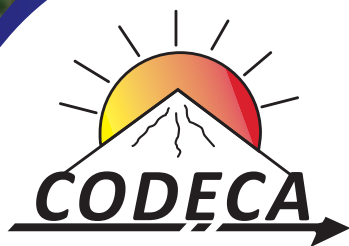


HACIA UNA SALUD INTERCULTURAL

Propuesta desde los pueblos y comunidades



Vamos por un proceso de
Asamblea Constituyente
Popular y Plurinacional





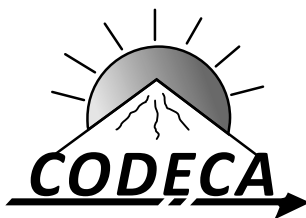
**Vamos por un proceso de Asamblea
Constituyente Popular y Plurinacional**



Hacia una salud intercultural

Propuesta desde los Pueblos y Comunidades

Abril de 2021



Comité de Desarrollo Campesino CODECA

10a. Calle 5-39, Zona 2, Mazatenango Suchitepéquez

Tel: (+502) 30283759

E-mail: asociacioncodeca@gmail.com

<https://www.facebook.com/ComitedeDesarrolloCampesino>

ÍNDICE

Introducción - - - - -	3
I. Concepciones y prácticas médicas de los pueblos - - - - -	5
1.1. Salud según la perspectiva de los pueblos - - - - -	5
1.2. Gestión de la salud como un mecanismo de colonialidad - - - - -	7
1.3. Límites de la medicina universal- - - - -	9
II. Gestión de la salud durante la República - - -	11
2.1. Salud exclusivo y racializado - - - - -	13
2.2. Salud mercancía, mas no un derecho -	15
2.3. Sistema de salud inexistente - - - - -	16
III. Hacia una salud intercultural - - - - -	18
3.1. Salud intercultural- - - - -	19
3.2. Reconocimiento de las y los médicos originarios - - - - -	20
3.3. Salud integral preventiva y curativa como derecho humano - - - - -	21

Introducción



El cuidado de la salud y la gestión de las enfermedades fue y es una preocupación constante por y para todas las civilizaciones y pueblos del Planeta en todos los tiempos.

En los últimos cinco siglos, la civilización moderno occidental se expandió al mundo e implantó su sistema de vida, y por tanto también su sistema de gestionar la salud y las enfermedades mediante su medicina modélica. Es decir una manera de conocer y gestionar la salud humana como si se tratase de una realidad mecánica o matemática.

La ciencia médica modélica occidental para imponerse como la única ciencia médica cualificada tuvo que anular y deshacerse de cualquier otra ciencia médica que le hiciese sombra. Al grado de instalar en las mentes de los pueblos que fue colonizando la idea de:

las otras medicinas no modernas son la causa de las enfermedades. Así, no sólo se afianzó la colonialidad vía salud en los pueblos, sino también se aniquiló la posibilidad que estos pueblos continuasen con su salud ancestral.

En Guatemala ocurrió y ocurre el fenómeno de la colonialidad vía ciencia médica moderna occidental. La República hizo un esfuerzo, sin mayores resultados esperados, por instaurar el sistema de salud a nivel de país. Aunque dos siglos después, no existe sistema nacional, ni salud mucho menos. Esto lo evidenció la pandemia del COVID19.

En el presente documento, en la primera parte, se intenta mostrar las diferentes concepciones y prácticas médicas que muy a pesar de la colonialidad médica subsisten aún. En la segunda parte, se busca visualizar los resultados de la gestión de la salud que la República de Guatemala hizo en sus dos siglos de existencia.

En la tercera parte, recogiendo las propuestas de las comunidades indígenas y campesinas en resistencia del país, y articulados en CODECA, se presenta las propuestas de cambios para la nueva Constitución Política que la próxima Asamblea Constituyente Popular y Plurinacional deberá debatir y consensuar.

