

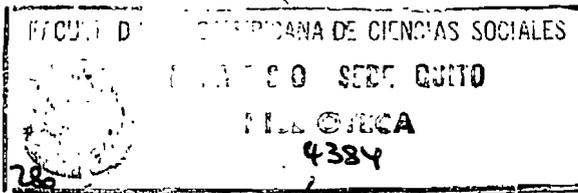
POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



cuadernos de
discusion
popular N°5

José Sánchez Parga
Claudio Barahona
Galo Ramón
Raúl Harari
Oswaldo Flores
Allan P. Castelnuovo

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



CAAP: Editores

REG. 113224
CUT.
BIBLIOTECA - FLACSO

PRIMERA EDICION

**Auspiciada por el Consejo Provincial de Pichincha
Cuartas Jornadas Culturales de Mayo. 1982**

EDITORIAL

La salud, la enfermedad y la medicina son sujetos de debate. Actualmente ya no se puede sostener que la medicina es una ciencia positiva, neutral y aséptica. Tampoco se puede sostener su infalibilidad.

Las estadísticas médicas demuestran que, a pesar de los recursos gastados, los beneficios obtenidos son escasos y poco confiables. De la misma forma estas estadísticas nos muestran cómo, para una misma enfermedad, las posibilidades de contraerla se relacionan con los estratos sociales.

Es cada vez más evidente que las enfermedades no son solo procesos de degeneración biológica, sino que éstas, están condicionadas por factores sociales, entre los cuales, tanto la problemática que se desprende de la miseria y opresión represiva, como la alienación social, son componentes actuantes y por lo tanto esenciales.

Aquí cabe una pregunta: ¿Cuál es el verdadero papel de la Salud Pública?. Será acaso que ésta y sus instituciones obedecen a la necesidad de encubrir y amortiguar las verdaderas causas de la enfermedad, negando su propia racionalidad y evitando, con lujo de lenguaje, símbolos y signos, el enfrentar las verdaderas causas?

Parecería ser que no es casual, el que el análisis de los aspectos biológicos y patológicos, de las llamadas "enfermedades sociales", se encuentran en nuestro país prácticamente abandonados, a no ser a ciertos curiosos e inquietos y a espacios institucionales disidentes.

La razón de ser de la enfermedad, las limitaciones de la medicina y de las políticas de Salud Pública, se muestran con mayor evidencia en el sector rural, especialmente en las comunidades campesino - Indígenas.

Como realidad histórica, alternativa en sí misma, las comunidades indígenas han preservado celosamente su sistema de salud. Aún advirtiendo sus crisis y limitaciones, producto de la irrupción-violenta de un sistema social que les es adverso, el sistema de salud popular indígena revive, se manifiesta, y muestra su efectividad.

De manera que el sistema de salud oficial, las políticas de Salud Pública, no son de ninguna manera el único camino. El pueblo tiene otro y lo contrapone permanentemente.

Nuestro trabajo, a lo largo de cuatro años, conviviendo con este sistema popular, nos ha permitido aproximarnos a esta alternativa, sin mitificarla, pero aceptando su valor humano, su validez terapéutica y su capacidad integral e integradora.

Los trabajos que se presentan en esta publicación corresponden a estas aproximaciones, son teorizaciones de realidades vividas. Demuestran además nuestro compromiso de rescatar el saber y la identidad del ser popular, en tanto éste, en su vida diaria, en su resistencia, en la preservación de sus conocimientos, advierte nuevos y distintos modelos sociales.

Francisco Rhon Dávila
Dir. Ejec. CAAP

Mayo - 1982

INTRODUCCION

El desarrollo de la crítica sobre la estructura de los sistemas establecidos, y en particular sobre los sistemas de salud, han tenido diversas expresiones. Por un lado y desde la visión occidental se han elaborado innumerables documentos técnicos, políticos y administrativos, que buscan el perfeccionamiento de los servicios, en un proceso que en la actualidad no ha dado respuesta plena a las necesidades de la población.

Por otra parte, las comunidades del medio rural que no disponen de medios de expresión para generar su crítica, se manifiestan a través de mecanismos conductuales como la no asistencia a los Centros de Salud, en una activa resistencia frente a acciones llamadas de salud, pero vividas como amenazantes para la población.

Hay en el conocimiento popular conceptos como por ejemplo: que el Hospital es un sitio para morir, y no para

recuperar la salud. La respuesta oficial interpreta esta situación como de "ignorancia" y, por lo tanto hay que educar para la salud, siendo ésta la posición que ignora las estadísticas, el tipo y calidad de atención que se presta, y la imposición vertical cuando no el atropello a la cultura del pueblo.

No sin sorpresa vemos que las políticas sanitarias enuncian y dicen "representar" los altos intereses de la salud, mientras que estos valores son reemplazados por el incentivo del mercado de la enfermedad.

En este sentido, la coexistencia de intereses contradictorios en la atención médica del sector público y privado, la comercialización de fármacos, la orientación de la capacitación de los recursos humanos, entre otros, hacen difícil una búsqueda coherente de la salud.

En los países desarrollados, se han gestado posiciones cada vez más críticas sobre el alcance y eficacia de los sistemas, métodos y técnicas aplicados en la atención médica. Se ha cuestionado el fin mismo que tienen los servicios en la actualidad, poniéndose especial énfasis en el origen y desarrollo de las iatrogenias, elevación de la expectativa de vida y calidad de cuidados en la longevidad, llegando aún al desarrollo de códigos éticos que protejan al enfermo en su exposición al sistema médico.

En un informe del US Department of Health, Education and Welfare, dirigido al presidente de los EE.UU. (11/1/69) se afirma que:

"El país no cuenta con una serie de estadísticas que reflejen el progreso social o retrogresión. No existe ningún procedimiento gubernamental para

tomar inventario periódico de la salud social de la Nación" . . .

"Parece paradójico que, mientras los indicadores económicos registran, en general un continuo progreso —ingresos ascendentes y un bajo porcentaje de desempleo— las calles y los periódicos muestran que en todas partes hay un descontento creciente. . ."

"A partir de la década de los 50, disminuye este drástico mejoramiento (en el campo de la salud y en el promedio de vida). A partir de entonces se hace difícil establecer si nuestro estado de salud y de vida han mejorado o no". (1)

En 1973, Carlson trata de demostrar tres proposiciones relacionadas entre sí:

- 1) Que la atención de la salud tiene menos impacto sobre la salud que la que generalmente se supone;
- 2) Que comparada con un conjunto de variables socio—ambientales diferentes, la atención médica moderna tiene menos impacto en la salud que muchos de esos otros factores, y;
- 3) Que dada la dirección en la cual nuestra sociedad evoluciona y los imperativos evolutivos dentro del sistema de salud mismo, en el futuro, la atención médica tendrá aún menos efectos que el que tiene ahora. (2)

Estas citas, al igual que la numerosa bibliografía europea, muestran algunos de los niveles de los problemas que se enfrentan, llegándose a la necesidad de una reformulación con-

ceptual del proceso salud—enfermedad.

Nuevos enfoques filosóficos y el desarrollo de disciplinas como la antropología y sociología médicas, intentan generar aportes importantes, que aproximen la ciencia médica al proceso del hombre real en su sociedad.

La situación de salud en Latinoamérica es elocuente para demostrar el éxito o fracaso de las políticas de salud implementadas hasta el presente. Como nunca, se ha evidenciado la dependencia absoluta del poder político del Estado y, de la estructura socio—económica de la Nación.

Las definiciones previas en la política nacional, condicionan todas las estrategias de búsqueda de la salud. Los Ministerios y en especial sus entes planificadores tratan de alcanzar metas imposibles, en la medida que se privilegia al capital financiero y se relegan los presupuestos de Salud Pública.

En un segundo plano se evidencian los problemas al interior de los organismos encargados de la formulación de políticas y estrategias de salud, en la medida que se siguen tomando en cuenta (en forma esquemática y acrítica) paradigmas considerados como universales y "modelos" cuya eficacia es cuestionada en sus propios países.

Esta situación nos lleva a plantear la necesidad inmediata de identificar la jerarquía de los problemas existentes, no sólo en el sector salud, sino en las estructuras del país que condicione los objetivos a alcanzar.

Para el campo específico de la salud es necesario reconocer y caracterizar la población y sus necesidades prioritarias; esta afirmación, que aparentemente es obvia, es necesario reafirmarla, ya que es frecuente encontrar todavía sistemas

médicos, que ignoren a inmensos grupos sociales de la población, o que se planifiquen acciones sin comprender su cultura e ideología.

Estos grupos generalmente no participan en las decisiones sobre su salud, y su posibilidad es cada vez más remota en la medida que son considerados "ignorantes", "marginados", o "incapacitados genéticamente".

Desde el sector oficial de salud se expresaba en la Quinta Reunión de Ministros de Salud del Area Andina:

"La respuesta de la comunidad en términos de demanda y utilización de los servicios, parece que no es la más adecuada al monto de la inversión y al esfuerzo nacional". (. . .)

"Sin embargo, hay algunos elementos socio-culturales de esta problemática que nos ha preocupado también y que hoy merece analizarse aquí . . ."

"Esta preocupación se refiere a la "obstrucción cultural" producida por la presencia altamente indiscriminada, culturalmente, de esta nuestra infraestructura y servicios en áreas y regiones rurales, con culturas altamente diferenciales. Sus efectos, aparentemente estarían causando serios problemas que inciden notablemente en las bases axiomáticas sobre las que se ha edificado el sistema nacional de salud, una de las cuales es la participación receptiva de la comunidad en los beneficios de dicho servicio" (3)

Este punto de vista es inicial al reconocimiento del problema, y se limita a su propia formulación.

Contrariamente a lo que se cree, la población no es pasiva frente al problema de la enfermedad. A través de su historia ha desarrollado sus conocimientos y técnicas, para interpretar y tratar esta situación.

Basada en su realidad socio-económica y la interpretación cultural de la enfermedad, existe un sistema de salud popular (los Sistemas No Formales de Salud), cuyos recursos humanos son propios de la comunidad: los miembros familiares, curanderos, parteras, boticarios, tenderos, etc. Que se constituyen en redes sociales para la interpretación y manejo de la enfermedad.

Su ubicación geográfica es local, regional, y podríamos afirmar que mediante el enlace nacional llegaría a ser continental.

Este sistema puede ser caracterizado como: de alta participación popular, con identidad cultural propia, de gran adaptabilidad, poca dependencia externa y socialmente legitimado por la comunidad.

Este sistema ha sido ignorado o subestimado por la medicina oficial y su conocimiento ha sido caracterizado como "empírico" o "precientífico", finalmente combatido con medidas de represión y extorsión. Tampoco se ha revalorado su acción benéfica en cuanto a la resolución de la morbilidad y en los cuadros de filiación cultural que no puede ser interpretados por la medicina occidental.

La estructura y dinámica de este sistema ha superado los factores limitantes de la demanda, y que son los ideológicos, económicos, políticos y técnicos; de los cuales el sistema de salud oficial (Sistema Formal), se encuentra a gran distancia.

El comportamiento de la población frente a los eventos de morbilidad y mortalidad ha demostrado ser activo en cuanto a las consultas de diversos recursos humanos de las diferentes ofertas de servicio.

La experiencia de enfermedad y muerte en la población es un hecho cotidiano, y de allí devienen las conclusiones sobre su decisión de consulta y tratamiento. De ésto no cabe ninguna duda que la población exige efectividad para la solución de sus necesidades, muchas veces no importa que sea médico o promotor de salud, curandero o boticario, o la contribución de todos en consultas sucesivas.

El problema de la salud ha llegado a niveles críticos, y en la medida que la crisis social se acrecienta esto se expresará en más enfermedad y muerte.

La superación de esta situación necesariamente es producto de la resolución de las contradicciones contenidas en la sociedad, y esto ubica al problema de salud-enfermedad en su justa dimensión económica, social y política.

La dimensión del debate teórico en estos campos puede generar innumerables alternativas, pero todas ellas no serán practicables en la medida que no se parta de un conocimiento objetivo de la realidad. Y desde esta posición el aporte de la crítica y la investigación se torna básico e imprescindible.

Es en este contexto que la presente obra del Centro de Arte y Acción Popular se ubica con todos sus alcances y posibles limitaciones.

La Región Andina, y el Ecuador en especial, constituyen uno de los más complejos y diversos ecosistemas, donde habitan numerosos grupos étnicos, y donde coexisten diversos

modelos de salud. Estos varían desde las prácticas médicas tradicionales, hasta las más avanzadas técnicas de la medicina moderna y metropolitana.

El reconocimiento de las características de los procesos sociales dentro de las sociedades agrarias, la relación con las políticas de desarrollo implementados desde el Estado, y las propuestas de cambio en las relaciones entre población y servicios de salud, son algunos de los elementos fundamentales para entender la perspectiva real del proceso de salud.

Los trabajos que a continuación presenta el CAAP, buscan aportar elementos para la discusión, aproximarse a la descripción de situaciones y experiencias concretas del saber popular, e iniciar el planteo sobre la búsqueda de alternativas viables para la gestación de una política de salud.

Esta actitud, proveniente de médicos y científicos sociales jóvenes, en cierta medida les aproxima más a la comunidad, que a los estratos de poder oficiales o universitarios, no deja de ser saludable ya que no hay duda que la respuesta final sobre las propuestas la tiene la población y, cada vez en forma más activa en nuestra América Latina.

Carlos Coloma
Abril de 1982

- (1) *U.S. Department of Health, Education and Welfare. "Hacia un informe social" Secretario de Salud, Educación y Bienestar. Washington D.C. Government Printing Office. 1969.*
- (2) *Carlson, Rick J. "El fin de la medicina" Sta. Bárbara. California. 1973.*
- (3) *Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Documento Oficial. Quinta Reunión de Ministros de Salud del Area Andina. Bolivia. 1978.*

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



REFERENTES

MARGINALIZACION DE LA MEDICINA O MEDICALIZACION DE LA MARGINALIDAD

Josè Sánchez-Parga

Sánchez Parga, José (1982). **Marginalización de la medicina o medicalización de la marginalidad.** En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 21-38. Quito: CAAP.

Marginalización de la medicina:

Ya entonces, por el año 1968 (cfr. *El Comercio*, 23, Julio. A. p. 4), se trataba de la "incorporación de los campesinos a la Seguridad Social Nacional", considerando que "esa misma protección de justicia sería ya una reforma radical en las estructuras socio—económicas".

Probablemente nadie se atrevería hoy a cometer un equívoco tan grueso identificando un programa de salud con una reforma de las estructuras socio—económicas del país. Sin embargo, el fondo del problema no planteado por la gran empresa que pretende cumplir el sistema de salud pública y el instituto de salud social, y que sigue siendo el problema neurálgico de los grandes proyectos y realizaciones médico—sanitarios en los países subdesarrollados, consiste en no establecer esta relación precisa entre las condiciones socio—económicas y la salud enfermedad, y mucho más en no confundir un ambicioso programa, por muy reformador que sea, con un cambio estructural.

Desarrollar el aparato médico y sanitario y farmacéutico sin un desarrollo de las estructuras socio—económicas de una sociedad tendrá como resultado una simple "medicalización del subdesarrollo", que en definitiva conducirá a integrar a las clases más pobres al sistema global de la sociedad, también por la dependencia al aparato médico y al consumo de la atención y de los fármacos. Ha sido de esta manera cómo la colosal empresa de la salud y la medicina no sólo se ha introducido en los países subdesarrollados, sino que, bajo formas de cooperación, y a través de políticas asistenciales y promocionales de los mismos gobiernos, está llegando a las clases más empobrecidas y a los grupos más marginados, como son los campesinos de las comunidades tradicionales.

Tal es el programa lanzado en 1978 por la Organización Mundial de la Salud: "la salud para todo el mundo en el año 2.000". Su propuesta sanitariamente lúcida y coherente, preconiza un conjunto de medidas, servicios médicos, preventivos y curativos, que puedan ser asegurados por un personal auxiliar. Sacar al médico y a la medicina de los recintos hospitalarios es una apreciable medida para resituar la práctica de la salud allí donde se producen las enfermedades; es decir, en ese tejido y enclave de interacciones entre el hombre y su circunstancia ecológica, social y económica; en definitiva, y muy concretamente, en los espacios de trabajo y vivienda.

Pero aún así, siempre se tratará de una medicalización de la marginalidad, y de la adaptación de una medicina apropiada, en el mismo sentido que se habla de tecnología apropiada, a los sectores periféricos de la sociedad.

En los países subdesarrollados y dentro de ellos en los grupos marginales, la enfermedad resulta, en gran parte, de la mala o deficiente nutrición, y de las condiciones insalubres en que se desarrolla la vida de los niños y la actividad de los adul-

tos. Es el cambio del medio ambiente y laboral el que puede asegurar condiciones y garantías de salud. Pero ésta precisamente es la frontera que parece limitar las competencias y quizás la misma visión de todas las políticas sanitarias nacionales e internacionales.

Peor aún. La ayuda médica internacional entra en flagrante contradicción con las ayudas alimenticias: representa un arma de política extranjera en las naciones que se benefician de ella, y constituye un instrumento privilegiado para las sociedades multinacionales —la industria farmacéutica— en su acceso a amplios y nuevos mercados. Desde hace más de 10 años las grandes firmas farmacéuticas han incrementado su influencia en el seno de la Organización Mundial de la Salud gracias a los programas de reproducción humana, enfermedades tropicales y medicinas de base para las curas de sanidad primaria. Esta penetración de la industria farmacéutica, que se da a nivel mundial como a niveles nacionales, revela la confianza que los programas de salud conceden a las soluciones de orden técnico e industrial, para resolver problemas que son ante todo de orden económico, social y político.

Las sociedades consideradas en vías de desarrollo ven agravarse en su seno una doble marginalización social: la que las separa de las sociedades industriales haciéndolas cada vez más dependientes de éstas, y otra, consecuencia de la anterior, la que profundiza las fracturas internas entre sus élites occidentalizadas, la "lumpenburguesía", y sus grupos sociales más pauperizados. La introducción del monocultivo en las zonas donde el campesino practicaba una mayor diversificación y alternancia, el incremento de las culturas de exportación, la degradación de los procedimientos tradicionales de irrigación, la progresiva monopolización de las tierras, por lo general las más ricas, para la industrialización del agro, constituyen una serie de modificaciones que transforman radical-

mente el equilibrio ecológico, mientras que los nuevos modos de producción acarreados generan profundos cambios en la estructura social. Todas estas transformaciones son planificadas y ejecutadas sin tener en cuenta su repercusión en el medio ambiente que condiciona las posibilidades de salud e higiene de las poblaciones afectadas. Las presiones demográficas y los flujos masivos de migración campesina, ligados a estos cambios ecológicos, económicos y culturales, contribuyen a degradar las condiciones de existencia, y como efecto, poblaciones a la deriva congestionan los barrios suburbanos, creando focos de insalubridad y de contagio.

El impacto sanitario de las opciones económicas y políticas, que orientan el desarrollo de los países subdesarrollados, no se sitúa en función de las necesidades de las poblaciones mayoritarias sino de acuerdo a la lógica propia del mundo industrial, de la nacionalización o internacionalización de los intercambios comerciales. La salud y el aspecto médico de los grupos sociales marginados no es más que un reflejo, resultante inevitable, del sistema, que en el mejor de los casos tratará de paliar con recursos de emergencia o programas concesivos las contradicciones y la lucha de clases.

Mientras que las hambrunas han existido siempre a lo largo de la historia y de la vida de los pueblos como episodios de catástrofe o resultado de grandes crisis, la mala nutrición se ha instalado en nuestras sociedades subdesarrolladas, en los grupos y regiones más pobres, como un fenómeno crónico y cotidiano, que si no parece amenazar la supervivencia de los individuos, aunque si amenaza la reproducción del grupo, mina tanto sus posibilidades de salud como su desarrollo orgánico completo. Porque la mala nutrición es ella misma un fenómeno marginal y solapado, que no se manifiesta de forma alarmante, un país puede convivir con ella en la medida que se limita a socavar el crecimiento normal de aquellos grupos menos pro-

ductivos de la población dentro de un determinado sistema económico.

En este sentido, la mala nutrición es un fenómeno reciente en sus proporciones, que ha sido acarreado por una transformación masiva de la agricultura. Dentro de la gravedad del informe presentado por CONADE en 1981 sobre el descenso de la producción agrícola en los últimos años, es elocuente constatar que sólo aquellos productos directamente orientados a una demanda industrial como la soya y la palma africana son los únicos en haber alcanzado un alza considerable.

Las organizaciones nacionales e internacionales tienden a buscar soluciones médicas a la mala nutrición, muy concretamente a través de los cuidados de salud primaria y de la educación sanitaria. Pero no hay medicina ni tratamiento orientados a subsanar y compensar a las clases explotadas y a los campesinos pauperizados de sus medios de subsistencia. Como dijo un economista chileno cada dólar que en Latinoamérica se gasta en servicios sanitarios muy especializados cuesta un centenar de vidas humanas. Estas vidas se salvarían si dicho dólar se emplease en alimentar a la población y poner a su alcance agua potable.

Medicalización de la marginalidad:

Si las soluciones enarboladas por los sistemas nacionales de salud son exclusivamente sanitarias, tenemos que reconocer que toda una ideología médica está en cuestión, y que no son los gobiernos de turno sino todo el sistema el responsable y cómplice de dicha ideología. Si el mejoramiento de la sanidad de un país está instrumentalizado por los recursos sanitarios, el derecho a la salud por parte de la población (y las obligaciones respecto de ella por parte de los gobiernos) se resume al derecho de los individuos a los servicios médi-

cos, y muy eventualmente a los farmacéuticos. Tal concepción implica una metodología de lucha contra la enfermedad no en función de las causas sino de la especificidad propia a cada patología, y de los medios sanitarios disponibles para tratarla. En resumidas cuentas, la concepción y la metodología sanitarias parecen claramente orientadas hacia la enfermedad y el consiguiente consumo de la medicina, y no hacia la salud y hacia un "consumo" de mejores condiciones de vida indispensables para garantizar aquella.

La mayor parte de las enfermedades transmisibles son conocidas en su etiología y controlables tanto en su tratamiento como en su prevención. Contra ellas el esquema de lucha más simple es el de la vacuna. Si tal modelo fuera aplicable para todas las enfermedades, la implantación generalizada de centros de salud primaria en los confines de los países más pobres y en los confines más pobres de cada país dispensaría de cualquier otra acción respecto a las causas de las enfermedades. Esto es precisamente lo que espera el Banco Mundial, que acuerda todo su apoyo a la vacunación de los niños más que, por ejemplo, al aprovisionamiento de agua potable a las poblaciones desfavorecidas.

Prescindiendo de las intenciones abrigadas por la acusación de la Cámara de Comercio de Quito, denunciando al IESS de no "hacer balances actuariales desde hace 20 años" (El Comercio, 23 de abril, 1981, p. A. 7), nos encontramos ante el típico fenómeno de transformación de la Medicina Nacional en una monumental empresa, y empresa financiera, con sus "propiedades inmobiliarias", y un ingente aparato burocrático, todo ello desproporcionado al objetivo fundamental de "prestar atención médica seria y oportuna" a la mayoría nacional de sus afiliados. A dónde va a parar el 18 o/o salarial de toda la nación destinado a la Caja del Seguro Social? El IESS, con todo su maquinaria infraestructural y administrativa, es el ejem-

plo de cómo el dispositivo médico—sanitario de un país se convierte en “elefante blanco”. Y no nos referimos a las condiciones estructurales, que rebasan la competencia de un Seguro Social, para resolver la salud de un país, condiciones, repetimos, socio—económicas, sino a la desorientación misma de una política médica enfocada prioritariamente a la creación y desarrollo de un colosal aparato sanitario más que a la práctica curativa.

Resulta inevitable que los desarraigados de la sociedad de consumo no reciban sino las migajas de un sistema médico, que encuentra su provecho y una acción mucho más estimulante en otros espacios. Los cuidados de salud primaria y una tecnología avanzada se excluyen en un sistema general de la medicina y en una concepción global de la sociedad capitalista. Ambos, inseparablemente ligados, se orientan a un modelo de crecimiento impuesto por el desarrollo industrial y del consumo. La medicina entra de manera irremediable en una lógica de la tecnificación, de la especialización y de la mercancía. Por ello, hablar de primeros cuidados en los países del tercer mundo como en los industrializados, significa inevitablemente extender la medicalización de la vida y de la salud sin modificar —ni pensar en modificar— las condiciones mismas que favorecen la aparición y desarrollo de las enfermedades.

Toda la ideología médica, generada por el sistema capitalista, manipulado por los organismos internacionales (OMS y transnacionales del fármaco, que suelen tomar a los países del Tercer Mundo como terreno de experimentación de nuevos productos, muy concretamente de contraceptivos y remedios contra enfermedades tropicales) es difundida en los países subdesarrollados por los organismos estatales, Seguros Sociales, y muchas veces por las mismas Escuelas y Facultades de Medicina carentes de una clara visión socio—política de la medicina.

Las "postas sanitarias", como enclaves de avanzada de la práctica sanitaria oficial, parecen responder, *en su función*, a la necesidad de descentralizar la medicina, implantándola en las proximidades de sus requerimientos, allí donde se declaran las enfermedades, y los cuidados de emergencia se hacen más urgentes. Se requeriría un análisis muy preciso para evaluar las condiciones materiales con las que están pertrechadas dichas postas, así como la regularidad de las prestaciones del personal encargado; en base a tal evaluación se podría juzgar hasta qué punto desempeñan estos centros rurales la función asignada.

Con todo, *estructuralmente*, estas sucursales del sistema médico oficial se limitan, por lo general, a prolongar la misma ideología y administración de la cura y consumo del fármaco, en lugar de implementar en las comunidades y en la zona una pedagogía de la salud, la higiene y la dieta familiar, trabajando con las autoridades locales por el saneamiento ecológico de la población, y orientando los recursos estatales o privados hacia las prácticas preventivas.

Un proyecto más renovador parecían presentar los pioneros de la llamada "medicina alternativa", precisamente porque establecían un corte con la estructura del sistema médico oficial de la sociedad. Una tal práctica tendía a modificar las relaciones entre los tres actores principales de la acción médica: el paciente, el médico y el fármaco. El diagnóstico y hasta la misma terapia se formulan y operan desde el punto de vista, desde el mundo del paciente, y no desde un paradigma de la medicina académica y comercial, que el médico alternativo trataba más bien de no representar.

Por otra parte, se tendía a cambiar la misma naturaleza de la medicación con el recurso a la fitoterapia o curas tradi-

cionales, aboliendo así la dependencia ideológico—económica respecto de los fármacos. Este punto no es menos importante, ya que la droga posee en la ideología médica oficial el mismo signo fetichista que la mercancía y el dinero en la concepción de la economía denunciada por Marx. El fetichismo del producto farmacéutico (y hasta se podría hablar de una "economía política de la medicina en la medida que su costo —valor de cambio— significa consciente o inconscientemente su valor real— de uso), instrumentaliza tanto la dependencia del médico como la del paciente al esquema ideológico—económico de la medicina como consumo.

Sin embargo, por mucha simpatía que merezca la "medicina alternativa", no podemos hacernos muchas ilusiones respecto de su eficacia global. Y ésto no por las buenas intenciones o capacidad de sus agentes, sino porque estructuralmente se constituye en una práctica "marginal" con relación al sistema médico dominante en la sociedad. Esta "marginalidad" es precisamente lo que autentificaría a la medicina alternativa, pero también la que la determina a desarrollarse en términos muy limitados, económicamente reducidos, y en una desventajosa competitividad con el aparato y recursos de la medicina oficial; cuya lógica, además, es ampliarse y perfeccionarse.

Sólo en base a un proyecto político de largo alcance, o sustentada por un proyecto político que fuera capaz de registrar programáticamente las condiciones socio—económicas y políticas de la medicina, podría cualquier "alternativa" garantizarse una consistencia y un futuro como parte de un proyecto global para toda la sociedad.

Por último, la "medicina alternativa", como tantas otras alternativas que afectan al modo de funcionamiento del sistema y no a sus relaciones estructurales profundas, es sus-

ceptible de una recuperabilidad por parte del sistema, y de hecho ha sido ya recuperada por él, reproduciendo las mismas formas de administración, especialización y consumo característicos del sistema médico oficial.

No pueden ser alternativas planteadas desde el mismo sistema de la medicina, ya sean éstas nacionales o internacionales, las que resuelvan el problema económico y político de la salud, que como tal problema se remite a la estructura global de la sociedad; y no habrá, por ello, cambios sustanciales en el sector salud—enfermedad—medicina sino como efecto y consecuencia de un cambio en las estructuras sociales.

No hay, entonces, por qué creer en slogans tales como "la salud para todo el mundo", y no porque sea una utópica panacea, sino porque encierra una falacia. Y nos preocupa menos la universalización de la medicina, el que sea "para todos", cuanto la naturaleza, cualidad y significación de esa medicina. Por ello, consideramos que si la medicina, al menos a nivel nacional, la paga el pueblo, ésta pueda ser sometida a una autogestión; que los trabajadores y "consumidores" cuenten con los mecanismos y dispositivos de un control social sobre ella, y sobre el sistema encargado de distribuir los cuidados preventivos y curativos. No se trata de una pura y simple nacionalización del aparato sanitario que dejara intactas la jerarquía y el funcionamiento de un sistema dominado por la misma clase dominante en la sociedad.

De este acervo de responsabilidades no se libra la Universidad y sus Facultades de Medicina. Precisamente, en países de un subdesarrollo dependiente las Universidades que gozan de autonomía y democracia se han preocupado más en radicalizar y confrontar sus cuadros partidistas que en politizar sus programas académicos y su formación profesional. Fácilmente se ha creído que con un curso sobre marxismo o de economía políti-

ca quedaban saldadas las cuentas con la propia conciencia revolucionaria; pero ahí quedaban unas materias, un pensum y toda una formación científica y profesional totalmente despolitizadas, y lo que es peor impregnadas de una sutil ideología, que en nombre de la eficiencia y la especialización convertirán a la medicina en un arma contra el propio pueblo.

Esto explica que la gran mayoría de los médicos egresados pase a integrar fácilmente las filas de la lumpenburguesía, de la que un gran número de ellos proceden, hartos convencidos del carácter mercantil de su profesión, y muy maleables por los valores y modelos de los países desarrollados en lo que se refiere al ejercicio, consumo y rentabilidad de la práctica médica.

Efecto de esta situación es el proceso migratorio de los médicos de países dependientes a los países desarrollados. El arribo a EE.UU. en la década de los años 60 de 5.756 médicos procedentes de países subdesarrollados, de los cuales 35 o/o oriundos de Latinoamérica, supuso un ahorro durante dicho período al país huésped de 4.000 millones de dólares, cantidad superior a la ayuda anual que los EE.UU. conceden en asistencia médica y hospitalaria a América Latina en el mismo período.

Con todo, tampoco es el médico y la misma profesionalización de la medicina donde haya que buscar la causa y remedio al problema de la salud en los países subdesarrollados, ya que una profesión alcanza y mantiene su posición socio-económica en virtud de la protección y patronazgo que le dispensan los sectores e intereses dominantes en una sociedad determinada.

Sistema de salud y estructura social:

El desarrollo precedente nos lleva a emplazar con mayor claridad el mal funcionamiento del sistema de salud dentro de esa totalidad de la que no es más que una pieza. El sistema médico-sanitario de un país está determinado principalmente por las mismas fuerzas que determinan su formación social y totalidad de la sociedad. Y son las mismas fuerzas políticas y económicas, que condicionan la naturaleza del capitalismo y el subdesarrollo económico y social dentro de un país, las mismas que producen el subdesarrollo de la salud y de sus recursos.

Dicho subdesarrollo en lo médico y sanitario no es más que el efecto de una desigual distribución de la riqueza en su totalidad y de los servicios de la salud en particular. De ahí, que dicho subdesarrollo no se pueda achacar a la mala distribución de los recursos del sector salud y dentro de él, sin tomar en cuenta las estructuras políticas y económicas que determinan dicha distribución, y que en ellas las relaciones de clases son las que controlan tal distribución.

La causa de que los servicios sanitarios no cubran a toda la población y no lleguen a los sectores marginados de su periferia no es la escasez de capital y recursos en el sector de la salud, sino la deficiente distribución y utilización de los recursos existentes.

Los mismos grupos sociales, hegemónicos, que determinan las pautas de producción y de consumo en los sectores primarios y secundarios diseñan también aquellas pautas en el sector de la salud, que no beneficiarán a la mayoría de la población. Y lo que agrava la situación de esta mayoría marginada es que en el de la salud como en los otros terrenos econó-

micos la clase media funciona como grupo dependiente de la burguesía reforzando los modelos de consumo de ésta.

Esto condiciona, en nuestros países subdesarrollados pero con una formación económica capitalista, que la pauta de producción en el sector de la medicina y en el sistema de servicios de sanidad se oriente hacia:

- La medicina especializada con base hospitalaria en contraposición a la medicina comunitaria.
- La medicina con base urbana y de componente tecnológico en lugar de ruralizarse y privilegiar el factor humano y ecológico.
- La medicina curativa sobre la medicina preventiva.

Este tipo de producción sanitaria llega a inducir modelos de consumo médico incluso en aquellos sectores económicamente incapaces de responder a la oferta, generalizándose "la creencia de la gente de que no puede enfrentarse a la enfermedad sin ayuda de la medicina moderna causando mucho mayor daño a la salud que los médicos que imponer sus servicios a los pacientes". Y en este sentido, prosigue ILLICH "la proliferación de instituciones médicas, por muy seguras y bien llevadas que sean, desencadenan un proceso social patógeno. El exceso de medicalización transforma la capacidad de adaptación en disciplina masiva de consumo médico" (Medical nemesi: "The expropriation of health, p. 39. versión de Navarro). Y por esto mismo se pronuncia el autor contra la alternativa de socialización de la medicina atribuyéndola a una 'retórica igualadora' en cuya trampa caen hasta las fuerzas más progresistas; ya que una mayor y mejor redistribución de la asistencia médica presentada por la socialización tendería a medicalizar todavía más a nuestra población.

marginalada aumentando la dependencia respecto del sistema asistencial.

La solución del problema no radica en la socialización o no del sistema de salud, sino en comprender la una dentro de una socialización de toda la sociedad en sus estructuras generales, y el otro como parte de ese nuevo modelo social.

