempo muestra cómo priorizan los recursos disponibles, confiando primero en los tratamientos disponibles cerca de casa y, si la diarrea continúa, buscando gradualmente tratamientos que sean más costosos y lejanos. El cronograma de decisión difiere para las madres rurales en comparación con el utilizado por las madres que viven en pueblos y ciudades, ya que éstas normalmente recurren a un centro de salud u hospital después de dos días, especialmente si un caso de diarrea se considera grave. Las mujeres urbanas, incluso si viven en la pobreza, tienen menos barreras geográficas y tienen más probabilidades de participar más plenamente en la economía monetaria que sus pares rurales, lo que les permite un mayor acceso a los servicios de salud. Una excepción notable a la regla de que las personas que viven más lejos esperan más tiempo para buscar se puede encontrar en los asentamientos periurbanos emergentes, no autorizados, en las afueras de las ciudades. Debido al estigma y condición marginal de esas comunidades, los residentes de asentamientos periurbanos tienen tan pocas probabilidades como sus contrapartes rurales aisladas de acceder al sistema de salud, a pesar de su proximidad relativamente cercana a los centros de salud.

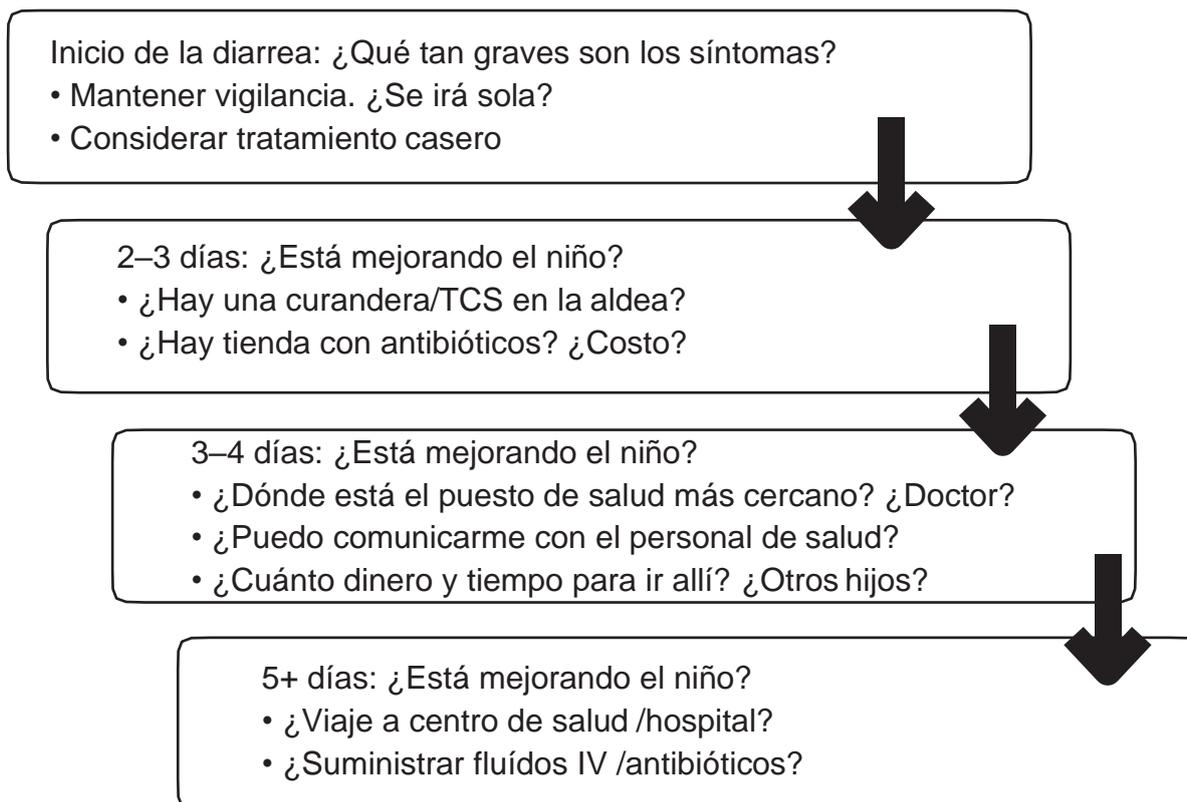


Imagen 3.7

Cronograma de madres rurales para decidir tratamiento de diarrea.

Esperar demasiado para tratar la diarrea infantil puede tener consecuencias nefastas. Una madre de un pueblo de Acatenango me dijo: “He conocido a tres niños que murieron de diarrea en mi pueblo. Fueron llevados al hospital, pero murieron en el camino. Esto les sucede a las familias pobres. Dependen de los pocos medicamentos que les dan y cuando llegan al centro de salud ya es demasiado tarde”. El tiempo que una madre esperará antes de pasar a la siguiente opción de atención depende de su evaluación de la gravedad de la diarrea. En Guatemala se busca con mayor frecuencia tratamiento biomédico para enfermedades infantiles cuando la enfermedad se percibe como grave.³³

Los centros de salud cuentan con equipo para administrar líquidos por vía intravenosa a niños deshidratados, aunque el director del centro de salud de Comalapa informó que los padres suelen preferir llevar a sus hijos al hospital de Chimaltenango una vez consideran que la enfermedad es grave. El centro de salud de Comalapa entregó paquetes de sales de rehidratación oral a madres de niños que actualmente presentan diarrea. El puesto de salud de Acatenango frecuentemente experimentaba desabastecimientos y en su lugar remitía a las madres a las farmacias o a sus trabajadores de salud comunitarios, creando un círculo infructuoso dentro del sistema de salud. Los centros de salud cuentan con laboratorios donde pueden analizar muestras de heces para intentar determinar

el patógeno causante en casos de diarrea que no se resuelven, y entregan medicamentos gratuitos según los resultados de las pruebas. Cuando le pregunté a una técnica de laboratorio del centro de salud de Acatenango si hay algún problema con la resistencia a los antibióticos ya que solo dispensan un tipo de antibiótico, dijo que había algunos casos de resistencia causados por el incumplimiento del paciente (cuidador). Añadió que pensaba que esos casos se resolverían por sí solos porque los padres del niño podrían conseguir más antibióticos en el mercado. Durante la temporada de rotavirus, de noviembre a febrero, el hospital gubernamental de Chimaltenango dedicó una sala entera a niños con rotavirus. Una vez ingresados en la sala, los niños, con edades comprendidas entre unos pocos meses y cuatro años, recibían uniformemente líquidos por vía intravenosa como parte de su tratamiento, generalmente junto con acetaminofén para la fiebre. La mayoría de los niños permanecen hospitalizados entre cuatro y ocho días, dependiendo de la gravedad del caso y del estado nutricional general del niño. Me dijo el jefe de pediatría del hospital gubernamental de Chimaltenango: “Deben fortalecerse los programas comunitarios. Si funcionaran mejor los programas comunitarios, los casos aquí serían menos graves. Los centros de salud realmente no funcionan; deberían estar (abiertos) veinticuatro horas. Los pacientes prefieren el hospital porque hay personal todo el tiempo. Todos nuestros departamentos están llenos todo el tiempo.”

Expresó además su creencia que la población de Chimaltenango se resiste a TRO y que utilizan hierbas y otros tratamientos para tratar de secar la diarrea. No pueden recibir ninguna educación de TRO en las salas de pediatría porque sólo hay una enfermera por cada treinta niños. Afirmó que le gustaría tener una sala dedicada a rehidratación donde las madres pudieran aprender de las enfermeras cómo utilizar la TRO, pero eso no es posible debido a los recursos hospitalarios al límite. Al igual que sus pacientes y sus padres, el jefe de pediatría consideró que el tratamiento hospitalario que reciben los niños con diarrea es adecuado. Pero que las fallas del sistema de salud pasan por los centros y puestos de salud destinados a brindar atención primaria y educación preventiva. Tanto trabajo duro por parte de proveedores bien intencionados en todos los niveles se destina a un sistema de salud que falla fundamentalmente en la asignación de recursos y la estimación del valor humano.

Supervisión Neoliberal y Corrupción del Sector Salud.

Con demasiada frecuencia se presenta el desarrollo como un proceso teleológico que le sucede a la gente. El fortalecimiento de los sistemas de salud se define a través de estadísticas como la proporción entre proveedores y pacientes, sin importar cómo el numerador o el denominador vean el estado de las cosas.

Las vagas definiciones de esos puntos finales predeterminados y puntos de referencia distantes son establecidas por personas externas, que consideran a las poblaciones locales como receptores pasivos sin identidad. Dentro de los modelos neoliberales de desarrollo y salud global, los resultados mensurables se convierten en el objetivo en vez de un cambio real y duradero determinado por la población local. La transición en los últimos treinta años del paradigma internacional de salud y desarrollo a la salud global contemporánea refleja valores neoliberales como las estadísticas basadas en evidencia y la rentabilidad.³⁴ Las realidades que están fuera de las métricas obligadas dejan de existir dentro de los mundos de la evaluación de programas de salud global, mecanismos de rendición de cuentas gubernamental, e informes financieros.

Aunque la enumeración puede significar empoderamiento en materia de salud global, en el contexto guatemalteco las estadísticas son complicadas: la población maya lucha por “ser tomada en cuenta” dentro de la sociedad mientras élites poderosas manipulan las cifras de personas asesinadas por genocidio y la evidencia constante de desigualdades.³⁵ Si bien hemos visto asociaciones público-privadas significativas en Guatemala con ONGs en el sector de salud, las ONGs replican los modelos de los sistemas gubernamentales, con énfasis en la entrega de programas mensurables para mostrar auto eficacia mensurables para demostrar autoeficacia organizativa y provocando gratitud de los receptores.³⁶ En la misma mensurabilidad, los programas de salud pueden crear relaciones y categorías de experiencias sólo para cuantificar y evaluar programas.³⁷ Son posibles enfoques con más matices para implementar programas de salud y entender sus impactos. Enfoques que centran la identidad de comunidades pueden ayudar a desempacar las dinámicas de poder dentro de los programas de desarrollo y pueden permitir agencia del trabajador de salud dentro de los programas de salud global.³⁸ Las personas que interactúan con los sistemas son más que números: necesitamos métricas, pero debemos ser conscientes de sus deficiencias y de las realidades que ellas oscurecen por diseño.

Hace unos años, vi de primera mano cómo las cifras son resbaladizas y cómo la corrupción en el sector de salud puede funcionar para ocultar datos que no se ajustan a las narrativas preferidas sobre los resultados de los programas. Estaba trabajando con algunos estudiantes de verano en análisis de datos en una oficina en La Antigua cuando sonó mi teléfono local prepago. Respondí y una mujer que no conocía me saludó disculpándose por haber recibido mi número de un colega anónimo. Por unos momentos, nuestra conversación fue general y halagadora, y la persona que me llamó dijo cuánto apreciaba mi trabajo. Luego comenzó a discutir los resultados de un programa gubernamental de alto perfil para el “hambre cero”, que involucraba una cantidad significativa de dinero y capital político para eliminar el pernicioso desafío de Guatemala de la desnutrición infantil y el retraso en el crecimiento.³⁹ Noté que la voz al otro lado de la línea resonó, como si mi interlocutor no identificado estuviera en un baño con azulejos, y

empecé a escuchar papeles que se barajaban. Me di cuenta de que estaba hablando con un denunciante del Ministerio de Salud. Le preocupaba que el gobierno afirmara haber tenido éxito mientras los datos de evaluación mostraban que la programación estaba teniendo poco impacto y había indicios de que los fondos habían sido maldirigidos.⁴⁰

Rápidamente tomé notas de estadísticas de la evaluación de un programa que habían estado escondidas. La llamada sólo duró unos minutos. La persona que me llamó me animó a “contarles a mis amigos” lo que había compartido y colgó.

Siempre cuestiono mi papel como investigadora extranjera y el valor que podría aportar a los datos en Guatemala, mientras trabajo junto a activistas, académicos y profesionales guatemaltecos brillantes y comprometidos. Esa llamada me hizo dar cuenta de que podía usar el privilegio de mi extranjería para apoyar a los líderes locales en sus esfuerzos por la transparencia y un sector de salud que funcione para toda la población. Se filtraron fallos del programa y esfuerzos por taparlos. La gente estaba furiosa (otra vez) ante las estructuras de poder que permiten afiches relucientes y eslóganes, pero rinden cambio sistemático no más profundo que el grosor de su papel y rimas baratas. La corrupción endémica plaga al gobierno guatemalteco y al sector salud, con varios escándalos provocando la dimisión y enjuiciamiento reciente de dos presidentes y una vicepresidenta.

La corrupción y la mala supervisión también fueron desafíos clave que llevaron al fracaso del programa SIAS para brindar atención primaria a las comunidades. Las ONGs contratadas por el gobierno eran responsables de contratar y supervisar los equipos móviles de salud, pero la supervisión de los equipos móviles era errática. Los coordinadores de las ONGs a menudo sólo veían a los equipos móviles una vez al mes y confiaban en los propios equipos para que autorregularan sus actividades diarias. Los equipos móviles enviaron datos de salud de los pacientes en una hoja de cálculo estandarizada a la oficina departamental del Ministerio de Salud, pero por lo demás solo tuvieron contacto ad hoc con la infraestructura de salud del gobierno. La estructura del programa SIAS estaba estandarizada en todo el país y dio a las ONGs que administraban el programa muy poco margen de maniobra para adaptar estructuras y sistemas del programa a las necesidades locales.

Se suponía que los miembros del equipo móvil supervisarían y capacitarían a los trabajadores comunitarios de salud dentro de sus municipios. Sin embargo, encontré un enfoque indiferente a su capacidad de monitoreo. En una ocasión, Delia, una enfermera de salud móvil, me dijo que los TCS realmente no les sirven de nada. Citó el ejemplo de un trabajador comunitario de salud, cuya aldea visitamos ese día, que no podía explicarle a una nueva madre cómo administrar las vitaminas neonatales estándar o para qué servían. “Esa madre no las usará. No tiene idea de lo que está haciendo y el TCS realmente no puede ayudarla”, dijo Delia. De hecho, había un aire de inutilidad en muchas de las actividades de los equipos móviles y su trabajo con los TCS.

Chimaltenango fue el lugar de nacimiento de programas de TCS de alta calidad para el país a través de una ONG llamada Fundación Carroll Behrhorst, que capacitó meticulosamente a TCS en servicios de salud tanto preventivos como curativos.⁴¹ Si bien el programa SIAS rindió homenaje de alguna manera a esos programas heredados, no pudo mantener los mismos altos estándares de atención cuando se amplió a nivel nacional y se administró a través de una amplia variedad de ONG. Durante una reunión mensual de la TCS en Acatenango, me decepcionó descubrir que la TCS no podía decirme con precisión cómo usar TRO, una de las piedras angulares de la atención primaria básica en Guatemala. Fue solo un pequeño ejemplo de cómo la capacitación de TCS no se daba uniformemente para permitir entrega de consejos de salud segura y exacta.

El verdadero legado de SIAS puede ser el difuminar la separación entre los sectores público y privado dentro de la búsqueda de servicios de salud, pero la falta de supervisión, exacerbada por una financiación deficiente, llevó en última instancia a su desaparición. Condujo a enormes disparidades regionales en cuanto a acceso y calidad de atención primaria, dependiendo de la ONG contratada y su personal. Algunos hicieron trabajos increíbles, brindando atención en su primer idioma y construyendo relaciones profundas dentro de las comunidades. Otros (demasiados otros) aceptaban los lucrativos contratos gubernamentales y prestaban servicios deficientes. El sistema tenía muy pocos despidos en la supervisión fiduciaria, lo que llevó a altos niveles de corrupción y a la filtración de fondos gubernamentales a bolsillos que nunca tuvieron la intención de mejorar la salud de los pobres de las zonas rurales. De manera similar, tanto durante como después de la caída del programa SIAS, los puestos de salud son vulnerables a la corrupción debido a los bajos salarios y la supervisión del personal. El sistema gubernamental experimenta frecuentes desabastecimientos de los medicamentos básicos que deben tener los puestos de salud, lo que genera oportunidades para la especulación de precios y las ventas con fines de lucro.

Conclusión

Sin lugar a duda, la memoria viva del genocidio y el trauma continuo de la violencia en tiempos de paz afectan la salud de las comunidades mayas. Encarnan los efectos de la violencia física y estructural, cuyas fuerzas siguen creando barreras a la atención sanitaria. La otredad violenta de los pueblos mayas que comenzó con la conquista fue de seres encarnados. Los mayas fueron subyugados a estructuras políticas y económicas coloniales, pero también fueron colonizados por ideologías binarias que continúan marginándolos: maya/ladino, limpio/sucio, desarrollado/ atrasado. Las estructuras cognitivas colonizadoras posicionan el pensamiento y formas de vida mayas al margen de la sociedad

guatemalteca y, a través de la otredad, lo indígena se rehace como extranjero.⁴² Los falsos binarios les hacen el juego a las métricas neoliberales al eludir lo que realmente sucede. Por ejemplo, las bajas tasas de uso maya del sistema de salud gubernamental se utilizan como justificación para limitar la ampliación de servicios, justificando la exclusión como una práctica basada en evidencia y como sentido común económico neoliberal.

El Ministerio de Salud y otros funcionarios del gobierno pueden decir que las cifras no cuadran para gastos adicionales para las comunidades mayas. Pueden concluir que las comunidades mayas no quieren atención sanitaria gubernamental. Los binarios permiten a las métricas y a las decisiones aparentemente basadas en ellos homogeneizar grupos diversos, donde “los mayas” pueden reducirse a un solo tropo racista y ser descartados. No debe permitirse que los números “hablen por sí mismos” en salud global. Las métricas del sistema de salud pueden convertirse en herramientas de abandono, corrupción o estructuras de poder injustas.⁴³

El poder se ejerce a través de los metasisistemas del neoliberalismo y la salud global y a través de las jerarquías que mantienen. Si el trabajo de los cuerpos se controla como medio de producción, entonces los sistemas de manipulación y control tácito crean lo que Michel Foucault considera “cuerpos dóciles.”⁴⁴ Los sistemas de salud (y el acceso a ellos) son un *locus* de control de los cuerpos y, por extensión, de las poblaciones.⁴⁵ Sin embargo, así como los conquistadores subestimaron la determinación de la población maya para resistir el etnocidio, Foucault no logra explicar ni ubicar completamente la resistencia a los sistemas dominantes de control corporal. Si, de hecho, el control y la regulación colectivos de los cuerpos de las poblaciones contemporáneas se deben en gran medida a la medicalización sistemática de la sociedad, ¿qué sucede con la agencia de aquellos marginados de los sistemas de salud?⁴⁶

En el pasado reciente, el conflicto armado interno se libró para controlar cuerpos mayas, para dictar dónde podían estar y qué podían tener en la sociedad guatemalteca. En el presente, las estructuras de atención y las interacciones con proveedores demuestran a las comunidades mayas que el derecho humano a la salud en realidad no es para ellas. Pero son más que cuerpos dóciles, por mucho que las estructuras del sistema de salud guatemalteco y los programas de salud global quieran imaginar lo contrario. Eligen cuándo y cómo interactuar con un sistema de salud que no está diseñado para ellos, lo que refuerza su derecho a esta elección, incluso si eso significa renunciar a los servicios de salud gubernamentales. La realidad de los servicios de salud gubernamentales inaccesibles abre aún más las posibilidades y el atractivo del mercado de atención sanitaria del sector privado.

Como veremos en el capítulo 4, muchos mayas rurales que buscan atención médica comprenden que la calidad de atención y el costo están combinados y buscan atención médica fuera del sistema gubernamental. El poder de elegir se siente como libertad, pero es un truco ilusorio del neoliberalismo.

4 Convirtiendo la Diarrea en Dinero: Servicios de Salud Impulsados por el Mercado

Cuando nuestros hijos se ponen realmente enfermos, los llevamos al doctor si tenemos dinero. Pero si no, solo esperamos la decisión de Dios.

—Madre y participante de grupo focal, aldea de Acatenango.

En nuestra aldea, no tenemos médico, y los niños necesitan uno. Sufren porque para nosotros es difícil llevarlos al pueblo a ver a un doctor.

—Madre en Panaj

Conocí a Félix por primera vez en el restaurante Pollo Campero de comida rápida en la orilla del parque central en Chimaltenango. Me lo habían referido las oficinas nacionales de Omnilife, con sede en la Ciudad de Guatemala, una empresa de mercadeo multinivel centrada en suplementos nutricionales y remedios naturales, diciendo que era el vendedor líder y el representante de ventas con más conocimientos en Chimaltenango. Esa tarde, Félix y un socio comercial eran la viva imagen de ambición ascendente: vestidos con polos de punto y cargando sus maletines, parecían listos para dar un discurso de venta a un nuevo cliente. Se les veía emocionados y un poco nerviosos por tener la oportunidad de hablar de Omnilife con una extranjera. Aunque le había explicado por teléfono y nuevamente cuando nos conocimos en persona que yo era una investigadora interesada en Omnilife y no una posible vendedora, no pude desviar a Félix de su discurso de ventas de reclutamiento esa tarde. Mientras comíamos nuestro pollo, Félix ensalzó las virtudes de la empresa.

Félix dijo que había vivido en una casa mal construida y con piso de tierra en su ciudad natal y que siempre tenía que preocuparse por llevar la próxima comida a la mesa. Félix afirmó que desde que había comenzado a trabajar como vendedor de Omnilife cuatro años antes, su nivel de vida había mejorado enormemente. Había comprado un automóvil usado, viajaba a convenciones de Omnilife en centros turísticos de Centroamérica y el Caribe como recompensa por las altas ventas, e incluso construyó una nueva “mansión” de dos pisos. Me dijo: “Trabajar en el campo es duro. Omnilife ha hecho mi vida mucho mejor. Mis abuelos son pobres, mis padres son pobres, pero yo no soy pobre. Creo que todo el mundo debería hacerlo; no hay razón para ser pobre”. Félix dijo que ganaba alrededor de 20,000 dólares al año con las ventas de sus propios productos y 4,000 dólares adicionales en bonos anuales para sus reclutas y sus ventas de productos, lo que

me recordó con orgullo era un salario muy alto para Guatemala.

En ese sentido, Félix se diferencia de otros vendedores de Omnilife, quienes normalmente venden un volumen menor de productos y ganan mucho menos. Durante mi reunión inicial con Félix y en todos los eventos posteriores de vendedores de Omnilife a los que asistí, los productos en sí pasaron a un segundo plano durante la discusión de los aspectos del estilo de vida de la empresa. Félix me trajo algunas muestras de los productos para que las probara. Insistió en que podía saborear la diferencia entre una botella de agua “extra pura” de Omnilife que se vende al doble del costo del agua embotellada normal que habíamos pedido en el restaurante, y se sintió un poco decepcionado de que yo no pudiera hacer esa fina distinción. Muchos de los productos de Omnilife son vitaminas en polvo que se mezclan con agua. Félix me dijo que uno de esos polvos había curado los dolorosos quistes ováricos de su esposa y evitado que muriera. Omnilife anuncia sus productos como saludables y totalmente naturales, aunque muchos productos contienen sacarosa o fructosa como primer ingrediente y tienen una lista bastante extensa de ingredientes químicos adicionales.

Los vendedores saben poco sobre los productos que venden y las indicaciones para cada producto individual son vagas. Félix me dijo que todos deben elegir los productos adecuados para ellos y agregó que se pueden mezclar varios polvos diferentes en una bebida y “no pasaría nada [malo]”. Cuando le pregunté cómo mezclar diferentes productos afectaría su eficacia, dijo que más siempre es mejor y que vería resultados más rápidamente cuantos más productos Omnilife tomara. Obviamente, ese “más es mejor” es una estrategia de ventas eficaz, ya que los clientes de Félix sólo podrían beneficiarse más comprando mayores cantidades de productos, pero la eficacia real de los productos individuales parece cuestionable. Sin embargo, si bien Félix está muy concentrado en realizar ventas, nunca sentí que estuviera operando desde una posición de engaño: él realmente cree en el poder transformador de Omnilife y sus productos.

Este capítulo amplía el lente para incluir Terapia de rehidratación oral (TRO) en instalaciones de atención sanitaria impulsados por el mercado dentro de los espacios intersticiales que crean los programas de salud y desarrollo cambiantes para que crezcan servicios y materias primas del sector privado, que introducen adicionalmente oportunidades y cargas en cuanto a selección. Félix fue la brillante excepción a la norma sobre cómo los bienes y servicios de salud impulsados por el mercado impactan a los pobres de las zonas rurales. Más típicamente, los pobres se ven doblemente afectados por esquemas piramidales cuasi farmacéuticos que los reclutan como vendedores de bajo nivel con promesas de enormes ganancias y los desinforman como consumidores sobre la eficacia y los beneficios de los productos. Las obligaciones y aspiraciones sociales alientan la compra de costosos productos “milagrosos” cuyas indicaciones cambiantes siempre coinciden con los síntomas de los clientes.

En este capítulo investigo las consecuencias de vendedores sin entrenamiento o capacitación que reparten a los padres de niños con diarrea consejos de salud junto a productos dudosos. Exploro las opciones individuales, la autonomía corporal y el poder en la búsqueda de atención priorizando servicios caros del sector privado. Los productos y servicios de gran prestigio refuerzan la noción de que salud es igual a riqueza, pero son promesas vacías de una atención de alta calidad, de la que son un sustituto ilusorio. También describo a los curanderos tradicionales como una opción cultural y financieramente accesible dentro de las comunidades mayas y el papel que desempeñan en la búsqueda contemporánea de tratamiento mediante pago por servicio. Finalmente, analizo cómo las misiones médicas de corto plazo y el sector filantrópico contribuyen al panorama pluralista de la atención médica.

Al examinar esos elementos de la atención sanitaria impulsada por el mercado, obtenemos una perspectiva más amplia sobre la creencia ampliamente extendida en Chimaltenango de que la salud requiere poder adquisitivo. La economía neoliberal crea un deseo de libertad de elección dentro del mercado de atención médica, pero poder elegir continúa estando fuera del alcance de muchos en Guatemala.

El Nacimiento (Neo)colonial del Neoliberalismo en América Latina

El actual panorama pluralista de atención de salud en Guatemala ha sido forjado por la economía neoliberal y sus principios de privatización y optimización de ganancias. Una larga historia de extracción colonial dio forma a la actual economía neoliberal guatemalteca, y una extracción posiblemente más suave pero no obstante perniciosa continúa a través de estructuras contemporáneas de ayuda exterior y acuerdos comerciales. Aquí exploro el ascenso del neoliberalismo en América Latina para rastrear el surgimiento de la ayuda exterior y las estructuras de salud global.

El mercantilismo en la América del siglo XVI ocupada por los españoles buscaba aumentar el poder y la riqueza de España para poner en desventaja a los rivales coloniales, Inglaterra y Portugal. Los conquistadores españoles derrotaron a grupos mayas en lo que hoy es Guatemala. Se han propuesto múltiples explicaciones respecto a su al parecer éxito fácil, desde la ventaja de armas sobre lanzas a la falta de unificación de los imperios, pero la mayor aliada de los españoles fue la enfermedad infecciosa.¹ Se cree que la viruela por sí sola mató entre un tercio y la mitad de las poblaciones de los imperios azteca e inca. La acumulación de poder se medía en lingotes, tanto de oro como de plata. La política mercantilista consistía en garantizar que las exportaciones superaran a las importaciones, permitiendo aumentos en la riqueza almacenada para España. El primer mecanismo para lograrlo fue la minería extensiva en el “Nuevo Mundo”, y el segundo fue retener el control sobre el comercio en las colonias para tener ventaja en el comercio. El

sistema mercantilista permaneció intacto durante casi 300 años.²

El trabajo de los pueblos indígenas generó la riqueza de la economía colonial española. Los indígenas trabajaron en las minas y en los campos para producir riqueza para la Corona. Algunos historiadores políticos incluso han propuesto que el debilitamiento del sistema mercantilista no se produjo hasta que la población indígena experimentó una fuerte disminución debido a la conquista y las enfermedades.³ España y otras potencias coloniales utilizaron territorios latinoamericanos como fuentes de metales preciosos y otros recursos naturales, considerando el potencial laboral de las poblaciones indígenas restantes como un recurso más a controlar.⁴

En la década de 1820, la mayor parte de la América colonizada por los españoles había obtenido su independencia política, y el siguiente medio siglo estuvo marcado por la retirada de la economía mundial. Guatemala logró la independencia en 1821.⁵ La independencia era sólo nominal para las poblaciones indígenas; la clase emergente de terratenientes criollos (personas de ascendencia europea nacidas en América Latina) se convirtió en la nueva controladora de la tierra, el trabajo y la riqueza. Con la Revolución Industrial del siglo XIX, América Latina volvió a ser importante para la economía capitalista global como fuente de materias primas y como mercado para productos manufacturados.⁶ Los terratenientes criollos administraron plantaciones de azúcar y, más tarde, producción de petróleo y caucho. Las plantaciones utilizaron mano de obra de trabajadores indígenas y solo obtuvieron ganancias marginales que se gastaron en importaciones de manufacturas. Por lo tanto, el trabajo de los peones indígenas, al igual que los pueblos esclavizados en el Caribe en ese momento, impulsó la industrialización de Europa y Estados Unidos.⁷

Desde la década de 1980, la política económica en América Latina y a nivel mundial ha enfatizado el neoliberalismo, basado en los principios de que las fuerzas del mercado y la competencia proporcionan los medios más eficientes de distribución de capital en la sociedad.⁸ Ese enfoque ha exacerbado las desigualdades existentes, tanto entre los países de ingresos altos y los de mayoría global, como las diferencias socioeconómicas dentro de los países. Al considerar el ascenso del capitalismo global en América Latina, el economista brasileño Theotônio Dos Santos afirmó proféticamente ante el advenimiento del neoliberalismo: “En un mercado mundial de mercancías, capital e incluso de fuerza de trabajo, vemos que las relaciones producidas por este mercado son desiguales y están combinados: desiguales porque el desarrollo de partes del sistema ocurre a expensas de otras partes.”⁹

Países clasificados por el Banco Mundial como de ingresos bajos y medios siguen dependiendo de las importaciones, lo que minimiza el potencial de acumulación de capital dentro de la economía. El ajuste estructural de los

préstamos para el desarrollo en la década de 1970 fue generalizado en América Latina a medida que vencían los préstamos para el desarrollo anteriores, a través de los cuales el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial obligaron a la privatización y a la inversión extranjera a refinanciarse. Las economías latinoamericanas quedaron atrapadas en un ciclo interminable de ayuda y deuda que drena las ganancias en forma de pagos de deuda e inversión extranjera.¹⁰ Eduardo Galeano, en *Venas Abiertas de América Latina*, criticó esa forma de ayuda: “El FMI fue creado para institucionalizar el dominio financiero de Wall Street sobre todo el planeta, cuando el dólar alcanzó por primera vez la hegemonía como moneda internacional después de la Segunda Guerra Mundial. Nunca ha sido infiel a su amo.”¹¹ El economista social Andre Gunder Frank sostuvo además que América Latina debe romper los vínculos con las estructuras capitalistas globales para poner fin a las relaciones de explotación que mantienen a la región subdesarrollada.¹² Por muy proféticas que fueran, esas advertencias ahora parecen casi pintorescas en una economía neoliberal cada vez más privatizada e impulsada por el mercado. Ciertamente, desde la década de 1970, los indicadores de desarrollo económico para la región latinoamericana en su conjunto y para Guatemala han mejorado, pero los beneficios no se han compartido equitativamente dentro de las sociedades.

En particular, los esfuerzos de desarrollo económico en América Latina no han mejorado las vidas de los pueblos indígenas a gran escala. Como argumentó Norbert Lechner, “la globalización agrava las distancias sociales internas de cada sociedad. Ese efecto es especialmente problemático en América Latina, que ya está marcada por algunas de las desigualdades más altas del mundo”.¹³ Las reformas económicas han dejado a la mayoría de los países de América Latina con estados neoliberales que priorizar soluciones privadas e impulsadas por los mercados para distribuir bienes públicos como atención sanitaria y educación.¹⁴

A pesar de que Guatemala ha tenido un crecimiento económico estable durante las últimas tres décadas, continúa teniendo algunos de los niveles más altos de desigualdad de ingresos en la región.¹⁵ La condición de Guatemala como país de ingresos medios altos contradice las muy bajas tasas impositivas federales, lo que resulta en bajo financiamiento para bienes sociales como la atención médica o infraestructura de salud pública. Esa reducida base impositiva, debida en gran medida a la evasión fiscal y a una gobernanza débil, subyace en los retrasos persistentes en las medidas de desarrollo y de la desigualdad.¹⁶

En América Latina, persisten las graves disparidades rural-urbano, con la pobreza estando más concentrada en zonas rurales.¹⁷ Dentro de las economías nacionales en toda América Latina, las áreas rurales se convierten en satélites de zonas urbanas, al igual que los países de la región dependen de potencias económicas globales. Aunque Guatemala ha experimentado urbanización común en toda la región durante las tres últimas décadas, 48 por ciento de la población continúa viviendo en áreas rurales.¹⁸ Ya que las poblaciones rurales en Guatemala son más a menudo maya indígena, están más lejanas geográfica y estructuralmente de los beneficios del crecimiento económico urbano.

Impacto de la Economía Guatemalteca Contemporánea sobre la Salud

La economía guatemalteca, que ha seguido las tendencias generales de usurpación económica bajo el colonialismo español y un débil desarrollo e interacción en el mercado mundial desde la independencia, ha sido moldeada por el neocolonialismo de industrias estadounidenses, como la United Fruit Company. El ingreso interno bruto per cápita de Guatemala fue de \$4,317 en 2020; sin embargo, las disparidades de ingresos distorsionan ese promedio. El 10 por ciento de los hogares más ricos recibió el 51 por ciento del ingreso bruto total del país y el 50 por ciento de los hogares más pobres sólo el 12 por ciento.¹⁹ La inflación ha superado recientemente el crecimiento anual del producto interno bruto (PIB).²⁰ Además, Guatemala se ha visto atrapada en un ciclo de ayuda externa y deuda, en el que actualmente cumplir con la deuda representa aproximadamente el 7 por ciento de todas las exportaciones de bienes y servicios. La población urbana de Guatemala ahora comprende alrededor del 52 por ciento de los 17 millones de habitantes totales del país, lo que significa que las áreas urbanas de rápido crecimiento han recibido más atención, desarrollo e infraestructura a expensas del desarrollo rural.²¹ Estimaciones actuales del Banco Mundial demuestran que el 50 por ciento de la población de Guatemala vive en la pobreza y el 29 por ciento en extrema pobreza.²²

Las tres principales exportaciones oficiales de Guatemala son el café, el azúcar y el banano, pero las tres principales fuentes probables de divisas son las remesas extranjeras, el turismo y el narcotráfico.²³ Además, las fuerzas de la globalización y la exportación de productos agrícolas a países de ingresos altos exacerban aún más las desigualdades de poder que existen en el sector agrícola. Los nuevos cultivos comerciales, o los cultivos no tradicionales cultivados exclusivamente para la exportación, como el brócoli y las frambuesas, son exportaciones muy buscadas, pero la inexperiencia en el cultivo de estos cultivos y las fluctuaciones de precios los convierten en una seria apuesta financiera para los pequeños agricultores. Los cultivos comerciales requieren insumos costosos de pesticidas y semillas, y los sistemas de “granja al mercado” donde los agricultores deben vender a intermediarios reducen las ganancias de los agricultores individuales. El fracaso de los pequeños agricultores consolida aún más la tierra y el dinero en manos de los ricos cuando no pagan sus préstamos para insumos agrícolas y se ven obligados a vender.²⁴ Guatemala tiene fábricas de prendas de vestir y otras industrias ligeras, aunque la mayoría de las instalaciones manufactureras son de propiedad extranjera, lo que a menudo se facilita mediante acuerdos comerciales. Los programas de arrendamiento de tierras para complejos fabriles han sido la piedra angular de un acuerdo comercial con Corea del Sur. A su vez, Corea del Sur ha emprendido algunos proyectos de desarrollo, incluida la donación de la sala de maternidad del hospital gubernamental de Chimaltenango.