I. Concepciones y prácticas médicas de los pueblos



La salud, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, así como la motivación para prevenir enfermedades y preservar la salud son cuestiones que preocuparon, preocupan y preocuparán a todos las civilizaciones y pueblos del mundo. No existe en la historia de la humanidad que una única respuesta médica haya prevenido o resuelto las enfermedades de la humanidad.

En este sentido, la medicina, sea como prevención, tratamiento o curación es producto histórico sociocultural que corresponde a cada pueblo o civilización. Cada pueblo, condicionado por sus circunstancias, entendió la salud y la enfermedad de una determinada manera, e ideó e implemento los tratamientos médicos.

Para los pueblos originarios de Abya Yala, al igual que para el resto de los pueblos no modernos del resto del mundo, la idea y la práctica de la medicina fue y es

concebida con una perspectiva holística, integral. Es decir, la salud y la enfermedad, tanto en su explicación, como en su tratamiento estaba y está interrelacionado con todas las dimensiones y realidades de la existencia. Todo ocurre dentro de un tejido de interrelaciones dentro de la comunidad cósmica.

La salud integral depende de la interrelación equilibrada con uno mismo, con la comunidad humana, y con la comunidad cósmica. La enfermedad es la expresión biológica o psicológica del desequilibrio o rupturas que vive, en este caso el humano, a nivel interno, a nivel de su convivencia con los otros humanos, y a nivel de la convivencia con integrantes de la comunidad cósmica. Salud es equilibrio, enfermedad es desequilibrio.

Las concepciones y prácticas médicas de los pueblos están determinadas (constituidas y configuradas) por los principios de interrelacionalidad, reciprocidad, correspondencia, entre otros. Es decir. Todas las dimensiones de la vida, y todas las formas de vida están interrelacionadas entre sí afectándose mutuamente en sus condiciones de salud o enfermedad. El ser humano a nivel personal, como a nivel de la comunidad humana, y a nivel de la comunidad cósmica mantiene su equilibrio, o genera su desequilibrio, en base a la reciprocidad o por ausencia de esta práctica. Además, la salud o enfermedad del humano no es más que la salud o enfermedad de la comunidad humana, de la comunidad cósmica, o de alguno de sus integrantes. Todos influyen en todos. La enfermedad de una persona puede ser un síntoma de la enfermedad de la Madre Tierra, por tanto, no sólo se debe buscar la cura para el humano, sino simultáneamente la restauración del equilibrio de la Madre Tierra mediante rituales sagrados.

Por esta concepción integral y cósmica de la salud y enfermedad, los pueblos construyeron y construyen sus modelos explicativos médicos recurriendo incluso a bioindicadores no humanos para explicar o curar los males. Constatan los males biológicos o psicológicos de los humanos en plantas, órganos o cuerpos de animales. Por ejemplo, la utilización de la lectura del vientre del cuy (roedor domesticado en Los Andes) para explicar y mostrar la enfermedad que padece el o la paciente, o la lectura de las hojas de coca para identificar, explicar, y si acaso curar el mal de un paciente, son prácticas constantes en Los Andes. O la lectura del sonido que ocasiona las semillas de pimienta al ser quemados en el fuego, luego de haber sido untados en el cuerpo del niño que padecen el “mal de ojo”, son prácticas actuales y cotidianas en los pueblos mayas para explicar y curar a las y los niños menores.

1.2. Gestión de la salud como un mecanismo de colonialidad

Las concepciones y prácticas médicas de los pueblos fueron y son preventivas, a parte de ser curativas. Por ello, los ingredientes de las dietas alimenticias, sin mayor elaboración química, fueron y son los principales “medicamentos” preventivos que regularmente ingieren las personas. Sin la adecuada alimentación no hay sistema de salud que funcione y consiga su objetivo.

En resumen, en las concepciones y prácticas de la salud de los pueblos interviene los familiares, vecinos, los astros, los nacimientos de agua, los ríos, la Madre Tierra, los abuelos/as y espíritus protectores/as, los animales, las plantas, las piedras, los cerros. Una concepción y práctica de la salud absolutamente integral, comunitaria y cósmica. Además, la salud es

ante todo prevención, y no necesariamente gestión de la enfermedad. Por ello, para los pueblos, en buena medida, la alimentación adecuada era y es determinante para la preservación del equilibrio de la salud.