Por ello, la desprofesionalización o desjerarquización del sistema de salud, que en el fondo sería una forma de socializar y democratizar dicho sistema no es posible dentro de la estructura de clases dominante en nuestras sociedades. Y jamás podrá ser ésta la medida administrativa de un gobierno, ya que están en juego las cuotas de poder político de las clases dominantes; y con ellas, toda la estructura social. Es el cambio de esta estructura la condición tanto para una reforma socio-política de la medicina como para la reforma económica que determina su producción y redistribución.

Y ésto, porque no es el sistema de salud mismo, las burocracias sanitarias, los medios que los generan y controlan sino los que administran el consumo de la medicina y los fármacos, y la dependencia al sistema sanitario en su totalidad. El aparato sanitario y la clase médica ni poseen ni controlan la industria de la salud; solo la administran. Lo que, sin embargo, dialécticamente, no excluye que la clase dominante, el bloque hegemónico, no esté representado en estos aparatos y en esta profesión.

El problema de la salud, de la enfermedad y de la medicina se remite por sí solo a su trasfondo político, donde el análisis y las previsiones rebasan los términos de los planteamientos aquí presentados. Y con ello confiamos la conclusión a un diagnóstico reciente: "la gran desigualdad que en Latinoamérica presenta la distribución de los recursos humanos del

sector de la salud es síntoma de la mala distribución que aqueja los distintos sectores de la economía, lo cual se debe a la dependencia económica y cultural de dicho continente y al hecho de que una lumpenburguesía con vínculos extranjeros controle la distribución de los recursos económicos y sociales (incluyendo los de la salud). . . no cabe esperar que en América Latina se cree una distribución más equitativa de los recursos humanos del sector salud dentro de una distribución sumamente inequitativa de todos los recursos en general. Ello se debe a la gran desigualdad que hay en la distribución de los mecanismos de control económico y político" (V. Navarro, *La medicina bajo el capitalismo*, Grijalbo, 1978, p. 60).

EL PROCESO DE MORBIMORTALIDAD EN LA COMUNIDAD CAMPESINA

Documento CAAP

Documento CAAP (1982). **El proceso de morbilidad en la comunidad campesina.** En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 39-120. Quito: CAAP.

ASPECTOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y MORTALIDAD EN LA SIERRA ECUATORIANA: CUATRO CASOS DE LA COMUNIDAD ANDINA.

PRESENTACION

Este trabajo es una primera aproximación al estudio de la cuestión en la Comunidad Andina. Los problemas de salud rural en la Comunidad Andina plantean la necesidad de experiencias con abundante trabajo de campo, que el CAAP está realizando en todas sus áreas. No es posible confirmar estas experiencias como definitivas y generalizables inmediatamente, pero sí como un punto de apoyo para desenvolver posteriores trabajos.

La finalidad de esta tarea realizada fue observar el comportamiento de la morbimortalidad según la población y algunas características de la Comunidad Andina.

Tomamos datos de Mortalidad General, por edades, datos de Mortalidad por año considerando los años 1977 - 78 - 79 y 80, y según meses del año, y Causas de Mortalidad en número de casos y porcentaje de casos según agrupación de casos por causa.

Estudiamos, por otro lado, Tipo de Comunidades según Producción, estrategias de supervivencia, migración y Relación con el Capital Comercial. Ubicamos del ciclo agrícola en cuanto a cultivos anuales y estacionales según Piso ecológico y fase de cosecha. Como otro dato ecológico rescatamos el de pluviosidad en cada zona.

De esta manera vamos a cruzar los datos de salud con los socio—económicos y ecológicos y de Población. Además haremos un ligero cotejo de la situación de salud en relación a la existencia de servicios de salud y los cambios operados en cada área.

Mientras en el caso del proletariado es el salario el que regula su Reproducción Social, en el campesinado dicha Reproducción, estando sujeta a sus propias condiciones de producción, éstas no aparecen como formas de explotación. Sin embargo, las reales condiciones de la producción campesina de las comunidades de la Sierra ecuatoriana no pueden ser comprendidas sino al interior de la formación social ecuatoriana, y dentro de esa particular forma de explotación que encubre el modo de producción mercantil simple.

Por eso es importante plantear el problema salud—enfermedad y la mortalidad en el conjunto de la formación social, pero también muy estrechamente ceñido a las condiciones histórico—culturales que reviste en el campesinado indígena del Ecuador.

Al abordar el problema de la mortalidad en la sociedad campesina indígena hemos querido, más que levantar cifras, de por sí elocuentes, situarlas en su contexto social y económico, y dar una comprensión estructural de dicho problema. Con lo cual tratamos de mostrar hasta qué punto está amenazada la Reproducción Social del campesinado andino, y cómo

mo dicha reproducción no se debe tan sólo a las limitaciones de un sistema sanitario, sino a las condiciones socio—económicas en las que dicho grupo social se encuentra relegado.

“La demografía está enteramente sujeta a la producción y a la circulación de subsistencias” (C. Meillasoux).

“Lo demográfico no es sino síntoma de profundos cambios socioeconómicos y políticos” (J. V. Murra).

Los datos sobre Mortalidad han sido recogidos en seis parroquias de la Sierra Norte Ecuatoriana, pertenecientes a tres provincias diferentes: Isinliví en el Cantón Pujilí, en la provincia del Cotopaxi; Ilumán y Miguel Egas, en el Cantón Otavalo, y San Francisco y El Sagrario en el Cantón Cotacachi, en la provincia de Imbabura; y, finalmente, Cangahua, en el Cantón Cayambe en la provincia de Pichincha. Dichos datos proceden de los Registros Civiles parroquiales a excepción de la parroquia de Isinliví, donde la ausencia del Secretario del Registro nos obligó a recurrir al Libro de Defunciones de la Iglesia parroquial. Los datos reseñados no siempre son claros, y tal como aparecen en los registros adolecen de limitaciones en el diagnóstico, pero bajo términos de interpretación, que más adelante señalaremos, pueden ser aceptados. Así, por ejemplo, mientras en el Libro de Defunciones de Isinliví los datos responden a cuestionario del cura a los familiares del fallecido, los de Cangahua reflejan más una precisión técnica—médica Formal. Entre estos dos extremos se sitúan los otros casos del estudio.

Hemos organizado el Documento de acuerdo a las distintas zonas estudiadas. Comenzamos cada capítulo con una descripción del área, para mejor precisar la ubicación de los

datos recogidos; a continuación exponemos dichos datos en cuadros que hagan fácil su lectura, la cual forma parte de una conclusión particular de cada zona. Al cabo de los análisis particulares proponemos una conclusión general.

El principal derecho de autor de este Documento corresponde al CAAP, colectivamente, cuya experiencia de trabajo en las áreas hizo posible este estudio y cuya metodología política lo inspiró y lo ha guiado.

Introducción General

Presentaremos cada zona en estudio con una descripción que incluye los factores económicos, sociales, infraestructura, población, climatología y pluviosidad y los datos de salud—enfermedad. Entre los indicadores de salud—enfermedad consideramos la Mortalidad general, Mortalidad infantil, Mortalidad por grupos etáreos, Mortalidad según meses del año y Mortalidad por causas.

Entenderemos por Mortalidad general todas las defunciones registradas sin ningún tipo de diferenciación.

Al clasificar los índices de defunción por edades, hemos tomado la Mortalidad infantil como criterio de los fallecidos menores de un año. Será importante tomar en cuenta el elevado número de estas defunciones tanto más que la atención de la medicina del Sistema Formal parece privilegiar en sus políticas sanitarias y programas preventivos precisamente la edad infantil. La medicina estatal y del Sistema médico Formal en este rubro del problema no ha tenido en cuenta las condiciones socio—económicas, higiénicas y culturales que afectan la salud—mortalidad infantil.

La Mortalidad por grupos etáreos servirá para diferen-

ciar la edad de uno a cuatro años (llamados preescolares), de 5 a 15 años, de 15 a 45 años y de más de 45 años, considerando al mismo tiempo su diferente posición productiva, socio—económica, dentro del grupo campesino. Así, hemos adoptado la edad de 15 años como promedio en la que el campesino se convierte plenamente en fuerza de trabajo dentro del grupo, y en sujeto real de la producción y reproducción; lo que al mismo tiempo le confiere una particular situación respecto a los derechos de salud que el grupo puede asegurarle. Situación análoga presenta la edad entre los 5 y 15 años, en que el individuo es ya potencialmente productor y se encuentra por ello asociado a la fuerza de trabajo campesino. Y en fin, hemos considerado los 45 años como criterio de "esperanza de vida" dentro de dicho grupo social. Los grupos etéreos permitirán precisar la particular patología que estos grupos tienen.

La Mortalidad según los meses del año nos ofrecen la posibilidad de asociar los indicadores de mortalidad con el clima y, fundamentalmente, con la pluviosidad y el ciclo agrícola. Para todo ello se tomarán casos de mortalidad y también tasas de mortalidad de 1.000 habitantes.

Por lo que se refiere a la Mortalidad por Causas trataremos de identificar, con algunas dificultades, los determinantes socio—económicos de ellas, para de esta manera agrupar las enfermedades según su relación con el proceso social, tratando de hacer patente su origen y etiología. En esta clasificación incluiremos enfermedades de Desgaste o sea crónicas, de larga evolución, enfermedades por stress, o aquellas resultantes principalmente de tensión psico—social, enfermedades prevenibles o de reproducción simple, que son las infecto—contagiosas y parasitarias, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, que serían aquellas directamente vinculadas al proceso productivo. En la designación de enfermedades trataremos de seguir la Clasificación Internacional de Enfermedades de 150 causas.

En cuanto a las Enfermedades de Causa Desconocida, así como a los diagnósticos de categorías No Formales, los agruparemos considerando que muchas veces la "Causa desconocida" es una causa No Formal relevante de la Medicina Tradicional. En este aspecto específico del trabajo consideramos las posibilidades de Subregistro, pero queremos dejar constancia también del mal—registro, que se da en la medida en que no hay un reconocimiento oficial de la Medicina Tradicional; de su gnosología y etiología, lo que limita la información y prejuicia la descripción.

EL CASO ISINLIVI: DESCRIPCION

La Parroquia de Isinliví se encuentra al Nor Occidente de Latacunga, y comprende cinco comunidades campesinas además del centro parroquial: Guantualó, La Provincia, Guangonala, Cochaló y Hierba Buena. Isinliví se encuentra comunicado con Latacunga por una carretera que pasa por Sigchos; un bus asegura un servicio diario de ida y vuelta, con dos horas y media de recorrido, hasta Latacunga. Actualmente hay escuelas en las comunas y un colegio fiscal en el centro parroquial desde hace 4 años. No hay servicio de agua potable; la población la toma de las acequias. Tampoco hay alcantarillado. La mayoría de las vivienda fuera del centro parroquial son de un solo ambiente.

La población total según el censo de 1974 es de 3.023 personas, correspondiendo al centro parroquial 291 habitantes y el resto, 2.732 personas, a las comunidades. Manteniendo el porcentaje entre el centro parroquial, del 9,6 o/o y comunas 90,4 o/o, haremos la proyección de población, basados en 1974, para los años 1977, 78, 79 y 80.

Según el mismo censo, la población alfabeta era de 742 habitantes, y la analfabeta de 1.361 (sobre un total de 2.114

habitantes por encima de los 10 años).

Tanto la parroquia como el centro comunal de Guantualó, donde se celebra un mercado semanal todos los lunes, están regidos por un grupo de mestizos comerciantes transportistas. De ambos lugares suele emigrar gente joven, y periódicamente un 20 o/o de la población activa de hombres alternan el peonaje con campesinos ricos, y el trabajo asalariado en las zonas más diversas del país. La época de migración más numerosa coincide con los meses de noviembre a febrero para las comunas altas, y todo el año para la parte más baja.

Las Fiestas parroquiales son el 25 de Diciembre, pero también se celebran otras fiestas menores como Carnaval y San Pedro.

Ecológicamente toda la zona se extiende entre los 3.200 m.s.n.m. (Guantualó) y los 2.700 (Guangomala y Cochalo). La pluviosidad es relativamente intensa en los meses de invierno, de Diciembre a Marzo. Podemos tomar como referencia la pluviosidad de Sigchos. La tierra no está particularmente erosionada, y más bien la misma configuración del terreno y algunos cauces de agua hacen bastante abrigada la zona de los vientos y permite cierta diversificación de cultivos. Se producen los tubérculos andinos tradicionales hasta el trigo en las zonas más bajas. El cultivo anual del maíz se cosecha en Agosto, mientras que la papa se cosecha en marzo.

Uno de los problemas fundamentales es la tenencia de la tierra que en la mayoría de comunidades constituyen pequeñas parcelas de 2 hectáreas cultivables, habiendo muy escasas posibilidades o ninguna de extensión.

Con respecto a salud, desde hace cuatro años una enfermera atiende el Puesto de Salud del MSP de Isinliví, y desde

Agosto de 1981 un Médico Rural del MSP presta su atención en el centro parroquial y en el centro comunal de Guantualó los días lunes. Desde hace dos años el Médico del CAAP prestó atención durante cinco días de la semana en la zona. Un cura italiano con dos o tres voluntarios de la misma nacionalidad, junto con la enfermera, llevan adelante el Programa Materno—Infantil de “Leche—Avena”. El Médico Rural atiende actualmente un promedio de cuatro pacientes diarios. Controla algunas pacientes embarazadas, pero que no se hacen atender con él durante el parto. Los pacientes delicados o graves suelen ser derivados a Latacunga o a Quito. La mayor demanda es de niños. Las vacunaciones las suele llevar adelante una vez al año el MSP a través de una visita.

A continuación del cuadro poblacional de la zona, que acabamos de introducir, proponemos los siguientes cuadros:

- 1.— El número de defunciones de los años 1977 a 1980 distribuidos por meses del año.
- 2.— De acuerdo a las dos coordenadas, número de defunciones y meses, establecemos las curvas de los cuatro años, particularizando los de 1977 y 1980.
- 3.— Clasificamos la mortalidad por diferentes edades, según los criterios establecidos, y añadimos las curvas de la mortalidad infantil comparándola con la mortalidad general.
- 4.— Retomando las coordenadas del número de defunciones y meses del año, graficamos las curvas de acuerdo a la pluviosidad en 1978 y 1979.
- 5.— Causas de mortalidad.

El comentario a los diferentes cuadros forma parte, según el mismo orden, de la conclusión al estudio de Isinliví.

C U A D R O No. 1

**ISINLIVI: Población Total. Años 1977 - 78 - 79 - 80
y 1974. Porcentajes de Población Urbana y Rural**

1974	o/o	1977	1978	1979	1980
Urbana: 291	9.6	321	331	342	353
Rural: 2732	90.4	3018	3118	3221	3328
Total: 3023	100	3339	3449	3563	3681

FUENTE: Censo Nacional Año 1974. INEC

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 2

**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y RAZON DE
MORTALIDAD INFANTIL AÑOS 77 - 78 - 79 - 80**

Tasas	1977	1978	1979	1980
Tasa de Mortalidad General	20.96	16.23	17.12	13.03
Razón de Mortalidad Infantil	52.85	46.42	44.26	37.50

FUENTE Y ELABORACION: CAAP

CUADRO No. 3

DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA DE ISINLIVI POR EIDADES. AÑOS 1977 - 1980

EDADES	1977	1978	1979	1980
Hasta el 1 año	37	26	27	18
Hasta 4 años	5	4	3	4
Hasta 15 años	1	3	5	4
Hasta 45 años	7	8	14	6
Más de 45 años	20	15	12	16
TOTALES	70	57	61	48

FUENTE: Libro de Defunciones de Isinlivi

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 4

ISINLIVI: DEFUNCIONES POR CAUSA.- AÑOS 78 - 79 - 80

CAUSA	1978	1979	1980
GRIFE	9	8	8
BRONQUITIS	9	3	—
SARAMPION	—	7	—
PULMONIA	1	2	3
TOSFERINA	3	1	1
FIEBRE	—	4	5
COLICO G.I.	1	5	3
INFECTACION	1	3	—
TIFUS	—	—	1
TRAUMAS (CAIDAS)	—	4	1
ANEMIA	2	—	1
INFARTO CARDIACO	2	—	1
PERDIDA DE SANGRE	1	—	—
HEMORRAGIA NASAL	—	1	—
PARTO	—	1	—
PALUDISMO	—	—	1
TUMOR	—	1	—
CANCER	—	—	1
SUPUESTA SENILIDAD	6	5	6
CAUSA NO PRECISADA O DESCONOCIDA	16	12	11
NO PODER LACTAR	1	—	—
PASMO	1	—	—
COLERIN	—	—	1
ANTOJO	—	—	1
FUERZA	1	2	2
PROSTATA	1	—	—
REUMA	—	2	1
T O T A L E S:	56	61	48

FUENTE: Libro de Defunciones de Isinlivi

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 5**DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA DE ISINLIVI: NUMERO
DE CASOS Y MESES DEL AÑO
AÑOS - 1977 - 1980**

MESES	1977	1978	1979	1980
Enero	9	3	4	6
Febrero	9	5	6	6
Marzo	11	6	6	2
Abril	8	3	6	5
Mayo	2	2	5	2
Junio	5	5	7	3
Julio	2	7	5	5
Agosto	1	7	—	5
Septiembre	7	12	5	3
Octubre	1	1	3	1
Noviembre	6	1	7	7
Diciembre	9	4	7	3
TOTALES:	70	56	61	48

FUENTE: Libro de Defunciones de Isinliví

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 6

ISINLIVI: MORTALIDAD SEGUN PORCENTAJE AGRUPADO DE CAUSAS AÑOS 1978 - 1980

CAUSAS	1978	1979	1980
Respiratorias	39 o/o	34 o/o	25 o/o
Gastrointestinales.		19 o/o	16 o/o
No Formales	33 o/o	22 o/o	31 o/o

FUENTE: Libro de Defunciones de Isinlivi

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 7

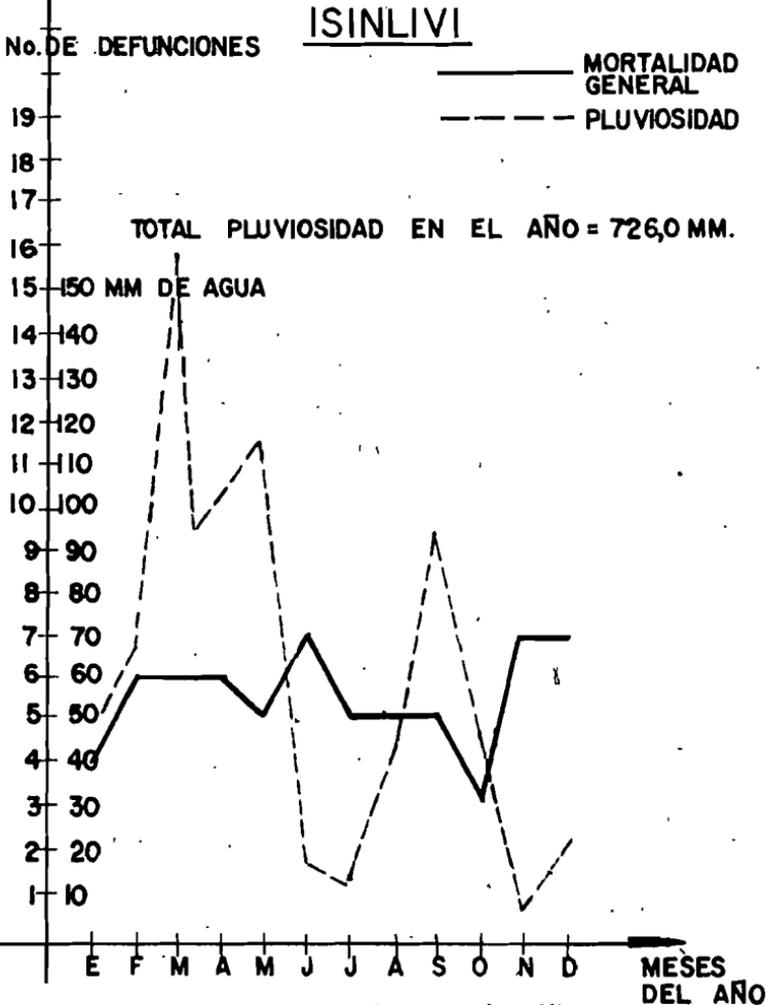
SIGCHOS: PLUVIOSIDAD SEGUN MESES DEL AÑO. AÑOS 1978 - 1979

Año	PLUVIOSIDAD POR MESES DEL AÑO EN mm DE AGUA											TOTAL	
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	ANUAL
1978	105.1	110.1	123.2	134.1	122.2	7.5	60.5	6.4	49.3	3.0	11.8	70.7	803.9
1979	50.1	65.3	159.1	92.3	113.3	17.1	10.6	40.0	91.8	42.7	3.5	20.4	706.6

FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología, Anuario Meteorológico No. 18 y 19

ELABORACION: CAAP

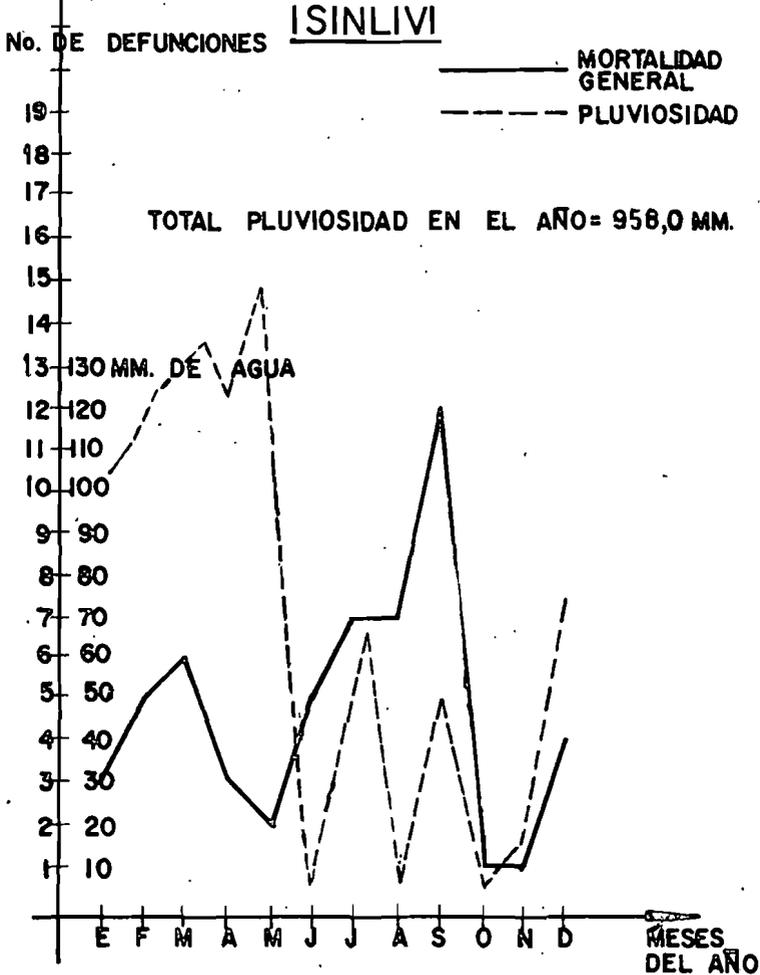
MORTALIDAD GENERAL POR
MES Y LLUVIA EN 1979.



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.

ELABORACION: CAAP

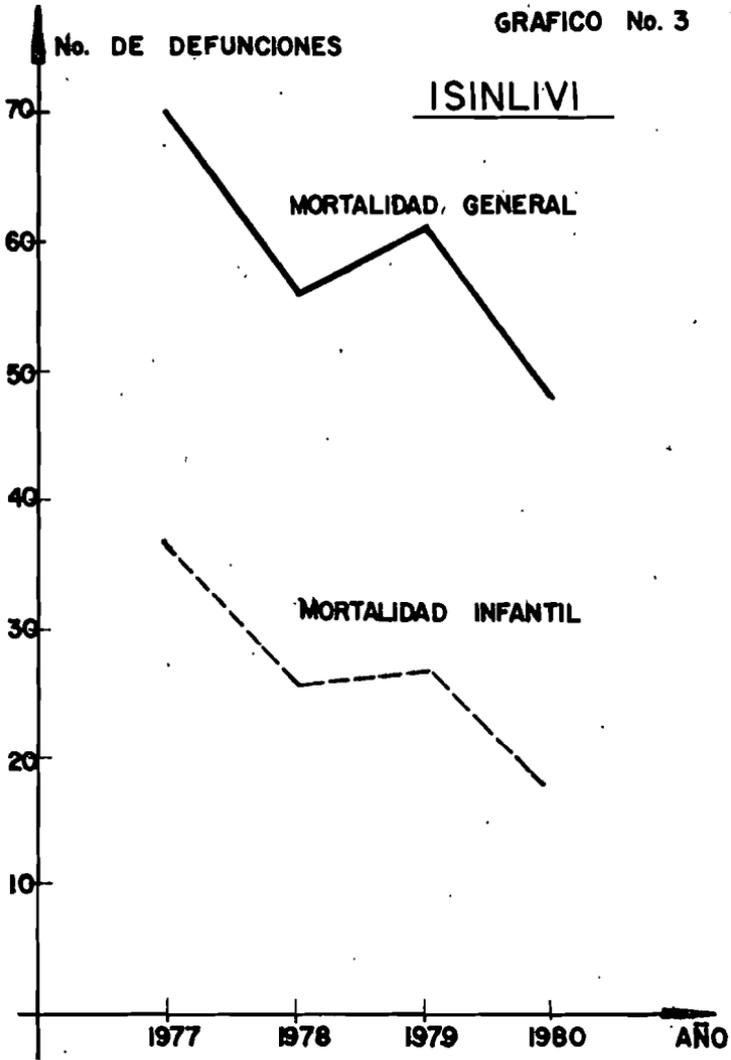
MORTALIDAD GENERAL POR MES Y LLUVIA EN 1978.



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.

ELABORACION: CAAP

GRAFICO No. 3



FUENTE: CAAP
ELABORACION: CAAP

Conclusiones de Isinliví

Las curvas de mortalidad infantil guardan una estrecha correspondencia con las de mortalidad general, pero no se ha podido establecer una constante para ambas en determinados meses del año. A diferencia de otras zonas, donde las enfermedades intestinales constituyen el porcentaje más alto de causas de mortalidad infantil, en Isinliví como en Cangahua e Ilumán son las bronquiopulmonares.

Aunque según testimonios de los campesinos de la zona los meses de mayor mortalidad son aquellos que coinciden con la época fría del año, época de las lluvias, de Noviembre a Abril, esto sólo parece confirmarse en el año 1977. No es tan evidente, en cambio, en los otros años. Curiosamente en Septiembre de 1978 se dió un incremento inusitado de la mortalidad, lo que también se pudo constatar en las parroquias de Cotacachi y Otavalo. Al analizar las causas de mortalidad en dicho dato que tenemos es un aumento de las lluvias durante ese mes en una época, Agosto—Octubre, considerada seca. Con todo la mortalidad no parece en general determinada por la variable pluviosidad, quizás más bien por el cambio climático que implica, sino por el momento en que esta se da dentro del ciclo productivo.

Con respecto a la patología, la predominancia de enfermedades infecciosas y de diagnósticos No Formales, aportamos algunas observaciones en la conclusión general, pero si nos interesa llamar la atención ya aquí sobre el diagnóstico de "fuerza", que es aducido como causal del aborto, y que en muchas ocasiones es registrado como "NN" (no nacido) en el libro de Defunciones de Isinliví. Por información del cura y del testimonio de otros secretarios del Registro el número de abortos involuntarios declarados, y que según datos pue-

de oscilar entre los 12 y 20 cada año, es aproximadamente un tercio de los que realmente ocurren. Lo que no se ha podido precisar es en qué mes o meses del embarazo se suelen dar los abortos.

EL CASO CANGAHUA: DESCRIPCION

La Parroquia Cangahua pertenece al Cantón Cayambe y se ubica al sur de la Cabecera Cantonal.

El área presenta una gama de pisos ecológicos que van desde los 2.600 m.s.n.m. en el río Pisque, hasta los 4.100 m.s.n.m. en las cúspides del macizo de Pambamarca.

La temperatura es en general fría, registrándose oscilaciones entre los 4°C hasta los 18°C dependiendo del piso ecológico y de la estación (invierno o verano), en la que se encuentre.

En los meses de verano (Junio — Agosto) se presentan algunas heladas —no continuas por la nubosidad y las características del páramo húmedo— y en invierno caen algunas granizadas que constituyen graves riesgos agrícolas. La pérdida de los cultivos en esta zona tiene relación a efectos de la granizada, la helada, los vientos en su orden, combinándose eventualmente con sequía.

La pluviosidad anual alcanza unos 600 mm. medidos en la estación de Cangahua, siendo un poco más alta en las cúspides del macizo Pambamarca. Las lluvias se distribuyen en los 9 meses del año.

La población general de Cangahua era en 1974 de 8.992 habitantes distribuidos en cerca de 1.200 en el centro poblado y la mayoría en 32 comunidades. El 95 o/o de la población

es indígena.

La población desde 1974 a 1980 ha crecido a 10.157, es decir a un ritmo de 2.10 o/o de crecimiento real. Este bajo crecimiento comparado con el promedio nacional (3.33 o/o), considerando que la tasa de natalidad en la zona es alta, que promedia en esos años un ritmo de 4.26 o/o anual, se debe a una alta mortalidad que promedia una tasa de 2.20 o/o anual, asumiendo que la migración definitiva en esa zona es escasa.

La distribución y tenencia de la tierra describe tres grandes estratos: unas 25 propiedades que tienen entre 50 y 300 has., que controlan un 84 o/o de las tierras cultivables, principalmente ubicadas en los pisos bajos; un segundo estrato de unas 128 propiedades que posee de 5 a 50 has. que controlan un 6 o/o del suelo cultivable; y unas 1.103 propiedades que poseen menos de 5 has. y que controlan el 10 o/o restante (Censo de 1974).

En cuanto a salud existe un subcentro de Salud del MSP en la Cabecera Parroquial para atención médica y odontológica, dos subcentros del Seguro Social Campesino en Carrera y Guachalá, acudiéndose eventualmente al Hospital de Cayambe. En el Subcentro de Cangahua existe un Médico Rural, dos auxiliares de enfermería, un Odontólogo itinerante y su auxiliar.

Este funciona desde el inicio de la Medicatura Rural (1971). En los 2 subcentros del IESS, hay una enfermera residente y un médico que atiende ocasionalmente desde 1980.

Ninguna de las comunidades tienen agua potable, ni alcantarillado y el centro Parroquial posee solo agua entubada y un provisional alcantarillado.

Las vías de comunicación son senderos construídos por las propias comunidades a los que con mucha dificultad pueden ingresar los carros, exceptuando los meses de mayor rigor invernal.

A continuación, según la misma secuencia adoptada para el caso de Isinliví, se adjuntan los cuadros y gráficos de los diferentes datos de Cangahua.