Privatización e Instalaciones de Salud de Pago por Servicio

El cambio hacia la privatización de la atención de salud en Guatemala refleja las tendencias de la salud global. Aunque los proveedores de servicios médicos han tenido durante mucho tiempo consultorios privados en los centros urbanos de Guatemala, la privatización del sistema de salud en Guatemala comenzó en serio con la vanguardia de organizaciones filantrópicas de salud y de desarrollo internacional a partir de la década de 1950. La Clínica y Hospital Behrhorst, fundada en 1962 por el Dr. Carroll Behrhorst, nacido en Kansas, fue pionera en el sector de atención médica privada sin fines de lucro.²⁵ Behrhorst llegó por primera vez a Guatemala como parte de una misión médica a finales de los años cincuenta. Con el apoyo de la Iglesia Luterana, Behrhorst se propuso llevar atención médica a una población maya kaqchikel de 140,000 en el área de Chimaltenango que no tenía acceso a servicios de salud.²⁶ Behrhorst sabía que no podía proporcionar un número adecuado de médicos para atender a la población, pero creía que los miembros de la comunidad local podrían recibir capacitación para diagnosticar y tratar muchas enfermedades comunes. Diseñó un sistema en el que los médicos capacitaban a los promotores de salud locales. Los costos se mantuvieron bajos en el hospital, ya que los familiares prepararon la comida y brindaron atención básica de enfermería a los pacientes.²⁷ El espíritu de la organización reflejaba el ideal de “salud para el pueblo, por el pueblo”. Reconociendo además que la medicina curativa por sí sola no puede abordar la condición de salud de la población kaqchikel de Chimaltenango, Behrhorst y sus colegas iniciaron programas para abordar problemas de desnutrición, tenencia de la tierra, producción agrícola y control de población.²⁸

En 1975, la OMS citó el programa Behrhorst como modelo para una promoción eficaz de la salud en regiones de escasos recursos.²⁹ La salud global de la época enfatizaba la atención primaria y los modelos de prestación de sistemas de salud descentralizados. Después del terremoto de 1976, un funcionario de salud del gobierno guatemalteco afirmó que la Clínica Behrhorst tenía el servicio de salud mejor organizado del país. La violencia extrema de principios de la década de 1980 impidió, pero no extinguió, las iniciativas de salud de Behrhorst: a finales de 1983, sólo dieciocho de cuarenta y cinco promotores de salud capacitados habían sobrevivido.³⁰ Exceptuando un breve período durante la violencia de principios de los años 1980, Behrhorst continuó su trabajo en Chimaltenango hasta su muerte en 1990. Fue una figura ampliamente reconocida y querida en el departamento, habiéndose ganado la confianza y el respeto del pueblo kaqchikel a través de sus muchos años de trabajo con ellos como colega en lugar de salvador.³¹

Las presiones de la economía neoliberal han significado que la Clínica Behrhorst ahora opera con un sistema de pago por servicio acorde con los precios de otras clínicas privadas en Chimaltenango; una consulta básica cuesta Q30 (quetzales guatemaltecos o US\$4,29). Tres o cuatro médicos están de guardia

todos los días de la semana y se rotan las responsabilidades para cubrir los turnos de día y de noche. La Clínica Behrhorst ofrece una gama completa de servicios especializados, incluidos dermatología y ginecología, a través de visitas regulares de especialistas un día a la semana. Sin embargo, el número de pacientes ha disminuido en los últimos años. Los miembros más antiguos del personal recuerdan cuando tenían que trabajar constantemente todo el día para atender a todos los pacientes, mientras que ahora los largos bancos que bordean los pasillos alrededor del hospital a menudo están vacíos de los pacientes del día a las 10 a. m. Las habitaciones para pacientes hospitalizados casi siempre están vacías, desprovistas del bullicio de los pacientes indígenas y sus familiares que los cuidaban de épocas anteriores.³² Los pacientes mayas pobres ya no pueden pagar la clínica Behrhorst para procedimientos quirúrgicos, excepto cuando un equipo médico extranjero viene para una semana de servicio voluntario. Además, el personal de la Clínica Behrhorst ya no es mayoritariamente maya. Casi todos los médicos, enfermeras e incluso el personal de apoyo son en su mayoría ladinos.³³ Gran parte de la programación comunitaria descrita durante los días felices del tiempo que el Dr. Behrhorst pasó en la clínica ya no existe.³⁴ Sin embargo, el trabajo filantrópico y de involucrarse con la comunidad de Behrhorst continúa por medio de una ONG que actualmente opera como entidad separada del hospital.

Tras una década de desvinculación institucional, el personal maya kaqchikel de la ONG derivada ofrece iniciativas comunitarias esenciales, como sistemas de agua potable y educación nutricional a través de jardines comunitarios. La financiación de la ONG proviene de subvenciones y donaciones extranjeras.

Con financiamiento del gobierno, la Clínica Behrhorst supervisó equipos ambulatorios de médicos y enfermeras en cuatro municipios de Chimaltenango durante más de una década a través del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) del gobierno de Guatemala hasta su finalización en 2014. Esos equipos a su vez capacitaron a trabajadores comunitarios de salud locales. Como se describe en el capítulo 3, el programa PEC del gobierno fue diseñado para cumplir la promesa gubernamental de atención médica para todos. Reflejando una tendencia global en la prestación de servicios de salud neoliberal, el gobierno subcontrató para el nivel más bajo de servicios de atención primaria a ONG, quienes coordinaron a los equipos de salud móviles para visitar cada aldea dentro de su área de influencia al menos una vez al mes. Los equipos de las ONG administraron programas financiados por el gobierno, como vacunación rutinaria y suplementos nutricionales para niños pequeños.

La idea detrás de PEC era que las ONG ya tenían relaciones con las comunidades y estarían en mejores condiciones de brindar atención accesible. Sin embargo, la realidad fue más confusa: algunas ONG trabajaron para cumplir sus mandatos, mientras que otras aceptaron el dinero y prestaron poca atención. En 2013, una auditoría gubernamental encontró altos niveles de corrupción dentro

del programa PEC, y el programa se suspendió en 2014 sin un sustituto claro. Además, la rigidez en las estructuras de los programas PEC significó que las ONGs, como la Clínica Behrhorst, tuvieran poca flexibilidad para adaptar los programas a contextos comunitarios, a pesar de que ese era un objetivo del programa.³⁵ El modelo de tercerización o externalización no funcionó para lograr una cobertura nacional efectiva de atención primaria. Desafortunadamente, el modelo que desarrolló el Dr. Behrhorst para utilizar las instalaciones hospitalarias como un lugar para enseñar a los trabajadores de salud comunitarios a través de clases intensivas y experiencia clínica práctica tuvo que abandonarse al final de PEC por necesidad económica.

Para hacer frente a la competencia de otros centros de salud privados, la Clínica Behrhorst capitaliza su reputación anterior como la atención médica de más alta calidad del departamento. La administración del hospital implementó una campaña publicitaria en vallas publicitarias y radio, completa con el *jingle*: “Ven al hospital del gringo. ¡Es el mejor!” La reputación de la clínica de atención de alta calidad y larga historia de atender a comunidades mayas aún atrae a clientes de pago. Los precios son iguales en la Clínica Behrhorst para todos, y los que no pueden pagar son referidos al hospital gubernamental. Los pagos por todos los procedimientos deben hacerse por adelantado, incluso en una situación de emergencia que observé y que involucraba a una mujer a la que le habían cortado la cara con un machete.

Si bien la vitalidad y volumen de pacientes de la Clínica Behrhorst han disminuido con el cese de la financiación externa, continúa brindando atención médica esencial a quienes pueden pagar. Los niños que presentan diarrea generalmente son clasificados utilizando las pautas gubernamentales (algoritmo de triaje o clasificación Plan A, B, C) y luego enviados al laboratorio interno para una prueba fecal a fin de verificar si hay altas cargas bacterianas y parasitarias. En consecuencia, los médicos de Behrhorst no recomiendan ni prescriben antibióticos o medicamentos antiparasitarios sin un diagnóstico claro de un patógeno diarreico. Los médicos de Behrhorst se adhieren en gran medida a su política de promover la TRO como tratamiento seguro, menos costoso e invasivo en comparación con el tratamiento de niños por deshidratación con líquidos intravenosos (IV). Un médico me dijo: “A veces tenemos que discutir con las madres. Traen a sus hijos hasta aquí y quieren una intravenosa. No siempre quieren solo un trago de la farmacia, así que tenemos que explicárselo”. Dicho lo cual, ya sea por presión de los pacientes que pagan o retraso en la búsqueda de tratamiento, lo cual resulta en una afección más grave, eso significa que algunos niños reciben terapia intravenosa para tratar su diarrea.

La Clínica Behrhorst es una de las muchas clínicas privadas de pago por servicio que operan en Chimaltenango, y sus servicios son demasiado caros para ser accesibles para todos. A los ojos de muchos mayas rurales, la salud y la capacidad de buscar atención médica son dominio exclusivo de los ricos. En medio

de asentimientos y palabras de acuerdo de sus vecinas, una participante de un grupo focal en Panaj explicó con total naturalidad: “Somos pobres y no podemos llevar a nuestros hijos al médico con frecuencia. No llevamos a nuestros hijos al médico hasta que están gravemente enfermos, a diferencia de los ricos, que llevan a sus hijos al médico para que los examinen incluso si no están enfermos. ¡Imagínese, incluso si no están enfermos!” De hecho, mientras hablábamos en el pequeño patio de tierra de una de las mujeres, mirando hacia el cruce de caminos de la aldea, la idea de llevar a todos los niños enfermos a un proveedor de atención médica, y mucho menos a los sanos, parecía pura fantasía. La transición de la atención sanitaria de un bien público a un bien de mercado posiciona a los pacientes como consumidores financieros e incluso moralmente responsables de su propia atención.³⁶ Facilita un mayor abandono por parte del gobierno de la responsabilidad en cuanto al derecho humano a la salud.

Farmacias y la Mercantilización de la Salud

Las farmacias, que vuelven aún más el complejo panorama de la atención sanitaria neoliberal, son una fuente fundamental de tratamiento para las enfermedades infantiles, incluida la diarrea. El término “farmacia” abarca una amplia gama de establecimientos y vendedores, incluidas farmacias gubernamentales, farmacias privadas y vendedores individuales que venden productos farmacéuticos en tiendas y puestos de mercado. En mi investigación, los participantes mayas y ladinos informaron ampliamente que las farmacias eran buenas fuentes de TRO.³⁷ Otro estudio sobre la búsqueda de tratamiento para niños en Guatemala encontró que el 30 por ciento de los niños que fueron tratados por diarrea fueron atendidos por un farmacéutico, lo cual no es sorprendente ya que la diarrea infantil es muy común.³⁸ En general, la gente del departamento de Chimaltenango tiene buena opinión de los productos farmacéuticos biomédicos y muchos creen que son el mejor recurso posible durante un ataque de enfermedad. La conveniencia de poder adquirir en una tienda local medicamentos básicos junto a otros artículos para el hogar local es un factor importante en las decisiones de búsqueda de tratamiento.

En 1997, el gobierno abrió una red de farmacias como parte del Programa de Acceso a Medicamentos (PROAM). El objetivo del programa es hacer que los productos farmacéuticos sean accesibles y asequibles para todos en Guatemala, e incluye farmacias a nivel departamental y municipal, así como las existencias de medicamentos utilizados por los centros de salud, puestos de salud y trabajadores comunitarios de salud. El gobierno negocia precios de contrato grupal para la lista básica de medicamentos disponibles dentro de la red.³⁹ El precio de los sobres de polvo y la solución embotellada de sales de rehidratación oral (SRO) es competitivo, cuando los tienen en inventario, pero no considerablemente más bajo que el de las farmacias privadas.

Al igual que en las farmacias PROAM, personal de farmacias privadas sugirió

uniformemente antibióticos o medicamentos antiparasitarios cuando pregunté qué tratamiento recomendarían para un hipotético niño de dieciocho meses que tiene diarrea. Sólo en una farmacia (privada) el vendedor recomendó que se utilizara la TRO junto con el medicamento sugerido. Particularmente en el contexto de las farmacias privadas, esas recomendaciones tal vez se pueden esperar, ya que los antibióticos y antiparasitarios son mucho más caros que los paquetes de SRO, que cuestan sólo unos pocos quetzales (alrededor de US\$0.20). En varias farmacias, los paquetes de TRO y la solución embotellada estaban disponibles cuando se solicitaban, pero el inventario estaba descolorido y lleno de polvo, subrayando el hecho de que vender TRO no es primordial para el personal de la farmacia.

La Clínica Behrhorst opera su propia farmacia abierta las veinticuatro horas al frente del edificio del hospital en Chimaltenango. Su gerente de farmacia y el resto del personal tenían poca o ninguna capacitación en productos farmacéuticos, lo que suele ser el caso incluso del personal de las farmacias privadas de apariencia más refinada. La farmacia Behrhorst abastece las recetas escritas por los médicos de su clínica y vende los medicamentos directamente a los clientes en la calle.

La farmacia tiene una amplia variedad de soluciones de SRO embotelladas y en polvo a precios competitivos, y vende aproximadamente 300 frascos y 50 paquetes de SRO cada mes, lo cual nuevamente indica la marcada preferencia por las soluciones embotelladas. A diferencia de la mayoría, la farmacia Behrhorst instruye a su personal para que proporcione instrucciones a los padres que compran TRO sobre cómo administrar la solución de manera adecuada; sin embargo, en mi opinión, ese paso generalmente fue apresurado u olvidado.

Como la regulación de las ventas farmacéuticas es débil, en los mercados locales abundan los vendedores de una variedad siempre cambiante de productos farmacéuticos. Dispuestos sobre mantas y mesas entre verduras, detergentes para ropa y gel para el cabello, los medicamentos, en su mayoría antibióticos, son una parte típica y esperada del panorama del mercado (imagen 4.1). Si bien esos vendedores del mercado no tienen ningún conocimiento formal sobre los productos farmacéuticos más allá de la evidencia anecdótica obtenida de experiencia personal, siempre tienen algo a mano que recomendar para cualquier afección que se desee tratar. Los compradores de medicamentos biomédicos en el mercado dependen del asesoramiento de los vendedores y están dispuestos a creer que la cantidad de medicamentos que pueden comprar será suficiente para restaurar la salud.⁴⁰ En un sistema donde los medicamentos no se controlan, los problemas de mal uso de, y resistencia a, antibióticos se vuelven muy serios.

Una parte adicional de la escena farmacéutica impulsada por el mercado son los numerosos vendedores ambulantes y tiendas que venden remedios “naturales”. Los vendedores de esos productos me dijeron que sus remedios más populares son para la salud gastrointestinal y la “vitalidad” sexual masculina. Los precios de esos productos varían: algunos son más baratos que los productos farmacéuticos

biomédicos y otros cuestan más. Sin embargo, no he descubierto que esas reservas “naturales” constituyan una fuente importante de tratamiento para los niños. Parece haber un aumento en la demanda por parte de ladinos urbanos y extranjeros de medicinas naturales que se basan en creencias espiritistas que no son parte de la medicina tradicional maya.



Imagen 4.1

Farmacéuticos en el mercado de Acatenango.

La Omnipresencia de Omnilife y el Mercadeo Multinivel del Bienestar

Omnilife es una corporación multinacional que vende vitaminas y otros suplementos y remedios para la salud, incluidos productos que afirman ser útiles para TRO. Como vimos en el ejemplo de Félix al comienzo del Capítulo, Omnilife sigue un modelo de venta directa al vender sus productos a clientes a través de proveedores autorizados que ganan dinero vendiendo los productos con un margen de beneficio de tasa fija y reclutando a otros proveedores. Establecida en México en 1991, la mayoría de los centros de distribución y proveedores de Omnilife continúan estando en Centroamérica; sin embargo, Omnilife es una empresa registrada en diecinueve países en todo el mundo, incluidos Estados Unidos, Rusia e India. Omnilife tiene fuerte presencia en Guatemala: ha estado operando en el país durante trece años e ingresa aproximadamente US\$12 millones anualmente.⁴¹ Las ventas directas y mercadeo multinivel se han vuelto estrategias populares en países de ingresos bajos y medios y han hecho crecer a Omnilife y otras multinacionales como Amway.⁴² El mensaje aspiracional de alto

potencial de ganancias para vendedores con pocas oportunidades económicas, así como una base de consumidores deseosos de remedios envasados “fuertes”, hace de Guatemala un lugar propicio para las estrategias de marketing multinivel y ventas directas de Omnilife.⁴³

La naturaleza empaquetada de productos cuasi farmacéuticos de suplementos para la salud de Omnilife los hace atractivos de la misma manera que los productos farmacéuticos, y en algunos casos indistinguibles de ellos. Las estrategias de marketing o mercadeo multinivel dependen de un gran número de inversores de pequeña escala y del reclutamiento continuo de nuevos inversores y clientes para financiar los pagos a los inversores existentes. A través de estrategias de marketing multinivel, el 90 por ciento de los inversores no ven satisfechas sus expectativas de rendimiento de la inversión.⁴⁴ Después de asistir a algunas de las reuniones esporádicas de vendedores de Omnilife en Chimaltenango, Félix me invitó a acompañarlo a una reunión de “vendedores estrella” en Ciudad de Guatemala, donde, dijo, los vendedores aprenden sobre las propiedades y usos de los productos. Tuve que convertirme en vendedora autorizada para poder asistir a la reunión, así que me convertí en uno de los reclutas de Félix y pagué la tarifa de iniciación de Q170 (25 dólares estadounidenses).

Aunque fue una gran decepción para Félix, cuyas visiones de participación en las ganancias de una recluta estadounidense cobraban gran importancia, nunca pedí ni vendí ningún producto de Omnilife. Esta, pensé, era mi oportunidad: podría aprender exactamente para qué sirven los productos y cómo algunos de ellos se conceptualizan como TRO. Tal vez tuviera sentido que las reuniones locales de Chimaltenango fueran exclusivamente sobre ventas, pero aquí sería donde se llevaría a cabo la verdadera educación sobre el producto.

En una sala de reuniones de un hotel de categoría media en Ciudad de Guatemala, los vendedores se congregaron para su reunión de media tarde. La multitud de unos 200 vendedores era una mezcla de hombres, en su mayoría indígenas, y algunas mujeres indígenas. Música a todo volumen sonaba a través de bocinas de gran tamaño y se vendían bebidas Omnilife en la puerta, donde se cobraba una entrada de 2 dólares estadounidenses. En medio de mucha fanfarria, el líder de la reunión corrió hacia el frente de la sala y comenzó un apasionado testimonio sobre las muchas formas en que Omnilife había mejorado su vida. Los asistentes aplaudieron y gritaron palabras de afirmación. De hecho, Omnilife se basa en un liderazgo carismático y en modelos de formación de grupos basados en la fe, como actividades de llamado y respuesta.⁴⁵ A medida que avanzaba la tarde, escuchamos testimonios de otros proveedores y repetidas explicaciones de cómo opera el sistema de proveedores de Omnilife. Dependiendo de su volumen de ventas, usted puede comprar los productos a precios mayoristas cada vez más reducidos para obtener mayor margen de ganancias; no puede vender productos en una tienda; y recibe una bonificación y además participación en las ganancias de las ventas de tres generaciones de sus reclutas. Se utilizó un pizarrón para explicar cuidadosamente este proceso y dibujar la estructura piramidal de ganancias,

disipando cualquier duda de que efectivamente se trata de un esquema piramidal.

A lo largo de la tarde, me pregunté si los vendedores asistentes no estarían ya muy conscientes de la información que se presentaba, pero la receptiva multitud estaba lejos de aburrirse. Hacia el final de la reunión de tres horas, hubo un segmento de “educación sobre el producto” durante el cual se recordó a los vendedores que promovieran las ventas de dos productos diferentes: un suplemento vitamínico en polvo para la “vitalidad” y un jarabe líquido para la “salud digestiva”. “No se dijo nada más específico que esos usos vagos. La discusión se centró en qué tan “buenos” eran los productos y las posibilidades de obtener márgenes de ganancia. Esencialmente, la reunión sirvió como una especie de motivación para los proveedores, reavivando su interés y compromiso con el estilo de vida de Omnilife en lugar de brindarles conocimiento del producto que los ayudara a seleccionar los mejores productos para cualquier condición específica que pudiera enfrentar un cliente. En el viaje de regreso a Chimaltenango, Félix habló animadamente sobre la reunión y sobre sus planes futuros para aumentar ventas. Dijo que planeaba comprar un gran cargamento de productos y llevarlos a los mercados rurales de forma más regular. Ha tenido cierto éxito con esa estrategia de ventas en el pasado. “La población rural”, dijo, “tiene hambre de salud. Comprarán los productos que necesitan.”

Cuando presioné a Félix y a otros vendedores de Omnilife para saber cómo decidían qué productos recomendar a pacientes con condiciones específicas particulares, dijeron que confiaban en el conocimiento y experiencia de primera mano con los productos mismos. Félix dijo que también lee publicaciones de Omnilife, incluida la revista de la compañía, para aprender más sobre los productos, aunque mi propia lectura de esas publicaciones reveló nuevamente un énfasis en testimonios y técnicas de venta. Sin embargo, Félix y otros vendedores de Omnilife me reiteraron repetidamente que Omnilife ofrece igualdad de oportunidades en el sentido de que no es necesario saber leer ni hablar bien español para ser un buen vendedor. Eso significa que los materiales promocionales y educativos escritos no son accesibles para todos los vendedores, y mucho menos para sus clientes indígenas, en su mayoría rurales. Además, la mayoría de los vendedores y clientes no tiene la posición social, capacitación y experiencia para ser críticos ante las promesas de una corporación multinacional como Omnilife y sus métodos de operación.

A medida que hablaba con más vendedores y clientes, me quedó cada vez más claro que la educación cuidadosa sobre el uso apropiado de los productos no es una prioridad para Omnilife.

Mi interés específico en comprender los procesos de promoción y ventas de Omnilife se centró en el uso de algunos de los productos como soluciones de SRO. Aunque todos los vendedores estuvieron de acuerdo en que sus productos constituían soluciones de SRO para niños más efectivas que los paquetes gratuitos o de bajo costo que se entregaban en los puestos de salud, invariablemente recomendaban una selección diferente de productos para ese propósito. Félix fue

obstinado sobre el tema, diciendo que los padres rurales no sabían nada mejor y daban a sus hijos bebidas no saludables como Coca-Colas cuando tenían diarrea, y exhortó a que utilizaran soluciones más saludables, como cualquiera de la gran variedad de bebidas y polvos que ofrece Omnilife. Cuando le señalé que alguna forma de azúcar era el principal ingrediente en varios de esos productos, Félix se puso extremadamente a la defensiva, diciendo que los beneficios del contenido vitamínico era lo que diferenciaba a Omnilife de las demás soluciones de SRO. También quedó claro que no se daba cuenta de que ingredientes como la sacarosa y la fructosa son nombres químicos del azúcar.

Por supuesto, el costo de los productos Omnilife que se utilizarían para fines de TRO es mucho mayor que el costo de los paquetes gubernamentales o incluso de otros productos comerciales disponibles en farmacias. Dependiendo del producto específico recomendado, los remedios “digestivos” de Omnilife utilizados para la TRO pueden variar en precio desde Q3 (US\$ 0.43) por paquete hasta Q12 (US\$ 1.70) por una botella de agua vitaminada y hasta Q72 (US\$ 10) por una botella de almíbar. Incluso en comparación con los precios de farmacias privadas analizados en la sección anterior, los precios de Omnilife son significativamente más altos. Una especie de elitismo alcanzable (o al menos concebiblemente alcanzable) parece ser el modus operandi de muchos vendedores de Omnilife con quienes hablé y que venden productos en áreas rurales. Como expresó un vendedor en Comalapa: “Lo que pasa con los productos Omnilife es que todos los quieren porque no todos pueden conseguirlos”. Él mismo, un hombre indígena subiendo de categoría, agregó: “Los campesinos vienen a la ciudad cada semana al mercado y ven y escuchan lo buenos que son nuestros productos. Esas personas son pobres y a menudo no pueden pagar [los productos Omnilife] de inmediato, pero eso les hace querer comprarlos”. En el caso del acceso a establecimientos de salud privados, se refuerza el concepto de que la salud es para quienes pueden pagar. Incluso a los más marginados en la sociedad, aquellos que deberían poder confiar en bienes públicos como atención sanitaria, se les demuestra que la salud es algo por lo que se debe pagar al igual que cualquier otro bien de mercado.

Al crear un prestigio social en torno a la compra de productos de la marca Omnilife utilizados como TRO, los vendedores de Omnilife esperan crear un mercado donde la gente renuncie a productos más baratos en favor de su propio producto supuestamente superior. Los vendedores suelen ser amigos y familiares, o al menos un vecino indígena, con quien los clientes rurales pueden identificarse.

Las ventas de Omnilife se basan en relaciones de confianza presentes en las comunidades rurales para vender productos y hacer creer a la gente que no vale la pena comprar ninguna otra marca. Es socialmente deseable que lo vean con productos Omnilife promocionados como SRO, incluso si no puede permitirse el lujo de darle a su hijo enfermo una dosis que sería efectiva. He visto botellas de productos Omnilife sin abrir o un poco usadas en los alféizares de las ventanas y en los estantes de muchos hogares de bajos ingresos, lo que sugiere que los

productos se están acaparando para uso posterior debido a su costo o simplemente se mantienen como símbolo de estatus.⁴⁶ El prestigio social de utilizar tratamientos caros empacados viene a expensas de costo de realmente tratar la diarrea infantil.

Omnilife anima a sus vendedores a pensar en vender sus productos de salud como un servicio público. No es sorprendente, por lo tanto, que se produzca una combinación filtrada entre el sector público y el privado, especialmente cuando los trabajadores comunitarios de salud (TCS) mal remunerados complementan sus ingresos convirtiéndose en vendedores cuasi farmacéuticos. En el puesto de salud más cercano al pueblo de Panaj, Carlos, el TCS de Simajuleu, era negligente con el horario de apertura del puesto de salud. Las mujeres del pueblo frecuentemente compartían su frustración por haber hecho el largo camino hasta el puesto y encontrarlo cerrado, como fue la experiencia de Rosario cuando buscó atención para el bebé Efraín en la introducción de este libro. Después de un par de intentos de visita, finalmente una tarde encontré a Carlos en el puesto de salud.

Le estaba haciendo mis preguntas habituales sobre qué tipo de problemas ve con más frecuencia y qué medicamentos puede ofrecer cuando noté dos estantes de productos Omnilife. Empecé a hacer preguntas sobre los productos de Omnilife y Carlos dijo que los tenía en el puesto como un servicio a los clientes y que muchos de ellos los prefieren a los productos del gobierno. Dijo que para un niño con diarrea recomienda una de las botellas de agua vitaminada de Omnilife, pero si una madre no puede pagarla, le venderá un paquete de SRO del gobierno si aún le quedan.

Para un miembro de la comunidad que sólo es compensado por el tiempo que pasa lejos de otras actividades que generan ingresos, Carlos en Simajuleu ha encontrado la forma de ganar más dinero operando el puesto de salud. Hay poco tiempo y dinero para supervisar a los TCS, por lo que no sorprende que algunos promotores elijan agregar otras acciones para generar dinero a sus actividades oficiales en el puesto de salud. Sólo vi productos Omnilife en otro puesto de salud del municipio de Comalapa, aunque la mayoría de mis visitas fueron con viajes anunciados de los equipos móviles de salud. Si bien las reglas de Omnilife prohíben las ventas en tiendas, no prohíben explícitamente las ventas en puestos de salud, que técnicamente no funcionan como negocios con fines de lucro. Como resultado, existe un área gris para que los TSC comunitarios aprovechen su posición y ganen dinero extra como vendedores de Omnilife. El estímulo de los TSC a las compras de Omnilife en lugar de los medicamentos disponibles a bajo costo a través del servicio gubernamental hace que parezcan de calidad superior, lo que refuerza la actitud de que se puede comprar una mejor salud gastando más dinero.

La marca distintiva Omnilife en los productos es ampliamente reconocida y la confianza de las personas en su efectividad se fortalece por medio de las redes sociales a través de las cuales se venden.⁴⁷ Para las comunidades mayas, ese tipo de confianza es difícil de lograr en los encuentros con el sistema de salud gubernamental. En lugar de desanimarse por el alto costo de los productos Omnilife,

los clientes potenciales confían y aspiran a comprarlos debido al alto costo.⁴⁸ En ese sentido, Omnilife refleja la tendencia generalizada hacia una preferencia creciente por productos más caros comprados en el sector farmacéutico privado en lugar de productos terapéuticamente similares de bajo costo.⁴⁹ Se considera que los productos del sector público representan un nivel de atención inferior, y como tal, a veces son rechazados por las poblaciones a las que van destinados.

La popularidad de Omnilife demuestra un deseo de participación económica que parece eludir las desigualdades arraigadas de estructuras macroeconómicas y de clases. Los vendedores conectan a Omnilife con una visión específica de modernidad, viendo la afiliación con la empresa como un signo no sólo de ganancia económica sino de estatus como participante en una economía neoliberal globalizada.⁵⁰ El deseo de participar en la economía global ha sido un cambio importante dentro de las comunidades mayas en la era de la posguerra, particularmente a través de la participación en el trabajo en fábricas y en cultivos comerciales.⁵¹ Pero los beneficios obtenidos por la participación en la economía neoliberal se distribuyen de manera desigual, por supuesto, y no todo el mundo puede acceder a Omnilife como vendedor o comprador.⁵²

Si bien la estrategia de Omnilife beneficia a algunas personas, como vimos con la experiencia de Félix, puede amplificar las desigualdades existentes dentro de las comunidades, así como dentro de la economía global. La cúspide de la pirámide multinacional Omnilife fue construida para enriquecer a una élite económica global, no para reconstruir la riqueza de los mayas, cuyas pirámides yacen en ruinas.

Curanderos Locales en el Panorama Pluralista de Atención

Además de las clínicas privadas y los vendedores de productos farmacéuticos de diversos tipos, las curanderas locales son otro grupo clave integrado en las estructuras comunitarias que influye en las decisiones de las madres sobre la búsqueda de tratamiento para la diarrea de sus hijos y el uso de TRO. Las curanderas locales ofrecen otra opción del sector privado en el panorama pluralista de atención sanitaria y a menudo resultan más accesibles geográfica y financieramente que otras opciones. Muchas curanderas locales cobran honorarios muy modestos por sus servicios y aceptan alimentos y otros bienes en especie como pago. Sin embargo, las curanderas locales no deben considerarse en conflicto con la atención biomédica; a menudo son una primera parada para recibir asesoramiento o se les consulta junto con la atención biomédica. Incluso a principios de la década de 1970, Kris Heggenhougen descubrió que había pocas chamanes o curanderas practicantes (curanderas tradicionales que normalmente usaban remedios vegetales) en el departamento de Chimaltenango.⁵³ Sin embargo, la mayoría de las aldeas aun cuentan con una mujer local, usualmente una mujer mayor, que se considera conoce sobre plantas y remedios caseros y puede curar enfermedades comunes.

Dados los desafíos para acceder a atención a través del sistema de salud gubernamental, las opciones de búsqueda de atención médica fuera de ese sistema e integradas dentro de las comunidades son un punto de entrada vital para la atención sanitaria. En la práctica contemporánea, las curanderas locales brindan tratamientos, pero también ayudan a navegar por otras opciones de atención médica. Como miembros de la comunidad, las curanderas locales a menudo tienen una visión compartida de la distancia, costo, potencial de discriminación o maltrato y calidad percibida sobre otras fuentes de atención sanitaria, y pueden ayudar a guiar a quienes buscan atención médica a través del complejo cálculo de esos factores para tomar una decisión respecto a su condición y situación de salud específicas. Especialmente para las mujeres indígenas que tienen menos movilidad y acceso a los recursos en la sociedad guatemalteca, esas fuentes confiables de atención y asesoramiento locales son fundamentales para dar forma a las jerarquías de recurso (cuándo buscar qué tratamiento y dónde) y apoyar las decisiones basadas en ellas.

Por lo tanto, las curanderas “tradicionales” locales se han convertido en guías de facto al atravesar el panorama neoliberal contemporáneo de atención de salud y la accesibilidad variable de sus ofertas.⁵⁴ Generalmente, cuanto más rural la comunidad, más probable que los comunitarios conozcan a una curandera local.⁵⁵ La madre de Doña Merilda fue en sus tiempos una conocida curandera en Comalapa, y una sanadora maya kaqchikel que recibía consultas de pacientes en su casa. Sus hijas han aprendido los remedios también, aunque todavía no practican como curanderas. Doña Merilda usualmente atendía entre dos y cinco pacientes al día, la mayoría de los cuales eran niños del barrio traídos por sus madres. Cobraba Q5 (US\$ 0.70) por adultos y Q3 (US\$ 0.43) por niños, que algunas veces aceptaba en el valor equivalente de huevos, frijoles secos u otros productos básicos. Sus honorarios como curandera complementaban sus ingresos como tejedora. He llegado a conocer bien a Doña Merilda a lo largo de años de conversaciones vespertinas en las que ella me describía sus tratamientos y ocasionalmente me permitía observarla con un paciente.

La mayoría de los tratamientos de Doña Merilda para la diarrea infantil implican una combinación de hierbas, productos farmacéuticos envasados y oración católica. Cuando un niño tenía sobrecalentamiento, Doña Merilda usaba un huevo que pasaba sobre el cuerpo, al tiempo que recitaba un “Padre Nuestro” y un “Ave María” para sacar el calor. Decía que la diarrea roja siempre es “caliente” y debe tratarse enfriando el estómago con una bebida fría como Seven-Up. Para la diarrea causada por el frío o exceso de aire en el estómago, masajeaba el estómago con aceite para que saliera el aire. Para la diarrea “fría”, también preparaba una bebida a base de hierbas con hojas de ruda (*Ruta graveolens*) y Alka-Seltzer en agua que elimina el exceso de aire y calienta el estómago.

La tercera categoría crítica de diarrea, según doña Merilda, son los casos más graves causados por lombrices, que son más comunes en la temporada de lluvias, de mayo a septiembre. Ella me dijo: “Siempre hay diarrea cuando llega la lluvia; no importa lo cuidadoso que seas. Para ello utilizo una medicina

natural llamada pericón [*Tagetes lucida*]. Les doy pericón con dos “Santamicinas” (acetaminofén) hervidas en agua con menta. Eso generalmente cura la diarrea causada por lombrices en la época de lluvias”. Analizar esos casos constituyó una de las principales preocupaciones de doña Merilda en nuestras discusiones sobre la diarrea infantil: eran los casos que requerían tenacidad y delicadeza como curandera. En casos de diarrea causada por lombrices, Doña Merilda centra su atención en calmar a las lombrices e inducirlas a regresar a su saco. Me dijo que sólo en casos extremadamente raros las lombrices se agitan tanto que salen del cuerpo del niño por la boca o por las heces. En esos casos, Doña Merilda considera que los niños deben acudir al centro de salud porque claramente algo “está mal por dentro” si las lombrices quieren salir de su hogar dentro del cuerpo. En una ocasión pude observar uno de los tratamientos más complejos de Doña Merilda para casos difíciles de diarrea por lombrices.