Con la instauración de la modernidad, y la expansión de su medicina médica occidental, la diversidad de sistemas de salud pensadas y practicadas por los pueblos fueron extirpadas y aniquiladas como actos maléficos. Al grado que los actores terapéuticos occidentales se instituyeron como los únicos agentes de la salud universal de los humanos. Como los únicos portadores de la verdad médica.

Desde entonces, no sólo las y los médicos de los pueblos, que por generaciones completas habían preservado la vida de los pueblos por miles de años, fueron convertidos en hechiceros, sino que todos los sistemas médicos que habían demostrado eficiencia y efectividad en la preservación de la salud fueron censurados y condenados como malignos.

Así avanzó la medicina occidental, química en buena medida, diezmando a los diferentes sistemas de salud de los pueblos, escoltado por los ejércitos de los vencedores y doctrineros cristianos.

Tiempo después, los medicamentos preventivos continúan creciendo en los huertos y bosques, mientras la humanidad desesperada acude a las industrias farmacéuticas a comprar (pagar) medicamentos químicos que enferman aún más al cuerpo y mente humana.

La humanidad, en plena era de las luces (modernidad) compra e ingiere enfermedades como comida y bebida. Y una vez enfermo, acude a las farmacias para comprar más veneno o enfermedad para calmar

su dolor, y envenenar más a su organismo. Y lo más irónico: los productores y comerciantes de la comida y bebida que enferman son los mismos accionistas de las industrias farmacéuticas que jamás curan a los enfermos.

De esta manera, el círculo vicioso de la enfermedad-comercio de medicamentos-enfermedad está herméticamente cerrado, y el negocio lucrativo de la salud promovida por la medicina química occidental está absolutamente garantizado en beneficio de los mismos dueños.

La lógica de la medicina occidental moderna parte de la premisa equivocada de: el cuerpo humano funciona como una máquina predecible e independiente. Por tanto, el cuerpo humano se debe estudiar por partes separados. De allí vienen las hiper especializaciones médicas. La enfermedad debe ser estudiado y explicado bajo la lógica de causa efecto. Y las causas y efectos deben demostrados científicamente. Nada que no pueda ser demostrado en laboratorio puede ser asumido o recomendado como práctica terapéutica.

1.3. Límites de la medicina universal

A esta visión matemática de la salud humana, como si fuese un objeto muerto el ser humano, se añade la presunción universal de este modo de concebir y practicar la medicina occidental. Es decir, si las cuestiones de salud, enfermedad, dolor, muerte, etc., son comunes a todo ser humano, sin importar su origen sociocultural, entonces, las solución médica debe ser universal. Por tanto, la medicina occidental de aplicarse aplacando a cualquier otras expresión de sistemas médicos diferentes.

Esta equivocada creencia universalista de la medicina occidental es quizás una de las principales causas del

fracaso de todas políticas de salud emprendidas por organismos nacionales e internacionales en el mundo. Muy a pesar de la constatación constante de sus contradicciones.

Únicamente para dar un ejemplo. Para la medicina occidental, todas las personas tienen que tener una talla y peso estándar determinada por el estereotipo noreuropeo para gozar de salud estable. Para alcanzar ese supuesto mito las políticas públicas distribuyen alimentos cualificados a todos los pueblos sin importar sus tradicionales dietas alimenticias. Pero, el flora intestinal de los niños de La Amazonía no soporta los lácteos, ni el estómago de los niños mayas de Guatemala digiere los super cereales que distribuía el millonario programa Hambre Cero. Resultado: la recomendación médica, sin tomar en cuenta la situación sociocultural de los pueblos, fue peor que el mal que buscaba resolver. Mientras tanto, una civilización de mediana estatura, sin mayor evidencia de musculatura física, organiza y define la era tecnológica mundial. Sin beber leche de vaca, ni comer cereales empaquetados.