C U A D R O No. 8

CANGAHUA: POBLACION TOTAL

AÑOS 1974, 77 - 78 - 79 - 80

1974	1977	1978	1979	1980
8993	9526	9729	9912	10157

FUENTE Y ELABORACION: CAAP

C U A D R O No. 9

TASA DE MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y RAZON DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN AÑO AÑOS 1977 - 78 - 79 - 80

	1977	1978	1979	1980
Tasa de Mortalidad General	1984 o/o	20.55 o/o	24.51 o/o	24.12 o/o
Razón de Mortalidad Infantil	35.97 o/o	48.5 o/o	53.90 o/o	58.36 o/o
Tasa de Mortalidad Infantil	160 o/o	251 o/o	312 o/o	299 o/o

FUENTE Y ELABORACION: CAAP

C U A D R O No. 10

CANGAHUA. NACIDOS VIVOS SEGUN AÑO AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980

	1977	1978	1979	1980
Nacidos Vivos	413	386	419	477

FUENTE Y ELABORACION: CAAP

CUADRO No. 11

**CANGAHUA: PLUVIOSIDAD SEGUN MESES DEL AÑO
AÑOS 1978 - 1979**

AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1978	25.8	26.3	142.8	87.8	41.5	22.9	20.6	46.7	61.1	51.0	59.3	36.8
1979	37.2	54.1	47.6	110.8	15.0	13.0	9.4	7.6	22.9	6.6	26.9	83.8

TOTAL PLUVIOSIDAD.— 1978 — 622.2

TOTAL PLUVIOSIDAD.— 1979 — 434.9

FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología. Anuario No. 18 y 19

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 12

CANGAHUA. NUMERO DE DEFUNCIONES SEGUN EDAD

AÑOS 1977 - 1980

EDADES	1977	1978	1979	1980
Hasta 1 año	68	97	131	143
Hasta 4 años	25	17	14	11
Hasta 15 años	18	11	7	12
Hasta 45 años	28	37	39	27
Más de 45 años	50	38	52	52
TOTALES:	189	200	243	245

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE CANGAHUA

ELABORACION: CAAP

C U A D R O No. 13

CANGAHUA: NUMERO DE DEFUNCIONES SEGUN MESES DEL AÑO AÑOS 1977 - 1980

	1977	1978	1979	1980
Enero	19	13	19	31
Febrero	10	16	20	25
Marzo	17	19	24	24
Abril	16	18	15	14
Mayo	17	27	19	20
Junio	13	13	17	14
Julio	12	7	26	21
Agosto	14	15	18	18
Septiembre	17	15	23	17
Octubre	21	18	20	26
Noviembre	19	14	19	20
Diciembre	14	25	23	15
TOTALES:	189	200	243	245

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE CANGAHUA

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 14

**CANGAHUA: DEFUNCIONES POR CAUSA Y NUMERO DE CASOS
AÑOS 1977 - 78 - 79 - 80**

CAUSA	1977	1978	1979	1980
BRONCOPULMONARES	58	61	70	97
TOSFERINA	3	1	13	11
SARAMPION	22	—	2	1
GRUP. INFECCIOSO	2	1	—	1
GASTROENTERITIS	14	35	54	24
INFECCION INTESTINAL (OCLUSION—PERFORACION)	6	13	12	10
DESHIDRATACION	7	4	6	11
MENINGITIS BACTERIANA	44	1	2	3
TIFOIDEA	1	—	2	2
TUBERCULOSIS PULMONAR	19	11	19	7
INSUFICIENCIA CARDIACA	8	6	18	13
DESNUTRICION	31	21	15	19
EPILEPSIA	1	—	2	1
HEMORRAGIA CEREBRAL	5	4	2	2
INTOXICACION ALCOHOLICA	1	2	5	—
CANCER	—	—	1	2
TRAUMAS	2	—	4	3
ACCIDENTE DE PARTO NIÑOS	13	18	20	23
ACCIDENTE DE PARTO MADRES	1	4	—	3
TOTALES:	178	183	247	242

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE CANGAHUA

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 15

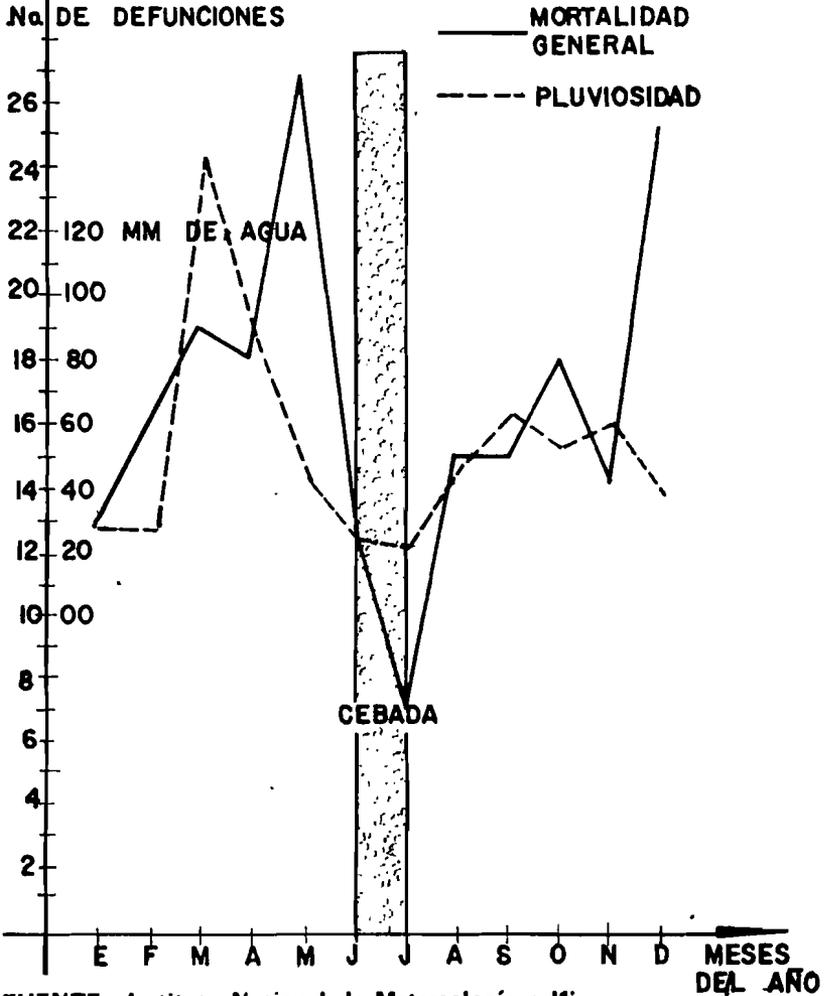
MORTALIDAD POR CAUSAS Y o/o PORCENTAJE DE CAUSAS

	1977	1978	1979	1980
RESPIRATORIAS	37 o/o	34 o/o	34 o/o	45 o/o
GASTROINTESTINALES	15 o/o	28 o/o	29 o/o	19 o/o
NO FORMAL DE DESGASTE	15 o/o	09 o/o	15 o/o	08 o/o

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE CANGAHUA

Elaboración: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR
MES, LLUVIAS Y COSECHAS DE
CEBADA. CANGAHUA - 1978

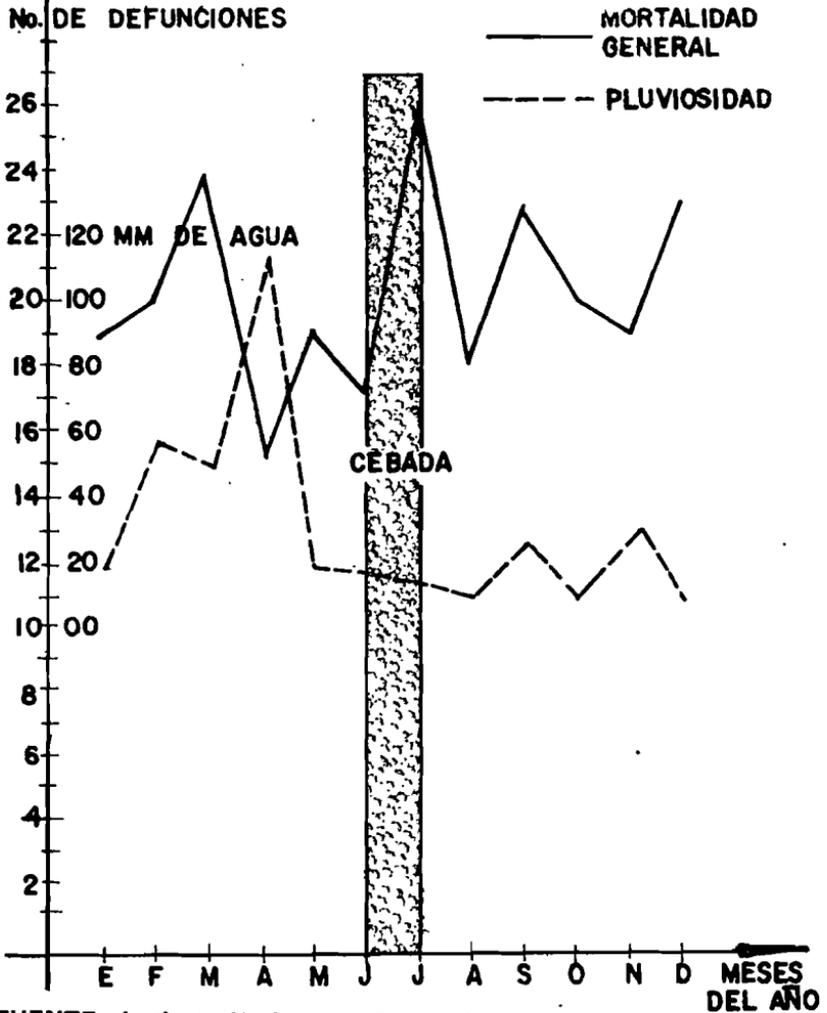


FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.

ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR MES, LLUVIAS Y COSECHA DE CEBADA

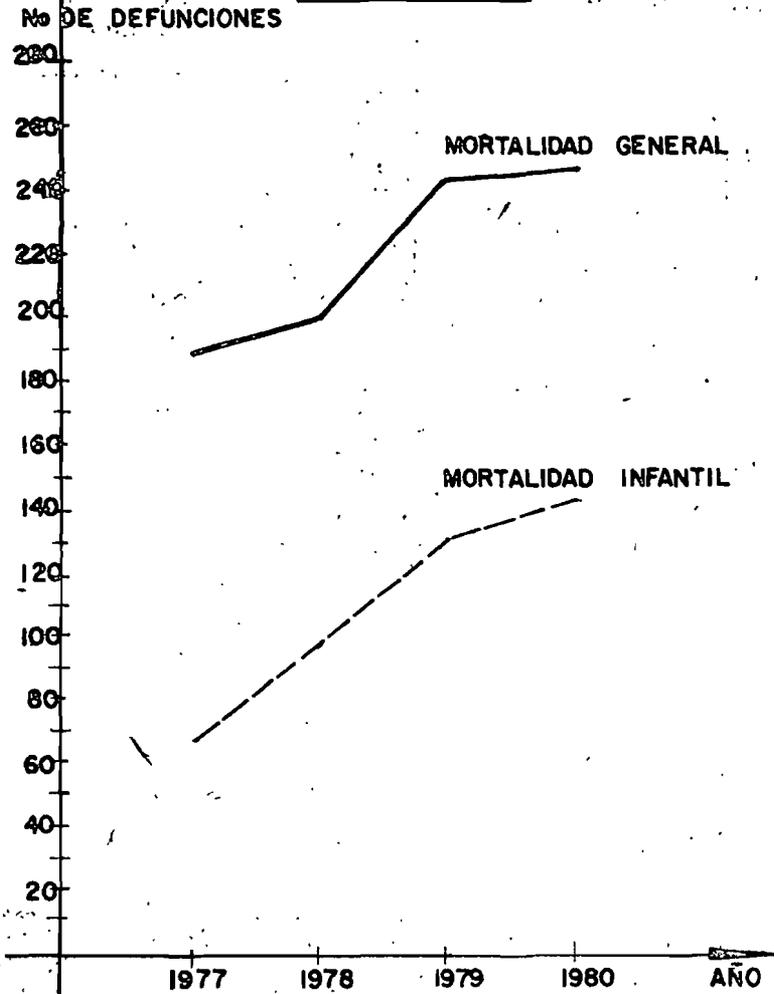
CANGAHUA - 1979



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP

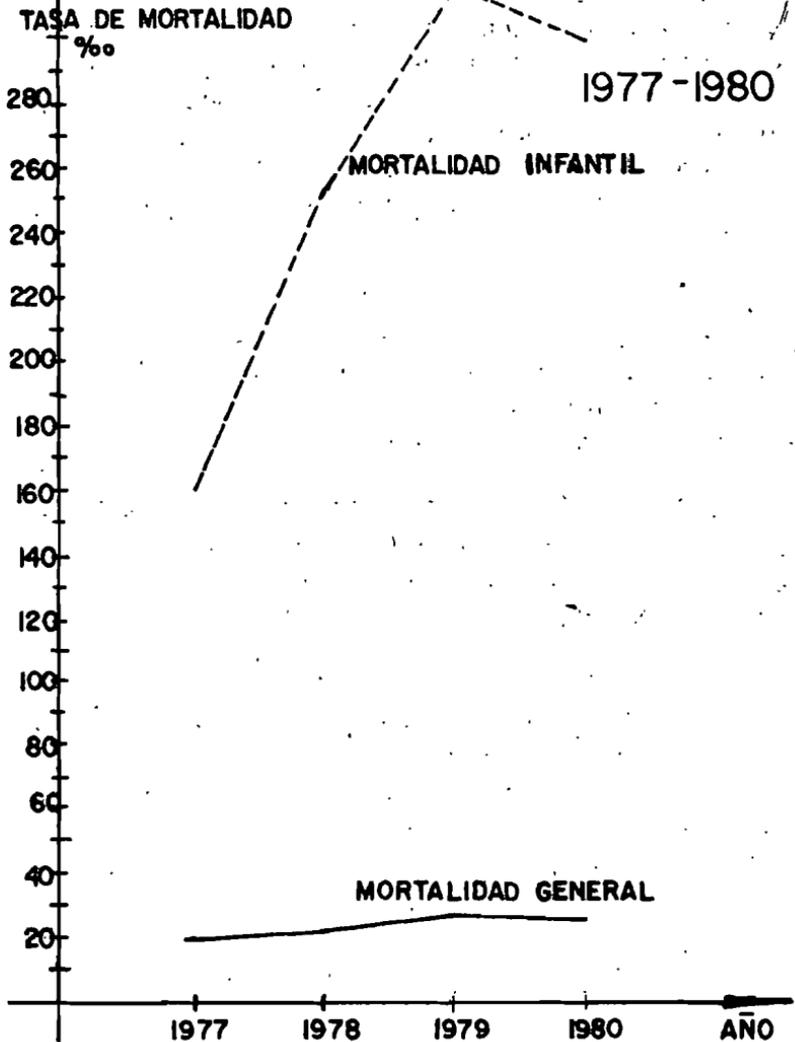
ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD INFANTIL POR AÑO. CANGAHUA 1977-1980



FUENTE: Registro Civil
ELABORACION: CAAP

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL POR AÑO - CANGAHUA



FUENTE: Registro Civil
ELABORACION: CAAP

Conclusiones de Cangahua

En esta zona el crecimiento de la mortalidad general e infantil marca una clara constante, que sólo podría ser explicada por una degradación de las condiciones socio—económicas, productivas, de toda la región. Y esta situación de morbimortalidad se produce a pesar de que los recursos sanitarios puestos a disposición por el Sistema de Salud Formal han sido considerablemente implementados en los últimos años.

Respecto a la distribución de la mortalidad durante el año, también en este caso resulta difícil determinar con precisión en qué meses se registra mayor número de defunciones. Sólo como una aproximación muy relativa se podrían identificar los meses de Octubre a Marzo como la época en que aumenta la mortalidad en la zona.

Si observamos los gráficos 4 y 5 podemos ver que la curva de pluviosidad en los primeros meses del año se cruza con la curva de mortalidad, mostrándose así que las lluvias no influyen directa ni inmediatamente en el desencadenamiento de la mortalidad.

También Cangahua, como en Isinliví y Otavalo, predominan las causas de mortalidad por enfermedades respiratorias sobre las gastrointestinales. La tuberculosis pulmonar según el registro de 1977 ha sido causa de muerte de 9 menores de 10 años, y en 1979 de 3 menores. Aparte de estos casos, y de acuerdo a los datos computados, la mortalidad por "tuberculosis pulmonar" y por "insuficiencia cardiaca" afectaría en igual proporción a adultos, entre los 20 y 45 años, y a mayores de 50 años.

La desnutrición aparece, en cambio, como una de las causas prevalentes de mortalidad infantil: en 1977 hubo 19

(sobre 31) defunciones infantiles; en 1978, 12 (sobre 21); en 1979, 14 (sobre 15); en 1980, 10 (sobre 19). En un 10 o/o de los casos registrados la desnutrición se presenta combinada con otra nosología.

Es importante constatar, como dato particular del registro de esta zona, el índice de accidentes de parto, tanto en las madres como en los nacidos, y que no ha sido observado en los Registros de los otros casos estudiados. Aunque, como decíamos en referencia al estudio de Isinliví, suele ser esta una causa de muerte no aducida o no fácilmente aducida al declararse la defunción.

EL CASO COTACACHI: DESCRIPCION

Las Parroquias de San Francisco y El Sagrario abarcan parte del cantón Cotacachi y 22 comunidades indígenas. Las dos parroquias están comprendidas entre los 2.450 y los 3.000 m.s.n.m. La temperatura durante el año es de 8 - 12 Co. pero varía en las diferentes zonas según la altura. En las faldas del Cotacachi, donde se encuentran la mayoría de las comunidades indígenas, el clima es frío con frecuentes neblinas, y la temperatura media de 9 - 11 Co. Durante el verano (Julio - Octubre) hace calor en el día y la temperatura baja durante la noche. Durante el invierno se dan las lluvias (Noviembre - Mayo). En esta estación la temperatura promedio es baja. Y la particularidad del verano es el fuerte viento.

Según el Censo de 1974 la población total de las dos parroquias era la siguiente:

Zona Urbana	4.795
Zona Periférica	5.103
Total	9.898

La población total del Cantón era de 29.194 habitantes en 1974. Y la población indígena del Cantón, aproximadamente de 10.100.

La proyección de población para las dos parroquias en 1977 - 78 - 80 es respectivamente de 10.918, 11.280, 11.654 y 12.041.

En cuanto a tenencia de la tierra, aproximadamente un 30 o/o son parcelas de 0,10 has., un 20 o/o de 0,5 has. y un 50 o/o de 1 ha. La existencia de mucho minifundio determina que las relaciones de reciprocidad no estén desarrolladas dentro del ámbito productivo, lo que se refleja en un particular comportamiento de la estructura social. Las tierras comunales son pocas y se usan apenas. Las propiedades de 1 a 4 has. no pasan del 5 o/o.

Por lo que se refiere a las comunidades indígenas de las dos parroquias —sobre todo las más alejadas del centro cantonal de Cotacachi— los productos dominantes (maíz, frejol, habias, papas) son dedicados en su mayor parte al autoconsumo. En la estrategia de supervivencia de los comuneros, la actividad complementaria es por ello importante, y combina el trabajo artesanal con el trabajo asalariado en Cotacachi, Otavalo y Quito. La migración de la población económicamente activa se estima en un 60 o/o en los meses de Diciembre a Marzo y Agosto - Septiembre. La época de cosecha es para cultivos anuales como maíz y frejol es Julio y Agosto, y para cultivos estacionales como la alverja, Marzo y Abril. En el año 1979 hubo una fuerte sequía que influyó en la producción.

La fiesta más importante de la zona es San Pedro y San Pablo, el 29 de Junio, y dura aproximadamente un mes.

La gran mayoría de las comunidades no cuentan con instalaciones de agua potable. En Morochos y Chilcapamba, como consecuencia de la actividad de la Misión Andina, hay lavanderías y una elemental intubación de agua. El resto de las comunidades recogen el agua de los ríos, y en algunos casos de acequias. No existen letrinas y las viviendas son hechas en su mayoría con paredes de tapia o de caña de maíz y techo de paja o tejas.

Una parte de las comunidades están en la periferia de Cotacachi (2 a 5 Km. de distancia), mientras que las más altas se encuentran alejadas a 8 y 12 km. Los carreteros son en casi su totalidad de tierra, algunos lastrados, accesibles por Jeeps, aunque en la época de lluvias hay dificultad de movilización.

En cuanto a servicios de salud, hay en Cotacachi un Hospital que funciona desde hace tres años, y un Subcentro de Salud en Quiroga, éste, el más cercano a las comunidades indígenas del área estudiada, se encuentra a una distancia de 2 a 5 Km. La presencia de los médicos en las comunidades es rara y muy esporádica. Se efectúan vacunaciones, pero no en todas las comunidades, y sólo una vez al año. En cuatro comunidades de un total de 22 trabajan Promotores de Salud. La cobertura de estos servicios es baja en general. En Cotacachi hay, además, un Dispensario del IESS, pero sólo para los empleados afiliados de la zona.

A continuación se detallan los siguientes cuadros sobre las parroquias estudiadas en Cotacachi:

- 1.— Cuadro poblacional de San Francisco y El Sagrario junto con las tasas de Mortalidad General y de Mortalidad Infantil.
- 2.— La pluviosidad de los años 1978 y 1979 a lo largo del año.

- 3.— Los índices de mortalidad en las parroquias de San Francisco y El Sagrario de los años 1977 a 1980 según los meses del año.
- 4.— Las curvas comparativas de la pluviosidad de Cotacachi y Cangahua de los años 1978 y 1979.
- 5.— Curva de defunciones según los meses del año 1977 en las parroquias de San Francisco y El Sagrario.
- 6.— Curvas comparativas de pluviosidad y mortalidad en las parroquias de San Francisco y El Sagrario durante los años 1978 y 1979 respectivamente.
- 7.— Número de mortalidad en las mismas parroquias de acuerdo a la edad en los años 1977 a 1980.
- 8.— Curvas comparativas en ambas parroquias de la mortalidad infantil y la mortalidad general.
- 9.— Causalidad de defunciones en las parroquias de San Francisco y El Sagrario en los mismos años.
- 10.— Reagrupamiento de las causas de defunciones y su estadística en proporciones.

CUADRO No. 16

COTACACHI: POBLACION TOTAL.

AÑOS 1977 - 78 - 79 - 80

PARROQUIAS DE SAN FRANCISCO Y EL SAGRARIO

Parroquias San Francisco y El Sagrario	1974	1977	1978	1979	1980
Urbana 48.5 o/o		5296	5471	5653	5840
Rural 51.5 o/o		5622	5809	6001	6201
TOTAL	9898	10918	11280	11654	12041

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 17

TASA DE MORTALIDAD GENERAL Y RAZON DE MORTALIDAD INFANTIL. PARROQUIAS DE SAN FRANCISCO Y EL SAGRARIO AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980

	1977	1978	1979	1980
Tasa de Mortalidad				
General	16.30 o/oo	18.35 o/oo	14.95 o/oo	14.45 o/oo
Razón de Mortalidad				
Infantil San Francisco	20.58 o/o	25.31 o/o	31.08 o/o	21.92 o/o
El Sagrario	25.45 o/o	21.87 o/o	22.00 o/o	15.00 o/o

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 18

COTACACHI: PLUVIOSIDAD TOTAL Y SEGUN MESES DEL AÑO

AÑOS 1978 - 1979. En mm de Agua

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1978	126.9	95.8	103.6	204.9	75.7	38.7	15.5	15.8	69.2	16.2	135.0	147.3
1979	27.0	50.7	223.7	194.3	180.9	61.0	27.5	110.4	46.9	141.1	75.4	20.0

Pluviosidad Total 1978: 1045.3

Pluviosidad Total 1979: 1158.9

FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología. Anuarios No. 18 y 19
Elaboración CAAP

CUÁDRO No. 19

COTACACHI: PARROQUIA SAN FRANCISCO

NUMERO DE DEFUNCIONES POR EDADES

AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980

EDADES	1977	1978	1979	1980
Hasta 1 año	14	20	23	25
Hasta 4 años	5	4	8	10
Hasta 15 años	4	3	4	10
Hasta 45 años	8	16	6	17
Más de 45 años	37	36	33	52
TOTALES	68	79	74	114

FUENTE: REGISTRO CIVIL COTACACHI.

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 20

**COTACACHI: PARROQUIA EL SAGRARIO
NUMERO DE DEFUNCIONES POR EDAD Y AÑOS
1977 - 1978 - 1979 - 1980**

EDADES	1977	1978	1979	1980
Hasta 1 año	28	28	22	9
Hasta 4 años	16	9	18	10
Hasta 15 años	4	9	8	7
Hasta 45 años	17	20	18	10
Más de 45 años	45	62	34	24
TOTALES	110	128	100	60

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI

Elaboración: CAAP

CUADRO No.21**COTACACHI: PARROQUIA SAN FRANCISCO
NUMERO DE DEFUNCIONES SEGUN MESES DEL AÑO
AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980
INDICES DE MORTALIDAD: EPOCA DEL AÑO**

EDADES	1977	1978	1979	1980
Enero	5	6	10	8
Febrero	11	8	55	5
Marzo	6	7	2	9
Abril	3	5	9	6
Mayo	2	5	6	13
Junio	7	6	10	18
Julio	—	5	13	7
Agosto	4	8	7	6
Septiembre	4	10	2	10
Octubre	10	6	1	10
Noviembre	6	4	2	15
Diciembre	10	9	7	7
TOTALES	68	79	74	114

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI:**Elaboración: CAAP**

CUADRO No. 22**COTACACHI: PARROQUIA EL SAGRARIO****NUMERO DE DEFUNCIONES SEGUN MESES DEL AÑO****AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980****INDICES DE MORTALIDAD: EPOCA DEL AÑO**

Meses del Año	1977	1978	1979	1980
Enero	7	7	13	12
Febrero	9	11	12	16
Marzo	9	6	8	7
Abril	10	20	9	5
Mayo	11	5	5	1
Junio	12	9	8	2
Julio	—	7	15	—
Agosto	5	8	4	4
Septiembre	10	20	5	13
Octubre	13	7	6	7
Noviembre	5	7	5	2
Diciembre	19	21	10	1
TOTALES:	100	128	100	60

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI**Elaboración: CAAP**

C U A D R O No. 23**COTACACHI: PARROQUIAS SAN FRANCISCO Y EL SAGRARIO****DEFUNCIONES POR CAUSA Y NUMERO****AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980**

CAUSA	1977	1978	1979	1980
BRONCOPULMONARES	23	20	22	17
SARAMPION	2	—	—	3
TOSFERINA	6	—	—	—
TUBERCULOSIS	1	—	3	2
INSUFICIENCIA CARDIACA	20	32	22	33
GASTROENTERTITIS	32	49	44	19
DESHIDRATACIÓN	11	7	6	4
OCLUSION INTESTINAL	5	5	4	8
TIFOIDEA	1	—	—	—
MENINGITIS	3	2	3	—
PARTO PREMATUTO	1	2	—	1
POST PARTO	—	1	—	1
EPILEPSIA	—	—	2	—
CANCER	2	—	1	—
INSUFICIENCIA RENAL	3	2	4	4
TRAUMAS (CAIDAS)	3	2	1	3
DESNUTRICION	19	30	16	21
TOTALES:	132	152	128	116

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI**Elaboración: CAAP**

C U A D R O No. 24

SAN FRANCISCO Y EL SAGRARIO

DEFUNCIONES POR CAUSA

1977 - 1980 - o/o

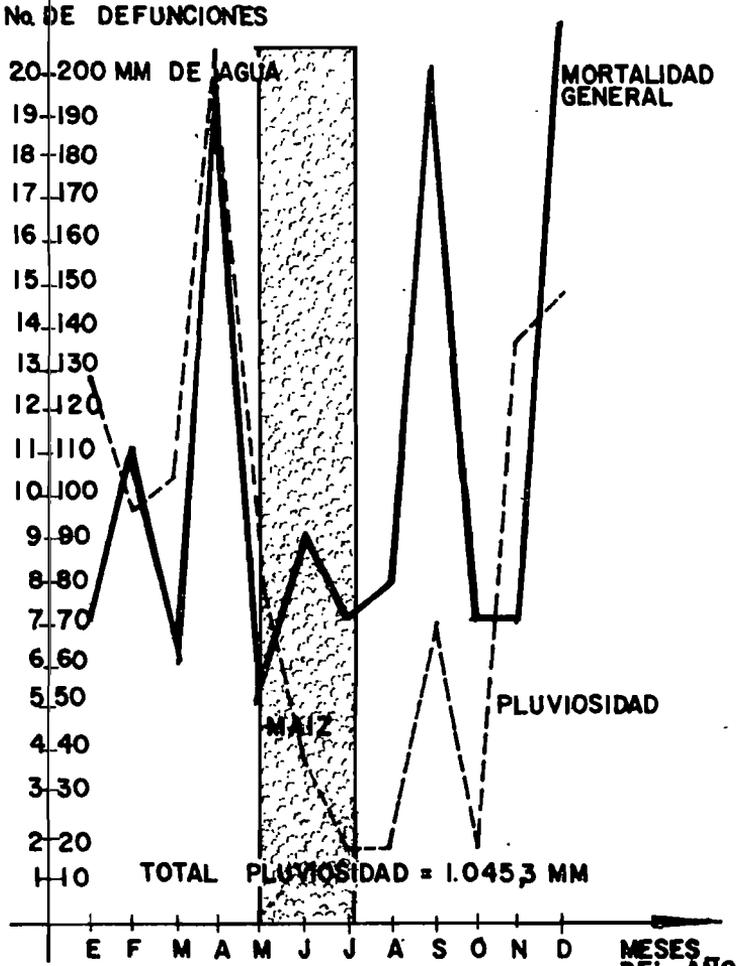
**DEFUNCIONES SEGUN CAUSA Y NUMERO
AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980**

CAUSAS	1977	1978	1979	1980
RESPIRATORIAS	22 o/o	13 o/o	17 o/o	17 o/o
GASTROINTESTINALES	36 o/o	40 o/o	42 o/o	26 o/o
DESNUTRICION	14 o/o	19 o/o	12 o/o	18 o/o
DESGASTE	15 o/o	21 o/o	19 o/o	30 o/o

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE COTACACHI

Elaboración: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR MES, LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ EL SAGRARIO - 1978

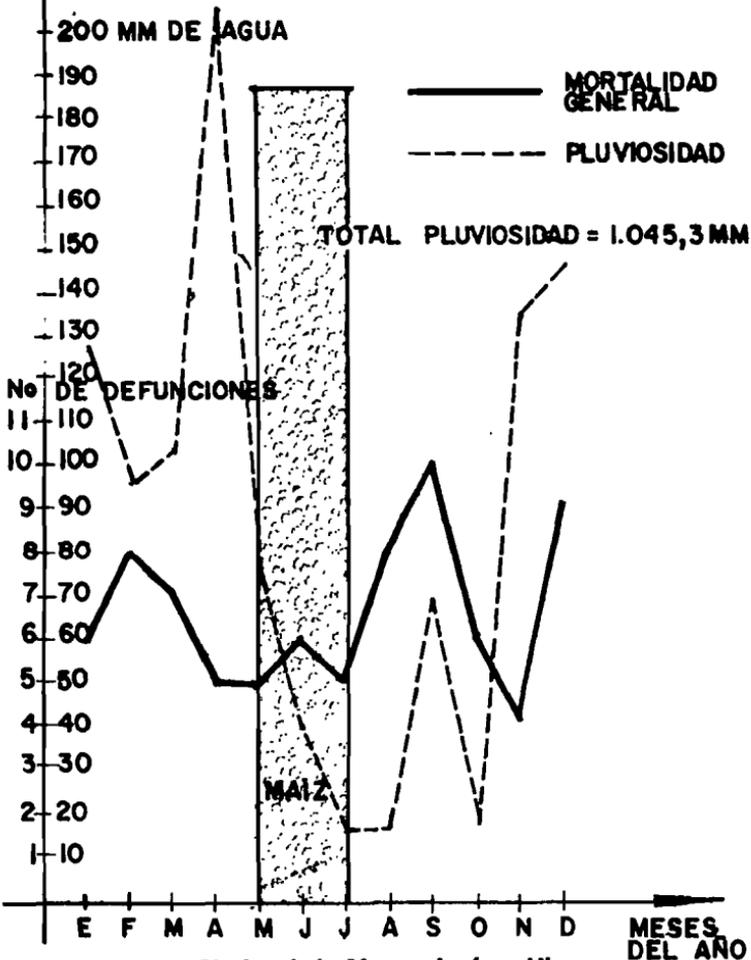


FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP

ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR
MES, LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ

SAN FRANCISCO - 1978

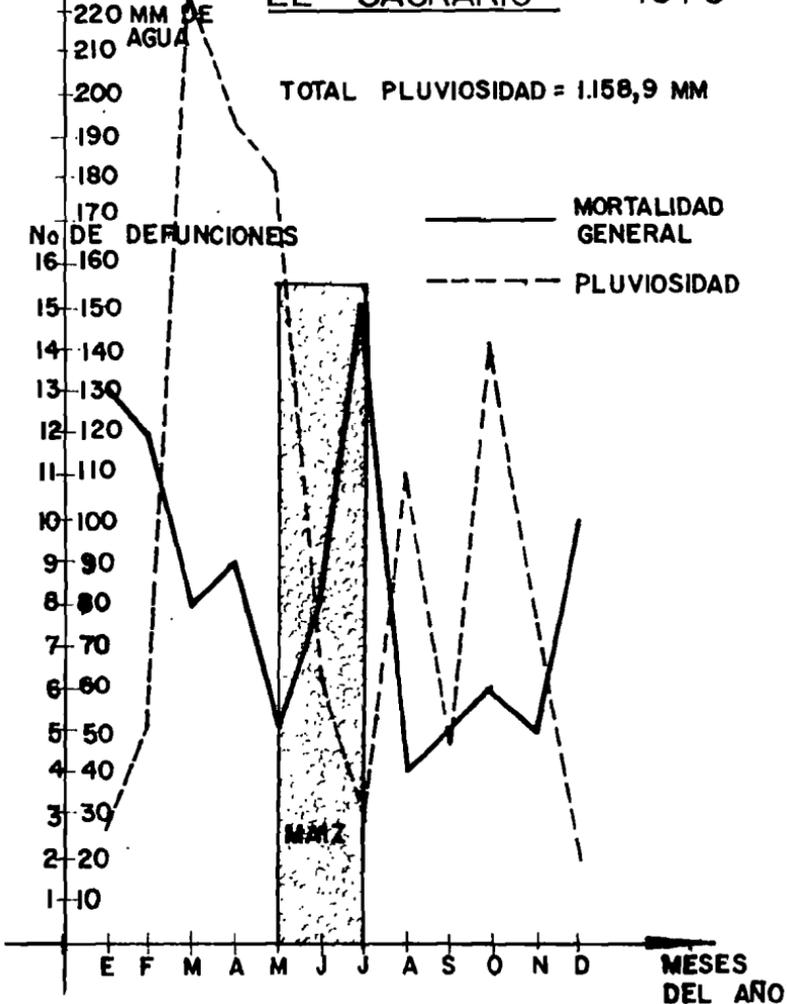


FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.