Una madre del barrio trajo a su hijo de dos años para que lo viera Doña Merilda porque había tenido diarrea intermitente durante tres semanas. Había llevado a su hijo al centro de salud la semana anterior, pero dijo que no le habían dado nada “lo suficientemente fuerte” para detener la diarrea. Doña Merilda aseguró a la madre que la diarrea es muy común a la edad de su hijo y le recordó que era el inicio de la temporada de lluvias, por lo que es probable que ocurra diarrea.

Doña Merilda hizo su diagnóstico del estado del niño acostándolo sobre una mesa de su sala, revisándole los ojos y la piel y examinando las cualidades de la diarrea y el pañal que tuvo que volver a poner al niño. Ella determinó que su diarrea fue causada por un caso de lombrices. Como el caso había sido persistente, decidió aplicar un tratamiento “más fuerte”: hizo una cataplasma de agua hervida con una rama de aguacate, menta y hojas de epazote (*Dysphania ambrosioides*). El líquido resultante se absorbió en un pequeño trapo que luego recubrió con aceite de cocina. El trapo se colocó en el centro del estómago sobre el ombligo y se aseguró en su lugar envolviendo un trozo de tela alrededor de la sección media del niño. Doña Merilda dijo un “Ave María” y envió al niño a casa, diciéndole a su madre que volviera al día siguiente para comprobar su evolución. Yo no estuve presente cuando trajeron al niño a ver a Doña Merilda tres días después, pero ella informó que su condición había mejorado mucho.

Doña Merilda me dijo que, si un caso se hacía más grave o prolongado, añadía pan blanco tostado a la cataplasma que se colocaba sobre el ombligo del paciente. Ella decía: “A las lombrices les gusta el pan y les gusta el aceite. Pueden olerlo en el estómago y les da ganas de volver a bajar y meterse en el saco alrededor del estómago”. También decía que, si reconoce un caso difícil de empacho, el mejor remedio es que el paciente beba una botella entera de leche de magnesias. Ella pensaba que eso “limpia todo lo malo del estómago y calma al niño.”⁵⁶ El último tipo de diarrea inducida por lombrices que doña Merilda discutió conmigo fue la resultante del susto, un miedo o pérdida del alma. Dijo que cuando el alma se

perdía, asustaba a las lombrices, lo que a su vez provocaba dolor de estómago al paciente. Para esa condición, que ella me dijo que trata sólo raramente y yo nunca presencié, debe llamar al alma a regresar a través de agua colocada en una cubeta con una varita de incienso y rosas y decir oraciones. El alma se reúne con el cuerpo, las lombrices regresan a su saco y la condición se resuelve.

El sincretismo de sistemas de sanación tanto por curanderas como Doña Merilda y por pacientes que usan tratamientos de una o más fuentes queda claro en aldeas pequeñas como Panaj donde las opciones son mucho más limitadas. Ha habido debate sobre hasta qué punto se siguen utilizando curanderas locales o tradicionales en Guatemala. Un estudio sobre enfermedades infantiles muestra prácticamente ningún uso de curanderas y otro sostiene que las curanderas locales siguen desempeñando un papel clave en la búsqueda de tratamiento para los mayas guatemaltecos.⁵⁷ Las curanderas locales son profesionales sincréticas dentro de un entorno de atención sanitaria cada vez más pluralista. Se les puede consultar tranquilamente cerca de casa y con barreras financieras más bajas. De hecho, su accesibilidad puede oscurecer su presencia e influencia continuas en los comportamientos de búsqueda de salud. Los y las curanderas locales pueden resultar invisibles para los investigadores que sólo preguntan por ellos. Me recuerda la vez que estaba ayudando a facilitar un grupo focal sobre nutrición infantil en una comunidad rural maya. Los participantes siguieron enumerando alimentos, pero incluso después de sugerirlas varias veces, no mencionaron las tortillas de maíz. Pregunté sobre ese alimento básico tan central para la identidad maya y todos empezaron a reírse: ¡por supuesto que comen tortilla! Pero mencionarlo era como mencionar el aire que respiran. Creo que eso describe cuántos ven a los y las curanderas locales (por supuesto, están presentes en las comunidades rurales) como fuentes de consejo y remedios tradicionales, no hace falta decirlo.

Mientras las madres buscan tratamiento para sus hijos, las curanderas locales ayudan no sólo con remedios sino también con consejos sobre cómo elegir entre otras opciones de atención médica que puedan ser necesarias.

Pagar por Atención en Comunidades Rurales

Como ilustra el ejemplo de Doña Merilda en Comalapa, las curanderas comunitarias siguen siendo importantes fuentes de búsqueda de atención médica. Si bien su práctica se centraba en remedios naturales y sanación espiritual, otros curanderos locales combinan su papel como curanderos y vendedores de medicinas, ofreciendo una opción dentro de la comunidad para la compra de remedios manufacturados. Esos curanderos y vendedores de medicinas crean puentes más directos con el sector privado de pago por servicio que la economía neoliberal ha favorecido. En la aldea rural de Panaj, además de dos trabajadores comunitarios de salud gubernamentales que no están activos, y una partera, hay una mujer que es curandera local y un hombre conocido como inyectista.

El inyectista recibió capacitación a fines de la década de 1980 como trabajador de salud comunitario, pero ahora trabaja de forma independiente y compra sus suministros en una farmacia en Comalapa. Obtiene ganancias cobrando Q10 (US\$ 1.43) por inyección, cuya selección incluye principalmente paracetamol, ibuprofeno y vitamina B12. Informó que sólo tenía tres o cuatro clientes al mes, Con una mezcla más o menos igual de niños y adultos (principalmente hombres) como pacientes. Las madres de la aldea me dijeron que consultan al inyectista si un niño tiene fiebre muy alta, tos y catarro, pero ninguna madre dijo que usaría al inyectista para un niño con diarrea.

Además de las mujeres de la familia, Lety, la curandera local, era la persona consultada con más frecuencia sobre las condiciones de salud de los niños en Panaj. El papel de Lety como curandera en la comunidad es interesante e indicativo del sincretismo que se ha producido en todos los sectores de salud impulsados por el mercado. Aunque comúnmente se la conoce como curandera, la gente del pueblo también llama a Lety farmacéutica y trabajadora comunitaria de salud, a pesar de que no tiene capacitación formal como TCS. Esas distinciones no son particularmente útiles para los residentes de Panaj; más bien dicho, lo más importante es el hecho de que ven a Lety como fuente local de prestación y asesoramiento de atención médica. Lety realiza algunas prácticas curativas tradicionales, como pasar un huevo por el cuerpo para eliminar el exceso de calor, y vende remedios biomédicos desde la ventana de su tienda (imagen 4.2). La pequeña tienda, anexada a su casa y abierta según le convenga por las mañanas y las tarde, vende gaseosas, papalinas y caramelos y es la principal fuente de ingresos de Lety.



Imagen 4.2

Ventana de la tienda de una curandera en Panaj.

En cualquier época, las existencias de medicamentos de Lety son muy pequeñas: unas cuantas pastillas de acetaminofén, acetaminofén líquido para niños y jarabe para la tos. Lety compra esos productos cuando va a Comalapa por otras cosas para su tienda, y los vende con enormes ganancias ya que es la única vendedora de medicinas en el pueblo. Sin embargo, a diferencia de las farmacias formales, Lety vende sus medicamentos por dosis, lo cual los convierte en una opción atractiva para los pobres que no tienen efectivo, y que son esencialmente todos los habitantes del pueblo.

Como mujer respetada de mediana edad que ha criado a sus propios hijos, Lety es una fuente confiable de consejos para enfermedades infantiles, incluida la diarrea. Si bien obviamente le corresponde a ella recomendar los tratamientos que ofrece, Lety ocasionalmente recomienda que una madre lleve a su niño al centro de salud de la ciudad. Me dijo que cree que la TRO es buena para los niños con diarrea y que a veces la vende en su tienda. Sin embargo, durante los meses que visité su tienda con regularidad, incluido el comienzo de la temporada de lluvias, cuando la diarrea es más común, nunca tuvo TRO en inventario. También afirmó que la Coca-Cola, combinada con jarabe de paracetamol, es un buen tratamiento para muchos casos de diarrea infantil que, por supuesto, sí vende en su tienda. Aunque Lety gana dinero como curandera en Panaj, sus vecinos no la consideran oportunista y con frecuencia proporciona consejos informales y gratuitos (aunque generalmente a los clientes de la tienda). Lety es una erudita que, sin la presencia continua de otros servicios de salud en el pueblo, brinda tratamientos en los sectores tradicional y biomédico. Ella personifica la transición a la economía neoliberal global, en la que la salud se puede comprar y vender, y también la identidad local sobre cómo involucrarse en la búsqueda monetizada de salud. Quizás lo más importante es que Lety ayuda a las mujeres a tomar decisiones no sólo sobre los tratamientos que tiene en su tienda, sino también sobre las opciones disponibles fuera de la aldea que pueden necesitar para sus hijos enfermos.

Heggenhougen destacó la situación de atención sanitaria en el Departamento de Chimaltenango en la década de los setenta: “Los Caqchikeles [kaqchikel] enfrentaban el clásico dilema doble de haber sido influenciados lo suficiente por el mundo ladino para dudar de los poderes de prácticas curativas tradicionales y de encontrar inaccesible la medicina occidental.”⁵⁸ En los años transcurridos, la brecha entre las prácticas curativas tradicionales y los servicios biomédicos formales se ha salvado con una compleja gama de productos y servicios disponibles en el mercado, puente que se tambalea y cede cada vez que una persona no tiene dinero. Quizás la característica más notable de la atención sanitaria impulsada por el mercado es que sus elementos (clínicas privadas, productos farmacéuticos y curanderos locales) no se utilizan de forma aislada. Más bien, la búsqueda de tratamiento se produce entre estas opciones, según lo asequible y lo accesible. La afirmación de la autonomía en la toma de decisiones a través de la compra de esos productos es alentadora en algunos aspectos: empoderamiento individual, empresa social y participación local en las ganancias, por nombrar algunos. Sin embargo, con cada

compra realizada, los individuos asumen la carga, tal vez interpretada como una elección, de proveerse de su propia atención médica y eximir al gobierno de su promesa de implementar la salud como un derecho humano.

Los Fracazos de “Gratis”

Volviendo a la exploración de la búsqueda de tratamiento para la diarrea y el uso de TRO en Chimaltenango, debemos considerar sus principales alternativas: esperar a que pase un episodio de diarrea, y si no pasa, buscar tratamientos fuertes con antibióticos o líquidos intravenosos. La preferencia por los antibióticos entre las poblaciones indígenas pobres está estrechamente ligada al tema del acceso a la atención médica formal. Esos productos biomédicos crean una hegemonía cultural sobre los tratamientos menos costosos para la diarrea debido a su asociación con mayores niveles económicos de vida y calidad de atención. El conocimiento sobre el uso apropiado y acceso a esos tratamientos se distribuye de manera desigual en la sociedad guatemalteca según las estructuras y grupos de élite favorecidos por la economía neoliberal. Como vimos en el capítulo 3, se garantiza que el acceso al sistema de salud gubernamental será gratuito, pero los costos adicionales, como viajes, pérdida de trabajo y pagos por pruebas y suministros, significan que la atención “gratuita” nunca es realmente gratuita. Aquí exploro las implicaciones del espectro de costos en la atención y cuestiono la noción neoliberal de que elegir es necesariamente ventajoso.

Sabemos que la distribución de bienes y servicios en cualquier sociedad, especialmente en una con altas disparidades socioeconómicas, como en Guatemala, no es equitativa. Como dijo una madre maya kaqchikel en Acatenango: “Solo les damos [a los niños con diarrea] remedios caseros y nada más porque no tenemos dinero para llevarlos a un especialista. Es sólo Dios y los remedios caseros.” Ichiro Kawachi y Lisa Berkman indican que los patrones de asentamientos de diferentes grupos socioeconómicos y la colocación de bienes y servicios públicos son a menudo una forma primaria de discriminación tanto abierta como encubierta.⁵⁹ La distribución de servicios de salud en Chimaltenango discrimina a las comunidades rurales pobres, es decir a los mayas kaqchikeles; esa discriminación da como resultado un acceso limitado a (uso apropiado de) TRO. Al examinar la TRO, Patrick Kenya y sus colegas escriben: “El uso final de TRO es una función de su aceptabilidad sociocultural, lo apropiado de su uso, su disponibilidad y su accesibilidad”.⁶⁰

Durante una discusión en grupo focal, una madre de una comunidad de Acatenango resumió los problemas de acceder a atención sanitaria efectiva en su comunidad:

Mire señora, aquí se necesitan muchas cosas. Aquí todo el mundo es pobre, por eso estamos necesitados. No hay SRO en el centro de salud; tenemos que comprarlo en las farmacias. Si vamos al centro de salud sólo nos dan unfrasquito

de acetaminofén y nos mandan a casa. Podemos conseguir SRO en las farmacias, pero son muy caras y no tenemos dinero para comprarlas. Hay medicamentos, pero no podemos pagarlos.

Esas frustraciones fueron repetidas una y otra vez por las madres que intentaban acceder a servicios de salud para sus hijos. Me contaron repetidamente sobre viajes a puestos de salud y farmacias gubernamentales que no tenían TRO o simplemente habían cerrado sin previo aviso. Cuando las madres lograban acceder a los servicios de salud, a menudo quedaban insatisfechas con el nivel de atención que recibieron del personal de salud. Como se describe en el capítulo 3, cuando las distancias a los centros de salud son grandes, las madres tienden a esperar más para llevar a sus hijos a recibir atención médica cuando la afección se percibe como que no es de emergencia, como ocurre en muchos casos de diarrea. En el contexto de Chimaltenango, las distancias son difíciles de recorrer a pie debido al terreno empinado. Las madres que viven en aldeas rurales a menudo deben caminar distancias considerables hasta el puesto de salud más cercano mientras cargan a su hijo enfermo. El transporte desde las aldeas hasta el pueblo o ciudad más cercano puede ser muy limitado. Por ejemplo, en Panaj, dos veces por semana, en los días de mercado, un puñado de camiones llevan a la ciudad pasajeros que pagan. Incluso en automóvil, el viaje por caminos accidentados y sin pavimentar es difícil con un niño enfermo.

Más allá de las distancias y dificultad de cruzar terreno accidentado para llegar a una instalación de salud, los viajes para buscar tratamiento para niños enfermos quitan tiempo a las madres que tienen que trabajar en el hogar y en los campos para garantizar la salud y supervivencia de sus familias. Especialmente en casos cuando el esposo o pareja está lejos en un trabajo remunerado, las mujeres son responsables de mantener y cosechar los cultivos que las mantendrán durante todo el año. Las mujeres en esa situación son especialmente reacias a hacer un viaje tedioso, a veces costoso, a una instalación de salud, sólo para recibir atención insatisfactoria. Una madre con muchos hijos debe gestionar el viaje con todos ellos o buscar a un familiar o vecino que cuide a los otros mientras ella está fuera.

Los pobres de Chimaltenango con frecuencia citaron no sólo la distancia sino también el dinero como razón para retrasar la búsqueda de tratamiento para sus niños con diarrea. Como dijo una participante de un grupo focal de una aldea en las afueras de Acatenango: “Si tuviéramos dinero, llevaríamos a los niños al médico, porque cuando tenemos dinero los llevamos antes. [Nosotros] los llevamos a un especialista en un hospital privado, donde los curan más rápido y mejor”. Durante las conversaciones sobre la búsqueda de tratamiento para la diarrea, muchos informantes indicaron su percepción de que la atención médica privada tiene un nivel más alto que el servicio de salud gubernamental. Sin embargo, pocos cuidadores indígenas rurales tienen acceso a esos recursos de salud. Los médicos privados son principalmente residentes de zonas urbanas, cuyos hijos, en

virtud del estatus socioeconómico más alto de su familia y de mejores condiciones de vida, experimentan menos ataques de diarrea.

Hemos visto la preferencia por soluciones de SRO costosas, en vez de paquetes de SRO gratuitos o de bajo costo, porque es más fácil lograr que los niños las beban y también por el estatus social que transmiten. También hemos aprendido que tener un niño con diarrea fuera de las temporadas cuando se espera que la tengan y de los hitos del desarrollo es una fuente de vergüenza para las madres. De ello se deduce, entonces, que las madres pobres no podrían permitirse tratamientos de “prestigio” como SRO embotelladas o un médico privado, pero también es probable que se muestren reacias a llamar la atención del público sobre la diarrea de sus hijos pidiendo un préstamo para buscar tratamiento.

Si las familias pagan y se toman el tiempo para viajar a un centro de atención médica, quieren ser compensadas por sus esfuerzos con un tratamiento que se perciba como sólido y eficaz. La TRO no se percibe como un tratamiento así, y los tratamientos más intervencionistas, como antibióticos y líquidos intravenosos, son muy valorados. Un médico del equipo móvil de salud en Comalapa comentó: “La gente aquí no acepta muy bien la TRO. Quieren algo más heroico [más fuerte], como una inyección o pastillas más caras, como antibióticos. No les gustan mucho los sobres pequeños. Siempre estamos hablando con ellos para que cambien de opinión”. Es lógico que, si sólo hay una oportunidad limitada para acceder al sistema de salud por un caso de diarrea, un padre preocupado desearía un tratamiento que esté seguro funcionará la primera vez. De hecho, los médicos móviles que trabajan con comunidades rurales creen que las madres a menudo exageran los informes sobre los síntomas de sus hijos para que les den un tratamiento más potente. Una madre, cuyo hijo estaba conectado a líquidos por vía intravenosa en el hospital departamental, me dijo: “Ésta es la mejor cura que se puede conseguir. Esto es lo único que funciona”. Lo que puede clasificarse como uso innecesario o “irracional” de intervenciones más invasivas como intravenosas o productos farmacéuticos como antibióticos en contextos con recursos limitados como Guatemala tiene sentido dada la accesibilidad limitada a la atención.⁶¹

Comprar “Medicina Fuerte”

Hemos visto que muchas barreras retrasan la búsqueda de atención para la diarrea infantil, pero cuando se busca atención sanitaria se prefiere un tratamiento fuerte. Si esperar y ver en última instancia lleva a las madres a tener que actuar, es lógico que elijan el tratamiento más fuerte que puedan permitirse, como en el ejemplo de Josefina, una joven madre de dos niños pequeños en Panaj. El marido de Josefina siembra brócoli y moras como cultivos comerciales en sus modestas parcelas de tierra, además de los alimentos de subsistencia de la familia: maíz y frijoles. Su familia no vive en la mejor ni en la peor casa del pueblo y son, en términos generales, representativos de la situación económica de una familia

promedio en Panaj. El hijo menor de Josefina, Reynaldo, de diecinueve meses, se enfermó de diarrea al comienzo de la temporada de lluvias en mayo. Como madre cariñosa que se enorgullece de ser “moderna” en el cuidado de sus hijos, Josefina empezó a vigilarlo más y lo envolvió en un chal colocándolo tipo cabestrillo sobre su espalda, a pesar de que había crecido demasiado para cargarlo cómodamente todo el día. También le preparó tazas de atol de maíz en polvo proporcionado por los equipos móviles de salud, y se preocupó más cuando Reynaldo, por lo general un comedor voraz, dejó de interesarse en ese y otros alimentos.

Después de un par de días, Josefina caminó llevando a Reynaldo entre treinta y cuarenta y cinco minutos hasta el puesto de salud más cercano, pero estaba cerrado. Decidió regresar a casa y esperar a ver si la diarrea desaparecía por sí sola. Cuando llegó el siguiente día de mercado y Josefina necesitaba ir al pueblo de Comalapa a vender algunos de sus tejidos, decidió dejar a Reynaldo, que para entonces ya llevaba cinco días con diarrea, en casa de su suegra para ahorrar al niño el agotamiento del viaje a la ciudad.

Pasó todo el día preocupada pensando cómo estaría Reynaldo y, con una parte importante de sus ganancias, Josefina compró un paquete de antibióticos antes de volver a casa. La compra implicó una intensa negociación con el vendedor de productos farmacéuticos que los tenía puestos en una mesa del mercado al aire libre. Ella describió la condición de su hijo y él sugirió dos paquetes de desparasitantes. Josefina no podía pagarlos, así que finalmente ella y el vendedor se decidieron por los antibióticos, que él le aseguró aliviarían la diarrea de Reynaldo. Ante una escasez de medicamentos o de fondos para comprarlos, un cliente puede buscar el producto deseado en otra parte o reformular sus ideas sobre lo que constituye un tratamiento eficaz para que coincida con lo disponible.⁶² Creer en cuáles tratamientos crearán el resultado de salud deseado se define por la oferta y el poder de compra.

Durante los tres días siguientes, Josefina le dio a Reynaldo todos los antibióticos (amoxicilina), pero fue en vano. Reynaldo todavía estaba enfermo y ella se había gastado todo lo que podía permitirse. Afortunadamente, el equipo móvil de salud hizo una visita al pueblo al tercer día de los antibióticos de Reynaldo y Josefina lo llevó a ver al médico. El médico lo examinó encontrándolo con fiebre y con ligera deshidratación, y le preguntó a Josefina qué le había estado dando. Cuando ella le habló de los antibióticos, él se enfureció, le dio un golpe en el hombro y la reprendió en voz alta diciéndole que probablemente había enfermado aún más a Reynaldo. Le dijo que los antibióticos no son buenos para los niños muy pequeños y pueden hacer que les duela más el estómago en caso de diarrea. El médico le dio un paquete de SRO, le dijo que siguiera manteniendo hidratado a Reynaldo, y le aseguró que eso mejoraría a Reynaldo.

Reynaldo sí mejoró pocos días después de la visita del médico. Josefina mezcló el sobre de SRO con agua hervida en una olla sobre el fuego de su cocina y trató de darle sorbos en una taza. A él no le gustó y ella guardó el resto de la

solución en la olla, tapada con un plato, durante varios días. Josefina se sintió aliviada de que Reynaldo mejorara, pero frustrada y molesta por la forma como le había hablado el médico. Me dijo que intenta hacer todo bien por sus hijos y que desearía poder darles buenas medicinas como hacen los ricos. Eso es lo que sentía que estaba haciendo al comprar los costosos antibióticos, y todavía sentía que habían ayudado a Reynaldo a mejorar. “Esos médicos no lo saben todo. Nosotras las madres aprendemos qué funciona con nuestros hijos”, dijo. Dijo que había hecho todo lo posible por la enfermedad de Reynaldo y que volvería a hacer lo mismo en el futuro.

El fenómeno de auto recetarse medicamentos, principalmente antibióticos, es común en toda Guatemala. Como advirtió a Josefina el médico del equipo móvil, los antibióticos son muy peligrosos para los niños pequeños, especialmente en grandes dosis. Eso puede ser especialmente peligroso para los niños pequeños en Chimaltenango, quienes experimentan frecuentes ataques de diarrea durante el destete y mientras aprenden a caminar. Sus padres a menudo perciben que los medicamentos empaquetados “fuertes” son el mejor tratamiento disponible para un caso persistente de diarrea, y pueden recibir muchas rondas de antibióticos sin receta. La medicina potente conlleva algo más que costes económicos. El uso excesivo de antibióticos en niños puede provocar daños en los órganos y, si no se recetan correctamente, un empeoramiento del ataque de diarrea al alterar el equilibrio natural de las bacterias en el intestino.⁶³

El mal uso y el uso excesivo de antibióticos son preocupaciones para el sector salud en Guatemala, y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social creó nuevas regulaciones en 2019 para el almacenamiento, control de prescripción y dispensación de antibióticos.⁶⁴ Sin embargo, en la práctica, la implementación de esas nuevas regulaciones ha sido lenta y los productos farmacéuticos siguen estando ampliamente disponibles para su compra en farmacias y mercados. Una conversación que tuve con un funcionario de UNICEF Guatemala me dio idea de ese enfoque gubernamental ambivalente, reconociendo la necesidad de una mayor reglamentación, pero sin tomar medidas hacia una implementación significativa. Comentó: “La gente espera poder comprar antibióticos para ellos y sus hijos, y creen en ellos. El gobierno no puede brindar consultas de salud para todos, por lo que es mejor que las personas puedan elegir lo que quieren usar”. Su argumento era que la insatisfacción nacional con los bienes y servicios públicos impediría que el gobierno implementara nuevas medidas regulatorias, ya que se consideraría que esto afectaba el ya limitado acceso de la población a la atención médica. Si el gobierno no puede cumplir la promesa de atención gratuita y accesible, garantizada como derecho humano por la ley guatemalteca, poco hará para regular la libertad de elección de los individuos dentro del mercado de atención sanitaria.

Atención Aspiracional y el Rol de Misiones Médicas de Corta Duración

Como hemos visto, atención más cara aporta prestigio, como en los ejemplos de Omnilife y otras ofertas del sector privado. La atención sanitaria asociada a extranjeros también aporta prestigio y para algunos, es una fuente vital de atención que de otra forma sería inalcanzable. Aquí describo las misiones médicas de corta duración (MMCD) como parte de la constelación de opciones para buscar tratamiento sobre el terreno. Las MMCD son un modelo de atención sanitaria en el que los proveedores de salud, estudiantes y otros voluntarios viajan internacionalmente para entregar atención médica, odontología o cirugía gratuita o a un precio muy bajo, durante un período de va de unos pocos días a dos años.⁶⁵ A lo largo de los años, muchas MMCD también han incluido educación sobre agua, saneamiento e higiene. He visto grupos de MMCD ejecutar sesiones educativas que van desde una sesión de información consciente sobre el uso de TRO con ayudas visuales claras, hasta demostraciones bizarras de lavado de dientes en un escenario enorme, con dentadura falsa.

La mayoría de las MMCD en Guatemala, de las cuales hay cientos por año, duran entre una y dos semanas y su sofisticación organizativa varía desde ONG transnacionales con personal permanente en el país hasta pequeños grupos de extranjeros independientes. Prácticamente no se puede volar de Estados Unidos a Guatemala sin compartir avión con un equipo de MMCD; son fáciles de detectar con su enorme equipaje y sus camisetas a juego. Aunque las MMCD aportan un flujo interminable de proveedores, han llegado a formar parte duradera del panorama de atención de salud guatemalteco, contribuyendo a un sector filantrópico que cierra las brechas en los sectores de atención de salud pública y privada. Aunque la diarrea infantil suele ser demasiado episódica para aparecer exactamente cuando hay una MMCD en la ciudad, las MMCD frecuentemente brindan atención primaria y educación básica sobre salud e higiene. Las MMCD son un elemento clave del sistema de atención de salud guatemalteco y ocupan un lugar destacado en el mapa mental de posibles recursos para los pobres de las zonas rurales.

En Guatemala, las MMCD quieren llegar a poblaciones que no pueden pagar atención privada para afecciones para las que la atención del sector público no está disponible o tiene una larga lista de espera. Al hacerlo, las MMCD intenta brindar atención que de otro modo sería inaccesible; sin embargo, introducen algunos desafíos críticos para la calidad de la atención y la equidad en salud.⁶⁶ Debido a que los voluntarios extranjeros a menudo tienen poca concordancia cultural o lingüística sus pacientes locales, la comunicación clara y exacta puede ser difícil.⁶⁷ Las MMCD generan costos adicionales para los pacientes (como alimentos, alojamiento, viajes, pruebas de laboratorio) lo cual de nuevo excluye o carga injustamente a los más pobres que buscan atención, aunque algunas

de las MMCD coordinadas por ONGs dan transporte y alojamiento.⁶⁸ Los estudios sobre MMCD han tendido a centrarse en las experiencias de los proveedores voluntarios en lugar de en los pacientes y las comunidades receptoras.⁶⁹ Entre proveedores y organizadores voluntarios de MMCD, la investigación global ha encontrado la idea generalizada de que un poco de atención es mejor que nada lo cual lleva a problemas con la calidad de atención y la seguridad. Quizás el desafío más persistente de las MMCD es la dificultad de brindar atención postoperatoria adecuada o atención para enfermedades crónicas, ya que cuando pueden surgir complicaciones, los proveedores extranjeros visitantes ya no están.⁷⁰

En última instancia, las MMCD generan sistemas paralelos de prestación de servicios de salud que atienden necesidades inmediatas cruciales pero que no contribuyen significativamente al fortalecimiento duradero de los sistemas de salud. Las MMCD crean cargas regulatorias adicionales para que el país receptor evalúe las calificaciones de los proveedores extranjeros y supervise su trabajo, una carga que a menudo no se cumple. Guatemala tiene regulaciones legales para las MMCD, que exigen que los grupos estén registrados, que todos los proveedores extranjeros presenten sus licencias profesionales ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y que sean supervisados por un proveedor guatemalteco autorizado durante su misión.⁷¹ Si bien los requisitos de inscripción se han actualizado y se han implementado mejor en los últimos años, persisten importantes lagunas en la supervisión del alcance y calidad de la atención brindada por proveedores extranjeros.

Tuve una conversación en un vuelo desde Guatemala con un veterinario que regresaba a los Estados Unidos después de un viaje de servicio de una semana. Me habló con orgullo de las cirugías que había realizado en comunidades indígenas de las tierras altas... ¡en persona! Cuando cuestioné su confianza en poder realizar cirugías de manera segura, se encogió de hombros y dijo con una sonrisa: “Supongo que soy mejor que nada para esa gente”. A menudo, algo es mucho más peligroso que nada, y la idea de que se pueda permitir un estándar de seguridad y calidad diferente en las comunidades pobres de Guatemala que en Estados Unidos u otros contextos de altos ingresos es profundamente inquietante. Si bien muchos proveedores extranjeros visitan Guatemala cada año y brindan atención segura y de alta calidad en entornos de atención médica adecuados, la variabilidad entre las MMCD como mecanismo para brindar atención se siente como una lotería en la que hay mucho en juego.

Los individuos que buscan atención de MMCD dentro de las comunidades usualmente no son capaces de adjudicar la calidad de atención de los equipos médicos extranjeros. ¿Cómo podrían hacerlo? Así que las personas confían en sus redes sociales y en la sabiduría recibida de los consejos de boca en boca para conocer la atención de MMCD disponible y las experiencias sobre la calidad de dicha atención. Las MMCD utilizan una variedad de métodos de reclutamiento para encontrar pacientes para los equipos médicos visitantes, que van desde que

el personal inscriba a los pacientes con anticipación hasta colocar anuncios en la radio o simplemente presentarse y colocar un cartel.

Se riega la bola entre las redes comunitarias, y quienes buscan atención se conectan por casualidad con una MMCD que puede atender su problema de salud específico. El problema, por supuesto, es que el derecho humano a la salud no debería depender de la casualidad.

El costo bajo o gratuito de las MMCD viene con un precio. Se espera que quienes reciban atención de MMCD de proveedores extranjeros sean agradecidos.⁷² En un estudio sobre las experiencias de atención quirúrgica de pacientes y cuidadores de las MMCD, mis colegas y yo descubrimos que incluso cuando surgían complicaciones graves después de la cirugía, los receptores se mostraban reacios a expresar críticas o describir experiencias negativas. Una madre cuyo hijo había recibido atención quirúrgica y luego enfrentó complicaciones que amenazaron su vida después de que los proveedores extranjeros abandonaron la comunidad nos pidió que dejáramos de grabar la entrevista cuando describió esa experiencia desgarradora. En el momento en que hizo una señal para que volvieran a encender la grabadora de voz, expresó su agradecimiento a los proveedores extranjeros por su atención quirúrgica gratuita.⁷³ El modelo de atención de las MMCD genera gratitud problemática. Se espera que los destinatarios de la atención sanitaria expresen su gratitud, y las ONG locales y transnacionales coordinadoras deben demostrar tanto gratitud como “impacto” para mantener a los proveedores extranjeros motivados a continuar con su voluntariado.⁷⁴ Así como los países de ingresos bajos y medios están en deuda con los países de ingresos altos por la ayuda exterior y deben acceder a sus condiciones, se supone que los beneficiarios de la atención de las MMCD deben estar agradecidos pase lo que pase.

Si bien las MMCD ofrecen una opción donde los propios servicios de salud son gratuitos o de muy bajo costo, contribuyen a la noción de que la atención sanitaria privada es más valiosa que la atención del sector público y que la atención brindada por extranjeros debe ser de alguna manera aún más valiosa.

Así como la Clínica Behrhorst se dedica a ser el “hospital del gringo”, la atención brindada por equipos médicos visitantes extranjeros es muy valorada y refuerza las relaciones neocoloniales. Dentro de las comunidades rurales mayas, la noticia de su disponibilidad se difunde rápidamente y se suma a la confusa variedad de opciones imperfectas entre las que deben elegir quienes buscan atención. Los valores neoliberales de responsabilidad individual y autosuficiencia están arraigados incluso dentro de la atención “gratuita” en el sector filantrópico, y algunas MMCD incluso solicitan “pagos simbólicos” para que los beneficiarios “valoren” la atención que reciben. La salud se convierte en un bien que se puede comprar en vez de un derecho humano para todos.

Conclusión

“Cuando uno tiene dinero, puede comprar cualquier cosa. Cuando no tiene, no se puede” dijo una madre en Panaj, hablando de atención sanitaria para sus hijos. Dentro del vacío creado por la escasez de servicios de salud gubernamentales, han florecido los servicios y suministros de salud privados. La salud se convierte en algo que se puede elegir comprar en el mercado de la atención sanitaria y, tras siglos de exclusión por defecto, es inalcanzable para los indígenas pobres. Si bien los servicios de salud impulsados por el mercado –desde clínicas privadas hasta productos (cuasi)farmacéuticos de mercado y el sector filantrópico– brindan opciones entre las cuales elegir, también sirven para absolver al gobierno de su deber de diligencia y apuntalar una abdicación del derecho a la salud. La regulación de proveedores, productos farmacéuticos, suplementos, vendedores en el mercado y equipos de médicos extranjeros crea cargas adicionales para un sistema de salud gubernamental que ya está sobrecargado y con pocos recursos, y que se implementa de manera inconsistente.

La tendencia hacia la mercantilización de la salud y los modelos de sistemas de atención de salud basados en el mercado creció en los países de ingresos bajos y medios a la par de las fuerzas económicas y políticas de la globalización.⁷⁵ La globalización ha creado nuevos participantes en las economías monetarias y, en consecuencia, ha creado nuevos consumidores y ha dado forma a los deseos que modelan el consumo. En Guatemala, como en gran parte del mundo, los productos farmacéuticos envasados, entre ellos las soluciones de SRO, son la vanguardia aspiracional de la biomedicina y altamente valorados como símbolos de progreso. A su vez eso conduce a una percepción de la salud y los servicios de salud como bienes limitados, disponibles sólo para quienes tienen poder adquisitivo. En términos de racionalidad económica neoliberal, la preferencia por tratamientos de salud costosos y prestigiosos puede parecer irracional. Sin embargo, como observa Salmaan Keshavjee, “en términos neoliberales, las decisiones individuales sobre la compra de bienes y servicios en el mercado privado sin la llamada interferencia gubernamental constituyen ‘libertad’.”⁷⁶ Las comunidades mayas pobres de Guatemala han enfrentado décadas de exclusión brutal de la participación social, económica y política y siglos de marginación. En ese sentido, las pequeñas dosis de libertad adquiridas mediante la búsqueda de atención médica parecen una forma de escapar de las imposiciones del gobierno y su sistema de salud. Pero dentro del panorama neoliberal de la atención de salud, poder elegir es un indicador ilusorio de atención accesible y el precio es un indicador engañoso de calidad.