La medicina moderna occidental en los inicios de su expansión se auto proclamó curativa, silenciando a otros sistemas de salud preventiva. Pasado algunos siglos después, un imperceptible virus pandémico denominado COVID19, humilla la prepotencia hiperespecializada de la ciencia moderna occidental. Quienes mejor gestionan este flagelo son justamente países que no hicieron de la medicina un libre mercado, junto a las comunidades rurales auto organizadas para su respectiva auto protección en base a plantas y terapias tradicionales.

II. Gestión de la salud durante la República



El inicio de la emulación de República en las ex colonias europeas estuvo condicionada por las limitaciones materiales y simbólicas de quienes emprendieron dicho proyecto. Es decir, los criollos que iniciaron con el intento de la construcción de la República, aparte que no todos comprendían de qué era, cómo y para qué era una República, tenían serias dificultades para financiar y poner en marcha las instituciones públicas del Estado naciente. Sin contar las constantes luchas político militares entre liberales y conservadores.

La preocupación por la salud durante las repúblicas nacientes en Abya Yala no fue una prioridad. Aunque las enfermedades y pestes continuaron diezmando a las poblaciones.

En el devenir de la historia, conforme las historias políticas hegemónicas mundiales y regionales fueron marcando el ritmo de los estados, la preocupación por la salud como bien público, por parte de gobernantes, fue tomando lugar en las agendas de políticas nacionales.

La tendencia ideológica que marcó la historia de la gestión de la salud en la República de Guatemala, al igual que en el resto de las repúblicas, fue la liberal que asume que la salud es un asunto privado cuyo acceso debe ser gestionado por la iniciativa privada, bajo las reglas del libre mercado. Esta tendencia fue promovida por liberales y conservadores. La idea de la salud como derecho humano universal, bajo la responsabilidad del Estado, fue una idea incipiente por momentos, pero rechazada constantemente por las élites de poder como una “amenaza comunista”.

Desde la decreciente clase media del país podría afirmarse que en algunos momentos de la historia del país la salud fue asumido como bien público por el Estado, y por eso diferentes gobiernos hicieron esfuerzos por construir hospitales públicos, seguro de salud para trabajadores, etc. Podría ser, pero ni esos hospitales, ni el seguro de salud para trabajadores, funcionan como un sistema de salud, mucho menos garantizan salud universal para toda la población del país.

En Guatemala, como en otros países de la región, las grandes mayorías de la población, sobre todo rurales, continúan resolviendo sus necesidades de salud recurriendo a sus prácticas de medicina ancestral o

tradicional, incluso contra la voluntad de los agentes de la salud oficial.

Dos siglos después del inicio de la implementación de la República, en plena pandemia, se externaliza con crudeza que en Guatemala las grandes mayorías de la población no confía en los servicios de salud occidental, sean públicos o privados: “A enfermos por COVID19 lo matan en los hospitales, los salvamos en las casas”. Y con esta “certeza” socialmente compartida el país enfrenta la pandemia, sin la existencia o asistencia de un sistema salud pública, con sus propios medios y métodos preventivos y de tratamiento.

Salud “curativo”, mas no preventivo. Como consecuencia del sistemático esfuerzo por la anulación de las diferentes concepciones y prácticas médicas se instauró en Guatemala la visión curativa de la salud. Es decir, salud es sinónimo de enfermedad que se debe curar. Oficialmente se silenció la idea y práctica de la salud como sistema vital que depende de la alimentación y del cuidado integral. Es decir la visión de la salud curativa silenció la perspectiva de la salud preventiva.

De esta manera, ni al Estado, ni a los agentes de la salud cualificada les interesa que la población se envenene consumiendo productos en el libre mercado. Ellos asumen que la misión del personal de salud es tratar enfermos, no promover la salud de la población mediante la prevención.