ELABORACION: CAAP

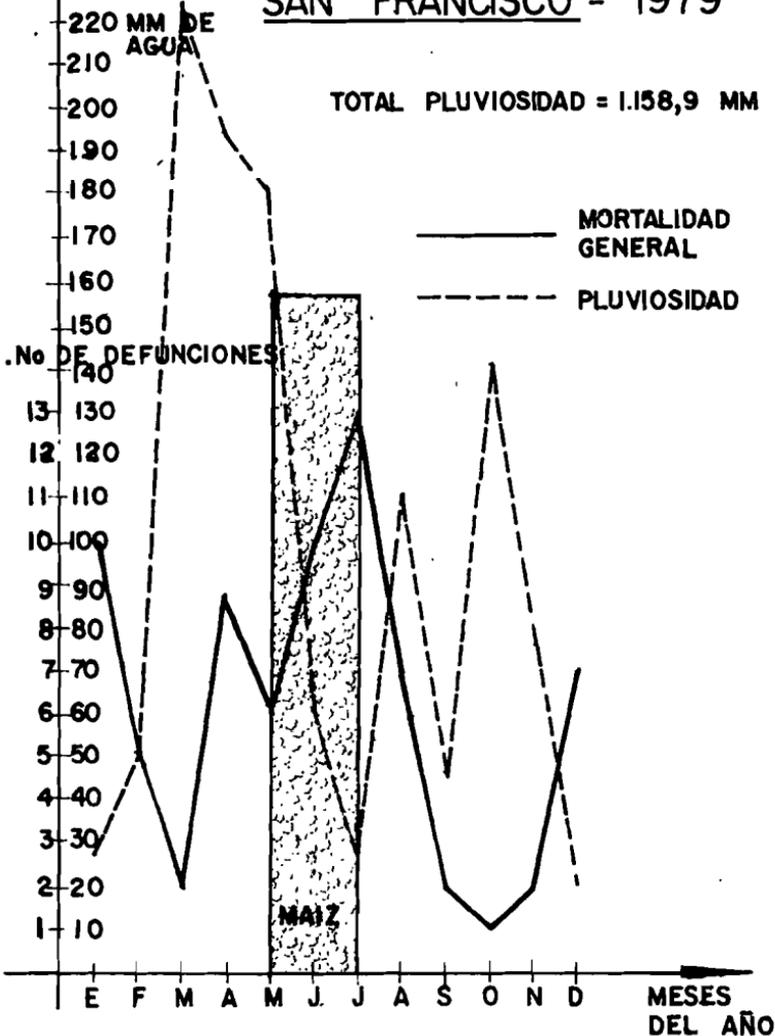
MORTALIDAD GENERAL POR MES, LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ

EL SAGRARIO - 1979



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.
ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR
MES, LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ
SAN FRANCISCO - 1979



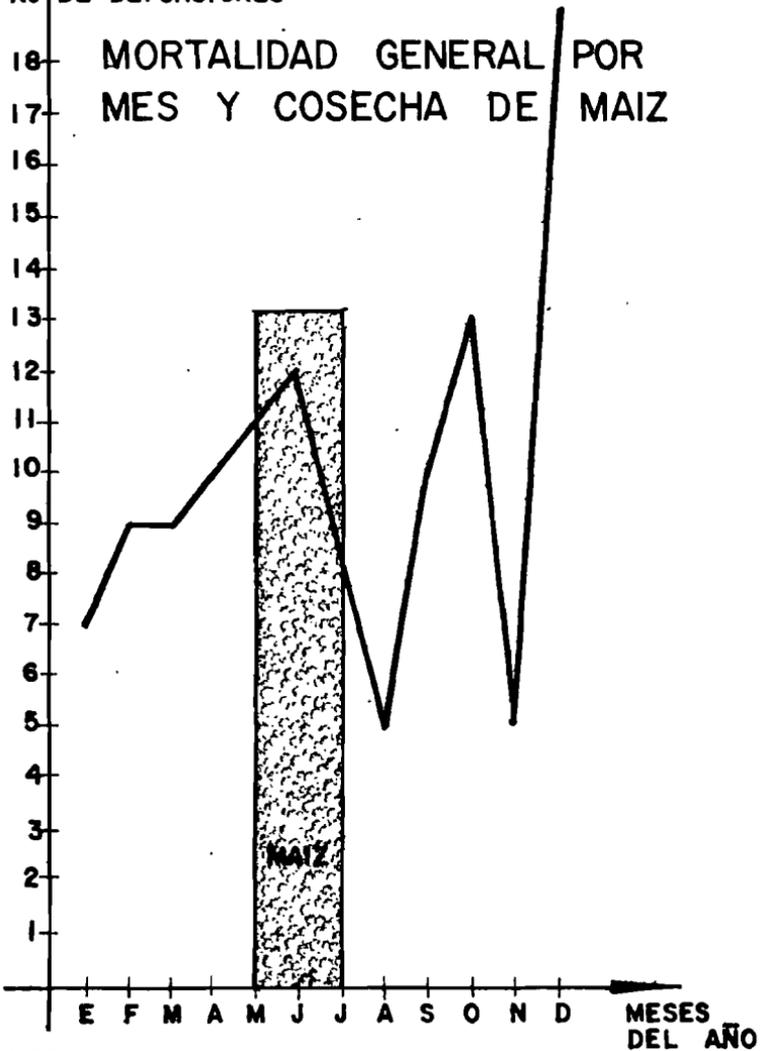
FUENTE: Instituto Nacional de Metereología e Hidrología y CAAP.
 ELABORACION: CAAP

PARROQUIA EL SAGRARIO

No DE DEFUNCIONES

AÑO 1977

MORTALIDAD GENERAL POR
MES Y COSECHA DE MAIZ



FUENTE: Registro Civil Cotacachi y CAAP

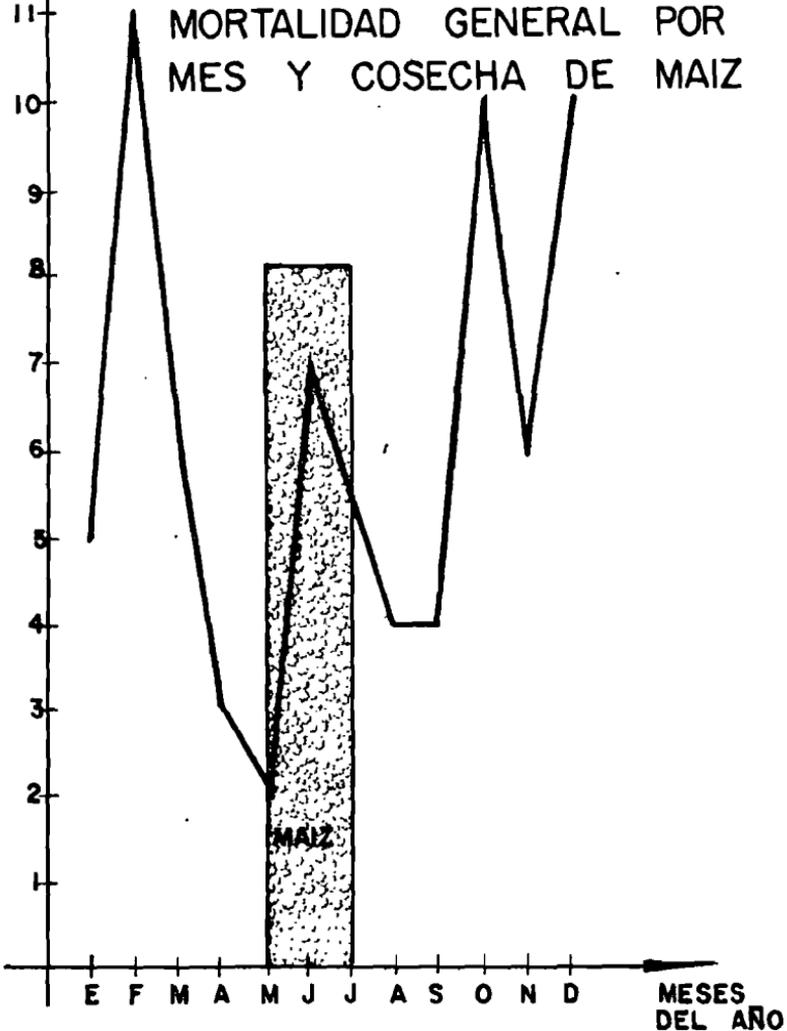
ELABORACION: CAAP

PARROQUIA SAN FRANCISCO

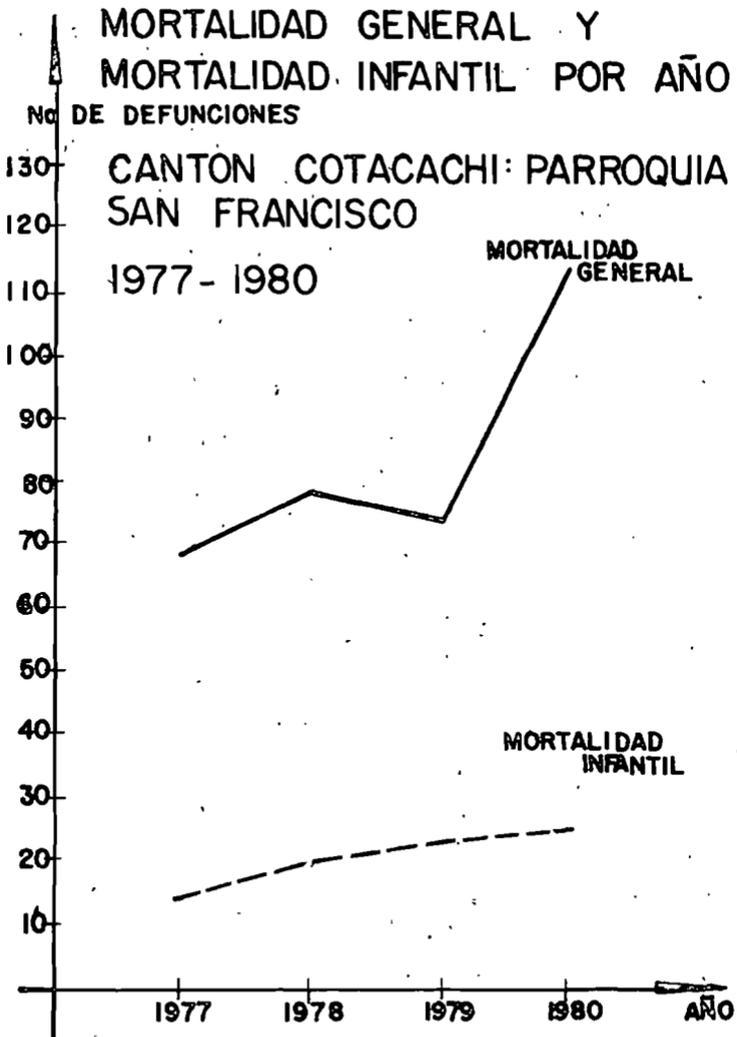
AÑO 1977

No DE DEFUNCIONES

MORTALIDAD GENERAL POR
MES Y COSECHA DE MAIZ



FUENTE: Reigstro Civil Cotacachi
ELABORACION: CAAP



FUENTE: Registro Civil y CAAP
ELABORACION: CAAP

Conclusiones de Cotacachi

En esta área, donde los servicios de infraestructura han sido muy implementados en los últimos tiempos, los índices de mortalidad se mantienen relativamente elevados; en comparación, por ejemplo, con la zona de Isinliví. La razón tendrá que ser indagada en las condiciones socio-económicas y productivas de la zona. No se podría establecer una constante general con las cifras obtenidas en sólo cuatro años, pues mientras que en la parroquia de San Francisco la mortalidad tanto infantil como general acusa un aumento progresivo, ambos índices de mortalidad parecerían más bien descender en la parroquia de El Sagrario. Dada la similitud socio-económica de ambas parroquias habría que pensar en una situación estacionario de la elevada mortalidad en la zona.

Por lo que se refiere a la distribución de los índices de mortalidad a lo largo del año tampoco se puede establecer una constante en determinados meses. De manera aproximada se podría sostener un aumento de la mortalidad en la época más fría, de Octubre a Abril. Por otra parte, la época de cosecha en esta zona, que tiene lugar en Junio, podría indicar en la parroquia de El Sagrario, que el aumento de la mortalidad en los meses precedentes correspondería a la época en que los campesinos agotan sus recursos productivos. Pero ésto mismo no parece corroborado en el caso de San Francisco.

Esto mismo parece reflejarse en los gráficos sobre las curvas de pluviosidad en ambas parroquias en los años 1978 y 1979, lo que nos llevaría a las mismas conclusiones de los casos precedentes.

Las enfermedades prevalentes, causa principal de mortalidad (respiratorias, gastrointestinales, desnutrición), aparecen

registradas con mayor precisión en el caso de Cotacachi, pero se mantienen muy similares con algunas variaciones a los otros casos estudiados. La mortalidad infantil, lo mismo que la mortalidad general, en el área de Cotacachi tiene como causa principal las enfermedades gastrointestinales (40 o/o), y en segundo lugar las bronquiopulmonares (24 o/o). La desnutrición como causa de muerte es sobre todo prevalente en los niños menores de dos años. Así, en 1977 la mortalidad infantil por desnutrición fue de 15 casos en ambas parroquias; en 1978, de 20 casos; en 1979, de 12 casos; y en 1980 también de 12 casos. En el registro la desnutrición aparece en el Registro completada con el diagnóstico de deshidratación.

EL CASO DE MIGUEL EGAS E ILUMAN (OTAVALO): DESCRIPCION

En parroquia de Miguel Egas cuenta con una población de 10.930 habitantes distribuidos muy desigualmente en cinco comunas. La de Ilumán tiene 11.150 habitantes pertenecientes a cuatro comunidades. La población de estas comunidades se dedica fundamentalmente al trabajo de artesanías, que combina con actividades agrícolas, cuya producción es utilizada casi totalmente para la subsistencia de los productores. El recurso tierra en la zona es muy limitado, de 85 m² a 125 m² cada parcela familiar, y sin existencia de riego.

El cultivo anual es el maíz y el frejol, que se cosechará en Julio - Agosto, mientras que la alverja se cultiva en Octubre. El invierno, cuando se dan las lluvias, es particularmente intenso en los meses de Febrero a Abril, y menos intenso en los meses de Noviembre a Enero. La temperatura promedio es de 15 °C durante el día, y de 7 °C durante la noche. El viento es intenso en verano.

Históricamente, desde la división de la Hacienda de Gualalá y desde la existencia de los Obrajes con grandes telares y crianza de ovinos para el suministro de materia prima, las comunidades adquirieron características artesanales, que en la última década iniciaron un proceso de tecnificación, utilizando mano de obra asalariada del mismo lugar.

La subproletarización de gran parte de los campesinos ha significado una intensa y constante migración a Otavalo, Quito e Ibarra, donde hombres y jóvenes trabajan como asalariados.

La Fiesta de San Juan, 24 de Junio, y que dura casi un mes, y la Fiesta del Yamor, más regional, en Septiembre, son las dos grandes celebraciones de la región.

En cuanto a los servicios, en algunas comunidades disponen de manera muy racionada de agua entubada, traída desde el cerro Imbabura, únicamente para consumo, no para riego. En algunas otras comunas existen pozos y aljibes. Un 50 o/o de las viviendas tienen pozos sépticos. La zona se encuentra relativamente bien comunicada, y las distancias respecto al centro cantonal oscilan entre 2 y 10 km. Que coincide con la distancia hasta la carretera panamericana. Los caminos de acceso a las comunidades son carrozables y se mantienen en regular estado durante todo el año.

En referencia a los servicios de Salud, hay un Hospital en Otavalo. En Peguche hay un Dispensario del MSP con un Médico y una Auxiliar de Enfermería, que atienden cuatro días a la semana. En Quinchuquí hay un Centro de Salud del Programa del Seguro Social Campesino, que dispone de un Médico, que trabaja seis horas semanales, un Odontólogo, que trabaja dos días a la semana, y una Auxiliar, que trabaja ocho horas diarias, durante cinco días a la semana. El Dispensario de Sa-

lud de Ilumán tiene idénticas características. Todos estos Centros, que están en funcionamiento desde hace más o menos cuatro años, tienen muy baja cobertura.

El Seguro Social Campesino afilió cerca de 400 personas de Agato, Quinchuquí, Peguche, La Bolsa, Ilumán; pero la filiación fue bajando hasta mantenerse actualmente en sólo 160 personas.

Los afiliados en este momento pertenecen a las comunas de Agato, Quinchuquí y Peguche. En Agato hay una Posta de Salud, donde se atiende uno o dos días a la semana, y prácticamente se trata de una atención a escolares.

Como en los casos anteriores, y de acuerdo a la misma secuencia indicamos a continuación: los cuadros poblacionales de las parroquias estudiadas en los respectivos años según las mismas proyecciones; las tasas de Mortalidad general e Infantil; los índices de pluviosidad; el número de defunciones en cada parroquia por meses del año; la comparación de las curvas de los diferentes años; combinación de la curva de mortalidad con la de pluviosidad; las tasas de defunciones por edades; las curvas comparativas de Mortalidad general y de Mortalidad infantil; causas prevalentes de mortalidad.

CUADRO No. 25**PARROQUIA DE MIGUEL EGAS
POBLACION TOTAL, AÑOS 1977 - 78 - 79 - 80 y 1974**

1974	1977	1978	1979	1980
10.930	12.055	12.455	12.859	13.285

FUENTE: Registro Civil de Otavalo
Elaboración: CAAP

CUADRO No. 26**MIGUEL EGAS. TASA DE MORTALIDAD GENERAL Y RAZON
DE MORTALIDAD INFANTIL
AÑOS 1977 - 78 - 79 - 80**

	1977	1978	1979	1980
Mortalidad General	4.56 o/o	3.69 o/o	3.81 o/o	4.66 o/o
Razón de Mortalidad Infantil	45.45 o/o	28.26 o/o	32.65 o/o	41.93 o/o

FUENTE: Registro Civil de Otavalo
Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 27**DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA MIGUEL EGAS:****SEGUN MESES DEL AÑO****AÑOS 1977 - 1978 - 1979 - 1980**

MESES	1977	1978	1979	1980
Enero	6	5	7	5
Febrero	9	4	2	7
Marzo	8	4	3	1
Abril	7	1	2	4
Mayo	5	3	3	5
Junio	5	2	7	8
Julio	2	3	7	6
Agosto	3	5	6	6
Septiembre	4	6	—	5
Octubre	1	6	2	5
Noviembre	3	4	7	4
Diciembre	2	3	3	6
TOTALES:	55	46	49	62

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE OTAVALO**Elaboración: CAAP**

CUADRO No. 28

OTAVALO: DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA MIGUEL EGAS SEGUN EDAD 1977 - 1978 - 1979 - 1980

EDADES	1977	1978	1979	1980
Hasta 1 año	25	13	16	26
Hasta 4 años	4	3	5	3
Hasta 15 años	3	—	3	1
Hasta 45 años	6	4	7	11
Más de 45 años	17	26	18	21
TOTALES	55	46	49	62

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE OTAVALO

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 29
MIGUEL EGAS.- DEFUNCIONES POR CAUSA
AÑOS 1977 - 1980

CAUSA	1977	1978	1979	1980
BRONQUITIS	12	7	6	12
SARAMPION	13	—	6	6
PULMONIA	3	3	2	2
BRONCOPULMONIA	—	1	—	—
TOSFERINA	—	—	—	—
GRIPE	—	—	—	—
INTESTINAL	5	10	11	9
COLICO G. I.	3	5	7	6
INFECCION	—	—	—	1
PERITONITIS	—	—	—	1
GASTRITIS	—	—	—	—
DESCONOCIDA	10	6	8	11
DEBILIDAD	2	—	—	—
SENILIDAD	6	10	7	9
INTOXICACION ALCOHOLICA	1	—	—	—
QUISTE DE LA PIEL	—	1	—	—
PROSTATA	—	1	—	—
PARO CARDIACO— RESPIRATORIO	—	1	1	—
PARO CARDIACO	—	—	—	2
ERACTURA DEL CRANEO	—	1	—	—
INCTERICIA	—	—	1	—
REUMATISMO	—	—	—	2
CANCER	—	—	—	1
TRAUMATISMOS	—	—	—	—
TOTALES:	55	46	49	62

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE OTAVALO
 Elaboración: CAAP

CUADRO No. 30
MIGUEL EGAS: MORTALIDAD SECUN CAUSAS Y o/o
PORCENTAJE DE CAUSAS
AÑOS 1977 - 1980

CAUSAS	1977	1978	1979	1980
RESPIRATORIAS	50 o/o	23 o/o	28 o/o	32 o/o
DIGESTIVAS	14 o/o	32 o/o	36 o/o	26 o/o
NO FORMALES	32 o/o	34 o/o	30 o/o	32 o/o

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE OTAVALO
Elaboración: CAAP

CUADRO No. 31**DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA ILUMAN
SEGUN MESES DEL AÑO
AÑOS 1977 - 1980**

MESES DEL AÑO	1977	1978	1979	1980	1981
Enero	13	15	3	6	7
Febrero	11	12	6	4	8
Marzo	15	9	8	7	8
Abril	8	8	8	7	8
Mayo	15	4	3	21	6
Junio	6	10	12	15	3
Julio	7	11	12	9	10
Agosto	7	9	10	5	
Septiembre	9	10	7	8	5
Octubre	9	8	10	6	1
Noviembre	88	—	12	5	—
Diciembre	8	1	5	5	—
TOTALES:	116	97	96	102	56

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE ILUMAN**Elaboración: CAAP**

CUADRO No. 32

DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA ILUMAN SEGUN EDAD AÑOS 1977 - 1980

EDADES	1977	1978	1979	1980	1981
Hasta 1 año	46	45	43	51	21
Hasta 4 años	34	6	10	9	5
Hasta 15 años	5	4	8	3	2
Hasta 45 años	12	16	7	13	10
Más de 45 años	19	26	28	26	18
TOTALES	116	97	96	102	56

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE ILUMAN

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 33

**ILUMAN.- DEFUNCIONES POR CAUSA
AÑOS 1977 - 1980
Y NUMERO**

CAUSA	1977	1978	1979	1980
P. TRAQUETA	1	—	23	—
BRONQUITIS	34	28	24	15
SARAMPION	30	4	5	—
PULMONIA	5	8	5	—
GRIPE	1	—	—	—
BRONCONEUMONIA	—	—	1	5
NEUMONIA	—	—	—	3
INFECCION RESPIRATORIA	—	—	—	6
INFECCION INTESTINAL	13	21	9	3
COLICO INTESTINAL	8	8	7	2
OCCLUSION INTESTINAL	—	1	—	—
INTOXICACION ALIMENTICIA	—	2	1	—
FIEBRE	—	—	1	11
DESHIDRATAACION	—	—	—	1
PERITONITIS	—	—	—	1
PERFORACION INTESTINAL	—	—	—	1
DIARREA AGUDA	—	—	—	—
INFECCION	—	—	—	—
OTRAS	—	—	—	3
DESCONOCIDA	10	10	11	6
DEBILIDAD	4	1	1	—
NATURAL	—	—	—	2
SENILIDAD	6	12	6	4
INFECCION RENAL	—	—	—	—
HEMORRAGIA CEREBRAL	1	—	—	—
TROMBOSIS	—	—	—	1
DAÑO VASCULAR CEREBRAL	—	—	—	1
ANERUISMA ARTERIAL	—	—	—	1

CUADRO 33

CAUSA	1977	1978	1979	1980
CARDIACO	2	—	1	—
PROBLEMA CARDIO- RESPIRATORIO	—	1	2	2
PARO CARDIACO	—	—	—	1
INSUFICIENCIA CARDIACA	—	—	—	1
POST TRAUMATISMO	—	—	—	1
FRACTURA DE CRANEO	1	—	—	1
INTOXICACION ALCOHOLICA	—	1	1	—
A. ALCOHOLICA	—	—	—	—
CANCER	—	—	2	1
ANEMIA	—	—	1	—
NEURALGIA	—	—	—	1
TUBERCULOSIS	—	—	—	1
MENINGITIS	—	—	—	2
TOTALES:	116	97	96	102

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE ILUMAN

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 34**ILUMAN: POBLACION TOTAL****AÑOS 1977 - 1980 y 1974**

1974	1977	1978	1979	1980
11.150	12.297	12.705	13.127	13.663

FUENTE: Censo de 1974. INEC

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 35**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL Y RAZON DE MORTALIDAD****INFANTIL****AÑOS 1977 - 1980**

CAUSAS	1977	1978	1979	1980
TASAS DE MORTALIDAD				
GENERAL	9.43 o/o	7.63 o/o	7.31 o/o	7.46 o/o
RAZON DE MORTALIDAD				
INFANTIL ANUAL	39.65 o/o	46.39 o/o	44.79 o/o	50 o/o

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE ILUMAN

Elaboración: CAAP

C U A D R O No. 36

**ILUMAN.- PLUVIOSIDAD SEGUN MESES DEL AÑO
AÑOS-1978 - 1979**

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total mm
1978	28.3	35.8	60.8	106.7	76.9	15.4	12.4	7.3	75.9	17.5	70.0	80.6	587
1979	23.0	58.6	125.5	116.5	128.3	43.3	21.4	85.2	92.9	93.0	36.2	27.8	851

FUENTE: Instituto Nacional de Metereología e Hidrologría. Anuarios No. 18 y 19

Elaboración: CAAP

CUADRO No. 37

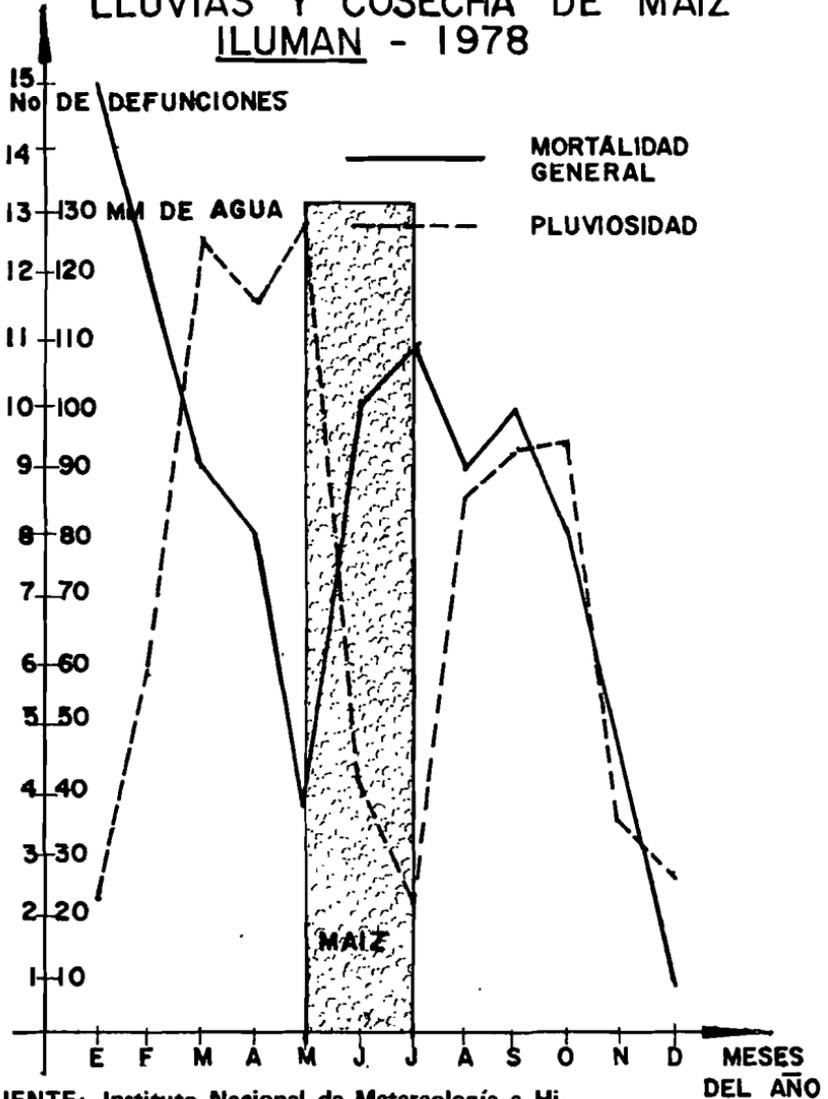
**ILUMAN. MORTALIDAD POR CAUSAS Y PORCENTAJE
DE CAUSAS, AÑOS 1977 - 1980**

CAUSAS	1977	1978	1979	1980
RESPIRATORIAS	61 o/o	41 o/o	55 o/o	34 o/o
GASTROINTESTINALES	18 o/o	32 o/o	18 o/o	18 o/o
NO FORMAL	17 o/o	23 o/o	18 o/o	34 o/o
DESGASTE	2 o/o		3 o/o	

FUENTE: REGISTRO CIVIL DE ILUMAN

Elaboración: CAAP

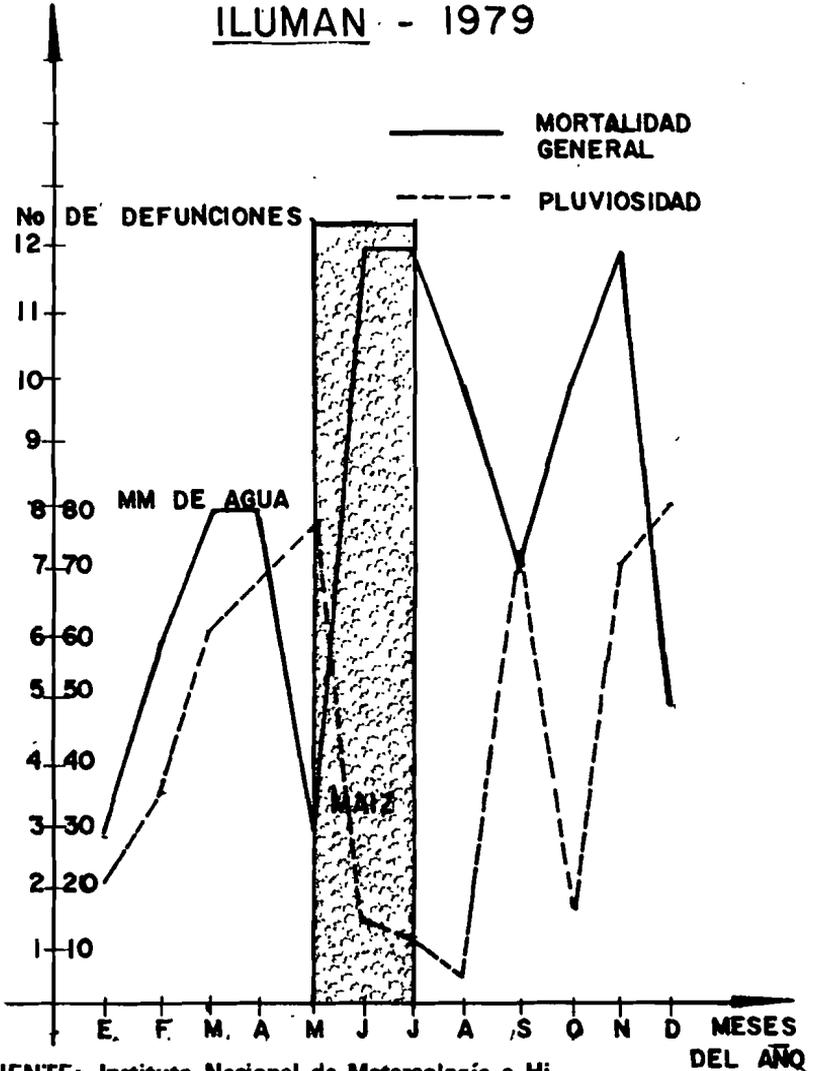
MORTALIDAD GENERAL POR MES,
LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ
ILUMAN - 1978



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP.