Los bienes y servicios de alto costo, como los productos farmacéuticos envasados, crean una hegemonía cultural debido a sus asociaciones con estilos de vida de altos ingresos y percepciones de calidad de la atención médica.⁷⁷ El movimiento de bienes provocado por la globalización y codificado a través

de nuestro sistema capitalista neoliberal ha llevado a la privatización y a la dependencia de asociaciones público-privadas para la distribución de bienes sociales.⁷⁸ Las cadenas de suministros significan seguridad en nuestra economía global contemporánea y esas cadenas de suministro están controladas por los países de ingresos altos a nivel mundial y por la élite rica dentro de los países. El flujo de bienes sociales (incluidos recursos y servicios de salud) a través de las cadenas de suministro hacia los pobres del mundo mayoritario es intermitente e inadecuado. Como bien saben los residentes pobres de Chimaltenango, los productos de la biomedicina y el conocimiento sobre cómo acceder a la atención biomédica no están distribuidos equitativamente en todo el mundo ni dentro de las sociedades. Ulf Hannerz ha observado, respecto de otros fenómenos culturales de alto prestigio, que mientras la elite está expuesta a nuevos recursos, incluido el conocimiento, y puede aprovechar las oportunidades económicas y políticas resultantes, los pobres sólo reciben conocimiento parcial y filtrado y acceso limitado a recursos.⁷⁹ Los mismos patrones desiguales de acceso al conocimiento y recursos ocurren al buscar salud. El panorama neoliberal de atención sanitaria está en flujo constante, por lo que el conocimiento para navegarlo exitosamente tiene una media vida breve que favorece a los ricos y bien conectados, y olvida a los pobres conforme se deteriora.

Los miembros de las comunidades mayas utilizan el sistema de salud en sus propios términos: algunos lo rechazan como una representación de la interferencia del Estado, mientras que otros abogan por la expansión de los servicios a sus comunidades. La distribución desigual del conocimiento y las mercancías genera y perpetúa desigualdades sistémicas y violencia estructural. Existe una falsa libertad generada por el panorama de atención pluralista en Guatemala, lo cual implica que el trabajo duro y la casualidad son requisitos previos para que las personas alcancen el derecho humano a la salud supuestamente garantizado por la propia humanidad y afirmado por la constitución guatemalteca. Para muchos, la libertad de elegir entre las opciones disponibles se ve obstaculizada por racismo, aislamiento social y desventajas económicas. Ejercer el control de elección en el panorama sanitario guatemalteco puede resultar agotador, ya que los productos, bienes y servicios van y vienen rápidamente. Dentro de una comunidad de capital económico limitado, los individuos deben aprovechar el capital social de sus redes para movilizar el conocimiento y recursos necesarios para buscar tratamiento.⁸⁰

La confusión y cargas que crean las opciones para los que buscan atención en sistemas de salud neoliberales son parte del punto débil oculto de la salud global en la cual no se duda de la compatibilidad del mercado liberal con el derecho a la salud. Las estructuras de salud global y ayuda al desarrollo que canalizan el flujo de conocimiento y productos biomédicos y sus desequilibrios inherentes se exploran más a fondo en el Capítulo 5.

5 Lineamientos Globales, Realidades Locales: Complejidades de la Salud Global

Los programas vienen y van. Pierden emoción. Pero las personas, nosotros siempre estamos aquí, siempre los mismos. Viene la próxima cosa, y no le ponemos mucha atención. Sabemos que se irá como otras, así que las personas cogen lo que pueden y lo olvidan.

—Líder comunitario, aldea de Acatenango

Ceci y yo estábamos charlando en la calle cuando el camión dobló la esquina, dispersando a los grupos de mujeres y niños y se detuvo frente a la oficina de la organización no gubernamental (ONG) (ver imagen 5.1). El polvo de la temporada seca que el vehículo levantaba nos picaba los ojos y secaba la conversación. Habíamos estado hablando de la ONG, establecida como organización transnacional para erradicar la pobreza a través de la educación, financiada a través de donantes estadounidenses e implementada por personal del programa en Guatemala. Ceci consideró que el programa era “uno de los buenos” porque daba buenos incentivos para asistir a los programas. Fue con anticipación a esos incentivos que las mujeres siguieron al personal del programa hasta la oficina local en la sala delantera de una casa en Acatenango, sentándose en sillas de tamaño infantil para escuchar cómo mantener a sus hijos sanos y capaces de asistir a la escuela. El calor y la lasitud sofocaban la habitación, y las cabezas se inclinaban mientras el personal hablaba sobre lavado de manos, ilustrado con dibujos animados en carteles. Finalmente, la sesión llegó a su fin y todos salieron a la puerta trasera del camión de la ONG para recibir una caja que contenía una bolsa de arroz, una bolsa de frijoles negros secos, una botella de aceite y un saco de azúcar. La normalidad de las sonrisas y las conversaciones volvió a la calle cuando el grupo salió de la habitación para reclamar sus recompensas. Para Ceci, valió la pena.

Ceci me había dicho, “Uno no puede contar con programas como este, pero es bueno conseguir lo que regalan cuando se puede”.



Imagen 5.1
Madre en plantación de café de Acatenango.

Como ama de casa con cuatro hijos, Ceci siempre buscaba oportunidades para complementar los ingresos de su esposo, de la cooperativa cafetalera, y mejorar las opciones para sus hijos en edad escolar. Ella me dijo que se inscribiría en cualquier programa que apareciera. Recordó cómo otra ONG solía operar un programa de patrocinio de niños en la comunidad para pagar útiles escolares y brindar tutoría. Ceci comenzó a reírse al recordar cuánto había odiado su hijo mayor tener que escribir cartas a su padrino en los Estados Unidos. Ceci me dijo que a su hijo no le gustaba quedarse quieto y tener que copiar cuidadosamente la carta escrita en inglés, pero dijo que era bueno para él “practicar gratitud”. Yo, por otro lado, recordaba haber visto los anuncios de programas de patrocinio infantil en la televisión cuando era niña, sus imágenes crudas y culpablemente evocadoras de la pobreza infantil que me hacían sentir culpable por mi merienda y mis dibujos animados después de la escuela.

Ceci ha practicado la gratitud durante toda su vida mientras navega por las oportunidades de búsqueda de salud y mejora de la educación para su familia. Sin embargo, la gratitud de Ceci parece obligatoria: una expectativa de las ONG que reparten partes de la riqueza de los demás. Ella decide participar, pero las limitadas opciones para buscar atención sanitaria en su comunidad la enredan en los trillados tropos de cómo debe actuar un receptor de la generosidad de los demás: que debes tomar lo que puedas obtener y estar agradecido por ello. La problemática gratitud que se espera de Ceci (renunciar a su tiempo, sentarse en sillas diminutas, asentir con la cabeza ante instrucciones que no puede seguir porque están muy en desacuerdo con su realidad material) impregna la salud y el desarrollo globales. Esa gratitud problemática ejemplifica las asimetrías en la salud global y la posición desigual que ocupan los pobres y marginados en un panorama neoliberal de atención médica.

Este capítulo pasa de centrarse en las opciones y acciones individuales dentro del fragmentado y pluralista sistema de atención de salud guatemalteco a considerar las estructuras globales de salud y desarrollo que han ayudado a crear dicho sistema. En Guatemala, como en muchas otras partes del mundo, la fuerza laboral global de salud y desarrollo, local y extranjera, tanto las ONGs como el gobierno, enfrentan agotamiento y una sensación de inutilidad. Afirmo que la multiplicidad y falta de coordinación de la programación de salud y desarrollo conduce a una inercia activa para el fortalecimiento del sistema de salud, donde a pesar de gran actividad, se logran pocos cambios sustanciales y sostenibles. Los gastos en recursos materiales y humanos que no logran generar cambios no son sólo fracasos programáticos sino también causan daño al incitar a desigualdades arraigadas. Los guatemaltecos como Ceci, objetivo de diversos esfuerzos globales de salud y desarrollo, se han cansado de tomar lo que puedan de los nuevos programas sabiendo que pronto desaparecerán y serán reemplazados por otros.

Esas fallas sistémicas no son exclusivas de Guatemala, y la salud global debe tener en cuenta dinámicas (neo)coloniales globales desiguales de poder socioeconómico y político para en su lugar construir sistemas de equidad. En una era en la que la financiación mundial para salud y desarrollo está impulsada por objetivos y puntos de referencia específicos para cada enfermedad, establecidos por poderosos donantes privados y los gobiernos de naciones ricas, también debemos ampliar nuestro alcance para abordar los determinantes subyacentes de la salud, tanto física como social. A pesar de estos desafíos, creo que podemos identificar puntos de presión dentro de las estructuras globales de salud y desarrollo para avanzar hacia un cambio duradero y colaboración efectiva con las comunidades locales.

Poder y Posicionamiento en Salud Global, Desarrollo y Emprendimientos Humanitarios

Las estructuras de salud global y desarrollo son pluralistas y complejas. Diferentes actores promueven sus propias agendas variadas, y las tendencias en asuntos y estrategias clave están cambiando siempre. En una conferencia de antropología, una vez recibí “más un comentario que una pregunta” que señalaba que la salud global, el desarrollo y el humanitarismo son “campos completamente diferentes porque tienen literatura diferente”. ¡Es cierto! Pero con el debido respeto a mis colegas académicos, a Ceci no le importa qué literatura utilizamos para enmarcar sus experiencias de programas de salud y desarrollo en la Guatemala rural. Un colega muy sensato en un proyecto en Ruanda me preguntó una vez: “¿Cuándo termina la emergencia humanitaria y comienza el desarrollo? Siempre vivimos en una emergencia lenta.”¹ Tal como exploraremos, la salud global se basa en una larga y problemática historia de emprendimientos de salud coloniales. La salud mundial se cruza con los esfuerzos del sector de desarrollo, y el paraguas de las instituciones de desarrollo proyecta una amplia sombra sobre el desarrollo económico y el llamado desarrollo humano para apoyar un cambio duradero.

Por su parte, el sector de la ayuda humanitaria está diseñado para responder a situaciones de crisis y emergencia, pero, como señaló mi colega de Ruanda, los plazos y las competencias de la respuesta humanitaria pueden volverse borrosos. Los sectores globales de salud, desarrollo y ayuda humanitaria están profundamente mezclados sobre el terreno, aunque las estructuras financieras internacionales y las misiones organizativas que los apoyan pueden divergir. En la práctica, a menudo es un conjunto compartido y altamente capacitado de expertos, proveedores y equipos de implementación operativa locales los que realizan el trabajo de salud global, desarrollo y ayuda humanitaria.

Todas las intervenciones globales de salud, desarrollo y ayuda humanitaria tienen una justificación ideológica subyacente para que personas externas intervengan de maneras específicas. Las intervenciones nunca son neutrales.² Los programas de desarrollo, controlados por los países de ingresos altos, llegan a definir qué es “desarrollo”. Aunque la salud global contemporánea se centra en la justificación ideológica de la justicia social, las intervenciones de salud global están moldeadas por valores morales de nuestro sistema geopolítico neoliberal global que domina.³ Los desafíos aceptados por el humanitarismo son un imaginario extranjero. Grupos encabezados por extranjeros deciden enfocarse en algunos problemas e ignorar otros, definiendo las agendas para empresas humanitarias incluida la salud global.⁴ Dentro de los países, eso significa que los gobiernos no siempre eligen sectores prioritarios para intervención y que las personas como Ceci no eligen quién o qué se aparece en un camión en su comunidad.

Tal como hemos visto con los equipos extranjeros en misiones médicas de corta duración (MMCD) en el capítulo 4, las buenas intenciones del impulso humanitario pueden llevar a malos resultados. Los enredos de la compasión y la política en el humanitarismo se centran en relaciones de dar y su potencial para desequilibrios.⁵ Tal como Ilana Feldman y Miriam Ticktin afirman, “El humanitarismo se produce en la intersección entre el sentimiento y la desigualdad material”, estableciendo relaciones inherentemente asimétricas de solidaridad y compasión incorporadas en nuestras concepciones contemporáneas del humanitarismo.⁶ La salud global se ha basado en un sistema de valores cada vez más globalizado (económico, político y social) que ha llegado a depender de ideales contradictorios del humanitarismo para promulgar los derechos humanos.⁷ Sin embargo el humanitarismo está enraizado en nuestra capacidad humana de cuidar y dar cuidados.⁸ Lo que importa es la forma como canalizamos y damos forma a esa capacidad (individual y colectivamente) en salud global. La salud global se ha basado en un sistema de valores cada vez más globalizado (económico, político y social) que ha llegado a depender de ideales contradictorios del humanitarismo para promulgar los derechos humanos.

El panorama general del trabajo en materia de salud y desarrollo global es fundamental para comprender cómo se configuraron las rutas de búsqueda de atención disponibles dentro de las comunidades y cómo se ponen en marcha intervenciones de salud global como la terapia de rehidratación oral (TRO). Los cambios en los paradigmas de salud global desde principios de la década de 2000, establecidos en gran parte por los principales financiadores, han llevado a preferencias por proyectos con resultados finitos y mensurables. La TRO no encaja fácilmente en ese molde; como hemos visto, los casos de enfermedades diarreicas infantiles y el uso de TRO en el hogar son difíciles de contar. Si bien los programas de TRO en Chimaltenango y otros lugares se están erosionando, la diarrea sigue siendo un problema crítico de salud infantil. La salud global y los desafíos que decide abordar están determinados por las tendencias impulsadas por los donantes, los legados coloniales y la política neoliberal contemporánea.

Cambio de Paradigmas en Salud Global y Desarrollo: Neoliberalismo es la Nueva Medicina Colonial

Durante las apropiaciones coloniales de tierras en el siglo XVIII, las naciones europeas ricas capitalizaron aún más la riqueza extractiva de la era de la conquista amasada durante los siglos anteriores. El sistema de peonaje global establecido durante ese período persiste actualmente, con los países ricos extrayendo de la mayor parte del mundo recursos naturales y trabajo humano. Los lazos de la conquista y el colonialismo tienen un dominio absoluto sobre nuestra economía neoliberal contemporánea. Como expresó Emmanuel Wallerstein en la teoría de los sistemas mundiales, los países “centrales” continúan dominando y dictando los términos de las relaciones económicas y políticas globales a los países “periféricos”.⁹ La extracción de recursos genera ganancias para los países de ingresos altos, y la necesidad resultante en la mayoría de los países del mundo conduce al endeudamiento y a un posicionamiento débil en la economía política global (imagen 5.2). Esos países injustamente enriquecidos están por tanto en condiciones de “salvar” a los países que en sus propios términos han empobrecido, y cuando decidan hacerlo.

Durante el siglo XIX, plagado de pseudociencia y eugenesia racializadas, se afianzó la noción colonial de la “carga del hombre blanco”.¹⁰ Se trataba de una doctrina paternalista y racista que afirmaba que los pueblos colonizados eran incapaces de gobernarse a sí mismos, por lo que necesitaban orientación para civilizarlos y cristianizarlos. La salud global tiene sus raíces en la medicina colonial de esa época. La medicina tropical colonial se preocupaba ante todo por la salud de los colonizadores que realizaban trabajos de extracción.



Imagen 5.2
Ciclo de extracción de la mayoría del mundo hacia países de ingresos altos.

Una indolente preocupación secundaria era mantener una fuerza laboral sana en la población local.¹¹ Después de la Segunda Guerra Mundial, los vencedores de la guerra, dominados por Estados Unidos, encabezaron una oleada de creación de instituciones globales y codificación de los derechos humanos. Los esfuerzos de salud global fueron conocidos como salud internacional durante ese período y enfatizaron programas tecnocráticos y verticales. Las organizaciones internacionales recién creadas y las agencias gubernamentales multilaterales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigían intervenciones a través de los niveles de gobierno nacional y local.¹² El enfoque de salud internacional fue efectivo para abordar enfermedades específicas, por ejemplo el éxito de la campaña de erradicación de la viruela, pero se volvió confuso como enfoque de intervención sanitaria global, ya que múltiples proyectos, a menudo descoordinados, estaban operando y compitiendo por recursos dentro de las mismas áreas geográficas.

Como resultado, el paradigma de la salud global pasó de enfocarse en enfermedades específicas a un énfasis en atención primaria de salud basada en la comunidad durante la década de 1970, con el objetivo de crear enfoques más horizontales e integrados para la salud global.¹³ Durante la década de los setenta, la OMS se volvió cada vez más activa como agencia de vigilancia e intervención en todo el mundo. La Declaración de Alma-Ata de 1978 suscrita por los estados miembros de la OMS declaró que “Salud para todos en el año 2000” era un objetivo noble pero inalcanzable. La meta era que todas las personas de todos los países tuvieran acceso a la atención sanitaria, incluidos servicios sociales y de salud mental. La declaración de 1978 impulsó los programas de atención primaria de salud en todo el mundo, y Guatemala estuvo orgullosamente representada en la conferencia de Alma-Ata por la Clínica Behrhorst, mostrando su modelo inicial de capacitación de trabajadores comunitarios de salud para brindar atención primaria de salud.¹⁴

Paralelamente a las instituciones y estructuras gubernamentales de salud global, las organizaciones no gubernamentales surgieron como actores clave en la aplicación de los derechos humanos posteriores a la Segunda Guerra Mundial y en un compromiso cada vez mayor con la salud global. Durante las décadas de 1970 y 1980, los grupos de interés centrados en valores humanitarios comenzaron a ejercer una influencia real sobre los responsables de las políticas. Dentro del contexto estadounidense, las ONG empezaron a asumir un papel más concreto en la creación de la política exterior estadounidense, que dio forma al enfoque de ayuda exterior y paquetes de salud global en todo el mundo y, en particular, en América Latina.¹⁵ Los actores de derechos humanos y desarrollo se unieron en redes de incidencia transnacionales que incluyen “ONGs, fundaciones y algunos funcionarios gubernamentales e intergubernamentales nacionales e internacionales que comparten entendimientos colectivos y una identidad colectiva con respecto a las normas de derechos humanos.”¹⁶

Entre 1973 y 1985, esas redes de defensa de los derechos humanos se expandieron y junto con los estados construyeron la estructura internacional de normas de derechos humanos e instituciones de desarrollo que las acompañan. La salud y el acceso a la atención sanitaria pasaron a considerarse derechos humanos básicos. Entre 1973 y 1990, la mayoría de los países de ingresos altos adoptaron políticas bilaterales y multilaterales explícitas de derechos humanos.¹⁷ Esas redes transnacionales de incidencia crearon una sociedad civil global en la cual actores no estatales ganan influencia al servir como fuentes alternativas de información y servicios.¹⁸ Eso es consistente con el cambio hacia políticas económicas neoliberales a través de las cuales actores privados y no estatales reemplazan a un Estado cada vez más débil. Paradójicamente, la información proporcionada por las ONG se utiliza a menudo para promover la rendición de cuentas del gobierno, mientras que los servicios proporcionados por las ONGs pueden permitir que el gobierno eluda sus responsabilidades de servicio a los ciudadanos. Ambas cosas son ciertas en Guatemala.

Las décadas de los setenta y ochenta impulsaron la atención primaria de salud cuando fracasó la estrategia para lograr la “Salud para Todos”. Desde el principio, el énfasis de Alma-Ata en la atención primaria de salud tuvo dificultades para lograr sus objetivos, incluso en Guatemala, y el movimiento de atención primaria de salud finalmente fue criticado por servir como justificación para una atención sanitaria de baja calidad.¹⁹ Especialmente antes de la llegada de las tecnologías sanitarias móviles de alta calidad, la “tecnología apropiada” se utilizaba como abreviatura de productos y tecnologías inferiores creados para su uso en contextos de bajos recursos. Era un término de salud mundial ampliamente utilizado que racionalizaba la mala calidad para las poblaciones pobres.²⁰ Abundaban las soluciones rápidas y sucias para prestación de atención primaria y, como era de esperar, no produjeron el esperado fortalecimiento duradero del sistema de salud. La atención primaria tan desesperadamente necesaria para lograr salud para todos hizo que fuera más difícil mostrar resultados mensurables que los enfoques centrados en las enfermedades y, en última instancia, las métricas son lo que pasó a importar en la salud global.

El alejamiento de atención primaria y enfoques integradores a la salud global para centrarse en enfoques tecnocráticos y enfermedades específicas comenzó en serio en los años noventa. En ese momento, las estructuras de salud global contemporáneas estaban bien establecidas, con organizaciones gubernamentales multilaterales, como la OMS, y organizaciones gubernamentales bilaterales, como la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, que asumían el liderazgo en definir y canalizar fondos para áreas prioritarias. Las ONGs transnacionales forman una categoría amplia que incluye a pesos pesados como la Fundación Gates, así como a ONGs más pequeñas con una relación directa entre países donantes y países receptores. Si bien varias ONGs globales importantes tienen presencia en Guatemala, gran parte del panorama de ONGs más pequeñas está poblado por ONGs transnacionales que recaudan fondos en los Estados Unidos y ejecutan programas en Guatemala. Finalmente, en la base de la pirámide de salud global se encuentran las organizaciones locales, que incluyen los sistemas de salud gubernamentales y ONGs locales. Como hemos visto en el panorama de atención pluralista en Guatemala, en realidad esas son las organizaciones que implementan la programación de salud global. Sin embargo, normalmente no deciden qué temas se priorizarán o cómo se diseñarán las implementaciones. Las alianzas público-privadas se construyen en todos los niveles de la estructura sanitaria mundial contemporánea. Por ejemplo, lo hemos visto en la prestación de atención sanitaria en Guatemala, donde el gobierno ha dependido tanto de ONG locales para brindar atención médica como de proveedores extranjeros y ONG transnacionales para cerrar las brechas en la cobertura que ofrecen.

Los esfuerzos centrados en atención primaria fueron difusos y difíciles de medir y, como resultado, las prioridades de salud global volvieron a enfocarse en programas centrados en enfermedades y condiciones específicas que se

alineaban mejor con una economía política de salud global impulsada por métricas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio crearon objetivos globales generales y una estructura de presentación de informes en todo el sistema de Naciones Unidas (ONU) para erradicación de la pobreza y promoción de la salud, en la que cada país miembro estableció objetivos específicos para el período 2000-2015.²¹ La creciente influencia política y económica de las organizaciones gubernamentales bilaterales y las ONGs transnacionales también se hizo evidente a principios de la década de 2000. Esfuerzos como el Plan de Emergencia del Presidente para Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que proporcionó niveles sin precedentes de financiación para el VIH/SIDA a partir de 2003, concretaron el cambio hacia una programación específica para enfermedades. El surgimiento de la Fundación Gates también en la década de 2000 impulsó la influencia del sector filantrópico en definir la agenda de salud global.²²

Con el renovado enfoque en programas para enfermedades específicas, la evaluación de la salud global se centró (aún más) en métricas cuantitativas: los grandes programas de financiamiento deben producir resultados impresionantes y cuantificables para justificar una mayor financiación.²³ ¡Y han cumplido! Aunque imperfectos, se lograron grandes avances durante el período de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud de las poblaciones mundiales. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible que siguieron han incluido el acuerdo de los estados miembros de la ONU para intentar lograr la cobertura de salud universal para 2030.²⁴ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el objetivo de lograr cobertura de salud universal, apuntan hacia esfuerzos más significativos para fortalecer los sistemas de salud y la integración de enfoques centrados en atención primaria y enfermedades específicas. Los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible se han basado en las estructuras de evaluación de progreso y métricas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero es difícil alinear las métricas recopiladas con indicadores claros de cambio (duradero).²⁵ Las métricas y la rendición de cuentas que pueden facilitar son herramientas vitales en el ecosistema de salud global contemporáneo. Sin embargo, pueden conducir a una visión limitada de lo que es importante, fomentar la manipulación de números para cumplir con las expectativas (en todos los niveles de estructuras jerárquicas de informes) y caer en la trampa del programa vertical de trabajar para lograr objetivos predeterminados que no corresponden con mejoras sobre el terreno en las comunidades.²⁶

Durante los últimos setenta años, la salud mundial sin duda ha logrado grandes éxitos, desde eliminación y erradicación de algunas enfermedades infecciosas hasta la reducción de mortalidad infantil, en parte gracias a la TRO, y la ampliación de esperanza de vida a nivel mundial. Sin embargo, esos beneficios no se han distribuido equitativamente. Por supuesto que no. Nuestro sistema contemporáneo de estructuras y actores de salud global lucha por liberarse de la dinámica de poder de las relaciones coloniales (como en la imagen 5.2). Si bien

la era posterior a la Segunda Guerra Mundial nos llevó de la medicina tropical al paradigma de la salud internacional que ahora se ha convertido en salud global, también podemos ver el surgimiento concomitante de una elite burocrática de expertos en salud global que en gran medida provienen de y representan los intereses de países de ingresos altos.²⁷ El término de William Easterly “la tiranía de los expertos” es acertado: la profesionalización de la fuerza laboral sanitaria mundial en los sectores público, privado y filantrópico ha perpetuado aún más las desigualdades de poder en la salud global y ha permitido a los países de ingresos altos continuar definiendo agendas y dominar el liderazgo de del tema.²⁸ Las intervenciones contemporáneas de salud global se centran en la justicia social, pero no hemos logrado aplicar esa posición moral a nuestro propio campo. Las dinámicas de poder asimétricas continúan dando forma a las estructuras y la prestación de servicios de salud global, lo cual sólo sirve para mantener el estatus quo contra el que supuestamente lucha.

Las esferas de influencia de los países de ingresos altos dentro de la salud global replican patrones (neo)coloniales, con dominio programático europeo en África y Asia y dominio estadounidense en América Latina. Nunca olvidaré mi asistencia a una reunión en el Parlamento del Reino Unido sobre “enfermedades tropicales desatendidas” para compartir datos provisionales sobre un proyecto contra la malaria. Después de escuchar todos los avances y datos, un miembro más anciano del Parlamento suspiró y comentó: *“Ah, era mucho más fácil cuando sólo les decíamos qué hacer allí y lográbamos que se hiciera.”*

Me quedé boquiabierta: ¡mencionó en voz alta el colonialismo silencioso! Mi sorpresa fue una señal de mi propio privilegio, y sé que mis colegas del mundo mayoritario han escuchado y vivido diariamente esa actitud paternalista. A pesar de ese firme partidario de la empresa colonial, creo que, afortunadamente, la fuerza laboral sanitaria mundial incluye cada vez más a expertos de contextos mayoritarios del mundo, que quieren hacer realidad la justicia social y la equidad sanitaria mundial. Nuestros sistemas de salud global y estructuras de financiación neoliberales se están entrometiendo. Comprar Salud: ¿Quién paga en el Mercado Neoliberal?

Sigue existiendo una necesidad global crítica de acceso a la atención sanitaria. Al menos la mitad de la población mundial todavía no tiene cobertura completa de servicios de salud esenciales. Alrededor de 100 millones de personas caen anualmente en la pobreza extrema debido a los costos de la atención médica.²⁹ El crecimiento del gasto en atención está superando el crecimiento del producto interno bruto (PIB) en todos los países del mundo, independientemente del nivel de ingresos. Sin embargo, los países de ingresos altos tienen el mayor

porcentaje de costos de atención sanitaria cubiertos por gastos gubernamentales, y los países de ingresos bajos tienen el mayor porcentaje cubierto por gastos pagados por las personas.³⁰

El actual gasto mundial en salud está dominado por los gobiernos de los países de ingresos altos y unas pocas ONG clave respaldadas por donantes filantrópicos, entre los que se encuentra la Fundación Gates y que cuenta con recursos incomparables. Aunque para salud global la financiación de los donantes ha ido disminuyendo desde 2014, el gasto de los donantes todavía representa casi el 30 por ciento del gasto en salud en los países de ingresos bajos.³¹ Si bien las contribuciones de los países de ingresos altos son la principal fuente de financiación de la salud mundial, las contribuciones siguen siendo una proporción muy baja de los presupuestos de los países de ingresos altos. Por ejemplo, la ayuda exterior de Estados Unidos representa poco más del uno por ciento del presupuesto gubernamental anual, incluida la asistencia militar y el trabajo de seguridad nacional.³² Las contribuciones financieras se ajustan para promover las metas del donante y las motivaciones subyacentes. Los financiadores de salud global, tanto gobiernos como ONG, necesitan ver el impacto de sus inversiones y mostrar la eficacia de sus intervenciones. Si bien los datos no siempre impulsan sus áreas prioritarias, si impulsan su evaluación de “éxito”. Para entender como Ceci y otros en Guatemala encuentran programas de salud global, debemos considerar a los impulsores de ayuda exterior y financiamiento para el desarrollo en América Latina.

Financiamiento en América Latina para Salud Global y Desarrollo

Durante la década de 1990, la región latinoamericana experimentó una tendencia hacia la democracia liberal, cuyo objetivo era promover la reforma de la atención sanitaria y romper con los hábitos de los gobiernos de utilizar el acceso a la atención de salud como un medio para obtener clientelismo político. Esa tendencia centró la atención en la habilidad, capacidad y voluntad de las agencias estatales para implementar cambios en la política de salud. Pocos países de la región tienen los recursos para implementar una reforma integral de la atención sanitaria, lo que lleva a patrones de distribución de recursos (limitados) que reflejan la desigualdad social.³³ A finales de la década de 1990, América Latina se había convertido en un mercado importante para la participación del sector privado de salud de los Estados Unidos, incluidas las compañías de seguros y las organizaciones de mantenimiento de atención sanitaria, enfatizando el giro regional hacia la atención de salud neoliberal en los últimos treinta años.³⁴ La privatización, tanto a través de ofertas del sector de salud con fines de lucro como de asociaciones filantrópicas, se convirtió en la opción predeterminada para los sistemas de salud gubernamentales con finanzas limitadas.

En Guatemala y en toda la región, las redes transnacionales de promoción de salud y desarrollo se convirtieron en un conducto importante para el financiamiento de la salud global y la rendición de cuentas de los gobiernos. Tal como se describe en el capítulo 3, las instituciones globales de desarrollo neoliberal como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial establecen los términos para los préstamos de desarrollo y las áreas estratégicas para la inversión extranjera.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), rama regional de la OMS, tiene su sede en Ciudad de Guatemala, y una amplia gama de otras agencias gubernamentales bilaterales y ONG ofrecen programas en toda la región. La OPS es el principal actor de salud global en América Latina, con oficinas en veintisiete de los treinta y cinco países miembros de las Américas. El presupuesto total estimado para el año fiscal 2020-2021 era de 650 millones de dólares, más de la mitad de los cuales se recaudan a través de socios donantes y la OMS.³⁵ Muchas organizaciones gubernamentales bilaterales de salud y desarrollo están activas en la región. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) tiene presencia significativa a nivel regional y en Guatemala en particular.

USAID a menudo contrata a organizaciones locales para implementación de programas y establece alianzas con ONGs. Sin embargo, actuando de conformidad con los intereses y prioridades de Estados Unidos, gran proporción del gasto de USAID en América Latina se destina a combatir el narcotráfico en territorio estadounidense. Por mi parte en esas estructuras, he leído los informes, visto estadísticas de programas y asistido a presentaciones de muchas de las instituciones de salud global salud y desarrollo en Guatemala. He sido financiada principalmente con fondos del gobierno de los Estados Unidos para investigación, subsidios institucionales de mi propia universidad y por fundaciones, y durante los últimos quince años me he asociado principalmente con pequeñas organizaciones locales para trabajo de investigación e implementación.

Por eso me sorprendió cuando sonó el teléfono de mi oficina en Atlanta hace unos años; se trataba de una iniciativa liderada por el gobierno de Estados Unidos, respaldada por el Banco Interamericano de Desarrollo, para ayudar a abordar las causas de raíz de la migración infantil. Querían que propusiera un proyecto para ayudar a resolver los “factores de empuje” de la migración, como por ejemplo deficiente acceso a la atención sanitaria. Ahora estoy muy agradecida y orgullosa del trabajo que he podido hacer en Guatemala, pero no soy el eje que mágicamente pueda arreglar el sistema de salud. Sólo puedo suponer que buscaron mucho en Google en inglés para encontrarme. No dieron resultado mis esfuerzos por conectar y sugerir a los líderes guatemaltecos de salud y de la sociedad civil como mejores puntos de contacto, y rechacé aprovechar la oportunidad. Me sentí como si estuviera viviendo patrones y supuestos neocoloniales. Sería “más fácil” y produciría resultados “más mensurables” si una académica estadounidense pudiera ser la receptora de financiación en lugar de una organización comunitaria que realmente podría hacer el trabajo. Fundamentalmente, nuestros sistemas deben funcionar mejor para las personas a las que deben servir.

Salud Neoliberal en Guatemala

Las ONGs, como vimos en los capítulos 3 y 4, se han convertido en actores vitales dentro del sistema de salud guatemalteco, participando en alianzas público-privadas y sirviendo como redes de seguridad para los fallos del sistema público.

En los años transcurridos desde que finalizara el conflicto armado interno y el auge de la ayuda exterior a mediados de los noventa, las ONGs han proliferado: más de 10,000 ONGs están registradas para operar en Guatemala, muchas de ellas con una misión relacionada con la reducción de la pobreza o la salud.³⁶ Al mismo tiempo, el gobierno guatemalteco afirmó que la salud es un derecho humano y prometió atención médica gratuita para todos. Pero, como hemos visto en las experiencias de los pueblos y comunidades mayas a lo largo de este libro, el gobierno no puede cumplir plenamente esa promesa incumplida. El resultado ha sido el entorno pluralista de atención médica que hemos explorado, en el que los miembros de la comunidad se ven obligados a navegar entre opciones en constante cambio según lo que está disponible y lo que pueden pagar. Como resultado, se ha llegado a confundir tratamiento eficaz con costo y la salud se considera una mercancía. Los residentes mayas pobres de Chimaltenango reconocen con demasiada frecuencia que tienen acceso a atención médica privada superior: que riqueza es igual a salud. Los padres acomodados pueden comprar TRO caras para sus hijos, como soluciones embotelladas y productos Omnilife.

Los menguantes esfuerzos de salud global en materia de TRO subrayan a las madres pobres que están solas. Las campañas de salud global contribuyen a la naturaleza cambiante del panorama pluralista neoliberal de atención sanitaria a medida que las áreas prioritarias van y vienen, y los programas se inician, pero no se financian para siempre. La salud global perpetúa relaciones de control y endeudamiento entre donantes y receptores, desde personas como Ceci que toman lo que pueden de los programas hasta gobiernos nacionales como Guatemala que deben acceder a los términos de gobiernos y donantes extranjeros. En el impulso hacia la sostenibilidad, los programas creados con ayuda extranjera a menudo se convierten en pagos por servicio, excluyendo potencialmente a la población prevista para poder sobrevivir financieramente. La necesidad de que los programas sean autosostenibles sin el apoyo continuo del gobierno o de las ONGs crea el tipo de mercado pluralista de atención médica que vemos en Guatemala, rico en el sueño neoliberal de elección y exclusividad para quienes pueden pagar. La elección, entonces, se convierte en una cuestión de control.

Al considerar las relaciones de individuos con instituciones sociales, Mary Douglas afirmó que “el control del cuerpo es expresión de control social.”³⁷ Desde principios de la década de 2000, Guatemala ha tenido una serie de administraciones presidenciales populistas de línea dura. Varias campañas presidenciales recientes han atraído a los votantes con promesas de controlar los altos índices de

criminalidad y corrupción de administraciones anteriores mediante mano dura. Los carteles políticos con el puño en alto son discordantes en el contexto guatemalteco donde tanto control siempre ha sido ejercido por la élite. Sin embargo, la élite hace campaña y gana elecciones basándose en la premisa (de alguna manera poco irónica) de que todo lo que Guatemala necesita es más control para que las condiciones mejoren. El sistema de salud guatemalteco ejerce control sobre los cuerpos mayas a través de servicios que se les imponen, como vacunas, servicios que se les niegan, como el acceso constante a TRO de bajo costo, y servicios que no están disponibles para ellos, como costosas clínicas privadas. La distribución de los recursos sanitarios es otra forma de mantener la estricta jerarquía social existente, principalmente a través del aumento de las relaciones de poder desequilibradas que se introducen a través de la biomedicina.³⁸ Sin embargo, el cuerpo político de las comunidades indígenas pobres no se somete pasivamente al control y la regulación que impone el sistema de salud. Los individuos y las comunidades rechazan las limitaciones percibidas en su autonomía y en ocasiones se niegan a someterse al cuidado de los trabajadores de salud del gobierno.³⁹ Las opciones no gubernamentales, incluso las caras e inalcanzables, pueden sentirse como libertad de elección.