2.1. Salud exclusivo y racializado

Desde la perspectiva de los centros de formación de profesionales de la salud, y desde la práctica médica occidental, la comprensión de la salud como ciencia y como método es y debe ser exclusivo de especialistas de élite. En consecuencia, debe estar reservado

para un sector exclusivo que tenga la capacidad de acceder a ello. Por ello, técnicos de salud se esfuerzan de sobremanera por utilizar un lenguaje técnico desconocido para la cotidianidad. Tratan o maltratan a pacientes con una actitud jerárquica que evita cualquier relación interpersonal de confianza.

Las poblaciones indígenas y campesinas fueron y son sistemáticamente excluidos de la gestión oficial de la salud, no sólo por el lenguaje y la cultura exclusiva y elitista de los agentes de la industria médica oficial, sino porque para el Estado y sus agentes las poblaciones indígenas y campesinas se enferman por sus prácticas de salud y alimentación primitivas, consistente en hierbas y manejo de energías cósmicas.

El agente profesional de la salud está formado (diseñado) para censurar cualquier expresión de medicina que no sea la cualificada. Por tanto, jamás dialoga con sus pacientes y con la medicinas que practican éstos. Esta situación lleva, no en pocos casos, a la práctica paralela de las indicaciones médicas oficiales y la medicina ancestral. Situación que no permite saber a ciencia cierta cuál de las medicinas es lo que efectivamente cura al enfermo indígena o campesino que sobrevive.

La salud racializada en Guatemala no únicamente se reduce a la exclusión sociocultural que soportan poblaciones indígenas y campesinas, sino también consiste en la estigmatización de la práctica médica ancestral y en el desprecio que sufren las y los agentes de estas medicinas por parte de los agentes de la medicina oficial. Al grado establecer a la medicina tradicional y a sus agentes como responsables de hecho por los decesos o de la resistencia de poblaciones indocampesinas a la medicina occidental o a las vacunas.

Un ejemplo claro de la salud racializada en la Guatemala multicultural es cuando se normaliza el desprecio hacia el conocimiento y práctica de la medicina ancestral al llamar a las médicas indígenas dedicadas a facilitar los alumbramientos como “comadronas” (comadres que se embrollan en chismes). Pero, si este oficio es ejercido por agente de la medicina oficial se le denomina médico u obstetra. O cuando se lapida o quema vivo y en público a médicos mayas acusados de hechiceros o brujos.

| 2.2. Salud mercancía, mas no un derecho

Otra de las características de la salud oficial en la República de Guatemala es la fijación en el pensamiento colectivo de la medicina como una mercancía para el mejor postor, mas no como derecho. En esta convicción se forma a todo profesional de la medicina, y éstos se gradúan con plena certeza de pertenecer a los nichos sociales más altos del país, y para demostrar socialmente ello están casi obligados a “cobrar caro” por sus servicios a sus pacientes. Además, de constituirse simultáneamente en vendedores de productos farmacéuticos a sus clientes que sus pacientes.

En sociedades empobrecidas como Guatemala el acceder a la salud es un casi un privilegio. Sólo lo pueden hacer quienes cuentan con recursos económicos. No es novedad que, en los últimos tiempos, en la medida que los servicios de salud se fueron privatizando sin control alguno, los centros de salud de cualquier nivel del Estado se fueron deteriorando y quedando sin medicamentos disponibles. De esta forma, los usuarios fueron indirectamente obligados a buscar los centros privados de salud. Y para el colmo, no en pocos casos, es el mismo médico que mal atiende en los abandonados centros de salud pública

quien en los centros de salud privado atiende y vende medicamento en turnos diferentes.

Décadas después que el acceso a la salud fue establecido por los diferentes estados integrantes de la Organización de las Naciones Unidas como derecho humano fundamental, en países como Guatemala hasta se oye raro sostener que el acceso a la salud es un derecho humano y función del Estado es garantizar salud gratuita.

Quizás uno de los legados de la República bicentenaria es justamente haber fijado en la mente de la población la idea de: el acceso a la salud es un privilegio accesible a quien pueda pagar por él. El sólo hecho pensar que a cada familia en los territorios le debería corresponder un médico público, y con medicamentos, genera hasta un sentimiento de culpa por ser una “idea comunista”.

| 2.3. Sistema de salud inexistente

Una de las verdades ocultas que mostró la pandemia del COVID19 en países como Guatemala, aparte de la desconfianza por parte de la población a los centros hospitalarios, fue la inexistencia de un sistema de salud en el país.