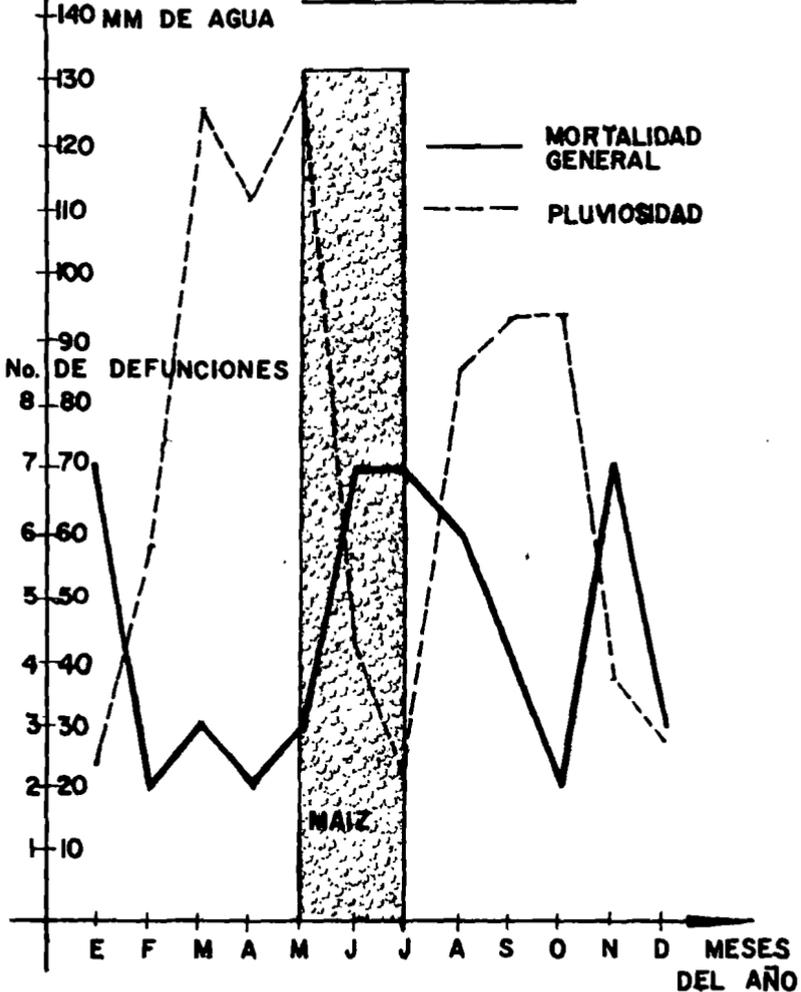
ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR MES, Lluvias y COSECHA DE MAIZ. ILUMAN - 1979



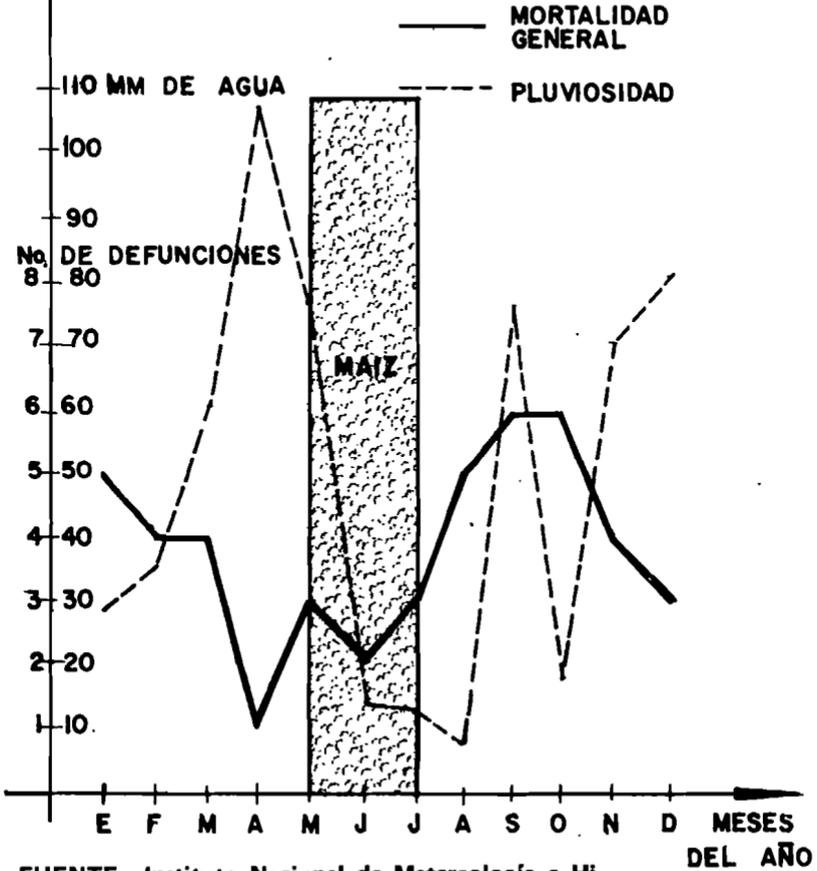
FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP
 ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL POR
MES, LLUVIAS Y COSECHA DE
MAIZ - MIGUEL EGAS - 1979



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP
ELABORACION: CAAP

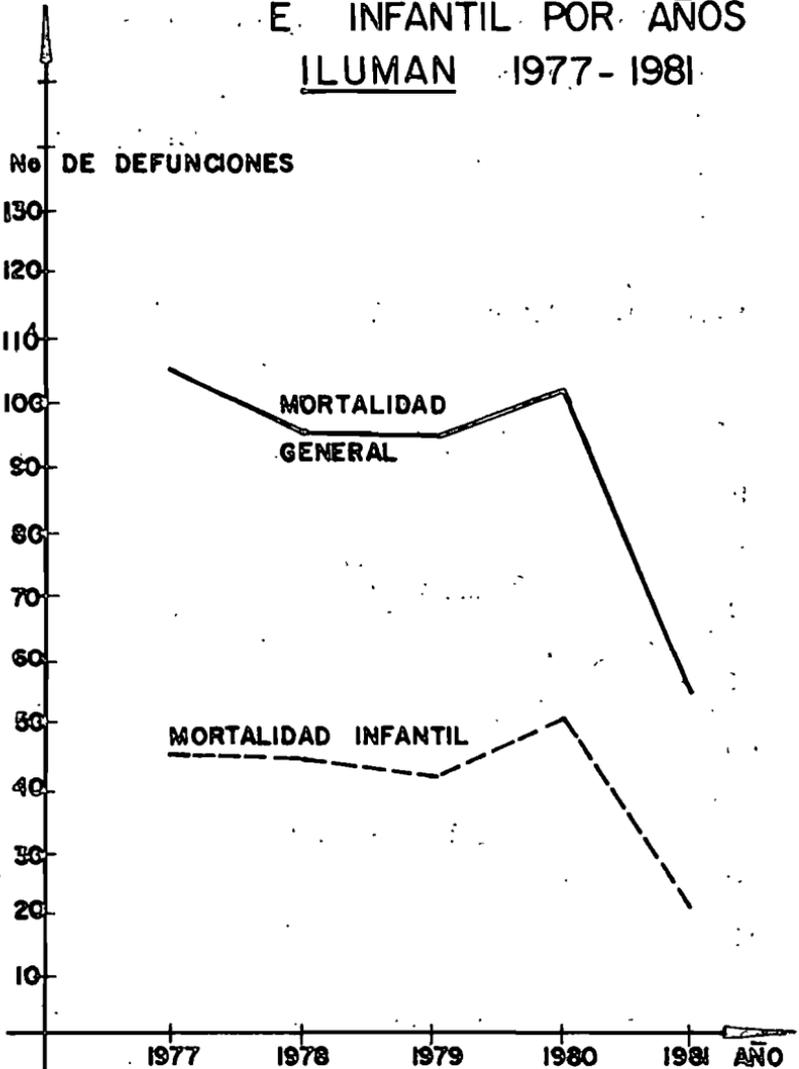
MORTALIDAD GENERAL POR MES, LLUVIAS Y COSECHA DE MAIZ - MIGUEL EGAS - 1978



FUENTE: Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología y CAAP

ELABORACION: CAAP

MORTALIDAD GENERAL E. INFANTIL POR AÑOS ILUMAN 1977-1981



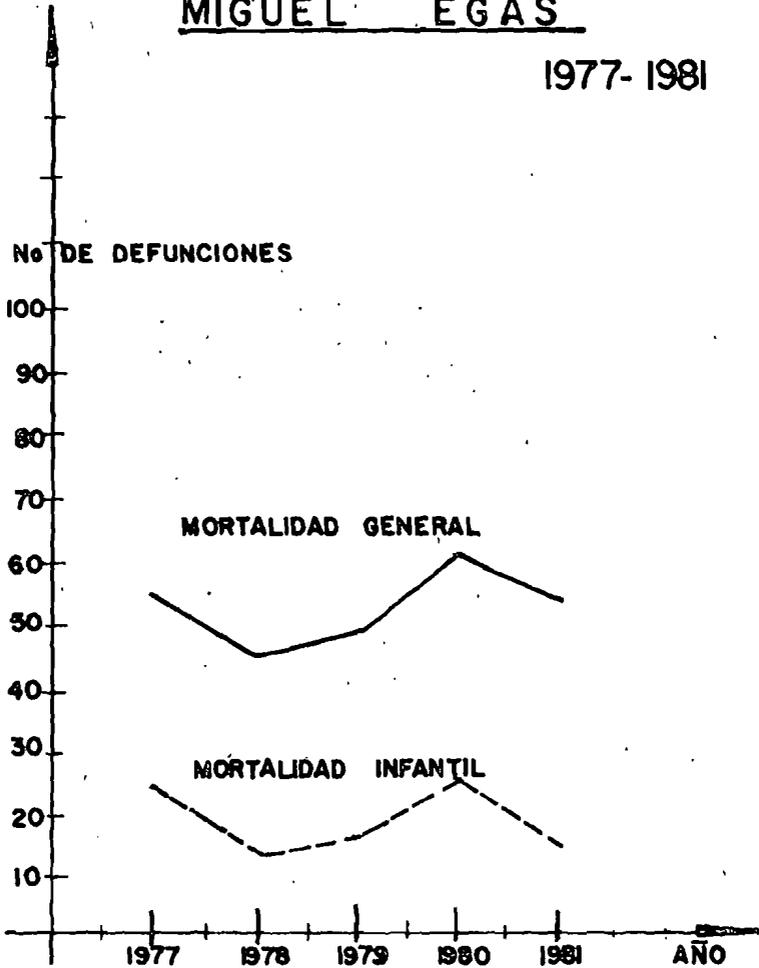
FUENTE: Registro Civil Humán
ELABORACION: CAAP

GRAFICO No. 19

MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD INFANTIL SEGUN AÑO.

MIGUEL EGAS

1977-1981



FUENTE: Registro Civil
ELABORACION: CAAP

CONCLUSIONES DE MIGUEL EGAS E ILUMAN

En cuanto a los índices de mortalidad general e infantil en ninguna de las dos parroquias se podría establecer una curva tendencial clara a la disminución; más bien se observa una oscilación en las cifras, que parece indicar una situación estacionaria de las tasas de mortalidad en la zona.

Las particularidades de estas comunas en lo referente a salud —de la misma manera que en el caso de Cotacachi—, a pesar de la cercanía y facilidad de acceso a las instancias de cobertura del Sistema de Salud Formal, no modifican la estructura de su mortalidad. Y en este sentido los datos reseñados sobre la atención de salud en la parroquia de Morales Chupa podrían ser generalizables a ambas zonas, y reflejar lo que ocurre en toda la región: el campesinado no recurre a las instancias sanitarias del Sistema de Salud Formal, y la marginalidad que presenta respecto de él puede explicar la vigencia de su propio Sistema de Salud Tradicional.

También en esta zona encontramos una gran dispersión de las cifras sobre mortalidad a lo largo del año, sobre todo en la parroquia de Miguel Egas. En el caso de Ilumán se podrían establecer tentativamente dos épocas —a falta de datos de un mayor número de años registrados—, en las que parece darse un incremento de la mortalidad: de Enero a Marzo (1977 - 1978) y de Junio a Septiembre (1979 - 1980).

Respecto a la causalidad de las defunciones, se

mantienen constantes como enfermedades prevalentes las respiratorias y gastrointestinales. Las enfermedades registradas como "causa desconocida" podrían ser referidas a una nosología tradicional, pero también se puede pensar en un problema de registro que estaría excluyendo aquella. De hecho es interesante constatar que en el registro de ambas comunas no aparecen reseñadas enfermedades tradicionales, que sí constan en los registros de otras zonas. Lo que se puede explicar por el carácter más técnico en la definición de las nosologías en esta zona.

CONCLUSIONES GENERALES

Los distintos tipos de comunidad tienen particularidades en su proceso de salud—mortalidad de acuerdo a su relación con el capital comercial. Dichos procesos están asociados al deterioro de las condiciones socio—económicas mínimas, las que determinan la reproducción simple de un grupo social. En las comunidades agrícolas fuertemente vinculadas al capital comercial, con producción artesanal o fuerte migración se puede detectar ya una presencia de enfermedades llamadas modernas, resultantes de la relación con un proceso de industrialización—urbanización.

La comparación de todos los casos estudiados revela índices muy elevados de mortalidad, particularmente en Isinliví, parroquias de Otavalo y Cangahua. Las curvas de mortalidad infantil guardan una correspondencia y una misma tendencia con las de mortalidad general. Los índices de mortalidad relativamente bajos en la zona de Otavalo no son representativos. Por estudios locales se sabe que la mortalidad infantil llega al 200 por mil. Lo que hace pensar que los datos del registro no reflejan la situa-

ción real. La mortalidad infantil en Cangahua, y según datos de Ilumán, está muy por encima del promedio nacional estimado en 70 por mil. En algunos casos de zonas rurales puede llegar a 300 por mil. (Cangahua por ejemplo).

Las curvas de mortalidad general en las áreas estudiadas no permite elaborar una gráfica más precisa. Mientras se observa un descenso más o menos irregular y no constante en Isinliví, en una de las parroquias de Cotacachi, El Sagrario, y en Ilumán, se constata un aumento de la mortalidad en Cangahua y en la otra parroquia de Cotacachi, San Francisco, siendo difícil definir qué tendencia presenta la curva de Miguel Egas en Otavalo. Conclusión de ello sería que los índices de mortalidad serían estacionarios salvo en aquellas zonas donde se marca un claro aumento.

La pluviosidad, como uno de los factores de la ecología, no influye directamente en el proceso de salud—mortalidad a no ser como una variable interdependiente en relación con el ciclo agrícola y con las condiciones socio—económicas generales de cada zona. Las lluvias tendrían una relación distinta con las curvas de mortalidad de acuerdo a las condiciones generales de la producción. A un volumen normal de producción corresponderían curvas de pluviosidad y de mortalidad paralelas; cuando disminuye la producción, las curvas de pluviosidad se cruzarían con las de mortalidad. La dificultad encontrada para precisar en qué época del año, en cada zona, aumentan los índices de mortalidad, parece mostrar que las condiciones climáticas es una variable dependiente del ciclo productivo y de las condiciones socio—económicas sobre las que este actúa.

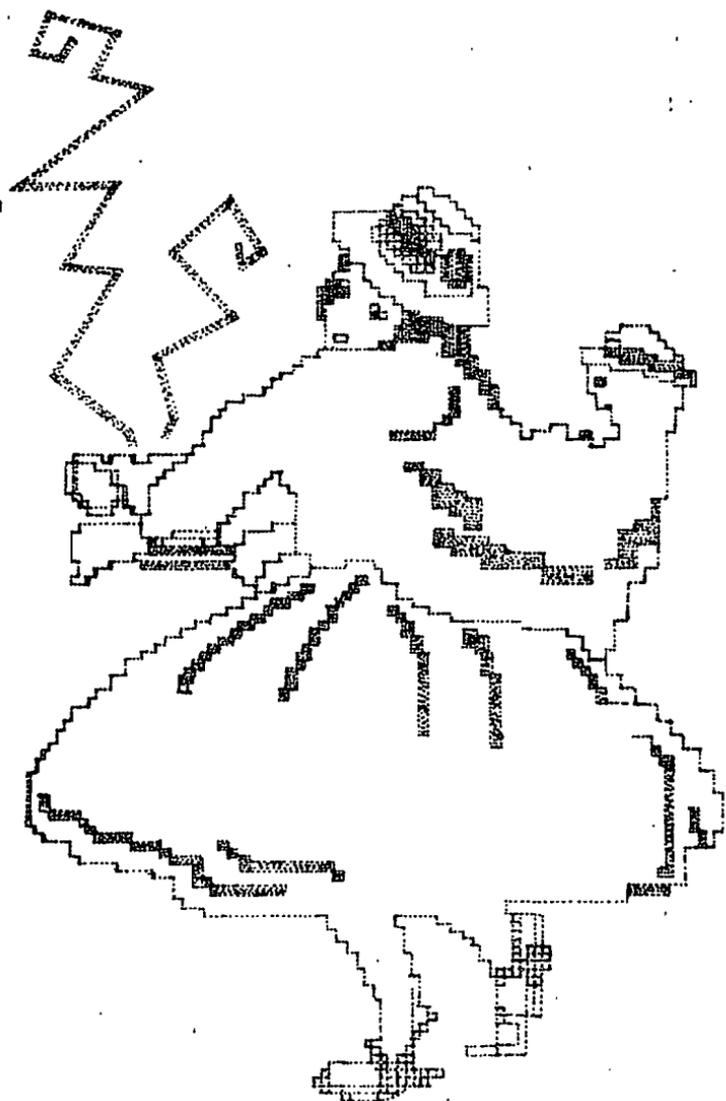
Como una aproximación al problema de la relación entre mortalidad y ciclo productivo, lo que ulteriormente podría ser utilizado como una hipótesis a verificar, podría indicarse la coincidencia entre un aumento de la mortalidad durante y después de la época de cosechas, resultante de la malnutrición, a la que contribuiría una intensidad del trabajo exigido por las faenas agrícolas de cosecha, y el agotamiento de las reservas del año anterior.

En cuanto a las causas de mortalidad general encontramos una fuerte prevalencia de enfermedades infecciosas, particularmente respiratorias y digestivas. Otro alto porcentaje, entre las enfermedades que inciden en las tasas de mortalidad sobre todo infantil, es el de la desnutrición. Si este dato no aparece entre las causas de muerte de Isinliví y Cotacachi, podemos pensar que se debe, en parte, a un problema de registro.

Resulta claro que las condiciones socio-económicas están a la base del problema de la mortalidad, y que los elevados índices de la mortalidad general y de la mortalidad infantil revelan la extrema vulnerabilidad del campesinado indígena de la Sierra. De ahí que las grandes inversiones hechas por el Sistema Formal de Salud en infraestructura, personal y programas no han tenido, por lo menos, el impacto esperado en la solución del problema de la salud y mortalidad del campesinado indígena.

El alto registro de diagnóstico de características No Formales es una expresión de la vigencia, estructura y funcionamiento, del Sistema No Formal en las comunidades campesinas de la sociedad andina.

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



EXPERIENCIAS

LOS CAMINOS DE LA CURA

José Sánchez-Parga

Sánchez Parga, José (1982). **Los caminos de la cura**. En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 121-138. Quito: CAAP.

"Aquí no hay enfermos; sólo hay muertos" (Campesino de Isinlivi).

A pesar de los esfuerzos realizados en los diez últimos años por los gobiernos de los Países Andinos (Bolivia, Perú y Ecuador) para integrar los sectores más tradicionales de la población, principalmente campesinos, al sistema médico nacional, y a pesar también de los programas médicos implementados por los organismos internacionales y los proyectos de cooperación extranjeros, la población andina sigue recurriendo en casi un 70 o/o a las prácticas de una medicina tradicional.

Según resultados de una encuesta—muestreo en la Comuna de Morales Chupa (Cotacachi) la curación del 24,5 o/o de los enfermos—enfermedades es asumido solamente por la familia nuclear; y en el 40 o/o de las familias los enfermos son atendidos exclusivamente por agentes del sistema tradicional o no—formal de salud (familia, otros comuneros, brujos—curanderos).

Una segunda constatación apunta a la diferencia entre las necesidades médicas sentidas por las poblaciones urbanas, que pueden ser procesados en un 80 o/o, y el porcentaje de la demanda médica que se manifiesta en un grado muy inferior.

De acuerdo a la misma encuesta de Morales Chupa, de los comuneros entrevistados, el 43 o/o manifestaron haber padecido una enfermedad durante los últimos tres meses, mientras que sólo el 57 o/o no tuvieron problemas de salud.

Una encuesta similar en la Comuna de Cochaló (cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi), de seis familias entrevistadas todos los padres habían tenido una enfermedad más o menos grave, 4 de las madres, y 11 de los 17 hijos.

Otro dato: la atención de un médico durante tres meses, 4 días por semana arrojó el saldo de 3,3 enfermos tratados diariamente.

El bajo índice en la demanda de asistencia médica en las poblaciones campesinas de la Sierra contribuye a demostrar que la gran frecuencia de la atención de la salud corre a cargo de la medicina "no-formal", y que sólo con una frecuencia muy limitada, que calificaremos más adelante, se recurre a la medicina oficial.

Estas dos últimas constataciones vienen a ilustrar un hecho y un dato: las variables de mortalidad infantil en las comunidades campesinas de la Sierra acusan mayor incidencia allí donde se cuenta con una posta médica oficial (211 sobre 1.000) que en las comunidades que sólo disponen de los recursos de la medicina tradicional (130 sobre 1.000). (Documento CAAP sobre mortalidad en la Sierra ecuatoriana).

El tratamiento y cuidado médicos tradicionales son administrados principalmente al interior de la familia, y de manera muy concreta por la madre en el grupo familiar restringido, o por las mujeres del grupo familiar ampliado. Tan sólo en segunda instancia, en caso de síntomas patológicos extraños o más graves, se apela al curandero, yachaitaita. Y únicamente cuando las diferentes jerarquías en la escala de competencia o especialización de la medicina tradicional se han mostrado incapaces de una cura, como último recurso se accede a los centros de salud del sistema oficial: postas médicas, hospitales, centros médicos urbanos.

Esta jerarquización de la medicina tradicional, que va desde la administración materno-familiar, pasa por los curanderos de la comuna o parroquia, sopladores, sobadores de cuy, hasta llegar al brujo de la región, responde generalmente la gravedad de la dolencia; cuanto más internalizada parece la causa de la enfermedad se requiere un mayor nivel de especialización, siendo el brujo, agente cumbre de la terapia tradicional, el especialista en las "enfermedades del espíritu". Por otra parte, hay enfermedades tradicionales, "viejas", como, por ejemplo el "espanto", "golpes interiores" ("dolor de corazón"), "secándose", "mal viento", "caliente frío", que son directamente reservadas a la competencia de los brujos o curanderos, ya que, según un informante mestizo (!) "de éstas no entienden los médicos del hospital". En caso de "embrujo" el recurso a un agente de la medicina tradicional, concretamente al "brujo", es siempre obligado.

Se da una cierta demarcación de las competencias entre los dos sistemas médicos por los que se refiere a las especies nosológicas; hay enfermedades tradicionales, cuya cura se adjudica a la terapia y agentes tradicionales, y "enfermedades nuevas", "enfermedades de Dios" o "mal blanco" producto del contacto con la cultura colonial en otros tiempos, o en la

actualidad con el medio no rural, las cuales requieren del sistema y prácticas curativas 'importadas'. Así mismo, existe una medicina étnica, interior y propia de cada grupo. Una comunidad morena, por ejemplo, acudirá a sus propios curanderos y no a los de otros grupos, y también se puede hablar de una ecología de la medicina tradicional, diferenciada a acuerdo a la altitud de las zonas y a las características climatológicas.

Esto no impide, sin embargo, que la búsqueda de la curación atraviese no sólo la escala de los distintos agentes del propio sistema médico, sino también los espacios de especialización ecológica, e incluso se traslade a las instancias del otro sistema médico.

Los Caminos de la Cura

Este funcionamiento de la medicina tradicional ha sido puesto de relieve por una observación realizada en el curso de una práctica investigativa en el noroeste del Ecuador, llevada a cabo por el Centro Médico de Antropología (Coloma y Pederesen). En las riberas del río Cayapa se encuentra asentada una comunidad morena, que recurre exclusivamente a su curandero, tanto más que entre las prácticas terapéuticas practicadas en el grupo se cuenta con la magina o canto ritual de la etnia entonado en ritmos propios de ella. Casi paralelamente al Cayapa corre el río Santiago, a lo largo del cual residen comunidades no morenas, que tienen su propio curandero, y al que acuden también con exclusividad. En la confluencia de ambos ríos, donde engrosan un solo caudal que desembocará en el delta de San Lorenzo, hay un grupo de curanderos especialistas, cholos colombianos, que suelen atender indistintamente a la población moreña, Cayapa, y a los no morenos ribereños del río Santiago, que no han encontrado

remedio a sus dolencias en sus respectivos curanderos étnicos. En el caso que tampoco la terapia del cholo colombiano se muestre eficaz, los enfermos de ambos grupos agotarán su peregrinaje en pos de la curación en los centros hospitalarios de San Lorenzo, asistidos por la medicina y recursos sanitarios oficiales.

Vendrán a confirmar este ejemplo la encuesta realizada en la Comuna de Morales Chupa, donde los que acuden a un centro del MSP lo hacen en forma muy esporádica o en casos muy graves.

Pero el camino de la cura puede adoptar en las comunidades campesinas tradicionales una dirección inversa a la observada en el caso precedente. Algunas veces la búsqueda de la salud, iniciada siempre en el ámbito familiar, pasa primero por los agentes de la medicina oficial (lo que depende mucho de la situación de la comuna, que cuente con asistencia médica próxima, y del grado de aculturación de la familia), médicos rurales, centro de salud cantonal y aún provincial, para concluir como último recurso en un especialista reputado de la medicina tradicional, en un curandero o brujo de fama en el país. Tal ha sido el caso, que podemos presentar como típico, en el que se recogen ciertos elementos originales en la concepción y periplo tradicionales de la cura, y en el que se destacan aspectos rituales, de alguna u otra manera nunca ausentes aunque no siempre perceptibles.

Se trató de un campesino de unos 35 años de la comuna de La Provincia (cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi), aquejado desde hacia un año de una afección pulmonar (probablemente tuberculosa) y sufriendo una gran anemia; después de haberle sometido a los cuidados médicos en diferentes ocasiones se resuelve acudir a un curandero famoso, Don Lucho Cortés, que atiende en la provincia del Tungurahua, en la carretera que

une Baños con Riobamba. La razón es que la madre del enfermo había sido curada de la misma o similar dolencia hace 9 años por el mismo curandero.

Pero antes de dirigirse al lugar donde atiende Don Lucho Cortés, en Yuntapamba, nuestro campesino y sus padres habían previsto una visita a la milagrosa Virgen del Agua Santa de Baños; después de haber comprado una vela como ofrenda, los tres estuvieron orando casi una hora ante la imagen de la Virgen. A continuación nos dirigimos al complejo habitacional donde atiende Don Lucho, que incluye unas cinco salas de espera donde incluso pueden pernoctar numerosos pacientes. A las 7 p.m. había 90 personas inscritas en la lista de espera. Considerada, sin embargo, la gravedad del caso por la señora responsable que manejaba la lista de pacientes, nuestro compañero campesino pudo ser atendido al día siguiente a las 11 a.m. Según él mismo refirió, fue cuidadosamente auscultado por el curandero, que entre otras dolencias diagnosticó un "golpe interior"; el enfermo recibió medicamentos fabricados por el mismo curandero a base de plantas, y al día siguiente regresaba a su comunidad en claro proceso de mejoría, y con la indicación de volver al cabo de tres meses "para controlar el proceso de la cura". El precio de las medicinas, en el que supone incluidos los honorarios fue de S/. 700 (Junio, 1981).

Esta curación "in extremis" ha sido investida de una característica milagrosa asegurada por la visita a la Virgen de Baños, y que habrá de ser saldada por el voto u ofrecimiento contraído por la cura. Se ha podido notar, además, que el recurso a un agente extraordinario de la medicina tradicional responde a un procedimiento normal en el camino de la cura, al poderse constatar que la mayoría de los pacientes que solicitan la atención de Don Lucho, vienen de lejos y ya han pasado por las instancias de la medicina formal.

Por otra parte, el carácter "milagroso" o ritualidad religiosa investida en la cura no ha de ser tomado como una simple peripecia ocasional de este itinerario hacia la salud. Si bien en el caso descrito representa una etapa en un viaje es porque el proceso de la curación ha tomado una clara forma de itinerario, pero el condimento mágico no está ausente de las prácticas curativas del sistema de salud tradicional. Imágenes sagradas, velas encendidas, agua bendita hacen de una u otra manera acto de presencia en los rituales de los curanderos; y la misma terapia que sigue a la "soba de cuy" exige el agua bendita que ha de ser traída de una iglesia.

Si se puede cuestionar la eficacia terapéutica de estos elementos mágicos, no se puede descartar, sin embargo, el papel que juegan sobre la credibilidad y confianza subjetiva en el procedimiento de la cura. La restitución orgánica que implica la curación conlleva la reconstitución de ese universo mágico—simbólico—religioso, del que supuestamente la enfermedad significa también una descomposición.

El viaje terapéutico:

Si la búsqueda de la salud adopta la forma de un desplazamiento hacia lugares que tienen un significado muy distinto, ya sea conduciendo al enfermo indígena hacia los espacios curativos ajenos a su mundo, o bien devolviéndole a su ámbito tradicional de curación después de haber recorrido aquellos otros, también la misma concepción de la terapia tradicional o "primitiva" tiene mucho de viaje e itinerario.

El pensamiento andino determina la enfermedad (a excepción de aquellos patologías introducidas en los Andes por los europeos) como una ruptura de la unidad personal alma—cuerpo y/o como una pérdida de algunos de los elementos, cuyo equilibrio orgánico constituye la salud. Por ello, la cura

ción será representada bajo la forma de una restauración de la unidad perdida y como una búsqueda de ese elemento del que adolece el cuerpo enfermo.

Así, el curandero se va a comportar como un viajero que, durante el proceso terapéutico, deberá partir en busca de ese elemento perdido o del alma retenida fuera del cuerpo por algún mal espíritu o algún accidente en el camino. Durante la práctica terapéutica nuestros curanderos de la Sierra no entran en el primitivo trance chamánico evocador del viaje iniciático que les permitió adquirir su conocimiento y sus poderes, sin embargo, una metáfora del viaje se puede entrever a través de las filigranas rituales de la cura. En casi toda curación hay un gran consumo de tabaco y de alcohol, tanto por parte del curandero como del enfermo. Por estas 'evasiones' análogas a las que cumple el psicoanálisis a través de la palabra, como terapia del lenguaje —el espíritu, si se quiere, las competencias o influjos del curandero se desplazan comunicativamente hacia el enfermo soplandole el humo del tabaco o el aliento del trago. De lo que se trata es que las fuerzas curadoras pasen al individuo enfermo.

La danza del chamán primitivo, y aquellos largos y reales viajes de los que habla Levi—Strauss, aparecen sustituidos por frecuentes "pases" de las manos del curador sobre el cuerpo del paciente, o por ciertos masajes y recorridos sobre las partes aquejadas. En ocasiones, la curación toma la forma real de itinerario ya que "se debe hacer en el mismo sitio donde se produjo el susto; se lleva al paciente hasta el lugar, o va el curandero, el cual viene 'llamado y llamando y haciendo adelantar' al espíritu" (cfr. E. Estrella, *Medicina aborigen*, p. 116).

Esta misma situación parece reproducirse en el largo colquio o interrogatorio que el curandero mantiene con su paciente, emprendiendo ambos una expedición mnemónica, por la que el enfermo es obligado a revivir de manera precisa, y más

o menos intensa según los casos, la situación inicial de su dolencia y a percibir mentalmente los detalles más particulares de ella.

Estas formas o figuras del itinerario, del trayecto, traducen una simbólica, a través de la cual se elabora y se modifica continuamente un sistema de oposiciones y correlaciones, que trata de integrar todos los elementos de una situación total, en la que el curandero, el enfermo y los testigos, representaciones y prácticas, ocupan un lugar bien articulado. Como elementos principales de esta estructura, y términos de esa simbólica del movimiento y la comunicación, se ubican el enfermo en cuanto pasividad, alienación de sí mismo, bloqueo del pensamiento, y el curandero representante de la actividad, desbordamiento de una afectiva reproducción de simbolismo. La curación, como dice Levi-Strauss, pone así en relación estos dos polos opuestos, y asegura el tránsito de uno al otro.

Socio-política de la medicina tradicional:

Sobre todo en las comunidades campesinas de la Sierra se ha constatado una socio-economía de la salud-enfermedad, que presenta una aparente diferenciación sexual. En la familia suele ser la mujer-madre el sujeto principal de enfermedad, y raramente el hombre; pero mientras aquella tiende a agotar los recursos curativos al interior de la medicina tradicional, el marido, solo enfermo en casos de extrema gravedad recurrirá a los agentes médicos extraordinarios. Respecto de los hijos, suele ser sujeto preferente de curación el varón, no considerándose ni tan urgente ni tan grave la enfermedad en las niñas.

En cuanto al papel desempeñado por los actores de la medicina tradicional en las estructuras de poder de la comu-

nidad o de la región es necesario matizar una serie de distinciones. En primer lugar, dado que el poder político es detentado (no necesariamente ejercido) de manera bastante rígida en las comunidades, se puede decir que los curanderos y el brujo se encuentran al margen de los mecanismos de influencia y decisión políticos dentro de la comunidad. De hecho, en ninguna de las comunidades que conocemos forman ellos parte del Cabildo.

En cambio, ocupan un espacio de prestigio que, siendo de naturaleza diferente, no entra en competitividad con el prestigio del poder político. Su competitividad, sin embargo, mantiene un relativo conflicto con otras instancias de la medicina tradicional, los tenderos, y con los agentes de la medicina oficial, médicos y enfermeros de las postas sanitarias, y los boticarios.

Pero incluso bajo este aspecto, la competitividad es relativa, y el conflicto se resuelve 'políticamente', ya sea por una demarcación de las prácticas curativas, por la adjudicación de determinadas enfermedades a una u otra competencia, asegurándose el curandero las enfermedades más tradicionales del grupo, y dejando a los actores de la medicina formal las enfermedades de una sintomatología más propia del mundo externo al grupo, o en fin, por una especie de transferencias o intercambios que se pueden establecer entre los agentes de ambos sistemas de salud. El curandero solicitará, por ejemplo, del médico determinadas medicaciones a cambio de algunos de sus conocimientos terapéuticos, muy concretamente fitológicos.

Vinculado al grado de prestigio, unido al reconocimiento de su eficiencia, que puede adquirir dentro de su comunidad y dentro incluso de una región, el curandero puede obtener pingües beneficios económicos. Y es, muchas veces, en sus perspec-

tivas gananciales que los curanderos tradicionales pueden encontrar peligrosos competidores en las chicheras o tendero de las proximidades, menos como agentes de salud que como expendedores de una serie de remedios de farmacopea elemental o tradicional, que se han ido introduciendo, con frecuencia a través de las ferias y mercados, y que en la actualidad forman parte del acerbo de la medicina familiar.

Quizás por ser la fitoterapia una técnica y práctica culturales muy arraigadas en algunas zonas, los especialistas de este procedimiento de curación se encuentran mejor integrados en el ámbito social de la comuna que los curanderos y brujos; al no ser ellos más que expertos de un conocimiento difundido en el grupo. En Guantualó (cantón de Pujilí, provincia del Cotopaxi), por ejemplo, los fitoterapeutas están perfectamente insertados en la vida comunal, y uno de ellos, sin pertenecer al Cabildo, preside la asociación de padres de familia, ejerciendo por este cargo una cierta influencia dentro de la vida de la comuna.

El contacto cada vez más amplio e intenso —efecto de las redes de comunicación y del sistema de transportes— entre las comunidades campesinas y la sociedad nacional, urbana, ha repercutido considerablemente en el esquema de la medicina aborigen y en su concepción de la misma. Podemos señalar tres aspectos principales de lo que podríamos considerar la aculturación médica.

- a.— Uno, ya aludido inicialmente, es el proceso de integración médica en los países andinos. Si bien todavía no se ha logrado una extensión efectiva del Seguro Social hasta las poblaciones más periféricas de las áreas campesinas, se han multiplicado considerablemente los enclaves sanitarios del sistema médico oficial, a base de postas de salud en lugares cada vez más alejados. Aunque la po-

lítica integracionista al aparato de la medicina estatal cuenta aún con gran resistencia, entre otras razones por el inveterado enraizamiento de la tradición y por los costos, sus efectos no se dejarán esperar a corto plazo, y lo que se está generando de manera lenta pero sensible es una duplicidad de sistemas médicos.

- b.— El proceso aculturativo ha afectado también, naturalmente, a la concepción y utilización de la medicina y del aparato médico. Cuanto más diferenciado económicamente es un miembro de una comunidad y cuanto más aculturada una comunidad campesina mayor desconfianza —consciente, inconsciente o simplemente demostrativa— abrigará respecto de las prácticas médicas tradicionales, insistiendo en una valoración de la medicina oficial y de los productos farmacéuticos.

Cochaló (cantón Pujilí, Provincia del Cotopaxi, parroquia de Isinliví), sin ser una comuna demasiado mestizada, ha sufrido en los últimos años un gran proceso migratorio. Dos datos de ellos: el actual presidente del Cabildo tiene, de sus 10 hijos, 7 viviendo en Quito; de las 56 familias adscritas a la comuna 4 sólo circunstancialmente regresan a Cochaló por algún tiempo. Pues bien, de 6 jefes de familia entrevistados en esta comuna acerca de su última enfermedad resultó que ésta había sido atendida:

Hospital de Latacunga	2 casos
Hospital de Quito	2 casos
Médico de Quito	1 caso
Médico e Insiliví	1 caso

En la comuna de Morales Chupa (Imbabura) las 5 familias que en caso de enfermedad sólo acuden a un centro del Ministerio de Salud Pública son en su totalidad mestizas.

- c.— Por lo que atañe a los curanderos, y completando lo dicho a propósito de eventuales rivalidades, éstos suelen capitalizar prestigio dentro de sus comunidades al entrar en relación con los agentes de salud del sistema médico oficial. El reconocimiento que éstos pueden prestarles, ya sea en su simple trato como en consultas acerca de sus prácticas y recursos curativos, suele ser sagazmente explotado por el curandero, que, incluso, puede permitirse por ello aumentar el precio de las consultas.

Si bien hay un oculto anhelo por parte de los curanderos y brujos de lograr un reconocimiento oficial de su práctica, ésta se encuentra ampliamente tolerada y aun reconocida más allá incluso de su propio grupo étnico.

Un día que quisimos hacer unas pruebas de sangre y expuso a un enfermo antes de conducirlo a un brujo, como era su deseo, el médico del hospital nos remitió primero al brujo, ya que si las pruebas daban resultado positivo él "tendría la obligación de internarlo".

Más allá, pues, de las incidencias que en el ámbito de la medicina tradicional puedan tener los procesos de aculturación, todo un flujo de acciones médicas y de fármacos contribuyen a crear una mayor dependencia del campesino andino al sistema médico oficial.