Limitaciones al Financiamiento de Salud Global

Elección y control en la salud global también están determinados por métricas. El impacto de las campañas de TRO se ha evaluado principalmente en términos de mortalidad y morbilidad infantil. Y, como se explora en el capítulo 1, ¿ha sido un éxito transformador para la salud global! Los programas gubernamentales dependen de métricas que muestren la fidelidad a los planes del programa, así como su impacto, maximizando las oportunidades de capital político y continuas infusiones de capital económico. Las ONGs, forjadas en el mismo fuego neoliberal que los programas gubernamentales, enfrentan una necesidad existencial de mostrar resultados que justifiquen su trabajo y su necesidad continua ante los donantes. De hecho, las nociones de altruismo basadas en datos sostienen que podemos y debemos aplicar la racionalidad a la filantropía para considerar cómo nuestros recursos pueden tener mayor impacto.⁴⁰ Pero al igual que los actores externos establecen agendas de salud global, desarrollo y humanitarias, también establecen la agenda para medir el impacto y determinar el éxito. Las métricas oscurecen las experiencias vividas por los beneficiarios de programas de salud global y a quiénes pueden haber excluido. Pueden ocultar verdades duras sobre cuán efectivas son las estrategias de salud global. Por ejemplo, Guatemala superó su meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar el suministro de agua, alcanzando al 91 por ciento de la población con acceso.⁴¹ Sin embargo, muchas comunidades rurales recibieron más agua entubada pero esa agua no había sido tratada confiablemente. Las mujeres en

Panaj mostraban orgullosas sus nuevos grifos, pero luego en una conversación al parecer no relacionada, discutían cómo sus niños estaban teniendo más diarrea. Las métricas de los grandes éxitos pueden esconder desafíos remanentes en el trabajo hacia la igualdad en salud global.

A veces parece que la financiación de la salud global no puede ganar. Si fuera compatible con la operación actual de sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo, solo perpetuaría el clientelismo que continúa plagando nuestra economía política global. Sin embargo, cuando la financiación crea áreas prioritarias, implementa programas y luego entrega la responsabilidad de la sostenibilidad a gobiernos nacionales sobrecargados, los programas fracasan. Se debate mucho sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud como parte del trabajo hacia la cobertura sanitaria universal y cómo una gobernanza débil (leyes que no brindan apoyo, sistemas de gestión deficientes y corrupción) es una barrera clave.⁴² Pero la dinámica de poder desequilibrada de nuestra economía capitalista global (y las estructuras coloniales sobre las que se construye) creó las condiciones por las que luego se culpa a las poblaciones de la mayoría global. Debemos abordar las estructuras que crean y perpetúan la violencia multivalente de desigualdad en salud global.

Salud global Perpetuando la Violencia Estructural: Empoderamiento y Otras Quimeras de Igualdad

La salud global está superpuesta a estructuras coloniales y, aunque no se dé cuenta, replica esas estructuras inherentemente desiguales en su lucha por la equidad en salud global. Las inyecciones bien intencionadas de bienes y servicios pueden empeorar las desigualdades dentro de un país receptor en lugar de mejorarlas. Sobre ese punto, Michael Marmot afirma: “El alivio de esa privación material no es simplemente la cuestión técnica de proporcionar agua potable o una mejor atención médica. Quién obtiene esos recursos está socialmente determinado.”⁴³ La ayuda exterior puede causar daño al financiar los mismos sistemas políticos y económicos que perpetúan la violencia estructural. Más allá de las ataduras financieras que vinculan a la mayoría de las naciones del mundo con deudas a los países de ingresos altos, los procesos de implementación de salud global mantienen aún más el estatus quo. La experiencia técnica en salud global evoca el ciclo de extracción de recursos del mundo mayoritario durante la colonización; se construye sobre materias primas tomadas de los colonizados a las que se da valor una vez están en territorio del colonizador. Los datos epidemiológicos recopilados por los trabajadores comunitarios de salud locales y los equipos de salud móviles se recaban y pasan a lo largo de la cadena alimentaria mundial hasta los países de ingresos altos, donde son utilizados por “expertos” para tomar decisiones políticas, planificar programas y capacitar a estudiantes (garantizando un suministro continuo de expertos). La experticia de trabajadores

locales y líderes de sistemas de salud está subvalorada, y sus experiencias de realmente hacer el trabajo de salud global por medio de implementar programas a menudo se pierde en el proceso de análisis de datos económicos, evaluación de programas y valoración.

Las estrategias globales de salud y desarrollo son creadas por expertos que a menudo están distantes de las experiencias vividas por los programas que crean y las poblaciones a las que buscan ayudar. El unir los conocimientos científicos y las mejores prácticas de implementación crea recursos esenciales para la mayoría de los países del mundo. La OMS proporciona el estándar de oro de las directrices clínicas de salud global: aporta información científica relevante, datos epidemiológicos, mejores prácticas biomédicas y conjuntos de herramientas de intervención (que incluyen materiales para capacitación del personal); establece sistemas de suministros e información; e implementa y evalúa programas. Los lineamientos de la OMS se desarrollan en base a conocimientos y prácticas basadas en evidencia, reuniendo paneles de asesores de expertos de la materia procedentes de todo el planeta, trabajando cada vez más hacia equilibrar la hegemonía de expertos de países de ingresos altos con aquellos de la mayoría de contextos globales. Luego se desarrollan cajas de herramientas de la OMS para hacer los lineamientos lo más directos posibles para que los implementen los líderes de los sistemas de salud. Esas cajas de herramientas son vitales para la equidad sanitaria global porque brindan orientación detallada que muchos países no tienen capacidad técnica para desarrollar según sus propias directrices. Las directrices globales compartidas en las cajas de herramientas siempre enfatizan la importancia de adaptarse a las culturas y condiciones locales. Eso es fundamental para el éxito del programa, pero a menudo se le da poca importancia. Como hemos visto en el caso de la TRO en Guatemala, una programación única no sirve para todos y permite la violencia estructural que mantiene el estatus quo societario.

La Violencia de Entrega de Salud Racializada

En Guatemala, los programas nacionales de desarrollo han considerado en gran medida a la población indígena como primitiva y, por lo tanto, como barreras culturales y raciales al progreso, la modernidad y el desarrollo. Los esfuerzos de desarrollo interno se han centrado en la asimilación de la población maya a la cultura y los estilos de vida predominantes de Guatemala.⁴⁴ Este es un patrón que se repite en toda América Latina, ya que las constituciones y tratados recientemente adoptados pueden hablar de la boca para afuera sobre los objetivos de crear sociedades multiculturales, pero persisten las desigualdades en las estructuras de poder.⁴⁵ Entre los ministerios gubernamentales que trabajan para lograr objetivos de desarrollo, hay poca cooperación y comunicación sobre el terreno. Paul Farmer utilizó la violencia estructural para referirse a estructuras sociales que “ponen a las personas en peligro.”⁴⁶ El Ministerio de Salud de Guatemala no está equipado para

abordar desigualdades étnicas enraizadas en el acceso a la atención sanitaria, y su presupuesto y fuerza política son débiles en comparación con otras ramas del gobierno. El sistema de salud mal financiado del gobierno de Guatemala continúa poniendo en peligro a las personas.

Una tarde, cuando todavía era estudiante de posgrado, acompañé a un colega del Ministerio de Salud a una reunión convocada por una organización gubernamental multilateral en Ciudad de Guatemala para discutir el progreso intermedio de un programa de suplementación nutricional infantil. Me senté en una fila de sillas detrás de la enorme mesa de conferencias de madera y escuché. El coordinador extranjero recordó a todos los objetivos del programa y las responsabilidades que tenía cada miembro del equipo. Luego, por turnos, cada gerente regional de implementación informó cuanto suplemento nutricional en polvo había distribuido su área y las métricas agregadas de crecimiento de la niñez en su región. Después que cada hombre (todos eran hombres, mayoritariamente ladinos) había hablado, el coordinador extranjero superaba y metía la cabeza en las manos. “¿Por qué no vemos ningún cambio? ¿Alguna mejora?” preguntó. Todos murmuraron y aventuraron conjeturas sobre la necesidad de más tiempo, aunque el programa llevaba más de un año funcionando. A medida que las sugerencias se agotaban, me di cuenta de que había levantado la mano. El coordinador extranjero ladeó la cabeza en gesto interrogativo. Luego le dije al grupo que tal vez podría ayudar a explicar porque actualmente vivía en una aldea rural que era parte de la intervención. Les dije que la gente de la comunidad quería lo mejor para sus hijos y quería que crecieran. Pero no daban el suplemento nutricional a sus hijos. Se lo daban de comer a sus gallinas. La sala estalló en exclamaciones y comentarios sobre la inutilidad de realizar cualquier intervención entre “los mayas”. Cuando las cosas se calmaron un poco, expliqué que el suplemento nutricional se distribuía en bolsas que parecían alimento para animales, por lo que la gente se lo daba a sus gallinas. ¡Nadie les daría a sus hijos comida para animales! Pero los miembros de la comunidad estaban felices de que sus gallinas pusieran más huevos, que podían comer o vender en el mercado. El programa tuvo beneficios, incluso nutricionales, pero no a través del camino que pretendían.

Esta historia ilustra nuevamente cuánto pueden ocultar las cifras agregadas de las intervenciones de salud global, pero también muestra la agencia reflexiva de los miembros de la comunidad. No son recipientes vacíos que simplemente están sentados esperando que alguien venga y les diga cómo vivir.⁴⁷ De hecho, alternativamente se sienten desconcertados y confundidos (y a veces enojados) por los extraños programas que serpentean por las carreteras de montaña hacia sus comunidades. Las campañas mundiales de salud suelen ser paternalistas al presuponer que saben qué es lo mejor para la población a la que van dirigidas. Prevalece una actitud de culpar a la víctima, como articulan Nurit Guttman y William Harris Ressler: “Al decir que las personas deben ser responsables de sus comportamientos de salud, implicamos que son culpables de las consecuencias

adversas cuando no adoptan medidas preventivas.”⁴⁸ Por lo tanto, los miembros de la comunidad se vuelven responsables del “éxito” o “fracaso” de la TRO y otros programas de salud global porque supuestamente es su responsabilidad adoptar la práctica por la que se aboga.⁴⁹ Dentro de las campañas de TRO en Guatemala, en un caso particular de un fenómeno que se repite con frecuencia, los supuestos de los programas de salud global están modelados por el racismo y sesgo de género.

Programas desarrollados en Ginebra, Atlanta u otras metrópolis de salud global e implementados por autoridades de gobierno centralizadas y sus socios, disminuyen la autonomía comunitaria porque no permite aportes significativos de la comunidad. Por ejemplo, basta recordar la campaña de vacunación en Guatemala, cuando equipos móviles de salud amenazaron en broma a las poblaciones rurales mayas diciendo que la policía las encerraría si no salían a vacunarse. Si bien ese incidente pudo haber sido divertido para los miembros educados del equipo de salud urbano, a la población rural que había sido blanco de masacres por parte de soldados y policías años antes no le hizo gracia. Eso causó un daño duradero a la participación de la comunidad en los servicios de salud. Más allá del racismo obvio, también podemos ver que los programas de salud gubernamentales se implementan de manera coercitiva, más que como un bien social participativo y compartido.

Otra forma de reducir la autonomía comunitaria es a través de la definición de quién constituye una “comunidad”.⁵⁰ Las comunidades en los mapas de las paredes de los centros de salud guatemaltecos no reflejan las afinidades y la comprensión de la población local sobre su comunidad. Por ejemplo, Rosario fue “asignada” al puesto de salud en Simejuleu, pero ella y muchos otros en Panaj tenían parientes en una aldea más grande con un puesto de salud un poco más lejos en la dirección opuesta. Las comunidades no encajan perfectamente en las zonas de influencia del sistema de salud. Ese desconocimiento, la violencia simbólica de la imposición de una comunidad, divide a las personas en grupos por geografía, etnicidad o idioma, permitiendo un trato diferenciado como si fuera el orden natural.

Además, con demasiada frecuencia la participación de la comunidad o el compromiso de las partes interesadas son poco más que palabras de moda en materia de salud global y no dan como resultado la construcción de relaciones significativas.⁵¹ Más bien se convierten en esfuerzos rápidos para lograr que las comunidades acepten lo que ya estaba planeado. Aunque expresado en términos de empoderamiento, el elemento de participación comunitaria de las intervenciones de salud a menudo se refiere a la traducción cultural de un programa centralizado o un conjunto de herramientas global para “hacer que funcione” en entornos comunitarios. Rara vez esos programas piden opiniones sobre los problemas de salud más importantes que enfrenta una comunidad desde su perspectiva.⁵² Se espera que los mayas de Chimaltenango sean receptores pasivos de educación

y servicios de salud y no tengan opinión sobre cómo se diseñan e implementan la TRO u otras intervenciones. La naturaleza de una vía de los programas de salud es más marcada entre poblaciones rurales, donde se espera que los comunitarios sean receptores agradecidos y participantes activos de cualquiera cosa que aparezca en un camión.

La Mujer como Servidora de Equidad y Empoderamiento

La pasividad que se espera de las comunidades mayas en entrega de salud global se redobra a través de los programas de salud global enfocados en la mujer. A menudo enmarcados como empoderamiento, las mujeres son el objetivo de programas de salud global bajo el supuesto de que serán ellas las principales cuidadoras de sus hijos, paradójicamente cargándolas con la responsabilidad del éxito del programa. Los programas de educación para prevención de la diarrea piden que las madres cambien sus hábitos diarios de cocinar, limpiar y cuidado infantil y asuman la labor de dar TRO cuando un hijo tiene diarrea. Las recomendaciones de la TRO pueden ir en contra de las normas sociales y familiares y pueden requerir recursos que no están disponibles en el hogar, pero entonces se culpa a las mujeres si no han seguido las recomendaciones. Se las maldice si lo hacen, maldice si no lo hacen. Por ejemplo, a las mujeres en la aldea de Panaj se les ha dicho repetidamente que hiervan el agua para beber, pero pocas lo hacen pues recoger leña toma tiempo y comprarla es caro. Si a un niño le da diarrea, los vecinos que buscan defectos pueden preguntar si la madre hirvió el agua. Cuando se presenta la diarrea, las madres usualmente hacen la elección y usan su propio dinero para tratamientos locales, incluidos trabajadores comunitarios de salud, curanderas tradicionales, y farmacias; sin embargo, sus esposos deciden iniciar la búsqueda de tratamiento importante, como un viaje a una instalación de salud.

Si bien los programas mundiales de educación sanitaria se centran en las mujeres, al tratar de empoderarlas con conocimientos y opciones, ellas, a su vez, tienen la tarea de convencer a sus maridos de que es necesaria una elección particular. Si bien la mayoría de las mujeres son quienes toman las decisiones cuando se trata de buscar tratamientos locales de bajo costo, no siempre es así. Por ejemplo, en el capítulo 3 conocimos a Juana en Panaj, cuyo marido la obligó a esconderse de los equipos móviles de salud. Debido al miedo de su marido a interactuar con el gobierno, las opciones de Juana a la hora de buscar atención médica para sus hijos eran muy limitadas. El trabajo no remunerado de las mujeres es la base de la programación de salud global en dos frentes, a través de: 1) la participación y la acción que se espera de los miembros de la comunidad; 2) aceptar roles como trabajadores comunitarios de salud y otros trabajadores de salud de primera línea de bajo nivel para hacer el arduo trabajo de implementación del programa en las comunidades. Se espera que las mujeres, que ya aportan grandes cantidades de trabajo no remunerado a sus familias y a la sociedad,

hagan aún más por la salud global. El trabajo no remunerado de las mujeres no se alinea con los valores de empoderamiento y equidad que la salud global significa para avanzar, y ese problema finalmente está empezando a recibir mayor atención y crítica dentro de la salud global.⁵³

Violencia Cultural y Autonomía

Así como muchos miembros de la comunidad maya evitan los servicios de salud del gobierno debido a la historia del conflicto armado interno y la exclusión continua, los esfuerzos de desarrollo para aumentar la participación social en la toma de decisiones comunitarias han sido desafiantes, con pronunciadas asimetrías de poder entre los miembros de la comunidad y representantes institucionales y del gobierno.⁵⁴ Se pueden crear redes de incidencia, pero en última instancia es posible que no estén guiadas por aquellos a quienes pretenden defender (o éstos ni siquiera participan en ellas). Las políticas de información de las redes de incidencia tienen vida propia. Después de los esfuerzos sostenidos de las ONG centrados en la educación sobre derechos humanos en Guatemala durante los últimos veinte años, ahora es común, en mi opinión, que las mujeres rurales mayas utilicen terminología de derechos humanos al discutir su situación y sus objetivos. Sin embargo, es menos común que ocupen roles de liderazgo en las ONG que defienden sus derechos y enseñan empoderamiento.

En Guatemala, la violencia cultural arraigada en la alteridad de las poblaciones mayas restringe las ideologías racistas y clasistas y el control de los recursos. La violencia cultural se refiere al uso de aspectos de la cultura para justificar o legitimar la violencia directa o estructural.⁵⁵ Los servicios de salud y otros bienes sociales se distribuyen según los términos de los poderosos: en primer lugar, la élite gobernante y las agencias gubernamentales que controlan y, en sentido distal, los expertos y líderes de los países de ingresos altos. Muchas veces a lo largo de los años he escuchado sobre expansiones limitadas de los servicios de salud en las comunidades mayas justificadas porque “ellos” tienen sus propias creencias, “ellos” no quieren atención médica. Esa violencia cultural está incitada por conjuntos de herramientas de salud global que fomentan enfoques homogeneizados a problemas de salud con realidades locales complejas.

El resultado son malos resultados de salud para las poblaciones mayas pobres. Los fracasos de una atención de salud asequible, disponible, accesible y de calidad (piedras angulares para la prestación de servicios de salud como un derecho humano) están oscurecidos, escondidos en el punto débil o parte más vulnerable de la evaluación de los programas de salud globales y las métricas de resultados. Y luego las métricas de resultados deficientes se utilizan como motivo para poner en duda que más recursos ayudarán. El énfasis es que los mayas hagan las decisiones “correctas” y no que los que planifican programas anticipen desafíos o pidan información significativa a las comunidades. Esa es la carga injusta

que se pone a las comunidades marginadas, racializadas y excluidas en todo el planeta. Los poderosos quieren que las decisiones que toman los individuos de esos grupos (elecciones limitadas por cada nivel, desde global hasta local, de su marginación) se alineen con sus propias decisiones e intereses creados. Cuando no pueden o no lo hacen, se entiende implícitamente que los malos resultados de salud son el resultado de no ser actores apropiadamente racionales dentro de la economía política neoliberal.

Agotamiento del Desarrollo y las Consecuencias Ocultas de la Salud Global

Durante mi primera semana en Guatemala, una trabajadora extranjera de salud global dijo: “Lo único bueno de Guatemala es que no tiene terroristas suicidas”. Pensé: “¡Huy, mejor me voy a casa!” Aunque me disgustó la forma en que lo expresó en ese momento, ahora puedo entender su frustración. Si bien los desafíos que enfrentan los trabajadores de salud y desarrollo global en Guatemala son variaciones de temas que se desarrollan en todo el mundo, la afluencia de ayuda a Guatemala ha dejado a las personas y comunidades objetivo de la ayuda apáticas y cautelosas ante nuevos programas. Especialmente desde los Acuerdos de Paz de 1996, Guatemala ha experimentado un enorme auge en proyectos de desarrollo y ONGs iniciadas en el extranjero. Innumerables ONGs trabajan ahora en el país. El turismo voluntario, donde los visitantes de corta duración pueden inscribirse para ayudar con proyectos de salud, construcción y educación, es cada vez más popular. Sin embargo, esos proyectos tienen poca o ninguna supervisión y ninguna coordinación por parte de algún gobierno u otro organismo regulador. Los receptores de ayuda, tanto organizaciones como individuos, están en una posición en la que les preocupa que cuestionar a los donantes extranjeros o quejarse resulte en la pérdida de esa ayuda. Los guatemaltecos sienten que deberían aceptar todo lo que puedan obtener de las organizaciones de ayuda y no tener grandes expectativas sobre la longevidad de ningún proyecto.

Hace varios años, estaba tratando de convencer a un colega senior de la ONG de salud global Partners in Health para que ampliara la programación en Guatemala. Pensé que estaba progresando con mi discurso, pero luego dijo que Socios en Salud [Partners in Health] no podía, en conciencia, dedicar más de sus limitados fondos a una mayor participación en Guatemala. Habló sobre cómo la corrupción del gobierno guatemalteco y el fracaso en mejorar la infraestructura rural, a pesar de los aportes sustanciales de organizaciones multilaterales de ayuda internacional, del gobierno de los Estados Unidos y numerosas ONGs, indicaban que no se usarían bien los fondos. Dijo: “Guatemala es un basurero de desarrollo y todo mundo lo sabe. La ayuda parece que desaparece allí, y nada cambia realmente.”

En el lado receptor, tener tantos grupos diferentes trabajando en tantos proyectos de desarrollo diferentes hace que sea difícil para las personas saber

en quién confiar y cómo navegar las opciones cambiantes y elegir entre ellas. Como indica elocuentemente la cita al comienzo de este capítulo, la apatía hacia los proyectos de desarrollo no sólo se encuentra en los trabajadores humanitarios sino también en los beneficiarios. Los residentes de Chimaltenango desconfían, con razón, de nuevos proyectos de desarrollo. Se preguntan por qué se inician nuevos programas cuando los antiguos quedaron languideciendo y desapareciendo. Una estrategia local justificada es centrarse en la participación a corto plazo para obtener ganancias a corto plazo, a menudo en forma de bienes materiales, en lugar de anticipar una participación a largo plazo en cualquier proyecto dentro de la comunidad. Ha habido demasiadas decepciones como para esperar algo más que otras decepciones.

TRO y la Máquina del Desarrollo

Sería una infravaloración decir que el entusiasmo por la TRO en Chimaltenango ha disminuido. Múltiples programas han ido y venido, y durante los últimos años han desaparecido más de los que han llegado. Lo que han dejado son mensajes confusos sobre cómo purificar mejor el agua en el hogar y cómo preparar y administrar la TRO. El gobierno continúa proporcionando sobres de TRO y dando instrucciones a las madres sobre cómo mezclarlos con agua y dárselos a los niños, junto con programas educativos intermitentes sobre agua, saneamiento e higiene. Varias ONGs también han trabajado en programas de prevención de diarrea y sobre TRO, pero actualmente no existen programas activos dedicados a la educación sistemática en TRO. El vacío causado por la falta de capacitación exhaustiva en TRO se ha llenado en parte con productos costosos de farmacias y empresas como Omnilife, de las que no se puede esperar que brinden educación integral en TRO en el punto de venta.

En Guatemala ha habido cambios de infraestructura insuficientes para que la TRO sea superflua: el suministro de agua y condiciones de vida de los pobres, tanto en entornos urbanos como rurales, continúa siendo una fuente significativa de patógenos diarreicos. De hecho, 88 por ciento de todos los casos de diarrea en el mundo mayoritario se atribuyen a mala calidad de agua, saneamiento e higiene; de esos hallazgos se hace eco un estudio guatemalteco.⁵⁶ En Guatemala, un alarmante 98 por ciento de fuentes de agua están contaminadas con *E. coli*.⁵⁷ Prevención de la diarrea es una tarea tan constante y abrumadora que se considera como fútil. Adicionalmente, la TRO no es una nueva y llamativa herramienta de salud global, y es poco probable que las intervenciones de TRO produzcan los resultados inmediatos y mensurables favorecidos por los actuales esquemas de salud pública y desarrollo, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Con una financiación limitada y necesidades aparentemente ilimitadas, tiene sentido esperar que los programas produzcan resultados y se vuelvan autosostenibles, pero esos ideales no pueden alcanzarse simplemente hablando al respecto.

Mis conversaciones con funcionarios de programas de la OPS y UNICEF Guatemala han destacado enfatizar la autosuficiencia interna del país y los intentos por separar los programas de los paquetes de ayuda internacional. Al discutir la programación de TRO, ambas organizaciones informaron con orgullo que su papel en la TRO y en gran medida en todos los temas de atención primaria de salud se ha convertido únicamente en un papel de asesoramiento y que ya no brindan activamente asistencia al programa de TRO. El funcionario de UNICEF me dijo que la producción guatemalteca de sobres de sales de rehidratación oral (SRO) es suficiente para satisfacer los requisitos del sistema de salud gubernamental y sus farmacias, y UNICEF mantiene una reserva de 200,000 sobres de SRO como parte de su paquete de preparación para emergencias. Sin embargo, mi investigación en Chimaltenango ha demostrado que las farmacias gubernamentales y los equipos móviles de salud a menudo se quedan sin sobres de SRO, lo cual indica que incluso si se producen suficientes paquetes, persisten graves problemas de distribución.

Los modelos de autosuficiencia y desarrollo sostenible se consideran inexpugnables en los sectores contemporáneos de ayuda, salud global y desarrollo, como si una moda de independencia sin intervención pudiera deshacer siglos de manipulación y dependencia forzada. El afán por lograr objetivos de sostenibilidad, incluida la programación de TRO, ha llevado a una actitud de no intervención por parte de agencias multilaterales y ONGs internacionales que perjudica a las poblaciones a las que han dedicado años y millones de dólares a ayudar ostensiblemente. Los avances logrados mediante esfuerzos previos de TRO por parte del sistema de salud gubernamental y las ONG se están perdiendo porque la educación continua y los paquetes de SRO no están disponibles de manera adecuada. Se necesitan esfuerzos a largo plazo para sostener los cambios implementados por una campaña de salud global, y el aporte de la comunidad es esencial para generar confianza en la programación pública y crear acceso a bienes sociales en Guatemala.⁵⁸ La TRO ya no debería ser una intervención de salud pública necesaria a nivel generalizado ni en Guatemala ni en otro lugar. De hecho, las intervenciones de TRO fueron conceptualizadas como medida provisional camino al desarrollo y ya no se necesitarían si los pobres del mundo tuvieran acceso a sistemas de agua potable y saneamiento seguros.⁵⁹

El gobierno de Guatemala no ha aportado esos bienes sociales para su población, y tampoco asigna recursos adecuados al sistema de salud para permitir educación y distribución integral continua de TRO. Por supuesto que no. La corrupción y la débil estructura tributaria conducen a una inversión anémica en infraestructura duradera y al fortalecimiento del sistema de salud. Todos, desde los miembros de la comunidad maya hasta los defensores nacionales y los líderes de organizaciones globales, lo saben. De alguna manera, la suma de nuestras partes de salud global, desarrollo y derechos humanos suman menos que el total que requiere una sociedad justa y equitativa.

Esfuerzos sin Coordinación hacia Progreso Dudoso

El caso de la salud global y el desarrollo en Guatemala ilustra que demasiado puede significar muy poco: demasiados proyectos de desarrollo descoordinados conducen a insatisfactorias mejoras generales en los indicadores nacionales de desarrollo y en la vida de las personas. Un esquema de desarrollo fragmentado donde los proyectos funcionan de forma aislada perpetúa la violencia estructural a niveles micro y macro. No se espera que los ladinos ricos en Guatemala, al igual que las poblaciones de medios socioeconómicos en cualquier parte del mundo, estén agradecidos por las migajas de atención sanitaria que se dejan al azar en sus comunidades. Ciertamente no caminan kilómetros por terreno empinado para descubrir que el puesto de salud se ha quedado sin sobres de SRO. Sin embargo, esas desigualdades pueden quedar oscurecidas por un exceso de proyectos descoordinados de salud global y desarrollo.

Los proyectos de desarrollo alimentan intereses políticos y económicos multivalentes, a menudo conforme intentan hacer lo contrario.⁶⁰ Las ONGs bien intencionadas pueden exacerbar tensiones existentes e inyectar atención y fondos a programas y prioridades que salen mal en el contexto local.⁶¹ Sin embargo, así como los individuos son agentes en su compromiso con la programación de salud global y desarrollo, también lo son los países de ingresos bajos y medianos en su compromiso con las agendas globales de salud y desarrollo. De manera agencial o controladora ellos dan forma a sus narrativas y rehacen sus autoimágenes para maximizar la inversión de las organizaciones globales de salud y desarrollo que enmarcan esas imágenes y narrativas particulares como merecedoras de financiamiento.⁶²

Pero al hacerlo, el poder de los países de ingresos altos y las instituciones que controlan no se comprueba y los sistemas de desigualdad global no cambian. Hay muy pocos ejemplos de lo contrario a esta dinámica. Ruanda es prominente entre ellos al rechazar la ayuda extranjera que no se alinea con las metas estratégicas del gobierno central.⁶³ Sin embargo, esa excepción, aunque notable, prueba la regla de inmovilidad necesaria creada por nuestros sistemas de ayuda exterior.

Los esfuerzos de desarrollo actuales y descoordinados no pueden comenzar a abordar el racismo y la discriminación arraigados que pesan sobre las estructuras políticas y económicas contra las poblaciones rurales, pobres e indígenas en Guatemala. Se culpa a las comunidades mayas de impedir que Guatemala alcance el “desarrollo”, como si fueran responsables de su propia condición de marginación, como si no desearan los bienes sociales de los que disfrutaban los ricos. Los programas mundiales de salud y desarrollo siguen recibiendo financiación a raudales, pero el entusiasmo por estos logros se ve apisonado por las bajas expectativas de que se produzcan cambios reales en las métricas de salud, y mucho menos equidad en salud. Como lo expresó una madre lúcida de un pueblo

cerca de Acatenango: “Si tuviéramos dinero para hacer cambios, tendríamos una clínica con un médico para atender a los niños con diarrea. Si tuviéramos dinero ya tendríamos un centro de salud. Algún día esos cambios llegarán y todos viviremos mejor por ello.”

¿Y qué importa? Puntos de Presión para Acción en Salud Global

Hay tanto que está roto en nuestros sistemas de salud global y no lo repararemos haciendo más de lo mismo.⁶⁴ Más no funciona. Debemos recurrir al liderazgo de los expertos en salud y desarrollo global del mundo mayoritario para dar nueva forma a nuestros esfuerzos. Simplemente documentar la violencia cultural y estructural no genera igualdad en salud, pero una acción reflexiva guiada por las comunidades que experimentan esas formas persistentes de violencia sí puede hacerlo. El sufrimiento social exige acción social. La salud global debe ser finalmente un proyecto verdaderamente global: colectivamente tenemos la obligación moral y ética de dismantelar los sistemas de desigualdad establecidos por la conquista y la colonización que continúan floreciendo bajo el neoliberalismo. Creo que podemos extirpar la parte más vulnerable, el punto débil.

Se están realizando muchos trabajos importantes para explorar la descolonización de la salud global. Desde la forma en que investigadores de países de ingresos altos generan y publican datos hasta la forma como se estructura e imparte la educación sanitaria mundial, hay medidas claras y viables que podemos emprender.⁶⁵ Descolonizar la salud global es necesariamente un mandato de muchos niveles que van desde individuos a organizaciones y a nuestros sistemas y superestructuras.⁶⁶ Y hay tanto que me da esperanza de que podamos construir de manera significativa una salud global decolonial y avanzar hacia la equidad en salud en Guatemala y más allá. Por ejemplo, a nivel mundial, la Declaración de Brocher exige la creación de alianzas sanitarias mundiales equitativas, centrándose en la celebración de experiencias de viaje para salud global que sean de corta duración, responsables de su ética operativa y que pongan atención a las diferencias de poder entre los equipos visitantes de voluntarios extranjeros y las comunidades receptoras locales.⁶⁷ ¡Las buenas intenciones se pueden mejorar! A nivel nacional en Guatemala, esfuerzos como EcoFiltro, empresa social dedicada al suministro de agua potable para los pobres a través de filtros de agua domésticos, construyen un puente entre los impactos excluyentes de la privatización y las fallas del gobierno a la hora de construir servicios duraderos de infraestructura para agua, saneamiento e higiene.⁶⁸ Finalmente, a nivel local, grupos guatemaltecos como la Alianza Maya para la Salud, el Consejo de Población de Guatemala, el Instituto de Justicia para las Mujeres y el Centro para el Estudio de la Equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud llevan a cabo el trabajo lento y constante de generar consenso comunitario sobre prioridades, igualdad de género y participación en la programación de salud y desarrollo.⁶⁹

Nuestro enfoque en sistemas de salud global puede llevarnos a olvidar que los individuos y las comunidades no son receptores pasivos de programas de salud y desarrollo. Debemos poner en primer plano los fundamentos, prioridades y preferencias de las comunidades, especialmente entre poblaciones como los pueblos mayas en Guatemala que han enfrentado represión y control de proporciones históricas, en la manera como damos forma a los programas de salud global. Podemos trabajar para desmantelar el mito de que salud es igual a riqueza mediante la creación de sistemas que apoyen el derecho humano a la salud, pero debemos reconocer que esos sistemas no se enmarcarán en una caja de herramientas de la OMS ni se describirán en una presentación durante una conferencia internacional. Serán creados por las personas para quienes trabajarán; los actores, las estructuras y los sistemas de salud global sólo tienen que escuchar.

Conclusión

Este libro presenta el tema de la salud en los mundos específicos del Altiplano de Guatemala y las comunidades mayas, pero sus historias resuenan en las comunidades marginadas del mundo mayoritario. La enfermedad diarreica infantil continúa causando consecuencias duraderas en el desarrollo y muerte en Guatemala, una realidad mundana inimaginable en los países de ingresos altos. La diarrea infantil se puede controlar generalmente mediante el uso doméstico de la terapia de rehidratación oral (TRO), desarrollada por primera vez para controlar los brotes de cólera en los que la demanda de líquidos intravenosos superó la disponibilidad. La TRO se ha convertido en una parte omnipresente del panorama de programación y educación de la comunidad sanitaria global, y ha salvado alrededor de 70 millones de vidas jóvenes durante los últimos cincuenta años.¹ Los éxitos de la TRO rara vez han sido igualados en salud global: es una solución tecnológicamente simple que no requiere cadenas de suministro especializadas y, de hecho, puede elaborarse con ingredientes que se encuentran incluso en los hogares con recursos más limitados. Sin embargo, las métricas de éxito oscurecen el punto débil o parte más vulnerable de la salud global: la realidad de que nuestros programas reinscriben patrones de desigualdad tanto a nivel global como local.

La TRO se ha entendido en salud global esencialmente como un esfuerzo de transferencia de conocimientos y cambio de comportamiento. Sin embargo, sus éxitos están marcados por las desigualdades sociales, como todos los bienes sociales. La preferencia de las organizaciones sanitarias mundiales por las soluciones fabricadas y la especificidad científica de su fórmula ha tenido efectos de gran alcance. En particular, el trabajo relativamente intensivo de administrar TRO recae en las mujeres que son casi exclusivamente el objetivo de las intervenciones contra la diarrea infantil en el ámbito de la salud global. Esos esfuerzos educativos, a menudo impartidos con instrucciones que no concuerdan con la infraestructura y la realidad material de la vida de las mujeres, se enmarcan

como un empoderamiento de las mujeres. Pero se culpa a las mujeres por fracasos en implementar los mensajes sobre agua, saneamiento e higiene que usualmente van de la mano con educación sobre TRO. La penetración de los mensajes de prevención y tratamiento de la diarrea es lo suficientemente profunda como para que el estigma rodee a las madres cuyos hijos tienen diarrea, pero la infraestructura—a pesar de grandes éxitos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio—no ha eliminado la amenaza siempre presente de la diarrea infantil. Las mujeres, por tanto, soportan una doble carga por las normas patriarcales de la sociedad guatemalteca y por las expectativas de los programas de salud global que buscan empoderarlas.