Un sistema de salud está constituido, de manera organizada e interdependiente, por todos los centros de salud orientados por un objetivo compartido. Ello implica contar, no únicamente con infraestructura, personal de salud, sino también con presupuesto, medicina, mecanismo de comunicación interna y externa, línea base, proyecciones, etc. La pandemia desnudó que en Guatemala, existen algunos centros hospitalarios, abandonados y sin medicina,

desconectados entre sí, sin ningún plan integral para garantizar la salud y afrontar desgracias sobrevenidas.

Guatemala, que posee el Producto Interno Bruto (PIB) más alto de Centroamérica, al momento de la declaración de la pandemia COVID19 no contaba ni con 10 ventiladores, mucho menos con camas para cuidados intensivos. Carente incluso de un sistema unificado para la cuantificación de la cantidad de enfermos en los centros hospitalarios la población le hizo frente con sus propios recursos y medidas de auto cuidado. Al grado que las unidades hospitalarias, o agentes de salud oficial, fueron rechazados por sectores o en algunos territorios como potenciales portadores o vectores del virus COVID19.

Se constata que quienes se beneficia de la ausencia de un sistema de salud, y del acceso a la salud como una mercancía, son las empresas farmacéuticas y los centros de salud privado. Sin mayor restricción, orientados y promovidos por las leyes del libre mercado, comercializan atención médica y medicamentos químicos únicamente a cuantos pueden pagar por ello. Incluso el propio Estado contrata dichos servicio para atender en los centros de sanidad pública. Mientras, las grandes mayorías de la población languidecen enfermos, sin médicos, ni medicamentos.

III. Hacia una salud intercultural



Sin bien la actual Constitución Política de la República establece el acceso a la salud como parte de los derechos humanos declarados, sin embargo se requiere que en la nueva Constitución Política se disponga expresamente el acceso a la salud preventiva y curativa intercultural como un derecho humano fundamental. Para frenar el proceso de la privatización

del servicio de la salud la nueva Constitución Política debe colocar candados a la libre mercantilización.

| 3.1. Salud intercultural

Considerando que subsisten diferentes concepciones y prácticas de medicina en los diferentes territorios del país, es urgente que la nueva Constitución Política establezca la salud intercultural como sistema oficial del país con la finalidad de garantizar para toda la población, según sus pertenencias culturales, una salud integral preventiva y curativa. En el medida que se siga excluyendo o condenando a la clandestinidad a las diferentes prácticas médicas no occidentales, el país seguirá perdiendo sus potencialidades y oportunidades para alcanzar sus objetivos en el tema salud.

La salud intercultural requiere necesariamente el diseño y la implementación de un sistema de profesionalización del personal de salud intercultural con nuevos contenidos curriculares que incorporen los conocimientos y técnicas médicas ancestrales de los pueblos con la finalidad de capacitar y habilitar a los profesionales de salud en agentes de la salud intercultural. Este esfuerzo pedagógico debe conocer y asumir los conocimientos y técnicas médicas practicadas por los pueblos en el mismo rango que los conocimientos y técnicas médicas occidentales. De lo contrario, se correrá siempre el riesgo de la folclorización.

La salud intercultural requiere el fortalecimiento o reconstitución de las instituciones médicas preventivas y curativas de los pueblos con la finalidad que el proceso del diálogo y práctica de la medicina intercultural sea efectivamente en igualdad de condiciones y oportunidades entre las diferentes prácticas médicas. Por ello, la salud intercultural necesariamente pasa por la restauración o reconocimiento de los territorios indígenas, y el ejercicio de la autonomía de la salud en los mismos.