Al tratar de la jerarquía entre los agentes terapéuticos en la medicina tradicional, habíamos anotado ya la particular posición ocupada por el brujo en la cumbre de la especialización en el tratamiento de la enfermedad. A una tal situación, profesional corresponde también una particular ubicación socio-económica dentro de la comuna. El brujo no sólo conoce y trata las afecciones más "espirituales" sino que se le atribuye un determinado poder y responsabilidad sobre ellas. El curador de males del espíritu puede ser también un inductor de ellos. Sus competencias alcanzan tanto a las personas y animales como a las cosas, e incluso toda una comunidad puede perjudicarse o beneficiarse de su acción. Esto hace que su persona se mantenga relativamente segregada de la comunidad. Por otra parte, esta misma marginalización del brujo significa o contribuye a significar la transcomunalidad de su rol, que le hace accesible a demandas no sólo de otras comunidades o regiones sino hasta de las mismas ciudades. No es extraño, por ello, que los servicios de un brujo reputado sean susceptibles de contratación temporal por comunidades incluso muy alejadas de la suya.

El brujo puede convertirse, en situaciones extremas, en un peligro y amenaza para la comunidad, hasta el punto que ésta llegue a eliminarlo. Se ha dado el caso que una comunidad haya hecho matar a seis de sus brujos en el lapso de casi diez años. La eliminación de un brujo puede ser sentida y decidida por la comunidad, pero ninguno de sus miembros se prestaría a ser el ejecutor.

Conclusión:

Es incontrovertible que la medicina tradicional posee una vigencia y ocupa un espacio importante en la sociedad, de la que forma parte como institución y como enclave de otras prácticas técnicas, políticas e ideológicas. Pero el recurso proporcio-

nalmente grande del que todavía goza esta medicina no excusa sus limitaciones en cuanto a su eficacia y alcance respecto a una amplia tipología de enfermedades. Y prueba de ello es la elevada morbilidad que acusan estos grupos sociales en comparación con la sociedad moderna, de la que constituyen un sector marginal. Otra situación de hecho es que en la actualidad, y en todos los países andinos, la medicina tradicional se encuentra en posición sino ambigua por lo menos ambivalente, por ubicarse en continuidad con la medicina oficial, en una cierta competitividad con ella, y por definirse ésta como una prolongación y complemento de aquella.

Un programa de *sustitución* de la medicina tradicional por la oficial, formal o académica por llamarla de alguna manera, sólo podría ser planificado a muy largo alcance, a elevados costos, y con una serie de inversiones que cualquier gobierno consideraría políticamente poco rentable. Tal programa sustitutivo, además, no dejaría de lesionar las estructuras ideológico sociales de los grupos campesinos de la Sierra, cuya integración al sistema médico nacional no sólo aceleraría su proceso aculturativo, sino también una mayor desarticulación de las economías del grupo. No ignoremos, en fin, que el enfermo pertenece a un grupo social y culturalmente distinto del representado por el médico oficial, y que su percepción de la enfermedad, su mismo estado enfermo es ajeno, en principio, a la sintomatología, al diagnóstico y en ocasiones hasta de la misma terapia de la medicina oficial.

La otra alternativa programática consistiría en un fortalecimiento o potenciación de la medicina tradicional en su relación con la medicina formal y con los aportes de ésta. Lo cual supondría toda una estrategia de aproximación de ésta no sólo al sistema de diagnóstico y terapia tradicionales, sino también a las condiciones ambientales (ecológicas, laborales o productivas . . .) y culturales de la sociedad tradicional. De

tal manera que el contacto entre ambos sistemas médicos no conlleve una quiebra de las estructuras sociales de la comunidad campesina.

Esta alternativa programática de fortalecimiento tendería a recuperar y potenciar a los agentes, los conocimientos y las prácticas tradicionales, complementándolas con el diagnóstico y la cura allí donde no alcanza su competencia. Aquí interviene toda una estrategia que rebasa las capacidades profesionales del médico, ya que articular un programa de salud a las condiciones de la medicina tradicional supone conocer cuáles son los agentes tradicionales de la cura y el sistema reticular por el que muchas veces se filtra el proceso curativo, y como se engranan, suceden y sustituyen las distintas instancias de la operación. Y la tarea es tanto más árdua si se tiene en cuenta que estos pormenores se encuentran muchas veces particularizados en cada comuna.

Ahora bien, tal proyecto debería trascender la simple medicalización de los grupos campesinos tradicionales con una "política sanitaria", creando las condiciones de salud de dichos grupos sociales; considerando que el alto porcentaje de morbilidad en ellos se debe menos a sus características tradicionales, "no-científicas" de su medicina, que a las condiciones sociales (ecológicas, laborales, nutricionales, migratorias . . .), en las cuales dichos grupos se encuentran sumidos.

Un programa médico, o mejor, según lo propuesto, programa de salud, (y en el cual el Ministerio de Salud Pública asumiere la responsabilidad con que define su función) destinado a reforzar la medicina tradicional, pero que desatendiera las causas y condiciones social-económicas de la enfermedad en la sociedad campesina tradicional, no pasaría de ser una cataplasma sobre un mal endémico. No son tanto los enfermos los que urge curar, sino el estado de enfermedad en que nacen y viven

los miembros de estos grupos. Lo que se necesita, con una prioridad tanto lógica como temporal, son programas de salud más que programas médicos; que este tipo de programas rebasen la competencia de los médicos y de los servicios sanitarios resulta de una inveterada ideología de la medicina tradicional toda ella enfocada hacia la rentabilidad de la enfermedad y no hacia la higiene. Pero de esta desviación ideológica de la medicina es cómplice un sistema económico político, el cual ha considerado siempre más lucrativo curar enfermos que ocuparse de la salud de la población; dotar de médicos, postas sanitarias y hospitales a la nación que elevar las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población empobrecida.

LA SOBA DE CUY

Claudio Barahona

Barahona, Claudio (1982). **La soba de cuy**. En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 139-154. Quito: CAAP.

SISTEMA DE SALUD NO FORMAL

Según datos muy actuales de El Comercio, Quito 13 de Febrero de 1982 (de acuerdo a un estudio llevado a cabo por la Escuela de Enfermería), un 25 o/o de la población del país acude a la medicina tradicional. De la medicina tradicional en el país es sobre todo depositaria la sociedad campesina de los Andes, y que la viene practicando desde tiempos inmemoriales.

El sistema de salud tradicional comprende un amplio conjunto de prácticas curativas, un diversificado tipo de agentes, sus recursos y competencias, y todo un sistema de redes profesionales y sociales. Entre estos agentes de la medicina tradicional, el "sobador de cuy" ocupa un lugar de no escasa importancia. La misma técnica de la soba de cuy constituye una instancia muy particular dentro del sistema de salud tradicional en la que el diagnóstico, pronóstico y la terapia juegan un papel clínico muy diferente de las otras instancias curativas.

El sistema de salud tradicional responde, si se quiere, a un sistema nosológico también tradicional. Y es que las sociedades andinas conservan todavía sus antiguas enfermedades, dolencias, con una etiología no clasificable dentro del sistema "científico". Para esta nosología aborígen, reto para la medicina moderna, ésta no tiene una respuesta; no vale su diagnóstico y tampoco su terapia. Lo cual no quiere decir, lamentablemente, que el campesinado andino no enferme y se muera de las enfermedades "nuevas" aportadas a la dominación europea, y para las que considera que la medicina oficial tiene responsables competencias. Pero son aquellas enfermedades "viejas", "nuestras" las que son objeto de un recurso a los agentes tradicionales de salud. Es sobre todo la enfermedad aborígen, la que debe ser sanada por un curador aborígen y procedimientos también aborígenes. Es esta lógica la que subyace a la confianza y credibilidad, que el campesinado andino otorga a sus agentes de salud y a sus técnicas curativas.

De la misma manera que en las sociedades modernas, capitalistas, un sistema de salud forma parte de todo un sistema económico social, tampoco puede ser comprendida la medicina tradicional, si no es articulada a la economía campesina de las sociedades de los Andes. Más aún, el conflicto entre medicina tradicional y sistema de salud oficial está sobredeterminado no solo por componentes culturales sino también económicos. Y en este sentido consideramos que la medicina tradicional es un factor importante, más o menos consciente, pero estructural, de la resistencia de un grupo social a la penetración capitalista, en un enclave tan relevante como es el de su subsistencia y reproducción social.

Si la medicina tradicional se mueve dentro de su propio ámbito económico es porque ella misma pone en juego un tupido sistema de formas solidarias de parentesco y comunales. Dentro de la intimidad de estas redes sociales tradicionales,

se mueven el fitoterapeuta, y la partera comunal, el sobador de cuy, la espantóloga, el curandero y en ocasiones, hasta el mismo brujo. Estos actores de la cura tradicional son parte de una estructura social; ellos contribuyen a reforzarla y de ella se sustenta.

EL SOBADOR DE CUY

Características generales del sobador es ser una persona adulta casada, con frecuencia pero no exclusivamente varón. Dentro de la comunidad aparece como un campesino más y su situación económica no lo diferencia de los otros comuneros; indígena, su comportamiento y su reconocimiento por parte de los otros miembros de la comuna, no le confiere ningún rango de prestigio especial, a no ser que su competencia como sobador dentro de la comuna e incluso fuera de ella le merezca un respeto y consideración particulares que se expresan, por ejemplo, en el apelativo de "taitico" o "mamitica".

Según esto habrá que introducir una cierta estratificación dentro de la especialidad de sobador de cuy. El sobador menos diestro en la técnica del diagnóstico, que sólo se limita a un reconocimiento muy grueso o aproximado de la dolencia, tendrá un campo de acción circunscrito a su familia y grupo de afinidad. Ciertamente que podrá ser conocido como sobador dentro de su comuna, pero en ningún momento actuará más allá de los distritos familiares. El sobador que a una cierta experiencia añade cualidades técnicas que le permitan un diagnóstico del paciente, de la evolución de su enfermedad, sus causas y características más precisas, y un pronóstico más o menos certero, que pueda derivarlo a una terapia eficiente, este sobador gozará ciertamente de un reconocimiento comunitario; sus competencias y la práctica de su soba de cuy serán solicitadas más allá de su círculo familiar; sus pacientes provendrán de su pro-

pia comuna e incluso de comunas vecinas. Habrá sobadores que además de un diagnóstico y un pronóstico muy certeros, manejarán dentro de la misma práctica de la soba de cuy ciertas técnicas curativas. Este tipo de sobador de cuy, que participa ya de habilidades de curandero, tendrá un radio de acción que sobrepasa el de su comunidad, llegando a ser solicitado en otras comunas de la región o en lugares extraregionales. Este sobador no solo recibirá pacientes exteriores a su comuna, podrá también desplazarse para atender lejos de ella.

Como hemos podido constatar, la especialidad del sobador es quizás la más plástica dentro de los agentes de medicina tradicional. El sobador y su soba de cuy pueden tanto situarse dentro de lo que denominaríamos la medicina doméstica, como participar de un grado de profesionalización superior como es la del curandero. Todo depende de la habilidad en el manejo de su técnica y de la eficacia exitosa y reconocida de sus resultados. Es la especialidad del sobador la que puede atravesar redes sociales más diferentes. Su clientela puede ser estrictamente familiar o comunal, indígena, o mestizos exteriores a su mundo campesino; sin embargo, es sobre todo la sociedad indígena la que forma parte de la clientela habitual del sobador.

De las comunas campesinas que conocemos en la sierra de la Provincia del Cotopaxi, podemos aventurar que no hay comunidades que no cuenten con dos o tres sobadores de cuy con competencias reconocidas y solicitadas a nivel comunal. También hemos podido constatar la presencia de un sobador (en Salamalag Chico) que goza de un prestigio regional. Podríamos decir que tal número de sobadores cubre perfectamente las necesidades de esta especialización de la soba, dentro del sistema de salud tradicional en las comunas de la región.

Por lo que respecta a la capacitación del sobador y su

aprendizaje cada caso parece ser diverso en sus circunstancias.

De los tres sobadores identificados en la comuna de Sa-lamalag Chico sabemos que María Tipán aprendió la técnica de la soba como paciente; "siendo muy enferma, le sobaban cuy mucho cuando era niña y de esa manera aprendió". Otro, Andrés Lutuala, que de sobador se desempeña ya como curan-dero, parece ser que su vocación de sobador se vió enriquecida por haber trabajado con un médico en Quito. De otros dos sobadores de la comuna vecina de Chimbo—Guangaje, sabemos que María Toaquiza aprendió la técnica de un suegro suyo, so-bador, y que José Lutuala aprendió simplemente en la comu-nidad. En conclusión la soba de cuy es una práctica de la que la comunidad andina es depositaria, y que se transmite tradicio-nalmente, ya sea a través de la familia o de la comunidad pero siempre dentro del sistema de salud indígena.

Esto mismo parece confirmar las declaraciones de los so-badores de cuy de no tener discípulos; el aprendizaje de la téc-nica se realiza de manera informal, inapercibida por los mismos "maestros", de la misma manera que ningún campesino podrá identificar un maestro o un espacio particular de aprendizaje de sus habilidades agrícolas. Y es porque los procedimientos de la medicina tradicional se transmiten al interior de un uni-verso cultural, de prácticas, de ritualidades, de mensajes y cono-cimientos que son los que aseguran la reproducción social del grupo. La soba del cuy como otras prácticas curativas tradicio-nales no es objeto de una especialización, lo que sí ocurre en la sociedad capitalista.

EL PACIENTE DE LA SOBA DE CUY

Al hablar de los diferentes perímetros sociales del soba-dor ya hemos indicado las procedencias posibles de sus pacien-tes de acuerdo al nivel de profesionalización del sobador. El

sobador de cuy atiende entre sus pacientes una mayoría indígena. Son pocos los mestizos que recurren a la soba de cuy.

De acuerdo al número de atenciones reseñadas por los distintos sobadores de cuy no es fácil establecer con qué frecuencia se recurre dentro del sistema de salud tradicional a la soba de cuy, ya que solo disponemos del número de atenciones prestadas por sobadores de muy diferente competencia y por ello de muy variada clientela. Mientras hay sobadores que solo atienden un paciente cada dos meses, y cada ocho y quince días, otro atiende un promedio de tres diarios. De todos los datos recogidos podemos concluir que la soba de cuy se presenta como una instancia solo relativamente usual. Esta misma situación viene a confirmar el estado de los pacientes que acuden a la soba de cuy; los hay poco enfermos y muy enfermos.

Los motivos de la soba de cuy revelan en casi su totalidad de una nosología tradicional. Los enfermos que acuden al sobador pueden ser: "colerín", "golpeado", "lastimados", "quebrados los huesos", "mal aire", "cogido del cerro", "salipa o lasipa", "desmayos", "demasiada sangre en el corazón", "gripe", "sarampión", "tos", "mal del caballo", "mal sucio", "brujeadó". Es también motivo de la soba de cuy la ineficacia de un tratamiento fitoterapéutico anterior. Generalmente las limitaciones de la cura con plantas medicinales administradas en el ámbito familiar derivan el paciente hacia el sobador de cuy. De la misma manera una soba anterior ineficaz o imprecisa podrá ser completada por otro sobador más experto. Esto mismo viene a confirmar la relativa frecuencia con que se accede a la soba de cuy, dentro de las instancias de la medicina tradicional.

Según esto la soba de cuy se presenta principalmente como una respuesta tradicional a toda una concepción tam-

bién tradicional de la enfermedad, y en este sentido refuerza y reproduce todo el sistema.

Dos últimas observaciones sobre el paciente de la soba de cuy. Es indiscriminada respecto a la edad, desde niños de cuatro meses; y se da también la autosoba por la cual el sobador puede diagnosticarse a sí mismo e incluso administrarse una terapia.

LA TECNICA DE LA SOBA

La soba de cuy es una práctica muy compleja en la que se amalgaman los más variados componentes, técnicas, rituales y sociales, inscribiendo la acción curativa dentro del universo cultural, en el que participan el sobador, el paciente y los espectadores o testigos.

La soba de cuy tiene lugar por lo general en la casa del enfermo y extraordinariamente en la casa del sobador. La soba puede realizarse en cualquier día de la semana, pero con preferencia, si es posible; los días martes y viernes. La razón de esto es porque precisamente en estos días, según ellos, ayudan los santos y vírgenes desde el cerro, y también porque en estos días se cree que la soba disminuye los dolores corporales. La hora de la soba es en cualquier momento del día, y no durante la noche, porque la observación requerida por la técnica exige suficiente luz.

A la soba del cuy, además de los dos protagonistas principales, el sobador y el paciente, asisten los familiares más allegados de éste; eventualmente según los casos algún otro pariente o amigo. La presencia de estos asistentes no es de meros espectadores, sino de interlocutores y testigos, que participarán en el coloquio que se mantiene a lo largo de toda la ceremonia. El aspecto conversacional parece muy importante durante to-

do el proceso de la soba, y dicha conversación tratará tanto del enfermo y su dolencia, como de otros asuntos muy variados, que pueden ir de los más serios a los más cómicos. Este aspecto de la conversación al mismo tiempo que tiende a disminuir la gravedad de la situación, crea un ambiente fuertemente socializado. La relación entre el sobador y su paciente queda todavía más personalizada al introducir dentro de ella a otros miembros de su familia. La atmósfera de confianza hace muy propicia toda acción terapéutica.

La actividad de los asistentes llega incluso a la intervención en la misma práctica de la soba, aportando sus opiniones sobre lo que hace y sus resultados; ellos mismos participan a su manera del diagnóstico y no dejarán de expresar su parecer sobre los resultados y la terapia a administrar. Habrá incluso ocasiones en que alguno de los asistentes se atreva a confirmar o rectificar ciertas observaciones del sobador.

La escenificación de la soba es siempre la misma en torno a la cama del enfermo, que si la enfermedad se lo permite podrá sentarse. Mientras el sobador cerca del paciente inicia la soba de su cuerpo con el cuy vivo todavía, el resto de los asistentes se situarán en torno a ellos.

El cuy habrá sido elegido entre los que hay dentro de la casa del enfermo; se elige siempre un cuy de tamaño mediano y del mismo sexo del paciente. Algunos sobadores son indiferentes al color del cuy, otros en cambio son más exigentes, y elegirán un cuy de color rojo o blanco según el tipo de enfermedad que en su criterio se va a tratar.

Inicialmente el sobador toma al cuy por el cuello con el índice y el pulgar de la mano derecha y, según su técnica o la modalidad, sopla a todo el cuerpo del cuy aliento de trago, cigarrillo o agua fría simple; y el enfermo repetirá los mismos

soplos que el sobador sobre el cuy.

Entonces cambiando la posición del cuy de manera que pueda ser frotado su lomo con el cuerpo del enfermo, comienza la "soba" propiamente dicha. Con el cuy se va a frotar todo el cuerpo del enfermo; primero la cabeza, pelo y cara, después el cuello, hombros y brazos por todos los lados; el tórax y la espalda. A continuación seguirá la soba por las partes lumbar, glúteos, genitales, y piernas. En caso de que el paciente esté vestido la soba de estas partes se realizará bajo sus ropas. La soba será más insistente y detenida en aquellas partes del cuerpo supuestamente afectadas por la enfermedad, o que el paciente indique como localizadoras de dolor.

El doble movimiento de la soba es ejecutado por todo sobador: fricciones lineales, cortas de unos 15 centímetros más o menos, a manera de masaje y/o circulares en dirección de izquierda a derecha; en cambio dependerá del grado pericia o especialización de cada sobador el ritmo más enérgico y la energía en los movimientos de la soba.

La soba durará y se repetirá hasta el momento en que muere el cuy. La muerte del cuy puede sobrevenir en diez minutos con sobadores expertos; en cambio puede tardar media hora y hasta una hora cuando se trata de sobadores menos diestros. En los primeros momentos de la soba el cuy emitirá chillidos más o menos fuertes y prolongados; a medida que avanza la soba los quejidos irán apagándose hasta desaparecer poco antes de su muerte.

Constatada la muerte del cuy, observando su flacidez y movimientos respiratorios, se arroja su cuerpo fuera de la casa. Entonces tiene lugar el primer diagnóstico: si el cuy queda patas arriba significa la muerte del enfermo; si queda en otra posición significa posibilidad de cura.

En este momento se inicia una segunda etapa del proceso, que es la del diagnóstico propiamente dicho, y específico de la soba de cuy. Todos salen de la casa, el sobador, los testigos y según su estado el mismo enfermo; y la razón es que para esta etapa se requerirá más luz de la usual en las habitaciones campesinas. Se sienta el sobador con el cuy en las manos y todos los presentes sentados a su alrededor, para asistir a la disección del cuy, que el sobador realizará únicamente con las uñas de sus pulgares. Se empieza cortando la piel de su ocico, y a partir de esta fisura se irá despojando al animal de toda su piel, hasta desprendérsela entera por las patas. La piel queda íntegra.

Sobre el animal despellejado comienza la primera observación del diagnóstico más superficial, anotándose las particularidades halladas en el cuerpo del cuy, desde la cabeza hasta las patas. En este momento del diagnóstico junto con el sobador podrán emitir también su opinión los presentes incluso el mismo paciente. Este primer diagnóstico puede tener un carácter aproximativo de la dolencia, puede ofrecer las bases o los signos para una ulterior determinación del diagnóstico, o puede ya ser un diagnóstico definitivo. Pero incluso en este caso el proceso del diagnóstico seguirá llevándose a cabo.

A partir de aquí, se divulsionarán los músculos del cuello del cuy, siempre con los dos pulgares de cada mano, en busca de unas "bolitas" de grasa, en donde supuestamente residirán los signos de alguna enfermedad, como "mal aire" y equivalentes. A continuación se diseccionará todo el resto del cuerpo, y en su interior serán objeto de una particular observación aquellas partes correspondientes a las afectadas por dolor o causa de enfermedad en el cuerpo del paciente.

Los órganos internos serán observados previa extrac-

ción de ellos uno por uno muy minuciosamente. Primero se extraerán los abdominales: intestino delgado y grueso, páncreas, hígado y vesícula biliar, estómago y riñones. En el caso de la vesícula se observará con particular detenimiento su transparencia y movimiento a manera de péndulo, y se emitirá un pronóstico sobre la enfermedad y su gravedad. En el caso del estómago, éste será botado a una olla de agua fría pero limpia, y allí observarán ciertos signos, por ejemplo, su mayor o menor flotación en el agua, para completar el diagnóstico. Los otros órganos abdominales son botados a la tierra.

En segundo lugar, rompe el diafragma el sobador para proceder a la extracción de los órganos torácicos. Saca el corazón y los pulmones, y después de haberlos observado los bota a la olla de agua para completar los indicios del diagnóstico y pronóstico. Acto seguido observará el plano óseo, cavidad craneal, cavidad bucal y fosas nasales y el resto de los huesos del cuerpo.

Entre los índices que habrá observado en los distintos órganos, coágulos, zonas hemorrágicas, puntos negros, mayor o menor transparencia, y comparaciones entre los órganos del cuy y las partes dolientes del enfermo, el sobador podrá elaborar un diagnóstico más o menos completo y definitivo, que le permita ciertos pronósticos y el paso a la etapa terapéutica y de prescripciones.

LAS TERAPIAS DEL SOBADOR

Las posibilidades terapéuticas del sobador dependen en gran parte de su grado de especialización. En algunos casos el sobador se mantiene dentro del ámbito estricto del diagnóstico y pronóstico. En algunos casos se limitará a remitir a su paciente a una instancia más especializada como

puede ser otro sobador o curandero (el de Toacazo, o el de Baños). En otros casos, según la enfermedad y sus conocimientos terapéuticos, recetará al paciente medicinas fito-terapéuticas, infusiones o brebajes. Hay casos en que el sobador del cuy tiene además ciertas competencias curativas que le asimilan casi a las del curandero, y en este caso podrá curar algunas de las enfermedades halladas en el cuy.

Por ejemplo, el sobador podrá curar el "colerín" cuando el paciente "bota sangre" por la nariz, recurriendo a un quemado de tatarico, limón tamarindo, raíz de hierba mora de manchig, de caña yuyu, de tarasaco, sal tostada y sal cruda. El "mal aire", que se supone tienen los niños cuando lloran o están muy flacos, y que suele cogerlos cuando pasan por quebradas o fuentes durante la noche, el "mal aire" puede ser airado poniendo kerosene con incienso, arrojando bien al paciente, dándole una pastilla de agromicina y agua de linaza, un poco de pedricado, azúcar quemada, aceite de almendras y san bendito, todo lo cual provocará el vómito del paciente.

También el escorbuto o diarrea pueden curar algunos sobadores dando verbena a los adultos; a los niños, poniendo trago alcanfor en una olla, hierba quimbisha bien molida; todo lo cual se pega en la espalda y ano del niño.

Otras prácticas terapéuticas de algunos sobadores son más bien propias de curandero. Por ejemplo lo que se refiere a una "cogida del cerro", que ocurre si un niño se duerme en el páramo o cerro o se espanta. Para la cura, el sobador entregará una "huauilla" (de comida) al cerro. Si uno encuentra dicha "huauilla" en el cerro, habrá de pasar rápido para que no se le pegue la enfermedad del niño. Dicha cura tendrá lugar viernes de tarde y martes de madrugada, limpiándose el cuerpo del niño con una naranja dentro de la cual se pone canela, salvia real, congona y cerro bueno.

El sobador puede limpiar también el cuerpo del enfermo con esperma. Si la esperma prendida se apaga, es señal de que el enfermo va a morir.

El recurso a las curaciones es raro en el sobador de cuy y por lo general suelen ser indicaciones muy breves, lo que le distingue del curandero.

OBSERVACIONES FINALES

Es curioso haber constatado que en ninguno de los casos de diagnóstico o pronóstico por más graves que sean derivará el sobador de cuy a su paciente hacia las instancias o agentes del sistema médico formal. Esto mismo es aplicable a los curanderos.

En cuanto a las "derivaciones religiosas" podrá haber indicaciones de oraciones, pero en ningún caso tampoco se remitirá al enfermo a la iglesia o a los curas.

La paga depende mucho del tipo de relación entre el sobador y su paciente y del grado de especialización de la soba de cuy. Cuando esta se hace dentro de los círculos familiares o de parentesco, no suele haber retribución, y nunca la hay en dinero; sí puede haber en cambio una retribución en especies. Cuando el paciente no pertenece al núcleo de afinidad del sobador, y este ejerce su práctica como un especialista reconocido, la paga en dinero es siempre obligada. Dicha paga tiene lugar inmediatamente después de la soba de cuy; puede oscilar en una cantidad de cinco sures a un promedio normal de veinte sures y puede llegar hasta los cincuenta sures. Cuando los resultados de la soba han sido muy satisfactorios la paga podrá ser completada ulteriormente con un envío de especies (gallina, cuy, . . .).

La soba de cuy tiene lugar dentro de un ambiente, de una atmósfera, fuertemente socializado. Es un acontecimiento en el que participan familiares, y durante el cual la conversación, la bebida y la comida refuerzan los lazos sociales entre los participantes. Estas características del acontecimiento contribuyen a integrar esta práctica de la medicina tradicional dentro del contexto sociocultural del campesinado andino.

Un último dato curioso de la soba del cuy es su utilización "forense" dentro del grupo social campesino. En caso de una pelea de fracturas, por ejemplo, la soba de cuy puede ser aducida como testimonio ante el cabildo o el teniente político como cargo contra el agresor.

La soba de cuy no es más que uno de los dispositivos de un sistema médico cuya vigencia contribuye a reforzar, no solo la supervivencia de un grupo social marginado por el sistema oficial de salud, sino que refuerza también la identidad cultural y social organizativa del campesinado de la sierra ecuatoriana.

El conocimiento de estos agentes y de estas técnicas de la medicina popular no sólo nos ha merecido la curiosidad de un objeto de estudio, sino sobre todo el interés por una aproximación más estrecha y colaboradora con ellos.

FITOTERAPIA Y
MEDICINA
TRADICIONAL:
GUANTUALO

José Sánchez-Parga

La antigüedad medicinal de plantas, aludida por los cronistas, y su supervivencia en la región andina no necesitaría ser demostrado.

"Otras muchas yerbas hay en el Perú de tanta virtud para cosas medicinales, que, como dice el Padre Blas Valera, si las conocieran todas no hubiese necesidad de llevarlas de España ni de otras partes; mas los médicos españoles se dan tan poco por ellas, que aún de las que antes conocían los indios se ha perdido la noticia de la mayor parte" (Garzilas de la Vega. *Comentarios Reales*, L.8, ca. XV).

Pero, en cambio, sí nos ha merecido la pena de constatar cómo la fitoterapia coexiste hoy con el sistema formal de la medicina, y hasta llega a ocupar un espacio más importante que éste dentro de regiones y comunidades. Si este procedimiento curativo tradicional puede correr el riesgo de perderse, como ya anotaba el inca hace casi cinco siglos nos parece que una primera responsabilidad sería tomarlo en consideración, y tratar de mantenerlo y fortalecer las márgenes de su eficacia.

Con esta intención hemos indagado el papel que ocupa la fitoterapia en una zona atendida desde hace más de cuatro años por la asistencia del sistema oficial de salud, familiarizada con el uso de fármacos y no tan alejada de los centros sanitarios.

La comuna de Guantualó se encuentra a una hora de camino del centro parroquial de Isinliví, hasta donde llega un carretero de Latacunga pasando por Sicchos. Desde hace casi 20 años Guantualó celebra una feria todos los lunes, lo que ha convertido el centro poblado en un núcleo importante de la zona; y de donde una docena de mestizos con sus tiendas y bodegas mantienen prósperos negocios mercantiles, comprando productos a los campesinos, sirviendo como intermediarios de las ferias de Saquisilí y Latacunga, o vendiendo artículos fabricados, principalmente víveres y ropa, importados desde las ciudades y traídos a lomos de mula y caballo desde Isinliví. Este núcleo articula comercialmente las comunas de la Provincia, Salado, Tunguiche Huanhumala e incluso Cochaló y otras más periféricas. Actualmente, un nuevo carretero ya comenzado, que unirá Guantualó con Isinliví pasando por la Provincia, dinamizará todavía más estas redes comerciales, en cuya urdimbre ha prosperado la clase mestiza mercantil, y cuyas tierras suelen ser trabajadas "a partir" por los comuneros más pobres de la zona.

Ecológicamente Guantualó se sitúa a 3.100 metros s.n.m.; la calidad de su tierra, el abrigo de los vientos por las ondulaciones del terreno, algún pequeño cauce de agua, propician una diversificación de cultivos y la existencia de una cierta variedad de arbustos; por otra parte, la comuna puede abarcar, en distancias relativamente cortas, desde las zonas de páramo hasta las riberas de río Toachi, diferentes pisos ecológicos.

Lo que nos ha interesado de esta comuna son los conocimientos y prácticas fitoterapéuticas muy extendidas entre las familias, y que detentan con una cierta competencia una media docena de comuneros. Nos indujo a indagar este aspecto de la medicina tradicional en dicha comuna el hecho de que el médico, presente todos los lunes —día de la feria— desde

hace más de un año, haya tenido un porcentaje de pacientes muy reducido (3,3 diarios), a pesar de ser un centro muy poblado. En cambio, el odontólogo, que atiende en el mes cuatro comunas un día cada una, recibe algo más de 7 pacientes diariamente. Ello vendría a confirmar la hipótesis que las prácticas terapéuticas tradicionales tienen gran vigencia en dicha zona, y que muy concretamente la fitoterapia, el conocimiento y uso de plantas medicinales, era ejercida como un procedimiento frecuente y eficaz.

Por ésto nos propusimos entrevistar a Don Alfonso Semanate, presidente de padres de familia y de la escuela de Guantualó, que es reputado como buen conocedor de plantas medicinales y experimentado en su utilización. Sabíamos, además, que tenía repertoriados sus conocimientos en una pequeña libreta, lo que podía garantizar a la entrevista una apreciable sistematicidad.

Primera revelación de Don Alfonso Semanate fue explicarnos el origen de los conocimientos fitoterapéuticos en Guantualó, que, de acuerdo a sus declaraciones, no se debían a tradiciones familiares, como en un momento sospechamos, sino a las enseñanzas de Don Elías Soto, famoso curandero, ya viejo, que murió el año pasado, 1980: "Él nos ha dejado muchos de esos conocimientos, que conservamos en la memoria, y que él nos daba con una receta; y así ha hecho mucho bien, a nosotros nos ha quedado mucho en la mente. Así, el que menos tiene ya una idea" (A. Semanate).

Esta socialización de conocimientos y técnicas curativas marca con un signo distintivo el sistema médico tradicional, en el que además de no darse un monopolio del saber, el agente terapéutico sitúa al enfermo en una relación familiar con los remedios que instrumentalizan la cura, al devolverlo a ese universo natural, directamente accesible a él, de

las plantas medicinales. Por el contrario, en el sistema médico formal, el médico se distancia del paciente por una doble ruptura del lenguaje: la del diagnóstico, cuya terminología científica y superespecializada veta al paciente la comprensión de su propia enfermedad, y la de la medicalización, que remite al enfermo a ese ghetto simbólico, que es el hermetismo de los fármacos. Mientras la condición de paciente en Guantualó ha capacitado a muchos comuneros en las artes de la cura, difícilmente un enfermo del sistema de salud oficial podrá llegar a ser 'médico de si mismo'.

De la entrevista con Don Alfonso Semanate hemos podido coleccionar una lista de 18 plantas medicinales, de muchas de las cuales nuestro informador nos ha proporcionado características, su aplicación a diferentes enfermedades y modo de empleo, y hasta su dosificación. En un principio, pensamos guiar la entrevista de acuerdo a estos cuatro indicadores, pero ello parecía cohibir un discurso informativo, el cual, aunque menos sistemático, nos aportaba otro tipo de datos no menos preciosos.

A continuación añadimos otra serie de plantas medicinales recogidas en la misma zona por nuestro compañero, el agrónomo Gustavo Pupiales, y que fueron catalogadas siguiendo las indicaciones de los fitoterapeutas de Guantualó.

Para concluir, arriesgamos algunas reflexiones sobre la tradicional concepción de salud—enfermedad, que nos ha parecido poder precisar en su representación simbólica a partir de ciertas frecuencias semánticas en el discurso de nuestro entrevistado.