Aunque la TRO ha sido ampliamente promovida durante los últimos cincuenta años, muchas personas en el altiplano de Guatemala no se dan cuenta de que pueden crear su propia solución de rehidratación oral a partir de materiales que tienen en su hogar y aceptan la idea de que mejores tratamientos cuestan más dinero. Dentro de un sistema de salud gubernamental diseñado para excluirlos, los mayas desconfían de buscar atención médica en los servicios gubernamentales y a menudo enfrentan dificultades para acceder a los escasos servicios disponibles debido a la distancia, los costos adicionales y el racismo. Esas barreras hacen que las opciones privadas sean particularmente atractivas, y el panorama neoliberal de atención sanitaria guatemalteco ofrece gran cantidad de opciones: desde curanderos tradicionales hasta vendedores de medicamentos y farmacias, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y clínicas privadas hasta misiones médicas de corto plazo. Aunque el entorno pluralista de atención sanitaria parece ofrecer libertad de elección, atrapa a quienes buscan atención sanitaria en una red de elecciones complejas en las que el dinero (y otras formas de capital) es el árbitro final.

De hecho, el sistema pluralista de atención sanitaria en Guatemala es menos un sistema y más una confusión. Las ofertas de atención médica van y vienen, agravadas por el tsunami de desarrollo por parte de organizaciones extranjeras que comenzó en la era posterior a la guerra civil, a mediados de los años noventa. Los programas, campañas e intervenciones bien intencionados financiados por gobiernos extranjeros y ONG chocan tanto con las prioridades del gobierno guatemalteco como entre sí. Demasiado (dinero, programas, esfuerzo) ha significado muy poco (mejora sostenida, fortalecimiento de los sistemas de salud). Demasiados esfuerzos de desarrollo también han llevado a un agotamiento del desarrollo en el que todos los involucrados (fuerzas laborales de desarrollo y salud global, equipos de implementación gubernamentales y miembros de la comunidad) sienten una sensación de inutilidad y saben que el esfuerzo actual desaparecerá en el próximo ciclo presupuestario.

Los programas de TRO representan un microcosmos de la salud global en general, donde las pautas globales no se alinean con las realidades locales, pero la dinámica de poder del financiamiento, y la autoridad distante de los expertos, insisten en que se haga de cierta manera. Esas mismas dinámicas de poder caen

en cascada localmente, siguiendo los desgastados canales de desigualdades en el país. Para cuando una campaña de salud global sobre TRO (o cualquier otra cosa) llega a las comunidades locales, ha sido definida por cada nivel de la economía política global excepto la de esas mismas comunidades.

El Punto Débil de Este Libro – La Antropóloga (In)necesaria

Llegué a Guatemala en 2005 con una lista de organizaciones que trabajan en diarrea infantil y TRO. Me alegré mucho cuando una organización de salud local quiso colaborar en la investigación que esperaba realizar sobre la diarrea; Acordamos colaborar y prometí regresar con una subvención. Cuando regresé a la oficina del director casi un año después, él lloró de risa diciendo que nunca pensaron que me volverían a ver. Fue mi primera lección sobre cómo la salud global sobre el terreno puede estar llena de promesas vacías. Crecí en la década de 1990, parte de la generación del Modelo de las Naciones Unidas y una época en la que el multiculturalismo bien intencionado (aunque profundamente defectuoso) nos enseñó que mayor cooperación y equidad globales estaban a nuestro alcance. Nos hicieron creer que el progreso hacia el bien inequívoco de los derechos humanos y la justicia social, por difícil que fuera, era unidireccional e inevitable. Por ingenuo que parezca ahora que un estudiante de secundaria estadounidense pretenda estar en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en el cambio de milenio, todavía creo en la esperanzadora presunción de los derechos humanos. Pero he visto de primera mano que son promesas en papel y palabras vacías cuando no están respaldadas por una acción colectiva sostenida.

He trabajado como médica antropóloga en salud global y en Guatemala desde hace más de quince años. Cuando llegué por primera vez a Guatemala, mi mapa mental era tan plano como un atlas, pero ahora está poblado de amigos y recuerdos: el lugar donde hice mi primera entrevista en kaqchikel, el lugar donde mis amigos cultivan la tierra para cosechar maíz que comen y cultivos comerciales que venden, el lugar donde celebramos el primer cumpleaños de mi hijo mayor con una piñata, el lugar donde organizamos la “quinceañera” de mi ahijada. Hay tantos lugares hermosos y desafiantes. Sigo cuestionando mi mapa interno y las historias que cuento de Guatemala. Los etnógrafos sólo podemos contar las historias que vemos y que vivimos. Nuestras narraciones de segunda mano nunca podrán captar la realidad de las vidas de nuestros interlocutores. He luchado por saber qué historias se deben contar y cuáles se deben mantener cerca, y su peso se multiplica con los años.

Ahora debo contar el punto débil de este libro. A lo largo de sus páginas, siento profundamente la ausencia de un amigo y colega que fue asesinado durante nuestro trabajo compartido para apoyar a la organización comunitaria y los proyectos de salud. Mi brillante amigo maya fue atacado, torturado y asesinado porque su trabajo desafió el estatus quo de poder y riqueza que ha encadenado

a su pueblo durante cinco siglos. Cuando mi amigo murió, cuando su cuerpo destrozado fue abandonado en una zanja llena de lodo, y encontrado demasiado tarde para el tipo de salvación que la medicina puede brindar, yo quería justicia. Honestamente, en mi desesperación quería el tipo de justicia que se sintiera como venganza. Quería que los perpetradores pagaran por separar a ese brillante líder maya de su familia, de su comunidad y de nuestras discusiones sobre justicia social junto al fuego de la cocina. Quería que él pudiera contarles las historias de su comunidad en estas páginas. Al final, lo que su familia y yo quisiéramos no importaba. Cuando la fría luz del amanecer ilumina un cuerpo destrozado, ilumina la cruda realidad de que los derechos humanos no son para todos; ni siquiera son seguros para que todos los busquen. A medida que el espectro de un juicio se hacía real para su familia, quedó claro que los torpes mecanismos para hacer realidad los derechos humanos universales no podían aplicarse a la comunidad local donde la madre de mi amigo asesinado pasaba junto a los perpetradores en su ruta al mercado semanal.² Esa catástrofe ha definido a una familia. Ha definido a una comunidad maya en el Altiplano de Guatemala y ha circunscrito los límites a la imaginación de su pueblo para construir una sociedad más equitativa. Y ha definido mi propio enfoque sobre salud global y trabajo centrado en la comunidad.³

Es un honor para mí compartir fragmentos de las vidas e historias que amigos y comunitarios de Guatemala han aceptado compartir, pero no puedo ni hablaré por los demás. Las comunidades mayas tienen sus propias voces fuertes. Puedo escuchar. El papel etnográfico de permanecer quietos, de ser, de absorber todo lo que nos rodea puede resultar anatema para el ethos sanitario global de justicia social y salud para todos. El privilegio de mi posición como académica y practicante de salud global de un país de ingresos altos significa que a veces puedo facilitar recursos que no son fácilmente accesibles para las comunidades locales. Sin embargo, los antropólogos, los trabajadores del desarrollo, los funcionarios de programas de salud global y nuestros parientes no son necesarios para las comunidades locales. Con demasiada frecuencia servimos como el más endeble vendaje sobre las heridas causadas por los sistemas de desigualdad que parecen profundizarse a través de nuestra economía política neoliberal. Podemos trabajar para cambiar la dinámica de dar por sentado de expertos en ayuda "locales" y extranjeros"; la salud global debe centrar a las comunidades marginadas en el mundo mayoritario para caminar hacia justicia social y el logro de la salud como derecho humano.

Codiseñar para Salud Global

El peso de siglos de dinámica de poder global y desigualdad puede parecer insuperable a medida que la salud global avanza hacia la descolonización, un esfuerzo que vale cada centímetro ganado, incluso cuando el objetivo sigue siendo difícil de alcanzar. Nuestro campo debe hacer todo lo posible para ser responsables

de nuestro pasado y trabajar hacia un futuro diferente. La salud global ha sido criticada como “vino viejo en botellas nuevas”, como cambio de marca de la salud internacional y las eras de higiene tropical y medicina colonial que vinieron antes.⁴ Podemos reconocer las fuerzas históricas y continuas de la desigualdad en juego y también trabajar para desmantelarlas, aunque sea de manera imperfecta. Es hora de hacer algo nuevo con los ingredientes de la salud global: es hora de hacer sangría con ese vino viejo.

Dentro de las discusiones sobre la descolonización de la salud global, hay muchos análisis importantes sobre la economía y política global de la salud y la financiación del desarrollo: las macroestructuras de la salud global. También hay muchos debates vitales y viables sobre cómo los expertos y las organizaciones de los países de ingresos altos pueden trabajar de manera más justa: las micro interacciones de la salud global sobre el terreno. Sin embargo, me preocupa que exista una brecha entre lo micro y lo macro que no se aborda lo suficiente en los esfuerzos por descolonizar la salud global. ¿Cuáles son los paradigmas y enfoques programáticos que nos permitirán reorientar significativamente nuestro trabajo hacia procesos equitativos que produzcan resultados equitativos en la salud global? El codiseño es un enfoque que brinda la oportunidad de equilibrar los recursos de la salud global y desarrollo a través de experticia y financiamiento mancomunado con las necesidades y prioridades locales tradicionales. A lo largo de mis años de trabajo en Guatemala, observando muchos fracasos en materia de salud global y desarrollo, incluido el mío, puedo ver que sólo los proyectos definidos y moldeados por las comunidades tienen éxito. El codiseño tiene el potencial de ser un cambio de paradigma transformador en la salud global.⁵ El codiseño, que es tanto una filosofía como un proceso, reconoce que el panorama de la atención sanitaria refleja normas sociales, y trabaja intencionalmente para rehacer ese panorama centrándose en necesidades identificadas por la comunidad. La filosofía es descentrar radicalmente la experticia de diseño de programas tradicionales para centrarla en la colaboración comunitaria. Eso puede ayudar a reequilibrar el poder tanto en la toma de decisiones como en la asignación de recursos.

El proceso de codiseño con el que trabajo, fusiona componentes de pensamiento de diseño ágil, etnografía rápida y mapeo de intervenciones de salud pública. Un equipo dirigido por socios comunitarios trabaja en seis pasos en un proceso iterativo. Primero, se establecen las principales necesidades de, y con, la comunidad, y los objetivos del proyecto. Segundo, llevamos a cabo colectivamente una evaluación de necesidades y un análisis de activos, reconociendo que existen fortalezas y recursos. Tercero, exploramos las soluciones existentes y las posibles innovaciones sobre las cuales basarnos. Cuarto, refinamos un prototipo de la innovación codiseñada; a veces se trata de una nueva tecnología, pero también puede ser un diseño de programa adaptado o una técnica de ejecución novedosa. Varios ciclos de los pasos tres y cuatro ayudan a optimizar la innovación e incorporar aportes de grupos más allá del equipo de

codiseño. Quinto, los usuarios finales reciben formación sobre la innovación codiseñada. Y en sexto lugar, se implementa la innovación y la evaluación continua que permiten mejora y perfeccionamiento continuos. El codiseño está centrado en el ser humano y es ágil, lo que significa que los procesos de diseño priorizan ciclos rápidos de innovación, prueba y revisión. El codiseño, por su naturaleza, es flexible y está centrado en el ser humano, cualidades de las que a menudo carecen los programas de salud.

El codiseño coloca a las comunidades en el centro del trabajo de salud global, creando una estructura para participación comunitaria significativa.⁶ La adaptación cultural superficial o unas cuantas reuniones para involucrar a las partes interesadas no son suficientes, pero el codiseño puede ser un método real para priorizar las necesidades de las personas, en vez de imponer soluciones.⁷ Sin embargo, corre el riesgo de caer en las trampas de las tendencias de salud global al convertirse en una palabra de moda que decimos y no en un proceso que realizamos. Existe cada vez más literatura que describe proyectos codiseñados de salud global, pero la mayoría no describe sus procesos en detalle, lo cual limita nuestra capacidad de aprender y desarrollar mejores prácticas.⁸

El codiseño tampoco está exento de dinámicas de poder; requiere reflexividad continua y cuestionamiento de la dinámica de poder y renegociación de roles para mantener alianzas equitativas de codiseño.⁹ No existen soluciones rápidas para lograr justicia social o fortalecimiento del sistema de salud. El codiseño requiere inversión de tiempo y recursos. Ya que los proyectos codiseñados no tienen resultados a priori, no necesariamente encajan claramente en las métricas globales. El enfoque de codiseño crea programas y datos heterogéneos, y puede hacer que cada proyecto cuente. El codiseño puede garantizar que los programas sean identificados, deseados y moldeados por las comunidades donde se implementan. Si bien la salud global puede aprovechar el conocimiento compartido y lecciones aprendidas con enfoques universales, nunca lograremos cobertura de salud universal o el derecho humano universal a la salud.

Rehacer la Salud Global

El arco del cambio no se inclinará hacia la justicia social a menos que su luz sea refractada por las partes interesadas que trabajan para dismantelar las injustas dinámicas de poder contemporáneas de la salud global y el desarrollo. El prisma de la salud global lo sostienen las élites políticas y económicas de los países de ingresos altos y, hasta cierto punto, personas como yo, expertos bien intencionados de esos mismos países. Debemos invertir el prisma para centrarlo en las necesidades y deseos locales. Las metrópolis de salud global deben pasar de lugares como Ginebra, Londres, Boston y Atlanta a Lagos, Nueva Delhi y Ciudad de Guatemala. Esos puntos de confluencia en el mundo mayoritario tienen la experticia y el liderazgo para hacer el trabajo de una nueva salud global

decolonial, y deben ser financiados consecuentemente.¹⁰ Esa descentralización esencial de los países de ingresos altos y sus esferas de influencia no logrará por sí sola la igualdad sanitaria mundial. También debemos reconocer en los mecanismos de financiación y los modelos de implementación que los beneficios de la ayuda extranjera para salud global y desarrollo a menudo se distribuyen de manera no equitativa dentro de los países, como lo ha ilustrado tan claramente el ejemplo de Guatemala.

Debemos repoblar nuestro mapa de actores de salud global y agentes de poder. La descolonización de la salud global no estará dirigida por expertos como yo de países de ingresos altos, sino por expertos de comunidades de todo el mundo.¹¹ Todos podemos desempeñar un papel en la mejora de la salud global, pero debemos priorizar la experticia y las historias del mundo mayoritario. El derecho humano a la salud no debe ser un capricho geográfico ni estar limitado por el contenido de las billeteras. Fundamentalmente, el lograr salud no depende de elecciones individuales (libertad ilusoria en un mercado injusto que el neoliberalismo hizo obligatoria) sino de sistemas que crean opciones de alta calidad para todos. El codiseño es una herramienta que puede generar equidad en salud global y disolver el punto débil, la parte más vulnerable de la salud global.

Epílogo

por Arthur Kleinman

El Punto Débil es un libro importante. Al igual que otros estudios de medicina antropológica, ofrece una poderosa crítica de las condiciones sociales locales, nacionales y globales que se combinan para causar enfermedades y bloquear intervenciones de salud efectivas, especialmente entre los pobres. Sin embargo, Rachel Hall-Clifford va más allá de la crítica para mostrar cómo el enfoque de codiseño de las intervenciones de salud con familias y comunidades locales puede establecer condiciones favorables que respalden resultados duraderos. En este caso específico, vemos cómo las familias pobres de las zonas rurales guatemaltecas responden a las repetidas experiencias de enfermedades diarreicas de sus hijos y cómo eso podría mejorarse.

Aquí la etnografía se convierte en parte interviniente. El enfoque de intervención de Hall-Clifford es trabajar con madres y comunidades locales para crear las condiciones para que la terapia de rehidratación oral (TRO) y otras tecnologías sociales sean seguras y factibles para tratar a niños que sufren diarrea repetida. De ese modo se puede romper el ciclo de “diarrea, deshidratación, complicaciones de salud y muerte” y los niños pueden sobrevivir, mientras las familias adquieren el dominio de los tratamientos clave y la confianza para utilizarlos.

El Punto Débil analiza todos los principales problemas que enfrenta la salud global hoy en día: sufrimiento social y violencia estructural; desigualdades sociales y sanitarias; racismo; colonialismo; miseria profunda; fallas institucionales en la gobernanza y el desempeño de las ONG; y más. Pero en vez de dejar al lector sintiéndose frustrado, o sin esperanzas, Hall-Clifford sigue el camino trazado por Paul Farmer y Partners in Health al alzar las voces de familias y comunidades marginales mientras trabaja hacia un futuro más optimista y prometedor para las familias y sus protagonistas. Como enfatizó Farmer, los problemas que enfrentamos en salud global son el resultado de tratar a los demás como si contaran menos. La imaginación moral de Hall-Clifford trasciende ese mal existencial. Nadie cuenta menos en este libro desafiante pero edificante.

Hasta ahora, gran parte de la investigación sobre salud global se ha centrado en la cuestión ciertamente más básica de mejorar el acceso a servicios de salud. Ahora cabe preguntarse: ¿Cuál es la calidad de dichos servicios? Y no simplemente aquellos servicios ofrecidos por profesionales sino aquellos desplegados por familias y comunidades. Mi propia impresión, después de medio siglo de ser testigo de la prestación de servicios de salud a nivel mundial, es que

la calidad es a menudo inferior a la que anticipamos, o más bien esperamos, y en la realidad casi nunca se mide. Hay dos razones para que no se pueda medir la calidad de la atención sanitaria. Para empezar, todavía carecemos de mediciones rutinarias de calidad de la atención, especialmente fuera de los centros de salud. Y con demasiada frecuencia estamos dispuestos a aceptar, tal como hacen prácticamente todos los sistemas de atención sanitaria actuales, la sustitución de mediciones en cuanto a eficiencia institucional como sustitutas de calidad. Por supuesto, no lo son ni podrán serlo nunca.

La calidad debe ser exactamente lo que la propia Hall-Clifford demuestra en sus relaciones cálidas, respetuosas y de apoyo con sus interlocutores: centrada en la persona y socialmente receptiva a la vida local. Atención de calidad incluye:

- (1) establecer una relación terapéutica respetuosa basada en la reciprocidad
- (2) abordar y promover presencia cercana de profesionales, pacientes y familiares
- (3) pasar suficiente tiempo juntos
- (4) habilidades para entrevistar
- (5) escuchar
- (6) comunicar eficazmente y responder preguntas, y
- (7) capacidad para realizar examen físico, uso apropiado de laboratorios, diagnóstico y tratamiento.

Simplemente enumerar esas cosas ilustra cuán poco frecuentemente las madres mayas empobrecidas que hemos encontrado en este libro experimentaron algo parecido a una atención de calidad. También somos conscientes de que la prevención y atención de calidad para Hall-Clifford significan la participación de familias y comunidades desde el principio en el desarrollo de la evaluación de necesidades. Las percepciones y valores de las personas reales y los mundos locales en los que viven se vuelven tan importantes como las percepciones y valores de los expertos en desarrollo de programas para salud global.

Por lo tanto, ¿es permisible descartar esa atención de calidad como algo que los pobres no pueden experimentar ahora o quizás nunca? La respuesta debería ser un rotundo no. Esa respuesta rechaza el modelo de socialización para la escasez que ha llegado a dominar la salud pública mundial. Ese modelo insiste en que los pobres no pueden recibir la misma calidad de atención que reciben otras personas porque carecen de recursos para pagarla. Las comunidades pobres merecen alta calidad, y ésta puede lograrse con capacitación adecuada, mayor movilización de los recursos ya disponibles y apoyo de los cuidadores, junto con una evaluación seria de la atención que brindan. Actualmente no medimos la calidad de atención en salud global, y los pacientes no esperan atención sanitaria de calidad. Ese es el mundo que hay que cambiar, tal como lo describe Hall-Clifford.

Lo que se necesita es re imaginar los sistemas de atención sanitaria de tal manera que la atención, y no el dinero, se convierta en un valor central. Para la mayoría de nosotros, ese es un experimento mental difícil porque estamos

tan acostumbrados a dar por sentado que el cuidado médico debe adquirirse como un producto y que el modelo de atención consumidor-proveedor es el que sentimos que debemos aceptar, a pesar de las muchas reservas al respecto que sentimos. Y Hall-Clifford muestra que incluso las familias mayas extremadamente pobres pagan por médicos privados en lugar de recibir atención gubernamental gratuita porque eso significa mayor calidad, o al menos la percepción de que es así. Acompañado por la famosa antropóloga india Veena Das, vi hace varias décadas la misma dinámica en una barriada de Nueva Delhi. En ese barrio pobre, las oficinas de médicos privados rodeaban los asentamientos informales y los callejones húmedos de aguas residuales en un entorno depredador. A pesar del coste de la atención privada, personas terriblemente pobres tenían que pagar el tratamiento; lo hacían porque estaba más disponible y se percibía como mejor que lo que se ofrecía en las clínicas gubernamentales. Durante las últimas décadas, he observado prácticamente la misma situación entre las comunidades pobres de varios países del Sudeste Asiático y África. De hecho, las condiciones de atención sanitaria entre los pobres en Estados Unidos comparten algunas de las mismas características. En Estados Unidos, incluso la clase media está mal atendida por un sistema de atención sanitaria caótico, roto y explotador en el que se prioriza el dinero, no la atención médica. En China, donde realizo mi investigación, se han hecho grandes esfuerzos para sacar a los pobres de las zonas rurales de la pobreza, y han tenido éxito. China ha invertido dinero en el desarrollo rural, incluidos los sistemas de atención sanitaria. Aunque se han producido mejoras reales, todavía existen algunos de los mismos problemas descritos por Hall-Clifford.

A pesar de la ausencia de modelos sobre el terreno, es nuestra responsabilidad re imaginar una circunstancia de atención sanitaria radicalmente diferente si queremos ser testigos del desarrollo de políticas y planes para reformar sistemas de salud que realmente hagan realidad la atención de calidad. Para lograrlo, estoy convencido de que necesitamos construir o reconstruir sistemas de salud haciendo de la atención un bien público y la atención sanitaria de calidad adecuada un derecho de las personas. El experimento mental se acelera a medida que aceptamos el hecho de que, ya sea que el sistema sea capitalismo neoliberal, capitalismo de Estado o capitalismo socialista, todos nadamos en un mar de capitalismo. A falta de una revolución que cambie esa realidad, y no veo pruebas de que vaya a ocurrir, lo mejor que podemos hacer es organizar la atención sanitaria como un bien público. Ni el mercado ni un sistema de atención de salud pública controlado por el estado pueden crear las condiciones para una buena atención a menos que insistamos en que, de hecho, ese sea nuestro punto de partida.

La idea más revolucionaria es imaginar un sistema de salud actual que comience con la atención sanitaria como valor fundamental y práctica central y

luego retroceda para descubrir cómo convertir eso en una realidad, no en una utopía imaginada sino en el polvo y el humo de las comunidades reales. ¿Se pueden organizar las aldeas mayas, por ejemplo, de tal manera que incluso con un proyecto incompleto e imperfecto de reducción de la pobreza, se puedan construir sistemas de atención sanitaria con los recursos disponibles, para estructurar la atención de una manera más adecuada? Esa es la razón por la que los formuladores de políticas y los planificadores de programas deberían leer esta etnografía y otras similares. Hall-Clifford describe los problemas que deben resolverse y las oportunidades que deben mejorarse para que la atención sanitaria de calidad se convierta en una realidad, aunque sea modesta, en el Altiplano de Guatemala y en otras de las comunidades más pobres del mundo. Cuál debe ser el equilibrio correcto entre las comunidades locales, las ONG, el estado-nación, la sociedad privada y el orden internacional es algo que debe (y puede) determinarse siempre y cuando nuestra re-imaginación de entrega de salud global comience y termine considerando que con el cuidado de personas reales en contextos reales es su principal preocupación.

Punto Debil aporta la realidad etnográfica para que comience dicho trabajo de re-imaginación. Es de esperar que los expertos en salud global, al menos aquellos con los valores correctos, asuman el desafío y trabajen para responder la pregunta que plantea, no sólo para el Altiplano de Guatemala sino para los muy diferentes mundos locales de los pobres en todo el planeta: ¿Qué es una buena atención sanitaria y cómo se puede mejorar para las personas en ese contexto específico?

Arthur Kleinman, MD, MA

Catedrático de Medicina Antropológica, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Catedrático de Psiquiatría, Catedrático Rabb de la Facultad de Medicina, Departamento de Antropología, Universidad de Harvard Cambridge, Massachusetts USA.

Notas

Prólogo

1. Citado en Skylight Pictures. 2011. *Granito: How to Nail a Dictator*. Director, Pamela Yates. Producer, Paco De Onís.

Introducción

1. Pan American Health Organization (PAHO). 2017. *Health in the Americas: Guatemala country report*, accessed March 10, 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>.
2. Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). 1999. *Guatemala, memoria del silencio*. Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS).
3. Benson, P., and Fisher, E. 2009. Social suffering in Guatemala's postwar era: Mayas in postwar Guatemala. In *Harvest of violence revisited*, 151–166; Little, W. E., & Smith, T. J. (Eds.). University of Alabama Press.; Manz, B. 2008. The continuum of violence in post-war Guatemala. *Social Analysis*, 52(2): 151–164.
4. Famer, P. 2013. Preface. In P. Farmer, J. Y. Kim, A. Kleinman, and M. Basílico (Eds.), *Reimagining global health: An introduction*. Introduction 1–14. University of California Press.
5. Salm, M., Ali, M., Minihane, M., and Conrad, P. 2021. Defining global health: Findings from a systematic review and thematic analysis of the literature. *BMJ Global Health*, 6(6): e005292.
6. Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., and Wasserheit, J. N. 2009. Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679): 1993–1995.
7. Khan, T., Abimbola, S., Kyobutungi, C., and Pai, M. 2022. How we classify countries and people—and why it matters. *BMJ Global Health*, 7(6): e009704.
8. When discussing specific economic conditions, I use low- and middle-income country designations from the World Bank where indicated.
9. Packard, R. M. 2016. *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press; Birn, A. E. 2014. *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting (s) of the international/global health agenda*. *Hypothesis*, 12(1): e8; Greene, J., Basílico, M. T., Kim, H., and Farmer, P. 2013. Colonial medicine and its legacies. In P. Farmer, J. Y. Kim, A. Kleinman, and M. Basílico (Eds.), *Reimagining global health: An introduction*, 33–73. University of California Press.
10. Packard, R. M. 2016. *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press.
11. Abimbola, S., Asthana, S., Montenegro, C., Guinto, R. R., Jumbam, D. T., Louskieter, L., Kabubei, K. M., Munshi, S., Muraya, K., Okumu, F., and Saha, S. 2021. Addressing power asymmetries in global health: Imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLoS Medicine*, 18(4): e1003604.
12. Harvey, D. 2007. *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
13. Harvey, D. 2007. *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
14. Beaudevin, C., Gaudillière, J. P., Gradmann, C., Lovell, A. M., and Pordié, L. 2020. *Global health and the new world order: Introduction*. In *Global health and the new world order*, 1–28. Manchester University Press.
15. Stapleton, G., Schröder-Bäck, P., Laaser, U., Meershoek, A., and Popa, D. 2014. Global health ethics: An introduction to prominent theories and relevant topics. *Global Health Action*, 7:

- 23569; Kass, N. E. 2004. Public health ethics: From foundations and frameworks to justice and global public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32: 232–242.
16. Sen, A. 1999. *Development as freedom*. Anchor Books.
 17. Million, D. 2013. *Therapeutic nations: Healing in an age of indigenous human rights*. University of Arizona Press.
 18. Pratt, B., and Hyder, A. A. 2015. Applying a global justice lens to health systems research ethics: An initial exploration. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 25: 35–66.
 19. Fan, E. L. 2021. *Commodities of care: The business of HIV testing in China*. University of Minnesota Press.
 20. Adams, V. 2016. *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.
 21. Biruk, C. 2018. *Cooking data: Culture and politics in an African research world*. Duke University Press.
 22. Biehl, J., and Petryna, A. 2014. Peopling global health. *Saúde e Sociedade*, 23: 376–389.
 23. Minn, P., 2022. *Where they need me: Local clinicians and the workings of global health in Haiti*. Cornell University Press.
 24. Biehl, J. 2016. Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3; Carmack, R. M. 1988. *Harvest of violence: The Maya Indians and the Guatemalan crisis*. University of Oklahoma Press.
 25. Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., Kass, N. E., Mastroianni, A. C., Moreno, J. D., and Nieburg, P. 2002. Public health ethics: Mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethic*, 30: 170–178; Kass, N. E. 2004. Public health ethics: From foundations and frameworks to justice and global public health. *Journal of Law, Medicine & Ethic*, 32: 232–242.
 26. Redfield, P., 2011. The impossible problem of neutrality. In *Forces of compassion: Humanitarianism between ethics and politics*, 53–70. SAR Press; Keshavjee, S. 2014. *Blind spot*. University of California Press; Fassin, D. 2011. *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press; Benatar, S. R. 2013. *Global health and justice: Re-examining our values*. *Bioethics*, 27: 297–304.
 27. Kotsko, A. 2018. *Neoliberalism's demons*. Stanford University Press.
 28. Ruger, J. P. 2004. Health and social justice. *The Lancet*, 364(9439): 1075–1080.
 29. Bourdieu, P. 2003. *Symbolic violence*. Palgrave Macmillan.
 30. Se han cambiado los nombres de algunas personas, lugares y detalles identificativos a lo largo del libro.
 31. Podía escuchar las palabras de Nancy Scheper-Hughes resonando a través del tiempo mientras presenciaba la violencia cotidiana del sufrimiento y la muerte de Efraín. A pesar de que estoy de acuerdo con su análisis ético del papel no intervencionista de los etnógrafos (en su increíble *Muerte sin llanto: la violencia de la vida cotidiana en Brasil*), confieso que en los momentos de interacción con Rosario y Efraín, lo único que me importaba era detener el sufrimiento que tenía frente a mí.
 32. World Health Organization. 2017. *Diarrheal disease*, accessed February 19, 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>. WHO.
 33. Mi marido, Gari Clifford, es ingeniero biomédico y centra su trabajo en tecnologías de atención sanitaria asequibles para poblaciones marginadas, y colaboramos con frecuencia en investigaciones. ¡Cualquier vergüenza por hablar de la diarrea estaba relacionada con la mesa de la cena (elegante)!
 34. Pan American Health Organization (PAHO). 2017. *Health in the Americas: Guatemala country report*, accessed March 10, 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>.
 35. Maung, K. U., and Greenough, W. B. 1991. Treatment of the dehydrated child. *Pediatric Annals*, 20(1); World Health Organization. 1993. *The management and prevention of diarrhea: Practical guidelines*. WHO; Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In *Diarrhea and malnutrition*, 203–221. Springer; Bentley, M. E., Pelto, G. H., Straus, W. L., Schumann, D. A., Adegbola, C., de la Pena, E., Oni, G. A., Brown, K. H., and Huffman, S. L. 1988. Rapid ethnographic assessment: Applications in a diarrhea management program. Special issue, *Social Science & Medicine*, 27(1): 107–116. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90168-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90168-2); Pebley, A., Hurtado, E., and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.

36. Tedlock, B. 1987. An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science & Medicine*, 24: 1069–1083; Hodgkin, C. 1994. North– South network. *Dialogue on Diarrhoea*, 55; Werner, D., Sanders, D., and Weston, J. 1997. Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy. *HealthWrights*. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos por la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en 2000, eran ocho objetivos de salud y desarrollo que los estados miembros de la ONU acordaron alcanzar para 2015. Ahora les siguen los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.
37. Loker, W. M. 1999. Grit in the Prosperity Machine: Globalization and the Rural Poor in Latin America. In W. M. Loker (Ed.), *Globalization and the Rural Poor in Latin America*. Boulder: Lynne Rienner Publishers; Pirttijärvi, J. 1999. Indigenous Peoples and Development in Latin America. Ibero-American Center, Univ; PAHO. 2017. Health in the Americas: Guatemala country report, accessed March 10, 2022, from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>.
38. Pan American Health Organization (PAHO). 2017. Health in the Americas: Guatemala country report, accessed March 10, 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>; World Health Organization. 1993. The management and prevention of diarrhoea: Practical guidelines. WHO; Gracey, M. 1985. The WHO diarrhoeal diseases control programme. In M. Gracey (Ed.), *Diarrhoeal disease and malnutrition: A clinical update*. 33–54 Churchill Livingstone.
39. Pebley, A., Hurtado, E., and Goldman, N. 1999. Beliefs about children’s illness *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219; Goldman, N., Pebley, A. R., and Gragnolati, M. 2002. Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. *Social Science & Medicine*, 55: 1693–1712.
40. Schlesinger, S., and Kinzer, S. 2005. *Bitter fruit: The story of the American coup in Guatemala (revised and expanded)*. Harvard University Press.
41. Taylor, C. 2010. *Return of Guatemala’s refugees*. Temple University Press.
42. Schlesinger, S., and Kinzer, S. 2005. *Bitter fruit: The story of the American coup in Guatemala (revised and expanded)*. Harvard University Press.
43. Taylor, C. 2010. *Return of Guatemala’s refugees*. Temple University Press.
44. Menchú Tum, R. 1984. *I, Rigoberta Menchú: An Indian woman in Guatemala*. Verso; Lovell, W. G. 2010. *A beauty that hurts: Life and death in Guatemala*. University of Texas Press; Sanford, V., and Barbour, A. 2003. *Buried secrets: Truth and human rights in Guatemala*. Palgrave Macmillan; Green, L. 1999. *Fear as a way of life: Mayan widows in rural Guatemala*. Columbia University Press; Carmack, R. M. 1988. *Harvest of violence: The Maya Indians and the Guatemalan crisis*. University of Oklahoma Press.
45. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. 1998. *Guatemala: nunca más. Impactos de la violencia*. ODHAG.
46. Comisión para el Esclarecimiento Histórico (Guatemala). 2012. *Memory of silence: The Guatemalan truth commission report*.
47. World Bank. 2018. Intentional homicides (per 100,000 people)—Guatemala, accessed March 3, 2022, <https://data.worldbank.org/indicator/VC.IHR.PSRC.P5?locations=GT>.
48. Clouser, R., 2019. Security, development, and fear in Guatemala: Enduring ties and lasting consequences. *Geographical Review*, 109(3): 382–398.
49. Richani, N., 2010. State capacity in postconflict settings: Explaining criminal violence in El Salvador and Guatemala. *Civil Wars*, 12(4): 431–455; Tellman, B., McSweeney, K., Manak, L., Devine, J. A., Sesnie, S., Nielsen, E., and Dávila, A. 2021. Narcotrafficking and land control in Guatemala and Honduras. *Journal of Illicit Economies and Development*, 3(1).
50. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. 1998. *Guatemala: nunca más. Impactos de la violencia*. ODHAG.
51. Goldman, F. (2010). *The Art of Political Murder: Who Killed Bishop Gerardi?* Atlantic Books Ltd.
52. Nash, J. C. 2006. *Practicing ethnography in a globalizing world: An anthropological odyssey*. Rowman Altamira.
53. Transparency International. 2021. *Corruption Perceptions Index for 2020: Results at a glance*. Transparency.org, accessed March 10, 2022, <https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/gtm>.