3.2. Reconocimiento de las y los médicos originarios

Otra de las propuestas de las comunidades en resistencia articulados en el movimiento CODECA para posibilitar la salud intercultural consiste que la nueva Constitución Política establezca el reconocimiento en el rango médico o técnico que corresponda de las y los agentes de la salud en los diferentes pueblos del país.

En la medida que las médicas originarias continúen estigmatizadas como simples “comadronas”, o los médicos naturistas sigan catalogados como brujos o hechiceros, la continuidad de la medicina racializada estará garantizado en Guatemala.

Los centros de formación profesional deberán garantizar la adecuada preparación de los diferentes profesionales de la salud intercultural. Así mismo, el Estado deberá garantizar la disponibilidad de equipados centros hospitalarios de la salud intercultural para que las y los usuarios opten por la práctica médica que deseen.

3.3. Salud integral preventiva y curativa como derecho humano

Las políticas públicas para implementar la salud intercultural preventiva y curativa deben estar acompañadas de políticas públicas sobre soberanía alimentaria. No se puede garantizar salud intercultural mientras el libre mercado continúe inundando a los pueblos y a los cuerpos de productos cancerígenos o saturados de grasa y azúcar.

Salud intercultural implica que el Estado debe promover e implementar agriculturas familiares libre de glifosato o de semillas transgénicas. Mientras productos transgénicos o comida con glifosato, sin etiquetado alguno, siga invadiendo los mercados del país no se puede conseguir salud intercultural.

La salud de los pueblos de Guatemala debe consistir ante todo en el equilibrio interior de las personas, en la convivencia amistosa entre los humanos, y en la coexistencia equilibrada en la comunidad cósmica. Esto necesariamente requiere un sistemático proceso de sensibilización y educación para la salud intercultural por parte de las entidades públicas, privadas, de la sociedad civil organizada y de las instituciones religiosas y espirituales.

Con un presupuesto público del equivalente no menor al 6% del PIB se debe construir un sistema plurinacional de salud preventiva y curativa intercultural en todos los territorios del país. Presupuesto debe estar destinado a la formación de profesionales cualificados en la concepción y práctica de la medicina intercultural. Así como la construcción de infraestructuras de salud adecuadas a cada territorio o pueblos, y disponibilidad de medicamento

y equipo culturalmente pertinente o adecuado con la necesidad y práctica médica de cada pueblo.

Fijar en el pensamiento y en la conducta colectiva de la población la idea del acceso a la salud intercultural como un derecho humano fundamental será una de las tareas esenciales del Estado Plurinacional. Para ello, el Estado Plurinacional, en coordinación con los gobiernos autónomos territoriales deberá fortalecer las instituciones y prácticas médicas de los pueblos, según sus principios filosóficos propios.

Otra de las apuestas estatales, y de los gobiernos autónomos, deberá ser invertir en nuevas tecnologías para garantizar la salud intercultural para todos los pueblos. Así como invertir y promover como prioridad programas de investigación y producción de medicina y equipo médico, utilizando también el patrimonio médico colectivo que los pueblos de Guatemala poseen.



Bibliografía

CROCKER, S., René

2006 *Poder local en salud en Guatemala. La experiencia de los pueblos de la Biosfera Maya.* Guatemala. USAC

DE SANTIS-PIRAS, Andrea (Edit.)

2019 *Salud, interculturalidad y buen vivir: respeto a la diversidad y mutuo beneficio en el intercambio de saberes y experiencias.* Quito. Abya Yala.

FERNANDEZ, J., Gerardo

2004 *Salud intercultural en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Quito. Abya Yala.

FONDO INDÍGENA

2010 *Hacia el buen vivir: experiencias de gestión indígena en Centro América, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Guatemala.* Bolivia. Fondo Indígena.

FREIRE, Germán (Edit.)

2011 *Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedades y políticas públicas.* Quito. Abya Yala.



Impreso en los talleres de
CHOLSAMAJ

5a. Calle 2-58, Zona 1, Guatemala, C. A.

Teléfonos: (502) 2232 5959 - 2232 5402

E-mail: editorialcholsamaj@yahoo.com

www.cholsamaj.com