La fitoterapia de Don Alfonso Semanate:

- 1.— La MANZANILLA “nosotros la utilizamos para el cólico, dolor de barriga; pero el botoncito de la manzanilla en la infusión del agua hervida. Cocinada es “cálida” completamente. Hacerla hervir 2 minutos y se saca: 1/2 tacita, máximo 2 o 3 tacitas; se puede hacer hervir el tallo, pero cuando está seco; pero si el tallo está tierno, sólo se utiliza el botoncito, la flor. Si se ve que la primera infusión le está haciendo bien, es que “le compone”, y hay que repetir. Pero si no le hace bien, y al contrario se ve que le hace mal, hay que cambiar de remedio”.

- 2.— BORRAJA, “planta no silvestre, hay que afanarla y vale para el dolor de cabeza, una gripe . . . La flor de la borraja ha dado remedios con la flor de la violeta. Se pueden utilizar en infusión con “mejoral” o “finalín” para el catarro, con una copa de trago, del bueno; es muy bueno contra el frío; así, una tarde, cuando hiela y sale desabrigado, entonces la borraja le “compone”. La corteza del tallo de la borraja se utiliza para el parto, cuando hay un flujo de sangre; entonces se prepara golpeando el tallo tierno en agua así tibia, pero haciendo hervir el tallo; y se da a tomar la infusión, que corrige el flujo de sangre cuando la mujer por algún “susto” o alguna cosa . . .; de este remedio tenemos experiencia comprobada. Claro que siempre depende de la condición de la persona”. La borraja es “fesca” y se usa también para la fiebre, pero mezclada con otras flores o raíces; y poniéndola en agua templada puede hacerse “templada”. También para la tos. Cuando uno está “abrigado” y se moja, se produce tos; por ejemplo, cuando uno está

asustado; entonces para eso sirve (la borraja) porque es "fresco".

- 3.— ESCANCEL es también una planta "fresca" que casi hace la competencia al agua mineral, pero claro el agua tiene un gas; no se le cocina, sino que en el agua bien calentita se le agarra y se la friega, friega, friega hasta que sale una tintita que se hace media rosadita, y esa se le hace tomar con dos alkalizer así cuando tiene fiebre; para la agitación, porque es "fresca". Se puede usar hojas y tallos porque el escancel no hace flor.
- 4.— OREGANO. Hay dos clases de orégano. El orégano de sal es verde, y hay un orégano medio moradito; la flor es blanca. El verde es medicinal; el otro no. Solo se utiliza para como hacer un aguita, en lugar de la canela; y es superbueno para la digestión, el dolor de estómago se utiliza el orégano verde. Es una planta "abrigada"; hay que cocinarlo unos dos o tres minutos.
- 5.— LLANTIN se produce en la parte que hay agua, en los potreros; se utiliza la mazorquita, lo tierno; y se da para tomar a media mañana. Es para el hígado, para los riñones que decimos vulgarmente; cuando está agitado, cuando está calor en las piernas y en la espalda. Se hace hervir el llantín es "fresco"; la hoja se utiliza cuando están con dolor de cabeza; se le salcocha en trago alcanforado, como decimos vulgarmente, o en aceite. Salcochadito se pica como cáscara, cuando uno está con fiebre de la cabeza; también se le "compone"; digamos que sirve la hoja y la flor.
- 6.— FLOR DE MALVA. También es "fresca"; es para la fiebre misma; pero la flor. "Compone" enseguida una fiebre, un catarro, gripe, un colerín. Hay varios remedios

de plantas para la fiebre. Pero no siempre se tiene a mano todas las plantas, y entonces hay que agarrar aquellas de las que se dispone. Por otra parte, se pregunta siempre como y cuando se ha producido la enfermedad y el malestar, y entonces se administrará con preferencia una u otra planta.

- 7.— TORONJIL. Para el corazón, cuando uno parece que se le contiene el resuello, que se siente ajustado; no hay que cocinarlo mucho, pues es "abrigado"; hay que cocinar templadito; y en esa agua se administra.
- 8.— ESCORZONERA es una planta "fresca", que se encuentra sólo por los cerros, no por aquí; es una planta silvestre de la que se cocina sólo el botoncito, la pestañita; se usa para los riñones, la fiebre . . .
- 9.— CANALLU es un vegetal. Se utiliza la raíz; se le saca la punta, y no se la lava el tallo de la raíz sino que se pela, se la raspa hasta que caiga la tierra y se la machaca; y entonces suelta una lechecita que se hace hervir; es agria y corta la fiebre.
- 10.— TAPAXACO. Se le utiliza la raíz, cuando uno está con fiebre . . . una plantita bien bajita.
- 11.— LINAZA es un grano; y ese es "fresco". El aceite de ricino y los otros son "cálidos". Se hacen hervir los granitos de la linaza melaza bien hervidos, cosa que se viera que está medio pegajoso el agua; entonces se le puede hacer . . . lo mismo que se le puede hacer lavar con esta hierva un golpe, o hinchazón que tenga. Pero el agua de la melaza ha de estar bien cocinada. La linaza es un grano que hay que sembrar, no se encuentra silvestre.

- 12.— **FLOR DE VIOLETA.** También es "fresca" como para una fiebre; justamente cuando la persona vulgarmente dice que ha tenido ira, como que le va a dar derrame . . . entonces se la hace el agua. Nosotros no sabemos que mismo indica, que virtud tiene, pero tenemos fe, porque sí cura. Y buenamente con una sola tomada se "compone"; entonces se "compone y basta. O hay que repetir dos o tres veces. De la violeta se usa la flor para la tos, junto con la DELICIA y el NELIN.
- 13.— **BESGO,** que se da en los potreros y también ha dado remedios; el jugo, el zumo de la planta.
- 14.— Hay otro vegetal que le decimos **VERBENA;** las florcitas y mazorquitas se le golpea, y se le exprime la telita finita para que escurra el jugo, puro líquido; y eso se le da a tomar una copa por la mañana, en ayunas; para los virus le corta. Es una hierba común, se da en donde quiere, y así tenemos tantas hierbas como éstas; así en casos necesarios tenemos bastantes pruebas que en enfermedades pasajeras . . . así tenemos experiencia . . .
- 15.— **NACHA,** hay unas pestañitas o botoncitos amarillos que le decimos el ñacha; la persona que no se ha curado, que pasa días y días y se le ponen los ojos amarillos, caídos, ahí no más, entonces es el "colerín"; entonces con esas florcitas y raicitas se hace una sola agua . . .
- 16.— **GRAMA.** Hay también una grama en la tierra, que se le saca el tallido, se le pela y se le machaca, y se le mete en agua; nosotros decimos 'tixana'; es "fresca", buena para la fiebre, porque es así . . . La grama, esa que se teje, es la propia medicinal. Hay dos gramas; la macho, que es un tallo grueso; la grama delgadita, permanece en la tierra; esa es la hembra, la que se utiliza. Hay que hacer-

la hervir un buen ratito.

- 17.— MATICO.. También cuando hay golpes se encuentran remedios que se les hace "emplastar", por ejemplo, cuando se ha lastimado. La planta 'matico' es para las heridas y le chupa el golpe. Cuando la herida se hincha, entonces hay que ponerle alguna cosa que chupe, algo "fresco", porque si le pone algo "abrigado" viene a coagular la sangre, y entonces puede quedar paralizado.
- 18.— PAICO. Cuando uno está débil del cerebro; cuando el estudiante no es aplicado, no pone atención, se le puede dar en el agua o también molerlo y ponerlo en la leche. Y así para que tenga memoria. El "paico" es "cálido", "cálido" es.

Una teoría de la cura y del remedio:

La fitoterapia en Guantualó ocupa un ámbito de acción restringido, que se explica en parte por el origen y forma de difusión en la comuna, deudora en ello del difunto curandero Elías Soto. Los agentes de la fitoterapia son, pues, algunos comuneros que han conservado estos conocimientos y los utilizan con cierta destreza. "El que menos tiene ya su idea". Este fenómeno que definíamos de socialización de la competencia en la medicina tradicional es frecuente en las comunidades andinas; en zonas donde hay un grupo de curanderos hemos podido constatar la referencia a un curandero, ya muerto, que inspiró y amaestró a los actuales especialistas. Sin embargo, en el caso de la fitoterapia en Guantualó la competencia curativa no tiene un carácter público ni por ello comercial.

La fitoterapia es ejercida por los agentes en un espacio social bien delimitado: al interior de su familia, y eventualmente dentro de lo que sería su grupo de afinidad o parientes, fa-

milia ampliada: "También nos dice Don Alfonso— se conversa con otros cuando hay confianza; y también cuando uno viene y preguntando se le dice no más . . . De repente en la casa o con los amigos alguien dice que tiene un enfermo en la familia, entonces, ahí no más, se le dice, y la gente sabe, pues hay experiencia".

En Guantualó se ha podido individuar unos 6 grupos de afinidad que oscilan entre 6 y 10 unidades familiares cada uno. Las relaciones entre ellos son múltiples: de parentesco, de compadrazgo, de relaciones "al partir"; y hay indicios, no del todo confirmados, que cada grupo cuenta con uno o más conocedores de plantas medicinales que de manera muy informal suelen desempeñar acciones curativas, en ocasiones meros "aconsejamientos", entre los miembros del grupo.

Salud y enfermedad constituye un binomio indisociable, aunque los límites entre cada uno de ambos estados puedan desplazarse según las épocas, las culturas e incluso las clases sociales. Todas las culturas han elaborado, si bien en diferentes graduaciones, conceptos que tipifican el estado de salud y enfermedad, y preceptos que los regulan.

En la entrevista mantenida con Don Alfonso Semanate un concepto se reiteraba con frecuencia en su discurso para definir tanto la situación de salud y enfermedad como para connotar el efecto curativo de las plantas medicinales: "compuesto" y "componer". Este léxico es indicativo de una determinada concepción de la organicidad humana, que implica un doble equilibrio: equilibrio entre el cuerpo y su medio ambiente, y equilibrio entre los diferentes principios orgánicos que regulan el normal funcionamiento somático. La enfermedad tiende a ser representada, según ello, como consecuencia de este doble desequilibrio, por el que el cuerpo está "descompuesto"; y la cura habrá de restablecerlo, cumpliendo el objetivo de "com-

poner" las fuerzas y los elementos desequilibrados. De aquí, toda una sabiduría orientada a "evitar las imprudencias", de la que hemos obtenido poca información, pero sospechamos que existe a nivel de consejos, convicciones y persuaciones tradicionales. La "imprudencia", que concierne tanto a exposiciones a los agentes atmosféricos, ingestión de algunos alimentos o bebidas en determinadas circunstancias, como a prácticas de carácter más ritual o mágico, consiste en todo acto o comportamiento que puede acarrear la pérdida del delicado equilibrio que define la salud, y provocar estados mórbidos más o menos graves.

A lo largo de la entrevista registrada hemos podido comprender cómo todo el arte del diagnóstico consiste en identificar el origen del desequilibrio que ha causado la enfermedad: "Siempre hay que saber cómo es el comienzo de la enfermedad . . . Pero siempre es muy importante en qué forma viene la enfermedad y siempre tiene que haber qué ocurrió con el enfermo". Esta indagación etiológica de la enfermedad, por la que el paciente entra en relación con el posible origen de su enfermedad y con el agente de la cura, se ha ido perdiendo en el sistema médico formal en la medida que la sintomatología ha fetichizado un código de lectura automática.

El mismo arte de la medicación actúa como un proceso diagnóstico de la naturaleza del desequilibrio: "Hay veces que el remedio viene explicando la enfermedad; unas veces lo 'compone' y otras lo empeora". Entonces el fitoterapeuta recurrirá a otro tipo de remedio. En muchos casos la administración y el efecto de muchas plantas medicinales son dosificados con la combinación de otras. Esta búsqueda del equilibrio de la misma medicación se precisa por una regulación del tiempo y temperatura de las infusiones y, por supuesto, de la dosis, de su frecuencia, y del momento del día en que han de ser ingeridas.

Aquí merece la pena una disgresión importante. La administración de fármacos por los médicos del sistema formal de salud, en lo que se refiere a los tiempos de la dosis, no tiene en cuenta que la medida del tiempo entre los campesinos es muy azarosa, y que los medicamentos pueden ser consumidos bien al margen de los horarios prescritos.

Hemos constatado lo que podríamos llamar una "semántica sintomatológica de los efectos" en la administración del remedio, ya que esta concepción de la cura no parte de una axiomática de la dolencia y de un remedio correspondiente para cada mal. El remedio puede tener una eficacia sobre la enfermedad, pero también puede ser el indicador que contribuye a mejor conocer la naturaleza de dicha enfermedad, sugiriendo otro tipo de remedio o afinando la dosis del mismo.

Tratando de lo que sería el principio general de la medicación, Don Alfonso Semanate decía: "Hay que saber siempre; hay vegetales que son muy "cálidos", fuertes; y claro, si no es una enfermedad pasajera, y le mete fuerte "cálido", lo cocina de una vez (al enfermo). Primero hay que curar con "fresco"; entonces, si los "frescos" hacen daño, quiere decir que el enfermo está "destemplado" el cuerpo, la sangre o alguna cosa" Sólo entonces a partir de esta constatación se recomienda dosificar un remedio "abrigado".

"Frio" y "Caliente":

Todos los productos naturales, todo lo que puede ser ingerido, que connota una referencia al equilibrio somático del hombre, participa de la dicotomía de "frío" y "caliente". No es por ello extraño que todas las plantas medicinales, por encima de sus peculiaridades curativas aparezcan siempre clasificadas como "frescas" o "abrigadas". Y es porque el mismo

estado de salud constituye sobre todo un equilibrio entre estos dos principios térmicos de lo "frío" y lo "caliente"; equilibrio que exige un control constante entre el cuerpo y su ambiente, y un continuo ajustamiento a través de la alimentación o del consumo de infusiones. En todo momento se tratará de "refrescar" o "abrigar" el cuerpo desde el instante en que el equilibrio de la temperatura se encuentra amenazada, ya sea por una causa interna o mesológica.

La noción de "calor" y "frío", sin embargo, debe comprenderse esencialmente al nivel simbólico, y no tiene por lo general ninguna o muy poca referencia a la temperatura real. Este sistema de oposición no está solamente limitado al hombre; es una lógica que se aplica también al resto de la naturaleza, momentos de la jornada, etc. Un gran número de plantas, no tenidas por específicamente medicinales, son conceptualizadas como "refrescantes" o "calientes", a pesar de que sus propiedades no están necesariamente ligadas al hecho de crecer en tierras calientes o frías ni sean susceptibles de una definición térmica propiamente dicha. Así, por ejemplo, la hora más cálida de la jornada no suele ubicarse al mediodía, sino antes del atardecer; de la misma manera la concepción global del "tiempo frío" se liga a los meses más lluviosos o húmedos. El ambiente exterior puede provocar un resfriamiento, pero también recalentar el cuerpo; según las circunstancias, la correlación puede ser directa o inversa: un "tiempo frío" puede igualmente "destemplar" como "abrigar" el cuerpo.

Gran importancia tiene la piel, esa frontera permeable a los intercambios del ambiente exterior con el interior del cuerpo, que tiende a reflejar según las enfermedades el estado de temperatura somático. No pocos diagnósticos de la medicina tradicional toman precisamente la piel en sus múltiples alteraciones (color, granitos, manchas . . .) como referente nosológico principal.

Si bien esta simbólica de la temperatura responde a una estructura del pensamiento humano (recuérdense el principio *qi* producto en el cuerpo humano de la interacción del *ying* y del *yang*, según la concepción médica china), no se puede dejar de resaltar cómo la semiología de lo "frío" y lo "caliente" está vinculada al universo ecológico del mundo andino, y cómo éste, al igual que todo sistema simbólico, tiene sus caracteres rítmicos, los cuales, siendo importantes en los ciclos productivos y en el estilo cultural de un pueblo, no pueden dejar de manifestarse en las formas representativas de la salud, la enfermedad y la cura.

Por ello, no es extraño encontrar una acción curativa, más allá del elenco de plantas medicinales, en una serie de productos naturales, los cuales, indefectiblemente, forman parte del esquema de "frío" y "caliente". Así, la miel, que —nos decía Don Alfonso Semanate— "es buena para la sangre; la miel de abeja es "cálida", por eso se utiliza cuando uno está abrigado y se entra al agua; entonces a uno se le corta el cuerpo, tiene algunas comezones, le comienzan a brotar granitos: es que se le ha descompuesto la sangre; entonces es que es bueno la miel de abeja. Pero siempre con otra bebida hecha con otras plantas".

Esta taxonomía medicinal no es, por otra parte, exclusiva de las comunidades tradicionales de la Sierra; como acerbo cultural perdura todavía en las mismas ciudades, donde mucha gente conserva este tipo de reconocimiento térmico de los productos más corrientes. Así venimos a saber, por ejemplo, que la naranja es "caliente".

Decíamos antes que cada cultura dispone de parámetros propios para delimitar y caracterizar la frontera entre la salud y enfermedad. En las comunidades campesinas de los Andes esta frontera ha sufrido modificaciones por la llegada

de "enfermedades nuevas", las que han introducido nuevos criterios de enfermedad y de cura. Así mismo, no se puede dejar de sugerir la relación, ni simple ni mecánica, entre un modo de producción material y la relación que los individuos mantienen con su propio cuerpo, por el hecho que éste es su instrumento de trabajo—producción, y sobre todo en aquellos grupos sociales—culturales donde la fuerza de trabajo es eminentemente corporal. Sin llegar a la afirmación que nuestros campesinos de la Sierra vivan un modo de producción esclavista, sus condiciones de subsistencia les obliga a una auto—explotación de su fuerza de trabajo que se refleja en una relación con el propio cuerpo, que de manera inevitable incide en su concepción de la salud—enfermedad. Es el rendimiento laboral, su posibilidad o inutilidad para el trabajo, el indicador principal de la salud o enfermedad. Un enfermo son dos brazos de menos y casi siempre una carga de más para la economía familiar. Esta visualización no consciente de la frontera de la enfermedad tiene como efecto secundario el que se relegue a segundo término una sabiduría de la prevención o más concretamente ciertos criterios de higiene en la acepción más estricta del término. A este nivel, nada nos ha aportado el discurso fitoterapéutico de Don Alfonso Semanate; a nos ser la invitación a tomar un largo "trago" antes de despedirnos, para "calentarse" y poder afrontar el regreso en un atardecer que se anunciaba "frío".

Ubicación socio profesional de la fitoterapia:

Dentro del sistema de salud tradicional la cura con plantas medicinales pertenece al acervo hereditario de la cultura andina, y aunque muchos conocimientos fitoterapéuticos se hayan perdido después de muchos siglos de dominio aculturador, las sociedades quichuas conservan todavía un amplio material curativo en plantas.

Como ya indicábamos antes el hogar privilegiado de la fitoterapia es la familia; en ella se practica y transmiten las virtudes curativas de una mayor o menor variedad de plantas con efectos medicinales, según las regiones y aún las comunidades. Y en este sentido, la fitoterapia constituye una práctica usual y generalmente no especializada dentro del sistema de salud aborigen.

Se pueden dar ciertos grados de especialización en algunas zonas o comunas, como es el caso, que nos interesó, de Guantualó, donde por diversas circunstancias, la tradición o el aprendizaje informal de algún entendido o curandero, algunos miembros del grupo han conservado mejor o incluso ampliado y profundizado el uso de plantas con efectos curativos.

Pero hemos podido constatar como norma más general, que particularidad del fitoterapeuta es mantener sus competencias curativas dentro del estricto ámbito familiar, eventualmente entre su parentela o núcleo de afinidad, y sólo de manera muy circunstancial actúa y más bien aconseja a otros miembros de su comuna. En cualquier caso, las competencias del fitoterapeuta no tienden a rebasar sus redes familiares, y nunca franquean los márgenes de su comuna, fuera de los cuales ni siquiera será conocido como tal.

Según esto, la fitoterapia sería conceptualizable como el nivel inferior de la especialización entre los agentes del sistema de salud comunitario.

Ya el "sobador de cuy", como técnica de diagnóstico y de terapia se sitúa en un estrato superior, y el campo social de su acción, su clientela, es mucho más amplio. La situación profesional y social del "sobador de cuy" depende mucho de su competencia y del grado de dominio de su técnica de diagnóstico y hasta curativa. Por ello, se podría hablar de una escala

dentro de la especialidad de la "soba", que va desde el aficionado que sólo diagnostica en el recinto familiar hasta el más adiestrado y entendido que puede ocupar un espacio de ejercicio y de reconocimiento análogo al del curandero y muy próximo a las prácticas de éste. De ahí, que se hayan podido identificar "sobadores" que solo ejercen muy ocasionalmente dentro de su parentela más allegada o del núcleo de afinidad, y otros cuyas competencias diagnóstico—curativas son reconocidas y solicitadas a nivel comunal; y en algunos casos un cierto prestigio puede hacer que sea reclamado para atender enfermos en comunas de la región y aún de comunas distantes fuera de ella.

Otra característica que diferencia al fitoterapeuta del "sobador", y que determina la ubicación social de ambos, es el pago (en dinero o especies), que está ausente siempre en las prestaciones del fitoterapeuta y que en cambio puede recibir o exigir el "sobador". Los honorarios en dinero del "sobador" varían según la distancia social que guarda con su paciente—cliente. El pago está ausente o es pequeño en la medida que la relación curativa es familiar, y será tanto más cara si el ámbito comunal pasa al extracomunal o extraregional.

El curandero y el brujo, que ocupan la cúspide de la especialización en el sistema de salud tradicional, tienen un campo de acción social mucho más amplio, regional y extraregional; y también el precio por sus atenciones es más elevado. Su categoría profesional, al mismo tiempo, tiende a desvincularlos de las redes familiares y sociales dentro de su comuna.

Sin embargo, la fitoterapia atravesará todos los escalafones de especialización de la medicina tradicional, y en todas las prácticas curativas, tanto en las del "sobador" como las del curandero e incluso del brujo, intervendrán las plantas me-

dicinales con una dosificación diferente y desempeñando también diferentes funciones en el proceso de la cura. En algunos casos como en el del curandero, la planta medicinal puede ser tratada por procedimientos de una farmacopea tradicional, y recetada y administrada como un verdadero medicamento. En otros casos, como en la higiene familiar la planta curativa se utiliza en su estado más natural, en forma de simple "aguita", cocinada o en infusión, participando casi como un componente más o menos ordinario de la dieta diaria.

Conclusión:

El conocimiento y uso de las plantas medicinales dentro de la comunidad andina no se reduce a una mera técnica terapéutica, sino que forma parte de todo un sistema de salud no-formal o tradicional. La fitoterapia es utilizada tanto por las competencias curativas habituales dentro del ámbito familiar como a un nivel más especializado o sofisticado por curanderos, sobadores de cuy o brujos, que producen sus propios remedios o medicinas en base al tratamiento de plantas. En este sentido, la fitoterapia constituye un elemento importante, aunque no exclusivo, dentro de un sistema de salud y de la cura, que se presenta como alternativo al oficial.

Uno de los objetivos de nuestra indagación iba más allá de la simple constatación de la vigencia de la fitoterapia en la comunidad andina. A través de la entrevista con el fitoterapeuta tratamos de identificar el estatuto y posición social del agente de salud tradicional al interior de la comunidad, y cuál era el alcance de sus redes sociales dentro de ella. Con ésto hemos querido abrir una pista hacia un mejor conocimiento de lo que hipotéticamente consideramos la organización social del sistema de salud tradicional en la comunidad andina: identificar sus agentes, su jerarquía, las formas de "derivación" entre ellos, sus redes sociales y hasta eventualmente sus implicaciones eco-

nómicas y políticas.

Lo más importante nos parece romper ese recato y recelo sobre sus propios recursos curativos, resultante de otras causas, que la comunidad muestra ante extraños. Esto mismo nos parece que ha incidido en una cierta desarticulación entre los agentes y competencias del sistema comunitario de salud, y que repercutiría en el caso de las parteras, las tradicionales *wawacháchij* (la que ayuda a parir) o *wijsallíchaj* (la que restaura el vientre) —tema casi tabú cuando se aborda desde “fuera—, cuya práctica, y es una hipótesis, se encuentra en muchos casos muy limitada por ejercerse sin el soporte de los otros entendidos de la cura en la comunidad.

El objetivo de este trabajo no se limitaba a procesar el fenómeno más o menos curioso de la fitoterapia en Guantualó, para hacer de él una nota académica; tampoco es nuestro interés proponer la preservación folklórica de este reducto cultural de los campesinos de la Sierra andina. En primer lugar, tendríamos que decidir si se trata de un mero residuo tradicional o de un caso de resistencia — como pueden serlo ciertos comportamientos productivos y socio—organizativos de las comunidades andinas, que trascienden el terreno de lo meramente cultural, ya que salud y enfermedad tienen que ver con la reproducción social y de la fuerza de trabajo.

Es un hecho que la fitoterapia en Guantualó sobrevive, y convive, al margen del sistema médico oficial, y de lo que este representa (políticamente) como práctica—aparato de Estado y (económicamente) como dispositivo de integración al sistema capitalista. En este sentido, y reconociendo por lo menos la vigencia (si no la eficacia, por los escépticos) de este procedimiento de la medicina tradicional, se nos impone plantear algunas estrategias que tiendan a reformarlo y mantenerlo. Una de ellas, y quizás la principal, estaría a cargo del médi-

co del sistema de salud oficial, entrando en la dinámica de las plantas medicinales, menos costosas para el campesino que los fármacos, y más cercanas a su universo ecológico y cultural. Otra acción estaría destinada a prestigiar a estos agentes de la cura aborígen, ampliar sus redes y campo de acción sociales; por el reconocimiento comunitario de que goza su competencia ellos serían los promotores más idóneos y a los que habría que capacitar con otras técnicas curativas, para atender primeros auxilios y hasta recetar algunos fármacos que en la actualidad se encuentran a la arbitraria disposición en las tiendas del lugar.

ANEXO:

Añadimos a continuación una serie de plantas medicinales conocidas y utilizadas en el área de Guantualó; ejemplares de cada una de ellas han sido recogidos por Gustavo Pupiales, nuestro colaborador, y descritas sus propiedades y utilización con ayuda de los "especialistas" de la comuna de Guantualó.

- 1.— ASAGASA. Para "fresco" y mal de gallinas.
- 2.— CARDON. Para quebraduras, fracturas de huesos. La flor utilizada como cepillo para limpiar la ropa; en la industria pequeña como sacador de pelo en los sacos de lana.
- 3.— INELDO. Haciendo hervir y tomar la aguita para cólicos. Para el frío.
- 4.— CACHISERRAJA. Para curar el útero en la mujer después del parto.
- 5.— GRAMA. La raíz para sangre en el corazón juntamente

con ESCANDEL, CLAVEL y AJICAMA. También es recomendable para los riñones, cocido con TARAXACO, LLANTEN, LINAZA.

- 6.— RUDA ARABIGA. Tomando su aguita para mantener el estómago sano; para cólicos.
- 7.— COLORADILLA o ESCOBA COLORADA. Para curar la holanda y granitos blancos en la lengua.
- 8.— DELICIA. Para fresco y palpitación del corazón.
- 9.— FORASTERA. Para el desamando, regando con hojas de MAICO.
- 10.— SANPEDRO. Secado y molido para poner en los granos y sarnas.
- 11.— PAICO. El zumo tomando las mañanas en ayunas, fortifica la memoria y le da mayor agilidad.
- 12.— PATACO YUYO. Para desmando; fresco y todo se utiliza la raíz.
- 13.— MILIN. Forma una mazorca.
- 14.— SANTAMARIA. Igual que la RUDA.
- 15.— VIOLETA. Se usa la flor para la tos, junto con la DELICIA y el NELIN.
- 16.— OREGANO DE SAL. Para curar el dolor de oído; haciendo hervir se pone la aguita.
- 17.— MARCO. Tomando 3 vasos diarios fortifica los nervios,

además es usado para limpieza por los curanderos junto con la chilca; es una planta "caliente".

- 18.— HORTIGA. Fortificante del cerebro; tomando 2 copitas todas las mañanas durante 8 días; combate la anemia.
- 19.— PAICO. Se usa el polvo para curar llagas, granos, además para expulsar parásitos intestinales mezclado con pepa de calabaza.
- 20.— TARAXACUM. Junto con la grama limpia los intestinos y mantiene normal el estómago; tomando 3 días seguidos curan la debilidad de los riñones.
- 21.— POLEO TIFUS. Aromático; se usa para curar tos, y, además, para cólicos, dolores de estómago, diarreas; juntamente con la YERBABUENA.

LA ODONTOLOGIA EN EL SISTEMA NO FORMAL

Oswaldo Flores

SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA

“Asimismo mandó al Inca que los curaças y a la gente principal de la nación Huancavilca, que habían sido los principales actores de la embajada y traición; sacasen a cada uno de ellos y a sus descendientes para siempre, dos dientes de los altos y otros dos de los bajos, en memoria y testimonio de que habían mentido en las promesas que al gran Tupac Inca Tupac Yupanqui, su padre, habían hecho de fidelidad y vasallaje” (Garcilaso de la Vega. Lib. 9 Cap. III).

El Sistema No Formal, actual y vigente en la comunidad andina, aunque a diferentes niveles, incluye también recursos odontológicos. Si bien no se puede diferenciar una Odontología No Formal, tal y como se concibe desde el punto de vista moderno y occidental, se pueden recuperar algunas respuestas a la patología buco—dental por parte del Sistema No Formal. Este mismo hecho hace que la higiene buco—dental, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento se guíen en general por los mismos principios de concepción del conjunto del sistema.

Al mismo tiempo, esta preservación del Sistema No Formal en lo odontológico, no se ha mantenido en forma pura y estática sino que, con el advenimiento de la odontología moderna, fue produciendo una diferenciación en los recursos humanos y tecnológicos que, frente a la presencia del Sistema No Formal, fueron dando respuestas que éste no las había desarrollado. Sin hablar de la utilización del torno de alta velocidad, en los procedimientos extractivos restauradores y protésicos la odontología moderna influyó poderosamente. Pero lo interesante es poder localizar la influencia de las propuestas modernas, porque a nivel del Sistema No Formal no ha habido una readecuación de las normas tradicionales, incluso ni siquiera de las redes e instancias que sigue su utilización, sino que ha sido a nivel de sectores mestizos, semiurbanos, donde ha hecho asentamiento.

Los campesinos indígenas de la comunidad andina también demandan atención odontológica moderna, pero previamente agota sus recursos que son fundamentalmente la búsqueda de preservar las piezas dentarias.

En cambio, a nivel semiurbanos la asimilación de las técnicas y recursos occidentales tiene otras connotaciones que sería necesario analizar. Por un lado, el hecho de que su presencia local refiere una situación socio-cultural que implica confianza y una gran práctica que lo hace competitivo en calidad de atención elemental y costos. Por otro lado, la búsqueda de adecuación y modernización de sus técnicas. Ambos elementos han puesto en seria competencia a la odontología moderna que a pesar de sus esfuerzos de tecnología y recursos humanos e incluso de su legalización que la provee de un instrumento represivo es fácil utilización, no ha conseguido destruir esas alternativas.

De cualquier manera merece distinción la respuesta del

Sistema No Formal de la de los sacamuelas semiurbanos, porque mientras aquellos son recursos no empíricos, correspondientes a una concepción del mundo y fuertemente vinculada a la Economía Campesina y a la estructura comunitaria, los sacamuelas corresponden a sectores de transición que buscan aprovechar los recursos y limitaciones de la odontología moderna para llenar necesidades inmediatas de demanda, con fines, de ningún sistema socio-cultural claramente delimitado. Esta última forma de respuestas, cargada de empirismo, es la que ha sido vista por las instituciones oficiales en el plano de la competencia y frontalmente combatida, al mismo tiempo que débilmente afectada, porque los sacamuelas siguen teniendo una gran demanda.

La Odontología Tradicional ha buscado más bien desarrollar los recursos de tratamiento incruento y tratando de mantener las piezas dentarias. Esta conducta tendría mucho que ver con el conjunto a la vida socio-cultural de la comunidad andina y de su tradición histórica. El párrafo de Garcilaso que encabeza este artículo muestra una de las facetas en donde la justicia imperial se expresaba a través de odontomutilaciones, pero también se han observado ornamentaciones odontológicas en piezas arqueológicas, y en ambas se puede advertir un subyacente interés estético, que cobraría fuerza dentro de lo que significa el mantenimiento estructural de la arquitectura masticatoria. Incluso frente al desgaste natural de las piezas, o en las patologías más frecuentes como caries, la actitud es de dejar seguir un curso natural a ambas o intervenir sin extraerlas, para que finalmente, las raíces que persisten, sean eliminadas espontáneamente, como rechazo orgánico.

MORBILIDAD MAS COMUN

En los trabajos de investigación y cobertura realizados

en las comunidades de la Sierra, se pudo observar distintos sectores sociales, etarios de demanda. Se trabajó en Pucará, Pambamarca y San Antonio (Cangahua), La Provincia y Cochabambá (Isinliví), Morochos y Arrayanes (Cotacachi).

Hay varias clasificaciones de enfermedades dentales, desde la de Bashkar que incluye cerca de 300 patologías hasta la de OPS que considera 998 enfermedades. Nosotros preferimos englobar lo encontrado en nuestro trabajo en tres grupos fundamentales: caries, paradontopatías y alteraciones dento-alveolares.

Para este estudio se consideraron como caries a la formación de una cavidad en el espesor del de la pieza dentaria que se forma por destrucción de los tejidos dentarios (esmalte, dentina, etc.) Se considera como caries desde la formación de una mancha de pigmento café negruzco hasta una cavidad que puede ser superficial o profunda, que invada hasta la cámara pulpar, a su vez la destrucción total de la corona dentaria. Sobre estas consideraciones se evaluó cantidad de piezas dentarias que tenían caries.

El estudio realizado en las escuelas de Pucará, San Antonio, La Bolsa, Morochos e Isinliví se concluyó que en niños de 6 a 10 años se encuentran un promedio de seis caries, de 10 a 13 años hay cuatro caries de promedio, y de cien niños estudiados sólo un 3 o/o no presentaba caries, se daba en pacientes en pleno recambio de piezas dentarias, de 10 a 13 años.

En adultos de 15 a 65 años, se encuentra un promedio de 8 caries, encontrándose en este grupo sólo el 1 o/o sin caries. En este grupo se pudo constatar además la ausencia por exodoncia de por lo menos cuatro piezas por individuo.