54. Kleinman, A. 1997. "Everything that really matters": Social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harvard Theological Review*, 90(3): 315–336.
55. Kleinman, A., Das, V., Lock, M., and Lock, M. M. 1997. *Social suffering*. University of California Press; Das, V., Kleinman, A., Lock, M. M., Ramphela, M., and Reynolds, P. 2001. *Remaking a world: Violence, social suffering, and recovery*. University of California Press.
56. Wilkinson, I. 2004. The problem of "social suffering": The challenge to social science. *Health Sociology Review*, 13: 113–121; Wilkinson, I. 2006. Health, risk and "social suffering." *Health, Risk & Society*, 8(1): 1–8; Biehl, J. 2016. *Theorizing global health*. *Medicine Anthropology Theory*, 3; Carmack, R. M. 1988. *Harvest of violence: The Maya Indians and the Guatemalan crisis*. University of Oklahoma Press.
57. Hale, C. R. 2002. Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34: 485–524.
58. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press.
59. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press; Reeves, R. 2006. *Ladinos with Ladinos, Indians with Indians: Land, labor, and regional ethnic conflict in the making of Guatemala*. Stanford University Press.
60. Arzú, M. E. C. 2002. *La metamorfosis del racismo en Guatemala*. Cholsamaj Fundación.
61. Addiss, D. G., and Amon, J. J. 2019. Apology and unintended harm in global health. *Health and Human Rights*, 21(1): 19.
62. Hall-Clifford, R., Addiss, D. G., Cook-Deegan, R. and Lavery, J. V. 2019. Global health fieldwork ethics: Mapping the challenges. *Health and Human Rights*, 21(1): 1.
63. Spradley, J. P. 2016. *Participant observation*. Waveland Press.
64. Faubion, J. D. and Marcus, G. E. 2009. *Fieldwork is not what it used to be: Learning anthropology's method in a time of transition*. Cornell University Press.; McLean, A., and Leibling, A. (Eds.). 2008. *The shadow side of fieldwork: Exploring the blurred borders between ethnography and life*. John Wiley & Sons; Hall-Clifford, R., and Cook-Deegan, R. 2019. Ethically managing risks in global health fieldwork: Human rights ideals confront real world challenges. *Health and Human Rights*, 21(1): 7.
65. Rappaport, J. 2008. Beyond participant observation: Collaborative ethnography as theoretical innovation. *Collaborative Anthropologies*, 1(1): 1–31.
66. Hall-Clifford, R. 2022. Can co-design promote equity in global health? *Speaking of medicine*. *PLoS Global Public Health*. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/11/15/can-co-design-promote-equity-in-global-health/>.
67. Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41: e8; Amerson, R., Hall-Clifford, R., Thompson, B., and Comninellas, N. 2015. Implementation of a training program for low-literacy promotoras in oral rehydration therapy. *Public Health Nursing*, 32(2): 177–185.
68. Martinez, B., Hall-Clifford, R., Coyote, E., Stroux, L., Valderrama, C. E., Aaron, C., Francis, A., Hendren, C., Rohloff, P., and Clifford, G. D. 2017. Agile development of a smartphone app for perinatal monitoring in a resource-constrained setting. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 11(1); Martinez, B., Ixen, E. C., Hall-Clifford, R., Juarez, M., Miller, A. C., Francis, A., Valderrama, C. E., Stroux, L., Clifford, G. D., and Rohloff, P. 2018. mHealth intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in rural Guatemala: A pragmatic, randomized controlled feasibility trial. *Reproductive Health*, 15: 1–12.
69. Walford, G. 2018. The impossibility of anonymity in ethnographic research *Qualitative Research*, 18(5): 516–525.
70. Lassiter, L. 2005. Collaborative ethnography and public anthropology. *Current Anthropology*, 46(1): 83–106; Rappaport, J. 2008. Beyond participant observation: Collaborative ethnography as theoretical innovation. *Collaborative Anthropologies*, 1(1): 1–31.
71. Graham, A. 2014. One hundred years of suffering? "Humanitarian crisis photography" and self-representation in the Democratic Republic of the Congo. *Social Dynamics*, 40(1), 140–163.; Graham, A. P., Lavery, J. V., and Cook-Deegan, R. 2019. Ethics of global health photography: A focus on being more human. *Health and Human Rights*, 21(1): 49.

72. Hale, C. R. 2002. Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34: 485– 524; Hale, C. 2006. Más que un indio: Racial Ambivalence and the Paradox of Neoliberal Multiculturalism in Guatemala. School of American Research Press.
73. Steltzer, U. 1983. Health in the Guatemalan highlands. University of Washington Press.
74. Stoll, D. 1993. Between two armies in the Ixil towns of Guatemala. Columbia University Press; Heggenhougen, H. K. 1984. Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science & Medicine*, 19: 217–224.
75. Hale, C. R. 2002. Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34: 485–524.
76. Maupin, J. N. 2009. “Fruit of the accords”: Healthcare reform and civil participation in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 68(8): 1456–1463.
77. Pan American Health Organization (PAHO). 2017. Health in the Americas: Guatemala country report, accessed March 10, 2022, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>.

Capítulo 1

1. Steltzer, U. 1983. Health in the Guatemalan highlands. University of Washington Press; Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
2. Hall-Clifford, R. A. 2009. Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self. Boston University.
3. Polgar, S. 1963. Health action in cross-cultural perspective. In *Handbook of medical sociology*, Freeman, H.E., Levine, S., and Reeder, L.G., eds. Prentice-Hall. 397–419.
4. World Health Organization. 2017. Diarrhoeal disease, accessed February 19, 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
5. Diarrhea can also have noninfectious causes, such as certain medications, diet, and chronic health conditions.
6. Bentley, M. E., Pelto, G. H., Straus, W. L., Schumann, D. A., Adegbola, C., de la Pena, E., Oni, G. A., Brown, K. H., and Huffman, S. L. 1988. Rapid ethnographic assessment: Applications in a diarrhea management program. Special issue, *Social Science & Medicine*, 27(1): 107–116. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90168-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90168-2).
7. Cordon, A., Asturias, G., De Vries, T., and Rohloff, P. 2019. Advancing child nutrition science in the scaling up nutrition era: A systematic scoping review of stunting research in Guatemala. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1); Chary, A., Messmer, S., Sorenson, E., Henretty, N., Dasgupta, S., and Rohloff, P. 2013. The normalization of childhood disease: An ethnographic study of child malnutrition in rural Guatemala. *Human Organization*, 72(2): 87–97.
8. Maung, K. U., and Greenough, W. B. 1991. Treatment of the dehydrated child *Pediatric annals*, 20(1).
9. Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. 203–221 In L. C. Chen and N. S. Scrimshaw (Eds.), *Diarrhea and malnutrition: Interactions, mechanisms, and interventions*. Springer London: Plenum Press.
10. Maung, K. U., and Greenough, W. B. 1991. Treatment of the dehydrated child. *Pediatric annals*, 20(1); Ruxin, J. N. 1994. Magic bullet: the history of oral rehydration therapy. *Medical History*, 38(4): 363–397.
11. La fórmula actualizada redujo la osmolaridad para mejorar la absorción a través del revestimiento endotelial del intestino delgado.
12. Wolfheim, C., Fontaine, O., and Merson, M. 2019. Evolution of the World Health Organization’s programmatic actions to control diarrheal diseases. *Journal of Global Health*, 9: 020802. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020802>.

13. Perry, H. B., Zulliger, R., and Rogers, M. M. 2014. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35: 399–421; Perry, H. B., and Zulliger, R. 2012. How effective are community health workers? Technical report. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Liu, A., Sullivan, S., Khan, M., Sachs, S., and Singh, P. 2011. Community health workers in global health: Scale and scalability. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78: 419–435.
14. Maung, K. U., and Greenough, W. B. 1991. Treatment of the dehydrated child. *Pediatric annals*, 20(1); Snyder, J. D., Molla, A. M., and Cash, R. A. 1990. Home- based therapy for diarrhea. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 11: 438–447.
15. Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In *Diarrhea and malnutrition*. Springer, 203–221; Nalin, D. R., and Cash, R. A. 2018. 50 years of oral rehydration therapy: The solution is still simple. *The Lancet*, 392: 536–538.
16. Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In *Diarrhea and malnutrition*, 203–221. Springer; Nalin, D. R., and Cash, R. A. 2018. 50 years of oral rehydration therapy: The solution is still simple. *The Lancet*, 392: 536–538.
17. World Health Organization. 1993. The management and prevention of diarrhoea: Practical guidelines. WHO; Ruxin, J. N. 1994. Magic bullet: The history of oral rehydration therapy. *Medical History*, 38(4): 363–397.
18. Suh, J.-S., Hahn, W.-H., and Cho, B.-S. 2010. Recent advances of oral rehydration therapy (ORT). *Electrolytes & Blood Pressure*, 8: 82–86; World Health Organization. 2006. Oral rehydration salts: Production of the new solution. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-06.1>; Maung, K. U., and Greenough, W. B. 1991. Treatment of the dehydrated child. *Pediatric annals*, 20(1).
19. Gracey, M. 1997. Diarrheal disease in perspective. In M. Gracey and J. A. Walker- Smith (Eds.), *Diarrheal disease*. Nestle Nutrition Services.
20. Gracey, M. 1997. Diarrheal disease in perspective. In M. Gracey and J. A. Walker- Smith (Eds.), *Diarrheal disease*. Nestle Nutrition Services.
21. World Health Organization. 2017. Diarrhoeal disease, accessed February 19, 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
22. Das, J. K., Salam, R. A., and Bhutta, Z. A. 2014. Global burden of childhood diarrhea and interventions. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 27: 451–458; Boschi-Pinto, C., Lanata, C. F., and Black, R. E. 2009. The global burden of child- hood diarrhea. In *Maternal and child health*, 225–243. Springer.
23. Cash, R. A. 2021. Using oral rehydration therapy (ORT) in the community. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(2): 92; Ezezika, O., Ragunathan, A., El-Bakri, Y., and Barrett, K. 2021. Barriers and facilitators to implementation of oral rehydration therapy in low-and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*, 16(4): e0249638.
24. Greenough III, W. B. 1991. Cereal-based oral rehydration therapy. I. Clinical studies. *Journal of Pediatrics*, 118: S72–S79; Molla, A. M., Khapam, A., Molla, A., Eeckels, R., and Greenough III, W. B. 1985. Comparison of efficacy and digestibility of plantain-salt and rice-salt as home fluid with standard glucose ORS in the management of rehydration in acute diarrhoea in children<Research report accessed at: <http://dspace.icddrb.org/jspui/bitstream/123456789/755/1/ICDDRProtocol-1985-019.pdf> Accessed on 15 July 2023; Farthing, M., Salam, M. A., Lindberg, G., Dite, P., Khalif, I., Salazar-Lindo, E., Ramakrishna, B. S., Goh, K.-L., Thomson, A., Khan, A. G., Krabshuis, J., LeMair, A., and WGO. 2013. Acute diarrhea in adults and children: A global perspective. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 47: 12–20. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31826df662>; Nations, M. K., and Rebhun, L.-A. 1988. Mystification of a simple solution: Oral rehydration therapy in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 27: 25–38.
25. World Health Organization. 2005. The treatment of diarrhoea. WHO.
26. Nations, M. K., and Rebhun, L.-A. 1988. Mystification of a simple solution: Oral rehydration therapy in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 27: 25– 38.

27. World Health Organization. 1993. The management and prevention of diarrhoea: Practical guidelines. WHO; Snyder, J. D., Molla, A. M., and Cash, R.A. 1990. Home-based therapy for diarrhea. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 11: 438–447.
28. Greenbough, W. B., and Khin-Maung-U. 1991. Rehydration therapy. In *Diarrheal diseases*. London: Elsevier.
29. Wagner, Z., Asiimwe, J. B., Dow, W. H., and Levine, D. I. 2019. The role of price and convenience in use of oral rehydration salts to treat child diarrhea: A cluster randomized trial in Uganda. *PLoS Medicine*, 16: e1002734. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002734>; Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
30. World Health Organization. 1993. The management and prevention of diarrhoea: Practical guidelines. WHO; Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In *Diarrhea and malnutrition*. Springer, 203–221.
31. United Nations Millennium Development Goals. n.d. Goal 7: Ensure environmental sustainability, accessed March 10, 2022, <https://www.un.org/millenniumgoals/environ.shtml>.
32. World Bank. 2018. Guatemala's water supply, sanitation, and hygiene poverty diagnostic. Technical report. World Bank Group.
33. World Bank. 2018. Guatemala's water supply, sanitation, and hygiene poverty diagnostic. Technical report. World Bank Group.
34. Trudeau, J., Aksan, A.-M., and Vásquez, W. F. 2018. Water system unreliability and diarrhea incidence among children in Guatemala. *International Journal of Public Health*, 63: 241–250. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1054-6>.
35. Darvesh, N., Das, J. K., Vaivada, T., Gaffey, M. F., Rasanathan, K., Bhutta, Z. A., and Social Determinants of Health Study Team. 2017. Water, sanitation and hygiene interventions for acute childhood diarrhea: A systematic review to provide estimates for the Lives Saved Tool. *BMC Public Health*, 17: 776. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4746-1>; Vásquez, W. F. 2011. Municipal water services in Guatemala Exploring official perceptions. *Water Policy*, 13: 362–374.
36. Banerjee, O., Cicowiez, M., Horridge, M., and Vargas, R. 2019. Evaluating synergies and trade-offs in achieving the SDGs of zero hunger and clean water and sanitation: An application of the IEEM Platform to Guatemala. *Ecological Economics*, 161: 280–291.
37. Heuveline, P., and Goldman, N. 2000. A description of child illness and treatment behavior in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 50: 345–364; Kumar, V., Kumar, R., and Raina, N. 1989. Impact of oral rehydration therapy on maternal beliefs and practices related to acute diarrhea. *Indian Journal of Pediatrics*, 56: 219–225. <https://doi.org/10.1007/BF02726612>.
38. Fischer Walker, C. L., Fontaine, O., Young, M. W., and Black, R. E. 2009. Zinc and low osmolarity oral rehydration salts for diarrhoea: A renewed call to action. *Bulletin of the World Health Organization*, 87: 780–786. <https://doi.org/10.2471/blt.08.058990>.
39. Santosham, M., Chandran, A., Fitzwater, S., Fischer-Walker, C., Baqui, A. H., and Black, R. 2010. Progress and barriers for the control of diarrhoeal disease. *The Lancet*, 376: 63–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60356-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60356-X); Lamberti, L. M., Walker, C. L. F., Chan, K. Y., Jian, W.-Y., and Black, R. E. 2013. Oral zinc supplementation for the treatment of acute diarrhea in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 5: 4715–4740. <https://doi.org/10.3390/nu5114715>; World Health Organization. 2005. The treatment of diarrhoea. WHO.
40. Government of the Republic of Guatemala. 2017. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Technical report. Gobierno De La Republica de Guatemala.
41. Roche, M., García Meza, R., and Vossenaar, M. 2015. An intervention to co-package zinc and oral rehydration salts (ORS) improves health provider prescription and maternal adherence to WHO-recommended diarrhea treatment in Western Guatemala. *FASEB Journal*, 29: 902.23.
42. García Meza, R., Roche, M., Vossenaar, M., and Solomons, N. 2015. Maternal perceptions and experiences with an intervention to increase adherence to WHO-recommended zinc (Zn) + oral rehydration salts (ORS) for diarrhea treatment in Western Guatemala. *FASEB Journal*, 29: 584.19.

43. Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
44. World Health Organization. 2005. The treatment of diarrhoea. WHO.
45. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2014. Plan Operativo Anual Institucional y Presupuesto 2014. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
46. Kragel, E. A., Merz, A., Flood, D. M. N., and Haven, K. E. 2020. Risk factors for stunting in children under the age of 5 in rural Guatemalan highlands. *Annals of Global Health*, 86: 8. <https://doi.org/10.5334/aogh.2433>.
47. Walson, J. L., and Berkley, J. A. 2018. The impact of malnutrition on childhood infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 31: 231–236. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000448>; Bogin, B., Silva, M. I. V., and Rios, L. 2007. Life history trade-offs in human growth: Adaptation or pathology? *American Journal of Human Biology*, 19: 631–642. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20666>; Goudet, S., Griffiths, P., Bogin, B., and Madise, N. 2017. Interventions to tackle malnutrition and its risk factors in children living in slums: A scoping review. *Annals of Human Biology*, 44: 1–10. <https://doi.org/10.1080/03014460.2016.1205660>.
48. Bogin, B. 2022. Fear, violence, inequality, and stunting in Guatemala. *American Journal of Human Biology*, 34: e23627. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23627>.
49. Chary, A., Messmer, S., Sorenson, E., Henretty, N., Dasgupta, S., and Rohloff, P. 2013. The normalization of childhood disease: An ethnographic study of child malnutrition in rural Guatemala. *Human Organization*, 72(2): 87–97; Rohloff, P. 2021. On the frontlines of chronic pediatric undernutrition in Guatemala. *eBio- Medicine*, 64: 103223. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103223>.
50. Hall-Clifford, R. A. 2009. Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self (Doctoral dissertation), Boston University; Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
51. Pebley, A., Hurtado, E., and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.
52. Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
53. Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., and Orozco-Núñez, E. 2001. Practice of traditional medicine in Latin America and the Caribbean: The dilemma between regulation and tolerance. *Salud Pública de México*, 43: 41–51.
54. Chary, A., and Rohloff, P. (Eds.). 2015. *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala*. Lexington Books.
55. Foster, G. M. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World*. Taylor & Francis.
56. Foster, G. M. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World*. Taylor & Francis.
57. Foster, G. M. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World*. Taylor & Francis.
58. Utilizo el método de George Foster para distinguir el Calor y el Frío metafóricos (con letras mayúsculas) de las temperaturas térmicas, las cuatro cuales se distinguen en los sistemas humorales analizados..
59. Foster, G. M. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World*. Taylor & Francis.
60. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors, and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 12: 419–441.
61. Pebley, A., Hurtado, E., and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.
62. Pebley, A., Hurtado, E. and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.

63. Pebley, A., Hurtado, E. and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.
64. Pebley, A., Hurtado, E., and Goldman, N. 1999. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31: 195–219.
65. Douglas, M. 1973. *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Barrie and Jenkins see also Douglas, M. 1966. *Purity and danger: An analysis of the concepts of pollution and taboo*. Routledge, 98–99.
66. Tedlock, B. 1987. An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science & Medicine* 24: 1069–1083; Foster, G. M. 1994. Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World. Taylor & Francis.
67. Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., and Orozco-Núñez, E. 2001. Practice of traditional medicine in Latin America and the Caribbean: The dilemma between regulation and tolerance. *Salud Pública de México*, 43: 41– 51; Huff, R. M. 2020. Traditional healing practices and healers. In *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 199–204. Wiley; Montenegro, R. A., and Stephens, C. 2006. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367: 1859–1869. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9).
68. Foster, G. M. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the New World*. Taylor & Francis.
69. Kendall, C., Foote, D., and Martorell, R. 1984. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: A case study of ethnomedical investigation and program planning. *Social Science & Medicine*, 19: 253–260.
70. Kendall, C., Foote, D., and Martorell, R. 1984. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: A case study of ethnomedical investigation and program planning. *Social Science & Medicine*, 19: 253–260.
71. Hall-Clifford, R. A. 2009. *Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self* (Doctoral dissertation), Boston University; Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
72. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors, and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 12: 419–441.
73. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors, and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 12: 419–441.
74. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors, and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 12: 419–441; Kendall, C., Foote, D., and Martorell, R. 1984. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: A case study of ethnomedical investigation and program planning. *Social Science & Medicine*, 19: 253–260.
75. Hoyler, E., Martinez, R., Mehta, K., Nisonoff, H., and Boyd, D. 2018. Beyond medical pluralism: Characterising health-care delivery of biomedicine and traditional medicine in rural Guatemala. *Global Public Health*, 13(4): 503–517.
76. Werner, D., Sanders, D., and Weston, J. 1997. Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy. *HealthWrights*.
77. Edejer, T. T.-T., Aikins, M., Black, R., Wolfson, L., Hutubessy, R., and Evans, D. B. 2005. Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *BMJ*, 331: 1177. <https://doi.org/10.1136/bmj.38652.550278.7C>.
78. Local Burden of Disease Diarrhoea Collaborators. 2020. Mapping geographical inequalities in oral rehydration therapy coverage in low-income and middle-income countries, 2000–17. *The Lancet Global Health*, 8: e1038–e1060. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30230-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30230-8).
79. Local Burden of Disease Diarrhoea Collaborators. 2020. Mapping geographical inequalities in oral rehydration therapy coverage in low-income and middle-income countries,

- 2000–17. *The Lancet Global Health*, 8: e1038–e1060. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30230-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30230-8).
80. World Bank. 2020. Poverty and equity brief: Latin America and the Caribbean—Guatemala. World Bank Group.
81. Werner, D., Sanders, D., and Weston, J. 1997. Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy. *HealthWrights*.
82. Hall-Clifford, R. A. 2009. Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self (Doctoral dissertation), Boston University.
83. Douglas, M. 1973. *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Routledge.
84. Wade, L. 2010. Colonialism, soap, and the cleansing metaphor—sociological images. *The Society Pages*, accessed March 10, 2022, <https://thesocietypages.org/socimages/2010/08/10/colonialism-soap-and-the-cleansing-metaphor/>.

Capítulo 2

1. Hall-Clifford, R., and Amerson, R. 2017. From guidelines to local realities: Evaluation of oral rehydration therapy and zinc supplementation in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41: e8.
2. Menjívar, C. 2011. *Enduring violence: Ladina women's lives in Guatemala*. University of California Press.
3. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press.
4. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press; Berger, S. 2006. *Guatemaltecas: The women's movement, 1986–2003*. University of Texas Press.
5. Bennett, J. N. 2022. *Good Maya women: Migration and revitalization of clothing and language in highland Guatemala*. University of Alabama Press.
6. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press.
7. Menjívar, C. 2011. *Enduring violence: Ladina women's lives in Guatemala*. University of California Press.
8. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press.
9. Stern, M. 2005. *Naming security—constructing identity: “Mayan women” in Guatemala on the eve of “peace.”* Manchester University Press; Torres, M. G. 2015. *Gender-based violence and the state in Guatemala's genocide and beyond*. In J. R. Wies and H. J. Haldane (Eds.), *Applying anthropology to gender-based violence: Global responses, local practices*. Lexington Books.
10. Infosegura. 2021. Violence against women, Guatemala 2020, accessed June 1, 2022, <https://infosegura.org/en/2021/06/18/violence-against-women-guatemala-2020/>.
11. Infosegura. 2021. Violence against women, Guatemala 2020, accessed June 1, 2022, <https://infosegura.org/en/2021/06/18/violence-against-women-guatemala-2020/>.
12. Amnesty International Guatemala. 2011. Guatemala must act to stop the killing of women, accessed May 30, 2022, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2011/03/guatemala-must-act-stop-killing-women/>.
13. Amnesty International Guatemala. 2005. No protection, no justice: Killings of women in Guatemala, accessed June 1, 2022, <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/08/amr340192006en.pdf>.
14. Blenford, A. 2005. Guatemala's epidemic of killing. *BBC News*, accessed June 9, 2022, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/4074880.stm>.
15. Nelson, D. M. 1999. *A finger in the wound: Body politics in quincentennial Guatemala*. University of California Press.

16. DiGeorgio-Lutz, J., and Mandujano, M. C. G. 2020. Genocide memorialization and gendered remembrance in Guatemala and Cambodia. In *Remembrance and forgiveness*, 85–97. Routledge.
17. Torres, M. G. 2015. Gender-based violence and the state in Guatemala's genocide and beyond. In J. R. Wies and H. J. Haldane (Eds.), *Applying anthropology to gender-based violence: Global responses, local practices*. Lexington Books.
18. Blenford, A. 2005. Guatemala's epidemic of killing. BBC News, accessed June 9, 2022, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/4074880.stm>.
19. Amnesty International Guatemala. 2005. No protection, no justice: Killings of women in Guatemala, accessed June 1, 2022, <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/08/amr340192006en.pdf>.
20. UN Women. 2014. Guatemala, accessed May 30, 2022, <https://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/guatemala>.
21. Berger, S. 2006. *Guatemaltecas: The women's movement, 1986–2003*. University of Texas Press; Menjívar, C. 2011. *Enduring violence: Ladina women's lives in Guatemala*. University of California Press.
22. Sanford, V. 2007. Memories of a friend in the field: Justice for Pepe, justice for Guatemala. *Anthropology News*, 48(7): 26.
23. UN Women. 2014. Guatemala, accessed May 30, 2022, <https://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/guatemala>.
24. UN Women. 2014. Guatemala, accessed May 30, 2022, <https://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/guatemala>.
25. Fischer, E. F., and Benson, P. 2006. *Broccoli and desire: Global connections and Maya struggles in postwar Guatemala*. Stanford University Press.
26. World Bank. 2021. Literacy rate, youth female (% of females ages 15– 24)—Guatemala, accessed May 30, 2022, <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.1524.LT.FE.ZS?locations=GT>; UN Women. 2014. Guatemala, accessed May 30, 2022, <https://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/guatemala>.
27. Little, W. E. 2004. *Mayas in the marketplace: Tourism, globalization, and cultural identity*. University of Texas Press.
28. Incaparina is the most popular brand of atol beverage, created and marketed by INCAP (Institute of Nutrition for Central America and Panama).
29. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala, *Medical Anthropology*, 12(1): 419–441. <https://doi.org/10.1080/01459740.1990.9966035>; Heuveline, P., and Goldman, N. 2000. A description of child illness and treatment behavior in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 50: 345–364.
30. Burleigh, E., Dardano, C., and Cruz, J. R. 1990. Colors, humors and evil eye: Indigenous classification and treatment of childhood diarrhea in highland Guatemala, *Medical Anthropology*, 12(1): 419–441. <https://doi.org/10.1080/01459740.1990.9966035>.
31. Chary, A., Messmer, S., Sorenson, E., Henretty, N., Dasgupta, S., and Rohloff, P. 2013. The normalization of childhood disease: An ethnographic study of child malnutrition in rural Guatemala. *Human Organization*, 72(2): 87–97.
32. Siguiendo la mentalidad de no desperdiciar nada, después de que el huevo cumplió su propósito como tratamiento diarreico, se cocinó y se comió en la cena.
33. Maupin, J. N. 2009. "Fruit of the accords": Healthcare reform and civil participation in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 68(8): 1456–1463; Berry, N. S. 2010. *Unsafe motherhood: Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war Guatemala*. Berghahn Books; Cosminsky, S. 2016. *Midwives and mothers: The medicalization of childbirth on a Guatemalan plantation*. University of Texas Press.
34. Hall-Clifford, R. A. 2009. *Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self* (Doctoral dissertation), Boston University.
35. Hall-Clifford, R. A. 2009. *Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self* (Doctoral dissertation), Boston University.

36. Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In L. C. Chen and N. S. Scrimshaw. (Eds.), *Diarrhea and malnutrition: Interactions, mechanisms, and interventions*. Plenum Press.
37. Cash, R. A. 1983. Oral rehydration in the treatment of diarrhea: Issues in the implementation of diarrhea treatment programs. In L. C. Chen and N. S. Scrimshaw (Eds.), *Diarrhea and malnutrition: Interactions, mechanisms, and interventions*. Plenum Press; Gracey, M. 1985. The WHO diarrhoeal diseases control programme. In M. Gracey (Ed.), *Diarrhoeal disease and malnutrition: A clinical update*. Churchill Livingstone; Gracey, M. 1997. Diarrheal disease in perspective. In M. Gracey and A. Walker-Smith (Eds.), *Diarrheal disease*. Nestle Nutrition Services.
38. Morales, M. S. 2004. Informe Final de Investigación Epidemiológica: Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad por Diarrea en Niños de Cinco Años de San Juan Comalapa, Chimaltenango. Universidad de San Carlos.
39. Brettell, C. B. 1998. Historical perspectives on infant and child mortality in northwestern Portugal. In *Small wars: The cultural politics of childhood, 165–185*. Scheper-Hughes, N., & Sargent, C. F. (Eds.). (1998). *Small wars: The cultural politics of childhood*. Univ of California Press.
40. Wehr, H., Chary, A., Webb, M. F., and Rohloff, P., 2014. Implications of gender and household roles in Indigenous Maya communities in Guatemala for child nutrition interventions. *International Journal of Indigenous Health*, 10(1): 100–113.
41. Engle, P. L., and Nieves, I. 1993. Intra-household food distribution among Guatemalan families in a supplementary feeding program: behavior patterns. *Social Science & Medicine*, 36(12): 1605–1612.
42. Tumilowicz, A., Habicht, J. P., Pelto, G., and Pelletier, D. L. 2015. Gender perceptions predict sex differences in growth patterns of Indigenous Guatemalan infants and young children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 102(5): 1249–1258.
43. World Bank. 2015. Contraceptive prevalence, any modern method (% of married women ages 15–49)—Guatemala. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONM.ZS?locations=GT>.
44. La conversación se desarrolló principalmente en maya kaqchikel, y se utilizó algo de español cuando los participantes cambiaban de idioma. Mi asistente de investigación, Myrna, quien ayudó a facilitar algunas discusiones, transcribió la grabación al español y yo la traduje al inglés.
45. Richardson, E., Allison, K. R., Gesink, D., and Berry, A. 2016. Barriers to accessing and using contraception in highland Guatemala: The development of a family planning self-efficacy scale. *Open Access Journal of Contraception*, 1: 77–87.
46. Heckert, C. 2018. *Fault lines of care: Gender, HIV, and global health in Bolivia*. Rutgers University Press.
47. Flood, D., Chary, A., Colom, A., and Rohloff, P. 2018. Adolescent rights and the “first 1,000 days” global nutrition movement: A view from Guatemala. *Health and Human Rights*, 20(1): 295.
48. Colom, A. 2015. Forced motherhood in Guatemala: An analysis of the thousand days initiative. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala*. Lexington Books.
49. Behar, R. 1997. *The vulnerable observer: Anthropology that breaks your heart*. Beacon Press.
50. Nelson, D. M. 2015. *Who counts? The mathematics of death and life after genocide*. Duke University Press.
51. Hall-Clifford, R. 2019. Where there is no hashtag: Considering gender- based violence in global health fieldwork in the time of# MeToo. *Health and Human Rights*, 21(1): 129.
52. Gifford, L., and Hall-Clifford, R. 2008. From catcalls to kidnapping: Towards an open dialogue on the fieldwork experiences of graduate women. *Anthropology News*, 49(6): 26–27; Hall-Clifford, R. 2019. Where there is no hashtag: Considering gender- based violence in global health fieldwork in the time of# MeToo. *Health and Human Rights*, 21(1): 129.
53. Hall-Clifford, R., Addiss, D., Brown, P., Castro, A., Clisbee, M., Cook-Deegan, R., Evans, D.P. et al. 2019. #MeToo meets global health: A call to action. *Health and Human Rights*, 21: 133.

54. Yates-Doerr, E. 2020. Antihero care: On fieldwork and anthropology. *Anthropology and Humanism*, 45(2): 233–244.
55. Scheper-Hughes, N., 1993. *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Univ of California Press.; Biehl, J., 2013. *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Univ of California Press.; Farmer, P., 2004. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Univ of California Press.; Heggenhougen, H.K., 2009. Planting “Seeds of Health” in the fields of structural violence: The life and death of Francisco Curruchiche. *Global health in times of violence*, pp.181–200.
56. Heckert, C. 2018. *Fault lines of care: Gender, HIV, and global health in Bolivia*. Rutgers University Press.
57. Global Health 50/50. 2018. *Global Health 50/50 Report*, accessed June 1, 2022, <https://globalhealth5050.org/report/>.
58. Carey, D. 2013. Forced and forbidden sex: Rape and sexual freedom in dictatorial Guatemala. *The Americas*, 69(3): 357–389.
59. Catino, J., Colom, A., and Ruiz, M. 2011. *Equipping Mayan girls to improve their lives*. Population Council, accessed May 30, 2022, https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/803/; Flood, D., Chary, A., and Colom, A., and Rohloff, P. 2018. Adolescent rights and the “first 1,000 days” global nutrition movement: a view from Guatemala. *Health and Human Rights*, 20(1): 295–301.
60. Wehr, H., and Tum, S. E. 2013. When a girl’s decision involves the community: The realities of adolescent Maya girls’ lives in rural Indigenous Guatemala. *Reproductive Health Matters*, 21(41): 136–142.
61. Maes, K. C., Kohrt, B. A., and Closser, S. 2010. Culture, status and context in community health worker pay: Pitfalls and opportunities for policy research. A commentary on Glenton et al. 2010. *Social Science & Medicine*, 71(8): 1375– 1378.
62. Maes, K. C., Kohrt, B. A., and Closser, S. 2010. Culture, status and context in community health worker pay: Pitfalls and opportunities for policy research. A commentary on Glenton et al. 2010. *Social Science & Medicine*, 71(8): 1375– 1378.
63. World Health Organization. 2019. *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. WHO.
64. Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., and Campbell, J. 2019. *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries (Working paper WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1)*. World Health Organization.

Capítulo 3

1. Heggenhougen, H. K. 2009. Planting “seeds of health” in the fields of structural violence: The life and death of Francisco Curruchiche. In *Global health in times of violence*, 181–200 School for Advanced Research Press; Comisión para el Esclarecimiento Histórico (Guatemala). 2012. *Memory of silence: The Guatemalan truth commission report*.
2. Dinesen, C., Ronsbo, H., Juárez, C., González, M., Estrada Méndez, M.Á., and Modvig, J. 2013. Violence and social capital in post-conflict Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34: 162–168; Flores, W., Ruano, A. L., and Funchal, D.P. 2009. Social participation within a context of political violence: Implications for the promotion and exercise of the right to health in Guatemala. *Health and Human Rights*, 11: 37; Abom, B. 2004. Social capital, NGOs, and development: A Guatemalan case study. *Development in Practice*, 14(3): 342–353.
3. Farmer, P. 2004. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3): 305–325.
4. Green, L. 1999. *Fear as a way of life: Mayan widows in rural Guatemala*. Columbia University Press.
5. USAID. 2015. *Guatemala health assessment 2015*, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.

6. República de Guatemala. 2014. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014, accessed June 2, 2022, <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bwc7f6t7asbei4wmuexonr0oscpshkyb.pdf>.
7. República de Guatemala. 2014. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014, accessed June 2, 2022, <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bwc7f6t7asbei4wmuexonr0oscpshkyb.pdf>; USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
8. En los puestos sanitarios mejorados se dispone de más personal, horarios de atención y servicios. Para obtener más información y una búsqueda de establecimientos sanitarios, consulte República de Guatemala. 2022. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, accessed June 2, 2022, <https://establecimientosdesalud.mspas.gob.gt/>.
9. USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
10. USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
11. Maupin, J. 2011. Divergent models of community health workers in highland Guatemala. *Human Organization*, 70(1): 44–53.
12. Durante el programa de extensión de la cobertura de salud de 1999 a 2016, se creó un sistema de dos niveles de trabajadores de salud comunitarios en el sistema gubernamental: (1) facilitadores de salud que fueron capacitados para recopilar datos epidemiológicos y entregar medicamentos básicos y (2) guardianes de salud que fueron capacitados para compartir mensajes de salud e higiene en sus comunidades y derivar a atención en el sistema de salud. Excepto cuando es significativo, simplifiqué la heterogeneidad de estos roles bajo el término trabajador de salud comunitario.
13. Eder, K., and García Pú, M. M. 2003. Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala: Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos; San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Juan Icoy, Huehuetenango. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.
14. Hall-Clifford, R. A. 2009. Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self (Doctoral dissertation), Boston University.
15. USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
16. The maternity care unit was donated by the government of South Korea in building trade relationships in 2015.
17. Roche, S., and Hall-Clifford, R. 2015. Making surgical missions a joint operation: NGO experiences of visiting surgical teams and the formal health care system in Guatemala. *Global Public Health*, 10(10): 1201–1214.
18. Bourdieu, P. 2003. Symbolic violence. In *Beyond French Feminisms* Célestin, R., DalMolin, E. and De Courtivron, I., eds. 23–26. Palgrave Macmillan.
19. Granovsky-Larsen, S. 2019. Dealing with peace: The Guatemalan campesino movement and the post-conflict neoliberal state. University of Toronto Press; Benson, P., Fischer, E.F., and Thomas, K. 2008. Resocializing suffering: Neoliberalism, accusation, and the sociopolitical context of Guatemala's new violence. *Latin American Perspectives*, 35(5): 38–58; Maupin, J. N. 2008. Remaking the Guatemalan midwife: Health care reform and midwifery training programs in highland Guatemala. *Medical Anthropology*, 27(4): 353–382; Rohloff, P., Díaz, A., and Dasgupta, S. 2011. "Beyond development": A critical appraisal of the emergence of small health care non-governmental organizations in rural Guatemala. *Human Organization*, 70(4): 427–437.
20. Short, N. 2016. *The international politics of post-conflict reconstruction in Guatemala*. Springer.
21. Keshavjee, S. 2014. *Blind spot: How neoliberalism infiltrated global health*. University of California Press.

22. Maupin, J. N. 2009. "Fruit of the accords": Healthcare reform and civil participation in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 68(8): 1456– 1463.
23. Maupin, J. N. 2009. "Fruit of the accords": Healthcare reform and civil participation in highland Guatemala. *Social Science & Medicine*, 68(8): 1456– 1463.
24. World Bank. 2013. Improving access to health care services through the expansion of coverage program (PEC): The case of Guatemala, accessed May 15, 2022, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13283/75001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. World Bank. 2013. Improving access to health care services through the expansion of coverage program (PEC): The case of Guatemala, accessed May 15, 2022, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13283/75001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
27. USAID. 2015. Guatemala health assessment 2015, accessed June 2, 2022, https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-HSA%20_ENG-FULL-REPORT-FINAL-APRIL-2016.pdf.
28. Pan American Health Organization (PAHO). 2007. Health situation analysis and trends summary, accessed October 2, 2017, <https://www1.paho.org/english/gov/ce/od328-analysis-e.pdf>
29. Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. M., and Farmer, P. eds. 2009. Prologue. In *Global health in times of violence*, 3–16>School for Advanced Research Press.
30. The urban Chimaltenango health center is on the same grounds as the departmental hospital, so patients using this health center as their primary level of health care are more likely to be admitted as inpatients because of their proximity to the hospital.
31. El promedio se reduce a siete días cuando se excluye a un paciente atípico que, según se informa, tuvo diarrea durante cuarenta días antes de ser llevado al hospital gubernamental.
32. Heggenhougen, H. K. 1976. Health care for the "edge of the world": Indian campesinos as health workers in Chimaltenango, Guatemala. A discussion of the Behrhorst program (Doctoral dissertation), Department of Anthropology, New School for Social Research.
33. Goldman, N., Pebley, A. R., and Gragnolati, M. 2002. Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. *Social Science & Medicine*, 55: 1693–1712.
34. Adams, V. 2016. Introduction. In V. Adams (Ed.), *Metrics: What counts in global health*, 1–18. Duke University Press.
35. Nelson, D. M. 2015. *Who counts? The mathematics of death and life after genocide*. Duke University Press.
36. El modelo de las ONG profundiza aún más las disparidades de género al no reconocer el tiempo y el trabajo no remunerado de las mujeres, que a menudo son la base de la implementación de los programas, y al posicionarlas como receptoras pasivas que deben ser "empoderadas". (Moore et al. 2017 Moore, J., Webb, M.F., Chary, A., Díaz, A.K. and Rohloff, P., 2017. Aid and gendered subjectivity in rural Guatemala. *The Journal of Development Studies*, 53(12), pp. 2164–2178.)
37. Harvey, T. S. 2008. Where there is no patient: An anthropological treatment of a biomedical category. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(4): 577–606.
38. Pratt, B., and de Vries, J. 2018. Community engagement in global health research that advances health equity. *Bioethics*, 32(7): 454–463; Hernández, A. R., Hurtig, A. K., Dahlblom, K., and San Sebastián, M. 2014. More than a checklist: A realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala. *BMC Health Services Research*, 14(1): 1–12.
39. Gobierno de Guatemala. 2012. El plan del Pacto Hambre Cero, accessed May 15, 2022, <https://www.transparencia.gob.gt/wp-content/uploads/2017/07/INF-2012-002.pdf>.
40. WFP. 2023. World Food Programme: Guatemala. <https://www.wfp.org/countries/guatemala>.
41. Heggenhougen, H. K. 1976. Health care for the "edge of the world": Indian campesinos as health workers in Chimaltenango, Guatemala. A discussion of the Behrhorst program (Doctoral dissertation), Department of Anthropology, New School for Social Research; Luecke, R. 1993. A

new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.

42. Fúnez-Flores, J. I. 2022. Decolonial and ontological challenges in social and anthropological theory. *Theory, Culture & Society*, 39(6): 21–41.
43. Nelson, D. M. 2015. *Who counts? The mathematics of death and life after genocide*. Duke University Press; Adams, V. 2016. *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.
44. Foucault, M. 1975. *Discipline and punish* (A. Sheridan, Trans.). Gallimard.
45. Petryna, A. 2004. Biological citizenship: The science and politics of Chernobyl- exposed populations. *Osiris*, 19: 250–265.
46. Turner, B. S. 1992. *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Routledge.

Capítulo 4

1. Restall, M. 2004. *Seven myths of the Spanish conquest*. Oxford University Press.
2. Smith, P. H. 1992. The state and development in historical perspective. In A. Stepan (Ed.), *The Americas: New interpretative essays*. Oxford University Press.
3. Smith, P. H. 1992. The state and development in historical perspective. In A. Stepan (Ed.), *The Americas: New interpretative essays*. Oxford University Press.
4. Galeano, E. 1973. *Open veins of Latin America: Five centuries of the pillage of a continent*. Monthly Review Press.
5. Taylor, C. 1997. *Return of Guatemala's refugees: Reweaving the torn*. Temple University Press.
6. Smith, P. H. 1992. The state and development in historical perspective. In A. Stepan (Ed.), *The Americas: New interpretative essays*. Oxford University Press.
7. Galeano, E. 1973. *Open veins of Latin America: Five centuries of the pillage of a continent*. Monthly Review Press.
8. Loker, W. M. 1999. Grit in the prosperity machine: Globalization and the rural poor in Latin America. In Loker, W., ed., *Globalization and the rural poor in Latin America*, 9–40. Lynne Rienner.
9. Dos Santos, T. 1970. The structure of dependence. *The American Economic Review*, 60(2), 231–236
10. Dos Santos, T. 1970. The structure of dependence. *The American Economic Review*, 60(2).
11. Galeano, E. 1973. *Open veins of Latin America: Five centuries of the pillage of a continent*. Monthly Review Press.
12. Gunder Frank, A. 1986. The development of underdevelopment. In P. F. Klaren and T. J. Bossert (Eds.), *Promise of development: Theories of change in Latin America*. 111–123. Westview.
13. Lechner, N. 1998. The transformations of politics. In F. Aguero and J. Stark (Eds.), *Fault lines of democracy in post-transition Latin America*. North-South Center Press.
14. Lechner, N. 1998. The transformations of politics. In F. Aguero and J. Stark (Eds.), *Fault lines of democracy in post-transition Latin America*. North-South Center Press.
15. World Bank. 2022. Guatemala country overview, accessed June 10, 2022, <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>.
16. World Bank. 2022. Guatemala country overview, accessed June 10, 2022, <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>.
17. Inter-American Development Bank. 2022. Guatemala: IDB country strategy, 2021–2024, accessed June 10, 2022, <https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1796625814-5>.
18. Loker, W. M. 1999. Grit in the prosperity machine: Globalization and the rural poor in Latin America. In Loker, W. Ed., *Globalization and the rural poor in Latin America*, 9–40 Lynne Rienner; World Bank. 2022. Guatemala country overview, accessed June 10, 2022, <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>.

19. World Bank. 2022. Guatemala country overview, accessed June 10, 2022, <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>.
20. UNICEF. 2022. Guatemala at a glance: Guatemala statistics, accessed December 10, 2022, <https://data.unicef.org/country/gtm/>.
21. World Bank. 2022. Guatemala country overview, accessed June 10, 2022, <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>.
22. World Bank. 2020. Poverty and equity brief: Latin America and the Caribbean, accessed June 10, 2022, https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_GTM.pdf; OECD.2021. Latin American economic outlook 2021: Working together for a better recovery, accessed June 10, 2022, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/633246fd-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2F633246fd-en>.
23. Fischer, E. F., and Benson, P. 2006. Broccoli and desire: Global connections and maya struggles in postwar Guatemala. Stanford University Press.
24. Nash, J. C. 2007. Practicing ethnography in a globalizing world. AltaMira Press.
25. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
26. Behrhorst, C. 1983. Introduction. In U. Steltzer (Ed.), *Health in the Guatemalan Highlands*. University of Washington Press; Crawshaw, R. 1993. Human being and physician. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
27. Behrhorst, C. 1983. Introduction. In U. Steltzer (Ed.), *Health in the Guatemalan Highlands*. University of Washington Press.
28. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
29. Crawshaw, R. 1993. Human being and physician. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
30. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
31. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
32. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland.
33. Luecke, R. 1993. A new dawn with fingers to the world. In R. Luecke (Ed.), *A new dawn in Guatemala: Toward a worldwide health vision*. Waveland; Heggenhougen, H. K. 1976. Health care for the “edge of the world”: Indian campesinos as health workers in Chimaltenango, Guatemala. A discussion of the Behrhorst program (Doctoral dissertation), Department of Anthropology, New School for Social Research.
34. Behrhorst, C. 1983. Introduction. In U. Steltzer (Ed.), *Health in the Guatemalan Highlands*. University of Washington Press.
35. Maupin, J. 2015. Strategic alliances: The shifting motivations for NGO collaboration with government programs. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala*, 3–18. Lexington Books.
36. Pellegrino, E. D. 1999. The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 243–266.
37. Hall-Clifford, A. R. 2009. Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self (Doctoral dissertation), Boston University.
38. Hueveline, P., and Noreen, G. 2000. A description of child illness and treatment behavior in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 50: 345–364.
39. Pan American Health Organization (PAHO). 2007. Health systems profile Guatemala, accessed July 30, 2022, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Guatemala_2007.pdf.
40. Van der Geest, S. 1991. Marketplace conversations in Cameroon: How and why popular medical knowledge comes into being. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(1): 69–90.
41. Omnilife. 2022. Centros de distribución, accessed July 30, 2022, <https://creoomnilife.zendesk.com/hc/es-419/categories/360002441632-Centros-de-distribuci%C3%B3n>.

42. Cahn, P. S. 2006. Building down and dreaming up: Finding faith in a Mexican multilevel marketer. *American Ethnologist*, 33(1): 126–142; Sethi, R. 2014. A study of direct selling in India with special reference to Amway. *International Journal of Economics and Management*, 1(1): 43–55.
43. Hall-Clifford, R. 2015. Capitalizing on care: Marketplace quasi- pharmaceuticals in the Guatemalan health-seeking landscape. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala.*, 71–88 Lexington Books.
44. Akinladejo, O. H., Clarke, M., and Akinladejo, F. O. 2013. Pyramid schemes and multilevel marketing (MLM): Two sides of the same coin. *Journal of Modern Accounting and Auditing*, 9(5): 690–696.
45. Cahn, P. S. 2006. Building down and dreaming up: Finding faith in a Mexican multilevel marketer. *American Ethnologist*, 33(1): 126–142.
46. Hall-Clifford, R. 2015. Capitalizing on care: Marketplace quasi- pharmaceuticals in the Guatemalan health-seeking landscape. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala.* Lexington Books.
47. Omnilife and other similar quasi-pharmaceutical companies continue to be popular, though Omnilife’s popularity seems to have peaked around 2015 in Guatemala.
48. Hall-Clifford, R. 2015. Capitalizing on care: Marketplace quasi- pharmaceuticals in the Guatemalan health-seeking landscape. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala.* Lexington Books.
49. Flood, D., and Rohloff, P. 2015. Diabetes in Indigenous Maya communities. In A. Chary and P. Rohloff (Eds.), *Privatization and the new medical pluralism: Shifting healthcare landscapes in Maya Guatemala.* Lexington Books.
50. Nelson, D. M. 2013. 100 percent Omnilife: Health, economy, and the end/s of war. In C. McAllister and D. M. Nelson (Eds.), *War by other means: Aftermath in post- genocide Guatemala*, 285–306. Duke University Press.
51. Fischer, E. F., and Benson, P. 2006. *Broccoli and desire: Global connections and Maya struggles in postwar Guatemala.* Stanford University Press; Goldin, L. R. 2011. *Global Maya: Work and ideology in rural Guatemala.* University of Arizona Press.
52. Nelson, D. M. 2013. 100 percent Omnilife: Health, economy, and the end/s of war. In C. McAllister and D. M. Nelson (Eds.), *War by other means: Aftermath in post- genocide Guatemala*, 285–306. Duke University Press.
53. Heggenhougen, H. K. 1976. Health care for the “edge of the world”: Indian campesinos as health workers in Chimaltenango, Guatemala. A discussion of the Behrhorst pro- gram (Doctoral dissertation), Department of Anthropology, New School for Social Research.
54. Utilizo el término “curanderos locales” para reconocer su arraigo en la cultura, las creencias, las tradiciones y las realidades contemporáneas de la comunidad. El término “curanderos tradicionales”, que se utiliza habitualmente, implica un anacronismo que no coincide con el dinamismo de las prácticas curativas locales contemporáneas. Son profesionales plenamente contemporáneos.
55. Hall-Clifford, R. A. 2009. *Oral rehydration therapy in highland Guatemala: Long-term impacts of public health intervention on the self* (Doctoral dissertation), Boston University.
56. Curiosamente, esto concuerda con los hallazgos de Kendall et al. (1984) en Honduras de que la población estaba abierta a la TRO en todos los casos de diarrea excepto aquellos considerados empacho, que los curanderos locales consideraban que requerían un laxante para su tratamiento. Kendall, C., Foote, D., and Martorell, R. 1984. Ethnomedicine and oral rehydration therapy: A case study of ethnomedical investigation and program planning. *Social Science & Medicine*, 19: 253–260
57. Hueveline, P., and Noreen, G. 2000. A description of child illness and treatment behavior in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 50: 345–364; Eder, K., and García Pú, M. M. 2003. *Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala: Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos; San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Juan Ixcoy, Huehuetenango.* Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.

58. Heggenhougen, H. K. 1976. Health care for the “edge of the world”: Indian campesinos as health workers in Chimaltenango, Guatemala. A discussion of the Behrhorst program (Doctoral dissertation), Department of Anthropology, New School for Social Research.
59. Kawachi, I., and Berkman, L. 2000. Social cohesion, social capital, and health. In *Social Epidemiology*, 174–190>Oxford University Press.
60. Kenya, P.R., Gatiti S., Muthami L.N., Agwanda R., Mwenesi H.A., Katsivo M.N., et al. 1990. Oral rehydration therapy and social marketing in rural Kenya. *Social Science & Medicine*, 31(9): 979–987.
61. Van der Geest, S. 1991. Marketplace conversations in Cameroon: How and why popular medical knowledge comes into being. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(1): 69–90.
62. Van der Geest, S. 1991. Marketplace conversations in Cameroon: How and why popular medical knowledge comes into being. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(1): 69–90.
63. Black, R. E. 2001. Diarrheal diseases. In K. E. Nelson, C. M. Williams, and N. M. H. Graham (Eds.), *Infectious disease epidemiology: Theory and practice*. Aspen.
64. Gobierno de Guatemala. 2019. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Acuerdo ministerial número 181–2019, accessed June 17, 2022, <https://medicamentos.mspas.gob.gt/index.php/legislacionvigente/acuerdos?download=300%3Apara-la-regulacion-de-medicamentos-de-prescripcion-medica-antimicrobianos-y-esteroides-ofthalmicos-version-2>.
65. Martiniuk A. L., Manouchehrian, M., Negin, J. A., and Zwi, A. B. 2012. Brain gains: A literature review of medical missions to low and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 12(1): 134; Sykes K. J. 2014. Short-term medical service trips: A systematic review of the evidence. *American Journal of Public Health*, 104(7): 38–48.
66. Roche, S., Brockington, M., Fathima, S., Nandi, M., Silverberg, B., Rice, H. E., and Hall-Clifford, R. 2018. Freedom of choice, expressions of gratitude: Patient experiences of short-term surgical missions in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 208(2018): 117–125.
67. Roche, S., and Hall-Clifford, R. 2015. Making surgical missions a joint operation: NGO experiences of visiting surgical teams and the formal health care system in Guatemala. *Global Public Health*, 10(10): 1201–1214.
68. Roche, S., Brockington, M., Fathima, S., Nandi, M., Silverberg, B., Rice, H. E., and Hall-Clifford, R. 2018. Freedom of choice, expressions of gratitude: Patient experiences of short-term surgical missions in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 208(2018): 117–125.
69. Berry, N. S. 2014. Did we do good? NGOs, conflicts of interest and the evaluation of short-term medical missions in Sololá, Guatemala. *Social Science & Medicine*, 120 (2014): 344–351; Lasker, J. N. 2015. *Hoping to help*. Cornell University Press; Sullivan, N. 2018. International clinical volunteering in Tanzania: A postcolonial analysis of a Global Health business. *Global Public Health*, 13(3): 310–324; Sullivan, N., and Berry, N. 2017. Good intentions and murky ethics. *Anthropology News*, 58(6): e61–e67.
70. Roche, S., Brockington, M., Fathima, S., Nandi, M., Silverberg, B., Rice, H. E., and Hall-Clifford, R. 2018. Freedom of choice, expressions of gratitude: Patient experiences of short-term surgical missions in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 208(2018): 117–125.
71. Colegio De Médicos y Cirujanos De Guatemala. 2017. Inscripción de médicos extranjeros https://colmedegua.org/web/wp-content/uploads/2017/03/INSTRUCTIVO_JOR_MED.pdf.
72. Nouvet, E. 2016. Extra-ordinary aid and its shadows: The work of gratitude in Nicaraguan humanitarian healthcare. *Critique of Anthropology*, 36(3): 244–263.
73. Roche, S., Brockington, M., Fathima, S., Nandi, M., Silverberg, B., Rice, H. E., and Hall-Clifford, R. 2018. Freedom of choice, expressions of gratitude: Patient experiences of short-term surgical missions in Guatemala. *Social Science & Medicine*, 208(2018): 117–125.
74. Roche, S. and Rachel Hall-Clifford, R. 2015. Making surgical missions a joint operation: NGO experiences of visiting surgical teams and the formal health care system in Guatemala. *Global Public Health*, 10(10): 1201–1214.
75. Chary, A., Messmer, S., Sorenson, E., Henretty, N., Dasgupta, S., and Rohloff, P. 2013. The normalization of childhood disease: An ethnographic study of child malnutrition in rural Guatemala. *Human Organization*, 72(2): 87–97.; Rohloff, P. 2021. On the frontlines of

- chronic paediatric undernutrition in Guatemala. *eBioMedicine*, 64: 103223; Coarasa, J., Das, J., Gummerson, E., and Bitton, A. 2017. A systematic tale of two differing reviews: Evaluating the evidence on public and private sector quality of primary care in low and middle income countries. *Globalization and Health*, 13(1): 1–7; Zielinski Gutiérrez, E. C., and Kendall, C. 2000. The globalization of health and disease: The health transition and global change. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, and S. C. Scrimshaw (Eds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage.
76. Keshavjee, S. 2014. *Blind spot: How neoliberalism infiltrated global health*. University of California Press.
77. Singer, M. 2008. *Drugs and development: The global impact on sustainable growth and human rights*. Waveland.
78. Cowen, D. 2014. *The deadly life of logistics: Mapping violence in global trade*. University of Minnesota Press.
79. Hannerz, U. 1992. *Cultural complexity: Studies in the social organization of meaning*. Columbia University Press.
80. Bourdieu, P. 2005. *The forms of capital*. Routledge.

Capítulo 5

1. Este colega pidió permanecer anónimo.
2. Bornstein, E., and Redfield P. 2011. *Forces of compassion: Humanitarianism between ethics and politics*. SAR Press.
3. Keshavjee, S. 2014. *Blind spot: How neoliberalism infiltrated global health*. University of California Press.
4. Malkki, L. H. 2015. *The need to help: The domestic arts of international humanitarian-ism*. Duke University Press.
5. Han, C. 2014. The difficulty of kindness: Boundaries, time, and the ordinary. In V. Das, M. D. Jackson, A. Kleinman, and B. Singh (Eds.), *The ground between: Anthropologists engage philosophy*, 71–93. Duke University Press.
6. Feldman, I., and Miriam T. 2010. Introduction government and humanity. In *In the Name of Humanity*, 1–26. Duke University Press; Fassin, D. 2011. *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
7. Benatar, S. R. 2013. Global health and justice: Re-examining our values. *Bioethics*, 27(7): 297–304.
8. Wilkinson, I., and Arthur K. 2016. *A passion for society: How we think about human suffering*. University of California Press.
9. Wallerstein, I. 1987. *World-systems analysis*. *Social Theory Today* 3.
10. Easterly, W. 2006. The white man's burden. *The Lancet*, 367(9528): 2060.
11. Packard, R. M. 2016. *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press.
12. Brown, P. J. 2016. The four 19th century roots of international and global health: A model for understanding current policy debates. In P. J. Brown and S. Closser (Eds.), *Foundations of Global Health: An Interdisciplinary Reader*, 344–354. Oxford.
13. Brown, P. J. 2016. The four 19th century roots of international and global health: A model for understanding current policy debates. In P. J. Brown and S. Closser (Eds.), *Foundations of Global Health: An Interdisciplinary Reader*, 344– 354 Oxford; Van der Geest, S., Speckmann, J. D., and Streefland, P. H. 1990. Primary health care in a multi-level perspective: Towards a research agenda. *Social Science & Medicine*, 30(9): 1025–1034.
14. Abel, C. and Lloyd-Sherlock P. 2000. Health policy in Latin America: Themes, trends and challenges. In Lloyd-Sherlock P. (Ed.), *Healthcare reform and poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies.

15. Schoultz, L. 1981. *Human rights and United States policy toward Latin America*. Princeton University Press; Keck, M. E., and Sikkink K. 1998. *Activists beyond borders: Advocacy networks in international politics*. Cornell University Press.
16. Risse, T., and Sikkink K. 1999. The socialization of international human rights norms into domestic practices: Introduction. In T. Risse, S. C. Ropp, and K. Sikkink (Eds.), *The power of human rights: International norms and domestic change*. Cambridge: Cambridge University Press.
17. Risse, T., and Sikkink K. 1999. The socialization of international human rights norms into domestic practices: Introduction. In T. Risse, S. C. Ropp, and K. Sikkink (Eds.), *The power of human rights: International norms and domestic change*. Cambridge: Cambridge University Press.
18. Keck, M. E., and Sikkink K. 1998. *Activists beyond borders: Advocacy networks in international politics*. Cornell University Press; Cogburn, D. L. 2017. *Transnational advocacy networks in the information society: Partners or pawns?* Springer.
19. Heggenhougen, H. K. 1984. Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Social Science & Medicine* 19(3): 217–224; van der Geest, S., Speckmann, J. D. and Streefland, P. H. 1990. Primary health care in a multi-level perspective: Towards a research agenda. *Social Science & Medicine* 30(9): 1025–1034.
20. Farmer, P. 2004b. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
21. United Nations. Millennium Development Goals, accessed July 31, 2022, <https://research.un.org/en/docs/dev/2000-2015#:~:text=Introduction%2C%202000%2D2015&text=The%20Millennium%20Development%20Goals%20set,Eradicate%20extreme%20poverty%20and%20hunger>.
22. McCoy, D., and Linsey M. 2011. Global health and the Gates Foundation— in perspective. In *Partnerships and foundations in global health governance*, 143–163. Palgrave Macmillan; Fergus, C. A. 2022. Power across the global health landscape: A network analysis of development assistance 1990–2015. *Health Policy and Planning*, 37(6): 779–790.
23. Adams, V. 2016. *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.
24. World Health Organization. 2021. Universal health coverage (UHC), accessed July 22, 2022, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
25. Sachs, J. D. 2012. From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*, 379(9832): 2206–2211.
26. Adams, V. 2016. *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.
27. Soy parte de esta burocracia debido a los privilegios que me otorga mi nacimiento, mi formación y mi empleo en países de altos ingresos como ciudadano con doble nacionalidad, estadounidense y británica. Para más información, véase los puntos de presión para la acción y el cambio al final de este capítulo y mis reflexiones en la conclusión de este libro.
28. Easterly, W. 2014. *The tyranny of experts: Economists, dictators, and the forgotten rights of the poor*. Basic Books.
29. El nivel de pobreza se define como vivir con US\$1.90 por día o menos.
30. World Health Organization. 2021. Universal health coverage (UHC), accessed July 22, 2022, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
31. World Bank. 2017. *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*, accessed July 22, 2022, <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>.
32. Congressional Research Service. 2022. *Foreign assistance: An Introduction to U.S. programs and policy 2022*, accessed July 22, 2022, <https://sgp.fas.org/crs/row/R40213.pdf>.
33. Abel, C., and Lloyd-Sherlock P. 2000. Health policy in Latin America: Themes, trends and challenges. In Lloyd-Sherlock P. (Ed.), *Healthcare reform and poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies.
34. Abel, C. and Lloyd-Sherlock P. 2000. Health policy in Latin America: Themes, trends and challenges. In Lloyd-Sherlock P. (Ed.), *Healthcare reform and poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies.
35. PanAmerican Health Organization (PAHO). 2017. *PAHO program and budget 2018–2019*, accessed August 11, 2022, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34467>.

36. Rohloff, P., Diaz, A. K., and Dasgupta S. 2011. Beyond development: A critical appraisal of the emergence of small health care non-governmental organizations in rural Guatemala. *Human Organization*, 70(4): 427–437.
37. Douglas, M. 1973. *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Routledge.
38. Foucault, M. 1973. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* A.M. Sheridan, trans. Tavistock.; Turner, B. 1992. *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Routledge.
39. La indignación por la asignación de fondos mal utilizados para la respuesta a la pandemia de COVID-19 es representativa del tipo de fuga sistémica de las arcas del sistema de salud del gobierno que los ciudadanos han llegado a esperar (Prensa Comunitaria. 2021. Guatemala, la crisis de las vacunas y la corrupción, accessed June 1, 2023, <https://www.prensacomunitaria.org/2021/07/guatemala-la-crisis-de-las-vacunas-y-la-corrupcion/>).
40. Singer, P. 2015. What is effective altruism? In *The most good you can do*, 3–12. Yale University Press.
41. World Bank. 2018. *Guatemala's water supply, sanitation, and hygiene poverty diagnostic: Challenges and opportunities*. International Bank for Reconstruction and Development/World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29454/W17026.pdf?sequence=7>.
42. Ranabhat, C. L., Mihajlo J., Meghnath D. and Kim C.-B. 2020. Structural factors responsible for universal health coverage in low-and middle-income countries: Results from 118 countries. *Frontiers in Public Health* 7: 414.
43. Marmot, M. 2005. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365: 1099–1104.
44. Fischer, E. F. 1996. Induced culture change as a strategy for socioeconomic development: The pan-Maya movement in Guatemala. In E. F. Fischer and R. McKenna Brown (Eds.), *Maya Cultural Activism in Guatemala*, 51–73. University of Texas Press; Brysk, A. 2000. *From tribal village to global village: Indian rights and international relations in Latin America*. Stanford University Press.
45. Jackson, J.E., and Warren, K.B. 2005. "Indigenous Movements in Latin America, 1992–2004: Controversies, Ironies, New Directions." *Annual Review of Anthropology* 34: 549–573.
46. Farmer, P. 2004. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3): 305–325.
47. Polgar, S. 1962. Health and human behavior: Areas of interest common to the social and medical sciences. *Current Anthropology*, 3(2): 159–205.
48. Guttman, N., and Ressler, W. H. 2001. On being responsible: Ethical issues in appeals to personal responsibility in health campaigns. *Journal of Health Communication*, 6: 117–136.
49. Guttman, N., and Ressler, W. H. 2001. On being responsible: Ethical issues in appeals to personal responsibility in health campaigns. *Journal of Health Communication*, 6: 117–136.
50. Wayland, C., and Crowder, J. 2002. Disparate views of community in primary health care: Understanding how perceptions influence success. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(2): 230–247.
51. Lavery, J. V. 2018. Building an evidence base for stakeholder engagement. *Science*, 361(6402): 554–556.
52. Woelk, G. B. 1992. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 35(4): 419–424.
53. World Health Organization. 2019. *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. WHO.
54. Flores, W., and Gómez-Sánchez, I. 2010. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. *Revista de Salud Pública*, 12: 138–150.
55. Galtung, J. 1990. Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3): 291–305.
56. Prüss-Ustün, A. and C. Corvalán. 2007. Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565196>; Eder, K., and García Pú, M. M. 2003. *Modelo de la medicina indígena Maya en Guatemala: Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos; San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Juan Ixcoy, Huehuetenango*. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.

57. Chiller, T. M., Mendoza, C. E., Beatriz Lopez, M., Alvarez, M., Hoekstra, R. M., Keswick, B. H., and Luby, S. P. 2006. Reducing diarrhoea in Guatemalan children: Randomized controlled trial of flocculant-disinfectant for drinking-water. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1): 28–35.
58. Pellmar, T. C., Brandt, E. N., Jr., and Baird M. A. 2002. Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and social influences: Summary of an Institute of Medicine Report. *American Journal of Health Promotion*, 16(4): 206– 219; Ruano, A. L., Sánchez S., Jerez, F. J., and Flores, W. 2014. Making the post- MDG global health goals relevant for highly inequitable societies: Findings from a consultation with marginalized populations in Guatemala. *International Journal for Equity in Health*, 13(1): 1–8.
59. Werner, D., and Sanders, D. 1997. Questioning the solution: The politics of primary care and child survival. *HealthWrights*. Werner, D., Sanders, D., and Weston, J. 1997. Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy.
60. Ferguson, J. 1994. *The anti-politics machine: “Development,” depoliticization, and bureaucratic power in Lesotho*. University of Minnesota Press.
61. Schuller, M. 2012. *Killing with kindness: Haiti, international aid, and NGOs*. Rutgers University Press.
62. Benton, A. 2015. *HIV exceptionalism: Development through disease in Sierra Leone*. University of Minnesota Press.
63. Binagwaho, A., Farmer, P. E., Nsanzimana, S., Karema, C., Gasana, M., de Dieu Ngirabega, J., Ngabo, F., et al. 2014. “Rwanda 20 years on: Investing in life.” *The Lancet*, 384(9940): 371–375.
64. Ferguson, J. 1994. *The anti-politics machine: “Development,” depoliticization, and bureaucratic power in Lesotho*. University of Minnesota Press.
65. Sheel, M., and Martyn D. K. 2018. Parasitic and parachute research in global health. *The Lancet Global Health*, 6(8): e839; Naidu, T. 2021. Says who? Northern ventriloquism, or epistemic disobedience in global health scholarship. *The Lancet Global Health*, 9(9): e1332–e1335; Sayeed, S., and Taylor L. 2020. Institutionalising global health: A call for ethical reflection. *BMJ Global Health*, 5(9): e003353.
66. Abimbola, Seye, Sumegha Asthana, Cristian Montenegro, Renzo R. Guinto, Desmond Tanko Jumbam, Lance Louskieter, Kenneth Munge Kabubei et al. “Addressing power asymmetries in global health: imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic.” *PLoS medicine* 18, no. 4 (2021): e1003604.
67. Prasad, S., Aldrink, M., Compton, B., Lasker, J., Donkor, P., Weakliam, D., Row-thorn, V., et al. 2022. Global health partnerships and the Brocher declaration: Principles for ethical short-term engagements in global health. *Annals of Global Health*, 88(1).
68. Figueredo, A., and Chowdhury, R. 2019. Conceptualization of community- based entrepreneurship: A case study of Ecofiltro in Guatemala. *European Association of Work and Organizational Psychology in Practice*, 2(11): 77–101.
69. Richardson, E., Phillips, M., Colom, A., Khalil, I., and Nichols, J. 2019. Out of school factors affecting Indigenous girls’ educational attainment: A theory of change for the opening opportunities program in rural Guatemala. *Comparative and International Education*, 47(2); Hernández, A., Hurtig, A.-K., Goicolea, I., Sebastián, M. S., Jerez, F., Hernández-Rodríguez, F., and Flores, W. 2020. Building collective power in citizen-led initiatives for health accountability in Guatemala: The role of networks. *BMC Health Services Research*, 20(1): 1–14.

Conclusión

1. Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., et al. 2018. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in

- 195 countries and territories, 1980–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159): 1736–1788.
2. Hall-Clifford, R., and Cook-Deegan, R. 2019. Ethically managing risks in global health fieldwork: Human rights ideals confront real world challenges. *Health and Human Rights*, 21(1): 7.
 3. Hall-Clifford, R. 2020. Applied anthropology, activism, and loss: Experiences from highland Guatemala. *Annals of Anthropological Practice*, 44(2): 198–201.
 4. Brown, P. J., and Closser, S. 2016. *Understanding and applying medical anthropology*. Routledge.
 5. Holeman, I., and Kane, D. 2020. Human-centered design for global health equity. *Information Technology for Development*, 26(3): 477–505; Bazzano, A. N., Martin, J., Hicks, E., Faughnan, M., and Murphy, L. 2017. Human-centred design in global health: A scoping review of applications and contexts. *PLoS One*, 12(11): e0186744.
 6. Bang, A. 2018. Research, for whom. *India Development Review*; Pratt, B., and de Vries, J. 2018. Community engagement in global health research that advances health equity. *Bioethics*, 32(7): 454–463.
 7. Holeman, I., and Kane, D. 2020. Human-centered design for global health equity. *Information Technology for Development*, 26(3): 477–505.
 8. Slattery, P., Saeri, A. K., and Bragge, P. 2020. Research co-design in health: A rapid overview of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 18(1): 1–13.
 9. Farr, M. 2018. Power dynamics and collaborative mechanisms in co- production and co-design processes. *Critical Social Policy*, 38(4): 623–644; Donetto, S., Pierri, P., Tsianakas, V., and Robert, G. 2015. Experience-based co- design and healthcare improvement: Realizing participatory design in the public sector. *The Design Journal*, 18(2): 227–248.
 10. Charani, E., Abimbola, S., Pai, M., Adeyi, O., Mendelson, M., Laxminarayan, R., and Rasheed, M. A. 2022. Funders: The missing link in equitable global health research? *PLoS Global Public Health*, 2(6): e0000583.
 11. Opara, I. N. 2021. It's time to decolonize the decolonization movement. *Speaking of Medicine and Health*, 29; Büyüm, A. M., Kenney, C., Koris, A., Mkumba, L., and Raveendran, Y. 2020. Decolonising global health: If not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8): e003394.