Considerando que son factores estructurales sociales y económicos los que determinan la patología buco—dental, no podemos dejar de señalar que en las comunidades estudiadas no tienen agua potable, ni tratamiento del agua con fluor. Esto hace a elementos ambientales que forman parte de los espacios donde se da la realidad buco—dental indígena, aunque lo fundamental será considerarlos jerárquicamente en relación de interdependencia con el conjunto del proceso socio-económico. En cuanto a las medidas higiénicas, éstas son elementales, discontinuas y consistentes solo en enjuagatorios con agua. Este tipo de higiene y prevención se puede observar sobre todo en niños escolares. Un estudio de la composición mineral de las aguas regionales sería también necesario.

Es importante considerar la distribución de las caries en relación a la vinculación de las comunidades con los centros urbanos y al tipo de alimentación. En las comunidades de Agato y La Bolsa, se observa mayor consumo de productos industrializados (galletas, caramelos, chocolates) no sólo como golosinas sino también como alimentos integrantes de la dieta cotidiana. Esto implicaría al mismo tiempo una disminución de la ingesta de granos tradicionales.

En las comunidades distantes de los centros urbanos, como Pucará, Pambamarca, y San Antonio (Cangahua), Morochos y Arrayanes (Cotacachi) y La Provincia y Cochaló (Isinliví) la dieta está compuesta de habas, fréjol, chochos, papas, cebada, trigo, maíz y otros granos.

La alimentación tendría relación tanto en lo que hace a la provisión de hidratos de carbono, proteínas, grasas y vitaminas, así como en cuanto a la consistencia de los mismos.

En cuanto a proteínas, son chochos, alfalfa, fréjol y ha-

ba, para los que más proveen. Fréjol, haba, alfalfa, quinua, cebada, maíz proveen hidratos de carbono. La composición en grasas es baja en general, con alguna diferencia en favor de la quinua y el chocho.

La composición en calcio de chocho, fréjol, haba, quinua es importante, pero la provisión de vitamina C es baja en general igual que la vitamina A. Todas estas vitaminas son necesarias para mantener la salud buco—dental.

SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA (II)

En cuanto a la consistencia de los alimentos, vamos a reconocer los tradicionales o no elaborados o mínimamente elaborados y los industrializados. Entre los primeros se destacan los duros o intermedios, con predominio de los primeros, y entre los segundos los blandos. Entre los industrializados destacamos también la gran cantidad de preservadores químicos utilizados, los fermentos y los artificios técnicos que generalmente van en contra del valor nutritivo de los alimentos.

Si aceptamos la hipótesis de que uno de los determinantes en caries desde el punto de vista biológico inmediato es el cambio de acidez bucal y la presencia de restos alimenticios, tenemos que buscar la asociación entre los alimentos en lo que hace a la composición (abundantes o no en hidratos de carbono) y en lo que hace a consistencia; los duros serían los que contribuirían en mayor medida a la limpieza de la dentadura.

En cuanto a la gingivitis, consideramos gingivitis a la inflamación de las encías, y no distinguimos cualitativamente sino en general. Si bien etiológicamente hay distintas razones biológicas inmediatas preferimos diferenciarlas en agudas y cró-

nicas ; la de tipo crónica es la más generalizada. El déficit de vitamina C, la irregularidad de la higiene y la desnutrición en general serían sus principales causas. Así, de cada diez pacientes (indígenas) mayores de 15 años que asisten a realizarse tratamiento buco—dental, en nueve de ellos hay inflamación en sus encías. En esta patología pensamos que el problema de desnutrición tiene un peso particularmente importante.

Los casos de periodontitis, como continuidad y agravamiento de las gingivitis, con inflamación de encías, destrucción del hueso maxilar, movilidad dental por alteración del tejido dentario se han detectado en alrededor de un ocho por ciento de pacientes adultos campesinos de las comunidades estudiadas. La alteración del tejido dentario se presentó afectando de manera parcial a las encías, a nivel de unas cuantas piezas, pero nunca se presentó afectando totalmente al maxilar superior e inferior.

Este porcentaje, tendría relación con la causalidad inmediata que determina la enfermedad. La causa inmediata se considera que puede ser, junto a la falta de higiene dentaria, la maloclusión; obturaciones, colocación de coronas y puentes, en forma defectuosa, cuestión que entre los campesinos es un tratamiento no común.

Cuando hablamos de Alteración dento—maxilares nos referimos a las anomalías de los maxilares. Consideramos anomalías dentales a la mal posición dentaria, dientes supernumerarios, macrodoncia, microdoncia, dislaceración, hipoplasia del esmalte, maloculsión. Será para nosotros anomalías maxilares la macrognatia (maxilar grande) y labio fisurado y fisura palatina. Este tipo de alteración con la arqueología y basado en la paleopatología.

Una mención particular es necesario hacer en relación

a la atricción. Esta alteración tiene relación con la alteración de la superficie masticatoria de los dientes. Aparentemente tiene relación con la alimentación, se observa en porcentajes similares en indígenas y mestizos, es más frecuente al consumo de alimentos duros, carne, o productos poco cocinados.

TERAPEUTICAS NO FORMALES USADAS EN ODONTOLOGIA

Los recursos terapéuticos más comunes en odontología, y aquí se evidencia su parte integrante del Sistema No Formal en este aspecto, son los fitoterápicos. Se utilizan emplastos, infusiones, cocciones, pomadas, o la aplicación directa de hojas o de la sabia de ciertas plantas sobre las partes afectadas.

Las propiedades fundamentales de las plantas utilizadas se refieren a lo antipirético, analgésico y antiinflamatorio y caústico. Se buscan efectos calmantes, estimulantes y reguladores.

En este sentido se usa el llanten por cuyas propiedades es fundamentalmente caústica.

Se aplica directamente sobre el diente doloroso; provoca un alivio, al afectar la terminación neurológica y a veces destruirla definitivamente. También, con la misma finalidad se utiliza el botoncillo, con efectos similares.

Para el dolor de muelas e hinchazón, además de otras aplicaciones, se utiliza la verbena, yerba que se muele y se aplica el zumo directamente en la región afectada.

La lágrima de eucalipto cocinada, y recibiendo el vapor, se utiliza para el dolor de muelas. Igualmente, cocinando la hoja de juyanguilla se logra una infusión analgésica y antiinfla-

matoria.

Para casos de manchas exógenas en los dientes, y alteraciones o sangrado de las encías se utilizan el arrayán, esen, botoncillo y llanten, preparados como infusiones para enjuagues, buchadas y limpieza buco—dental.

En las caries profundas con dolor, aparte de las antes nombradas se utiliza la hierba buena como aceite, la manzanilla, el toronjilo, el milín (Ashcomicuna).

La utilización de hierbas denominadas frescas para tratar cierta patología caliente es otro elemento donde la odontología No Formal aparece como parte de la cosmovisión comunitaria campesina y andina, reproduciendo la concepción de Frío—Caliente, formando parte de sus leyes y principios.

En ciertos casos se utilizan dos o más plantas, potenciando o combinando las acciones de las mismas. Así se utilizan el llantén como antiinflamatorio, la manzanilla como analgésico y el milín como antipirético; todas ellas en infusión y sobre todo para caries con exposición pulpar.

Entre los emplastos utilizados para disolver flemón, abscesos o persistencia de raíces, se encuentra la asociación de matico, llantén, linaza y hojas de haba, las mismas que machacadas y maceradas hasta dejarlas jugosas, son colocadas en un pedazo de tela y se aplican como vendas en el lugar afectado, por fuera de la zona afectada.

Las hiervas medicinales generalmente son obtenidas de la región o de los mismos huertos propios o cercanos, y generalmente se encuentran en zanjas, cabuyales, bordes de acequias, a orillas de ríos y sementerías o son directamente cultivadas en los jardines como plantas ornamentales.

Pero no se reduce a la fitoterapia los recursos del Sistema No Formal. Se han detectado incluso ciertas técnicas que corresponden con el objetivo de preservación de piezas.

Entre otros métodos de analgesia está el pastillaje, aplicación directa de preparados de hierbas en la cavidad cariogéna, aplicación de agua fría y también la aplicación de torundas con esencia de clavo; todo esto en caries.

En casos de hemorragia posteriores a las exodoncias irremediables, se colocan torundas de té, agua oxigenada, merthiolate o limón.

Entre otros recursos igualmente conservadores se encuentra la acción de sopladores y chupadores que actúan en flemones, abscesos, y donde nuevamente se puede observar la integración médica tradicional.

ODONTOLOGIA POPULAR EN MESTIZOS

Queremos caracterizar así a los recursos existentes en las zonas que se ubican en la periferia de las comunidades, o también en las proximidades de las ciudades o pueblos organizados y que no son sub—urbanos. La composición poblacional es fundamentalmente mestiza y sus actividades comerciales, intermediarios y transportistas. No disponen de agua potable, generalmente es entubada, y representan una transición entre la economía campesina y la comunidad, y entre la ciudad y el capital comercial pocas veces representándolo directamente.

En este ámbito se ubican recursos odontológicos, cuya demanda proviene de la misma región comunitaria y semiurbana. Este tipo de recursos se caracterizan por la receptividad e incluso búsqueda de asimilación de la tecnología moderna y

goza de gran confianza en la comunidad.

Sus bajos costos, utilización combinada formal y no formal y simplificación de las técnicas lo hacen aparecer accesibles a la población.

En general los empíricos mestizos son conocidos como sacamuelas, y se dedican fundamentalmente a las exodoncias, aunque en los últimos años han incorporado técnicas de Mecánica—Dental y Aplicación de prótesis. Disponen de un consultorio muy sencillo, con un sillón de peluquero, un pequeño motor dental, utilizan pinzas de pico de loro u otros plajos, y de material oxidable, aunque últimamente han buscado asimilar los progresos técnicos con adquisición de instrumental más sofisticado en calidad y material. Generalmente no utilizaban anestesia; hacen embriagar al paciente, pero también pueden usar anestesia. El costo por extracción va de los 30 a los 50 sucres. Esta conducta de atención y esta disposición de los recursos de atención es fundamentalmente para la demanda semiurbana. Para la atención de los sectores de la comunidad andina utilizan con más frecuencia los recursos tradicionales; incluso la misma demanda de la comunidad generalmente asiste alcoholizados, como provistos de la anestesia para la extracción.

La acción del sacamuelas no se reduce a su consultorio; sino que suele adoptar la forma de visitas domiciliarias a la comunidad según demanda, y allí atiende con las técnicas extractivas de pinzas rudimentarias o con piola en dientes temporales. Utiliza la piola de 1 mm. de grosor, la anuda a la pieza dañada y jala duro para arrancarla. Acompaña estas extracciones con la utilización de medicamentos o hierbas y aplique de torundas para el dolor y la hemorragia.

SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA (III)

CONCLUSIONES:

Si bien se requiere una extensión del estudio para hacerlo totalizador y globalizante, estas muestras son representativas de algunos aspectos que componen la odontología rural y que deberán desarrollarse.

En primer lugar respecto a la morbilidad de la población asociada a sus condiciones de vida, determinadas por su situación económico—ecológica y social. No se trata solamente de factores o indicadores micro o macro ambientales, sino de su inserción en el proceso social y productivo. Es necesario encontrar la relación de la patología buco—dental no sólo con la mayor o menor presencia de fluor o con la higiene buco—dental, sino con las ~~deter~~ determinantes estructurales de este proceso y que ubican al campesinado en una determinada ecología.

La llamada infraestructura no se reduce a la provisión de una u otra medida respecto al agua potable, que igualmente es necesaria, sino a la vinculación con el conjunto del sistema económico—social que lo define, representa y condiciona.

La consideración del Sistema No Formal en Odontología dada su pertenencia al Sistema, deberá estudiarse como parte de aquel en su concepción y diferenciarse lo que son acciones particulares de lo que es la división del trabajo. Seguramente tendrá relación con instancias de la comunidad, sean estas familiares, de núcleos de afinidad, o intracomunitarias que, sin dejar de representar la división del trabajo, adopta formas particulares que son necesarias de definir para cualquier política sanitaria racional en la comunidad andina.

Lo cultural en la comunidad andina, deberá interpretarse, dentro de la jerarquía del conjunto del proceso socio—económico, pero sin despreciarlo ni tratar de comprenderlo fuera del contexto de la comunidad andina y su tradición histórica.

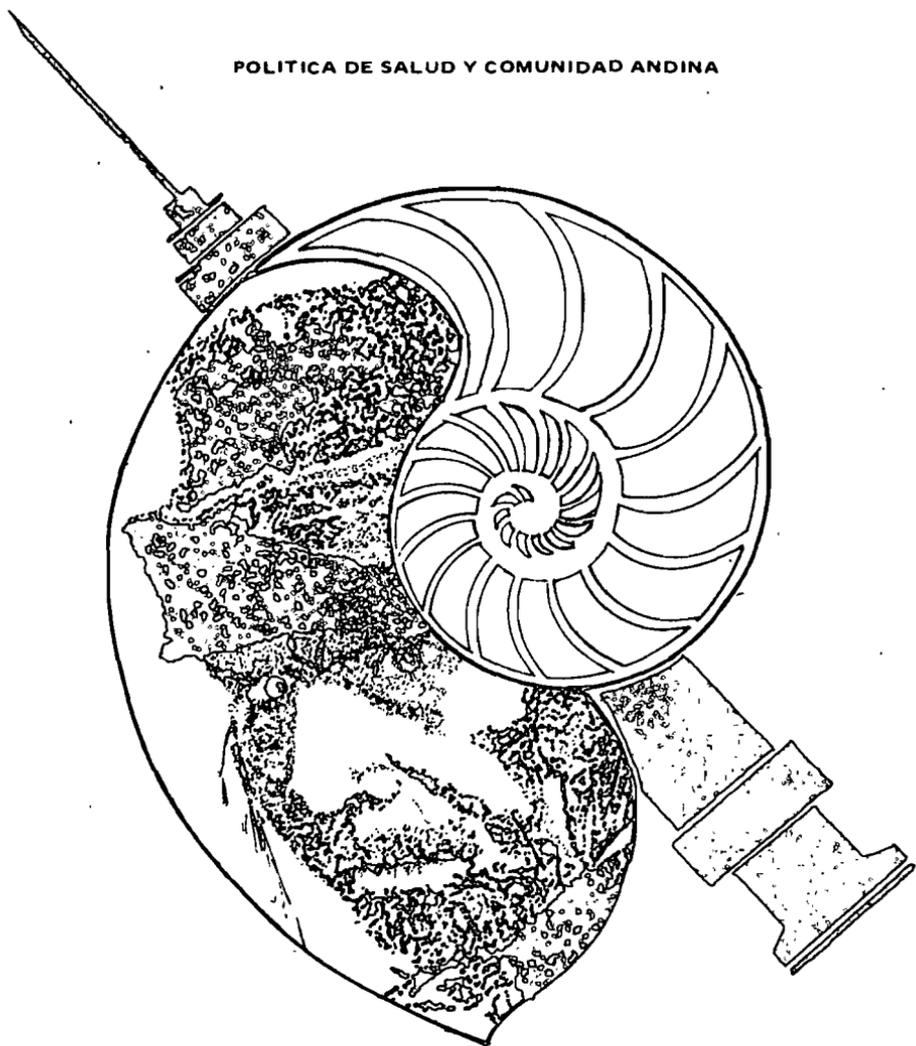
La comprensión de lo terapéutico, tradicional pueden proveer de importantes recursos altamente eficientes para resolver problemas de salud buco—dental.

La diferenciación entre lo popular sistematizado en la comunidad andina, y como parte de su sistema global, deberá diferenciarse de lo que representa los sectores intermedios populares, donde lo empírico tiene más posibilidades de desarrollarse.

Lo estético, que es socio—cultural, tiene una función valorada por la comunidad en su dinámica interna, y que concentra parte de la concepción de lo que es higiene y prevención y tratamiento. Los limitados recursos higiénicos reducidos a enjuagues inconstantes, son aparentemente compensados por la conducta y comportamiento socio—culturales de preservar las piezas dentarias. En este contexto la existencia del tártaro sería secundaria a la búsqueda de preservar las piezas dentarias.

Estas conclusiones, iniciales e incompletas, deberán necesariamente constituirse en base para nuevas hipótesis. Pero lo que si deberá revalidarse es la necesidad inmediata de continuar esta línea de trabajo como guía de un enriquecimiento de nuestra comprensión odontológico—social.

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



ALTERNATIVAS

SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO Y PODER POPULAR*

Galo Ramón

* *Una primera versión de este trabajo fue presentada en el Seminario sobre Tecnologías Apropriadadas en La Paz, Bolivia*

Ramón, Galo (1982). **Sistema de salud comunitario y poder popular**. En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 197-254. Quito: CAAP.

CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- INTEGRACION-RESISTENCIA COMUNITARIA AL SISTEMA DE SALUD ESTATAL
 - 2.1. Procesos de diferenciación campesina: fenómenos de integración-resistencia.
 - 2.2. Oferta estatal de salud: práctica y limitaciones en el área rural andina.
 - a. Oferta estatal de salud.
 - b. La práctica de la medicina del capital en la zona rural.
 - c. Enfermedades y sistemas de salud.
 - 2.3. La Medicina Tradicional.
 - a. Aproximación teórica
 - b. Estructura del Sistema de Salud Andino
 - . Por qué es un sistema de salud?
 - . Cómo denominaremos a este sistema de salud?
 - . Carácter regional
 - . Redes sociales y estructura
 - . Prácticas y concepciones sanitarias
- 3.- SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO Y PODER POPULAR

El Sistema de salud comunitario: una alternativa vigente

- a.- Recursos diagnósticos y terapéuticos
- b.- Recursos humanos y ciencia campesina popular
- c.- Discurso preventivo--persuasivo del sistema
- d.- Organización popular e institucionalización del Sistema.

4.- CONCLUSIONES

1. INTRODUCCION

El empeño fundamental de los países periféricos en materia de salud, se dirige a montar y reorientar los sistemas de salud nacionales, para adecuarlos al reto lanzado por la OMS "alcanzar la salud para todos en el año 2.000".

Para tales propósitos, la OMS recomienda algunos "requisitos previos":

Organizar el nuevo Sistema de salud con "criterio multisectorial, participación de la comunidad, tecnología apropiada para la salud y cobertura total por parte de los servicios de salud, que se extenderá a las partes más remotas del país y a los miembros más pobres de la sociedad". (1)

(1) HALFDAN MAHLER: "El sentido de la salud para todos en el año 2.000", Foro Mundial de la Salud OMS.

Esta consigna estratégica lanzada por la OMS, parece sin embargo, que presenta una serie de dificultades para concretarse en cada uno de los países pobres, problemas que quisiéramos rápidamente enumerar:

Su primera dificultad constituye lo que la OMS denomina criterio multisectorial, es decir, que la salud de los pobres mejorará con un notable cambio estructural, con un mejoramiento de las condiciones de vida y de los sistemas productivos; cuestiones que no se resolverán con programas de atención primaria o educación sanitaria, sino con profundos cambios político—sociales.

Un segundo problema es aquel que se propone generar una tecnología apropiada que logre romper o reorientar a la industria farmacéutica, la industria de alimentos, la industria del tabaco, la industria de licores y la de equipo médico sofisticado; multinacionales que en la actualidad sobredeterminan las políticas sanitarias. La actual crisis energética podría constituir una coyuntura relativamente favorable para generar tecnologías no convencionales y para desarrollar una conciencia respecto a los "estilos de desarrollo" (2) degradadores de los ecosistemas y desaprovechadores de las fuentes de energía locales; planteamientos que viene fuertemente impactando en el pensamiento latinoamericano (3); pero que para el caso de

(2) OSVALDO SUNKEL: *La Dimensión Ambiental en los Estilos de Desarrollo de América Latina*. CEPAL—PNUMA, 1981. Santiago de Chile, Naciones Unidas.

NICOLO GLIGO: *"Estilos de desarrollo, modernización y medio ambiente en la agricultura Latinoamericana"* CEPAL—PNUMA, 1981, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

(3) *En la actualidad diversos organismos internacionales y nacionales, vienen impulsando la necesidad de generar tecnologías apropiadas, no convencionales, etc., para superar la crisis energética, los daños ecológicos y el desaprovechamiento de energía medio—ambiental.*

la salud, deben enfrentar a todo un sistema industrial sólido y lucrativo y a su soporte científico—ideológico.

Un tercer "cuello de botella" hace relación a la concepción y práctica de la profesión médica, acostumbrada a una función clínica, que debería abandonar tales prácticas para optar por acciones sanitarias, educativas y generadoras de técnicas sencillas. Esta concepción se recrea sin crítica en las propias universidades de discurso izquierdista, formadoras del personal que eventualmente podría desarrollar una posición alternativa.

Una cuarta dificultad tiene relación con las políticas nacionales de cada una de estos países, en un doble aspecto: la relación entre sectores industrializados que imponen sus políticas y la acción común (y principal) de los Ministerios del ramo, que dirigen toda su política a la reparación y no a la conservación de la salud.

Como quinto problema aparece el escaso conocimiento que existe en estos países del funcionamiento de los sistemas no formales de salud, la falta de evaluación crítica de su propio sistema, la ausencia de programación sanitaria nacional y de adecuados sistemas de información sanitaria; materiales indispensables para una reorientación programática y política.

Como dificultad permanente, que cruza a las decisiones políticas, es la ausencia de suficientes recursos económicos para financiar un nuevo programa, considerando la situación de crisis de la mayoría de los países pobres. La recomendación de la OMS, de que una parte del programa sea financiado desde las FES centrales, reproduciría la dependencia tecnológica—política.

Finalmente, una dificultad de enorme relevancia es la *falta de participación comunitaria* para reorientar los Sistemas. Es precisamente de este problema que nos ocuparemos en esta reflexión.

Las dificultades someramente anotadas ponen en duda la real eficacia de la consigna de la OMS. Es necesario sin embargo, analizar su concreción particular en cada uno de nuestros países, para evaluar su aplicabilidad.

En el Ecuador, este conjunto de problemas—interrogantes comienzan a plantearse. Los distintos sectores sociales y políticos van elaborando sus respectivas propuestas. Nuestra inserción en el debate de esta problemática la hacemos desde un sector social bien concreto: la comunidad andina.

En la comunidad rural andina se encuentra vigente un Sistema de salud No Formal de características complejas. Toda política sanitaria formulada hacia ese sector deberá tomar muy en cuenta su existencia real. Más aún, la práctica de la medicina oficial en el campo serrano ha arrojado suficientes elementos de juicio para criticar los nuevos planteamientos estatales en materia de salud. Se perfilan entonces las preguntas claves que guiaron este trabajo: ¿Puede la política estatal funcionalizar y articular a los sistemas de salud comunitarios?. ¿Cuáles son sus posibilidades y limitaciones?, ¿Existen alternativas comunitarias viables?, ¿Cómo desarrollar esas alternativas y qué formas organizativas van adquiriendo para reclamar un lugar en las políticas sanitarias nacionales?

2. INTEGRACION _ RESISTENCIA COMUNITARIA AL SISTEMA DE SALUD ESTATAL

Los esfuerzos estatales en la última década por crear un sólido aparato de Salud, instalar a los médicos y a la medicina en los medios rurales, y el esfuerzo por integrar a los sectores campesinos, (en los países andinos Ecuador, Perú y Bolivia) se ha encontrado con una respuesta de resistencia por parte de las comunidades, que en su mayoría siguen acudiendo al Sistema Tradicional de Salud. Y más aún, en aquellos sectores en los que se han instalado las postas de salud, la mortalidad y morbilidad infantil acusan índices similares o mayores que en aquellos en que las comunidades disponen de la medicina tradicional.

Esta evidente contradicción entre la expansión del Sistema de Salud Oficial frente a las necesidades reales de la población puede explicarse, analizando las características del sistema Oficial y el carácter de la resistencia/integración del Sistema Tradicional.

Por integración entendemos a toda la actividad política, económica y cultural que realizan el Estado, el Capital y la estructura de clases nacional, para articular formas productivas no capitalistas a la lógica empresarial, a la razón burguesa, a los sistemas de pensamiento de una sociedad monocultural.

El proceso de integración dinamizado por el Estado, en estos últimos tiempos, ha comenzado a reconocer a las comunidades andinas como un sector social distinto, no solamente por mantener formas productivas no capitalistas, sino por su diferencia étnica-cultural. Todos los programas oficiales

reconocen la necesidad de no afectar su identidad étnico-cultural, pero, los programas reales que se proponen y ejecutan en la producción, la tecnología, la educación, la vivienda, la salud, el ejercicio y participación de la democracia, desconocen la declaratoria inicial.

Las políticas de salud reconocen en efecto la existencia de conocimientos, recursos terapéuticos, agentes de salud, etc., en las comunidades. Pero, los programas que se elaboran se plantean funcionalizar al Sistema de Salud No Formal para integrarlos de manera subordinada al Programa Oficial del Ministerio de Salud. Promotores, parteras, curanderos y dirigentes, comienzan a ser captados (se los convierte hasta en empleados públicos) para colocarlos en la base de la pirámide organizativa del Sistema Estatal. Este proceso de dominación-subordinación entraña también una degradación-expropiación de las concepciones, conocimientos y elementos simbólico-rituales de la población andina; arrebatándoles especialmente la capacidad de gestión autónoma, la "politicidad comunitaria", acción centralizadora y negadora del sujeto comunitario muy característica del Estado capitalista moderno.

Empero, la acción estatal encuentra oposición comunitaria. A esta resistencia no debe entenderse de manera estática. Es más bien una oposición dialéctica, puesto que la cultura es un proceso histórico en el que la resistencia se recrea, se contemporaniza, reprocesa la dominación en cada nueva situación; en palabras de Arguedas:

"Este pueblo empecinado —el indio— que transforma todo lo ajeno antes de incorporarlo a su mundo, que no se deja ni destruir, ha demostrado que no cederá sino ante una solución total".

En estos términos, la integración-resistencia es un pro-

ceso histórico dialéctico, que entraña infinidad de formas y se libra en todas las instancias de la práctica social.

Este fenómeno en el terreno de la salud presenta diversas manifestaciones y obedece a todo un sistema de causalidad.

La integración—resistencia por parte de las comunidades andinas al Sistema de salud Oficial, en una región y coyuntura tomadas, depende de un conjunto de factores económicos, culturales, ideológicos, organizativos de la Comunidad; pero es la acción del capital, del Estado y la estructura de clases las que modifican las formas de resistencia, haciéndose necesario analizar tanto los factores internos de resistencia, cuanto los factores externos de modificación, en su dinámica e interacción, que determinan las modalidades que asume el proceso. Desagregando los factores de integración—resistencia, analizamos tres aspectos concurrentes: los procesos de diferenciación campesina, la oferta de salud estatal y la vigencia del sistema de salud no Formal o Tradicional.

2.1. PROCESOS DE DIFERENCIACION CAMPESINA:

Fenómenos de integración—resistencia.

“En las zonas agrícolas de los andes ecuatorianos, se van definiendo en la actualidad dos tipos de economía campesina, cuya diferenciación muestra progresiva y tendencialmente dos formas distintas de vinculación al mercado, de reproducción de la fuerza de trabajo, de organización social y familiar al interior de la unidad productiva y diferencias de orden cultural, tecnológico, de prácticas y concepciones de salud, de educación, etc.” (4)

(4) GALO RAMON: *Procesos de Diferenciación Campesina*. Ed. CAAP, 1981, Quito.

Describamos sucintamente las características fundamentales de estas economías campesinas: Comunera y Familiar.

Economía Campesina Comunera:

Su racionalidad productiva está orientada al consumo del núcleo familiar, es decir, a la constitución del fondo de supervivencia que se compone: de los aportes de los miembros de la familia, sea en productos agropecuarios, en moneda por el salario como migrantes, bienes artesanales producidos en casa, dinero por venta de la cosecha, productos obtenidos por "chuchir", "cambeo" y "trueque", a la par que, se asegura la conservación y ampliación de los elementos que posibilitaron la constitución del fondo; esto es, las parcelas, la choza, los animales, las herramientas, la propiedad comunal, la fuerza de trabajo familiar y la del grupo de afinidad sobre las que descansó el peso de la producción.

No se siembra lo más rentable, sino lo más necesario para el consumo, de ésta, una parte muy variable se la lleva al mercado, es decir, se trata de una economía Campesina Comunera de carácter mercantil, no de economías naturales de autosubsistencia. Estas Economías Campesinas Comunerías, privilegian en su estrategia productiva el autoconsumo y no la producción rentable, por diversos factores: las limitantes ecológicas, por factores cultural—organizativos, por restricciones de recursos y por conocimientos tecnológicos.

En la organización interna de las Economías Campesinas Comunerías, se presentan dos tendencias: primero, aquellos que dependen en mayor medida del salario como migrantes; y segundo, aquellos que dependiendo de las relaciones comunales pueden lograr un ligero margen de autonomía respecto al mercado, al controlar el proceso de constitución del fondo de supervivencia, sosteniendo con fuerza los mecanismos comunales de reci-

prociudad, complementaridad y redistribución, que son absolutamente indispensables para su reproducción.

Economía Campesina Familiar:

Se encuentran ubicadas, generalmente en tierras de nichos ecológicos favorables, disponen en ocasiones de riego y sus tierras no acusan pendientes mayores. Producen artículos de mayor rentabilidad como: cebolla, trigo, cebada cervecera, frutales y hortalizas. Este tipo de economías, privilegian cada vez más, y en ocasiones lo hacen de manera exclusiva, la producción para el mercado, es decir, su racionalidad productiva y su carácter mercantil coinciden plenamente, abriendo posibilidades de una acumulación sui-géneris.

El fondo de supervivencia y acumulación se constituye con dinero proveniente de la venta de productos agropecuarios. A su interior, cabe sin embargo, distinguir dos subtipos de economías familiares: primero; aquellas que para establecer una estrategia productiva dirigida totalmente al mercado necesitan del capital especulativo de los comerciantes de los pueblos; y segundo, aquellas economías que tienen la suficiente fuerza económica para controlar todo el proceso por sus propios medios .

Ahora bien, ¿cómo influye este proceso económico y social de las economías campesinas, en la aceptación y/o resistencia al sistema de salud oficial?:

El nivel de vinculación de las economías campesinas al capital corresponde con los niveles de aceptación a la medicina oficial.

El ingreso del capital comercial a la agricultura y la vinculación como fuerza de trabajo ocasional asalariada en las ciuda-

des traen aparejados una serie de fenómenos que inciden en el desplazamiento del saber y de las prácticas de salud locales, para facilitar la penetración de la medicina del capital. Caractericemos ese proceso:

La ruptura del núcleo de afinidad que supone la agricultura comercial, rompe también la intensa relación de las familias, que a manera de memoria colectiva guardaban una serie de conocimientos propios o transmitidos y que se colectivizaban como verdadero diagnóstico público a nivel del núcleo para tratar las enfermedades de cualquiera de sus miembros. La ruptura del núcleo, vale decir, el abandono de las formas comunitarias de ayuda por el trabajo asalariado o exclusivamente familiar, dificultan esa intensa relación productiva, social, cultural y ritual; pues al romperse la colaboración, la posibilidad de intercambiar y transmitir experiencias y conocimientos es menor, cuestión que en una cultura oral produce una degradación de conocimientos.

La mujer en las economías campesinas comuneras, además de participar con su capacidad vital en las faenas del ciclo agrícola es encargada de la formación, protección y mantenimiento de la capacidad vital de los miembros jóvenes del núcleo familiar.

Desempeñando ese papel, asume una cuota de poder a nivel de la determinación del uso del suelo y de las estrategias productivas.

Ella asume una importante cuota de decisión, para determinar lo que se siembra, cuánto se siembra y además cultiva algunas plantas medicinales que a manera de jardín adornan su casa. Todas estas plantas tienen uso, unas son frías y otras calientes, de uso interno y externo, etc., pero cuando la producción se orienta exclusivamente al mercado, la mujer pierde

su cuota de poder.

La parcela agrícola en las Economías Campesinas Comunitarias, se planifica en efecto, con arreglo a la siguiente lógica:

Se siembran productos para el autoconsumo. El autoconsumo está en relación a la dieta familiar, tanto en volumen como en tipo de productos. La dieta corresponde a las concepciones andinas para conservar el equilibrio térmico corporal. En estas zonas frías, se siembran abundantes plantas calientes (papa, cebada, habas) y pocas plantas frías (hortalizas, quinoa, etc.). La noción de frío y caliente no se mide en términos de temperatura física del producto, sino de la sensación energética que produce al consumirlo, al utilizarla como emplasto o en una limpieza exterior.

Los productos que se siembran, también responden a la necesidad de reproducir la organización social, esto es, que su cultivo, por ejemplo la papa, la cebada, demanden el concurso de las relaciones de reciprocidad con sus vecinos, porque tales relaciones resultan beneficiosas para todas las partes (5). Con esta lógica, adecúan el volumen de siembra y los tipos de productos a los recursos de tierra, tecnología, dinero y fuerza de trabajo de que disponen para el ciclo productivo.

El cambio de la estrategia productiva por cultivos rentables, el monocultivo de la cebolla por ejemplo, determina que la parcela agrícola se planifique en función del mercado, nuevos patrones de alimentación suplanten a la anterior cultura nutritiva. El uso del suelo se intensifica y extrema. Hasta las plantas medicinales van cediendo paso a las rentables o se las conserva como pálidos recuerdos en macetas. El capital al cambiar la lógica productiva deteriora el papel de la mujer y el conocimiento fitoterapéutico.

(5) GALO RAMON: *Espacio Comunal Andino y Organización del Poder*, CAAP 1981, Quito.

Por otra parte, la medicina del capital encontró un puente sobre el cual penetra: la automedicación. En efecto, si se realiza un seguimiento de enfermos, puede comprobarse que la curación siempre comienza en la automedicación personal y familiar, luego se acude al especialista de la misma comuna o al tendero o boticario del pueblo, para luego ir al médico o regresar al Yachag Taita, dependiendo de una serie de factores que los analizaremos más adelante. El capital, sobre la base de la automedicación familiar—comunal y por el proceso de degradación de conocimientos, arremetió en la propagandización de una serie de fármacos. La mayor vinculación de la economía campesina al mercado, la relación con el tendero pueblerino, la radio, etc., se convierten en mecanismos de persuasión y de substitución de la fitoterapia por productos industriales "que se sabe que alivian, pero no se sabe cómo alivian, ni si realmente alivian".

La relación pueblo—comuna a través del capital comercial también porta un discurso ideológico que en el terreno de la medicina se presenta basado en la "superioridad" de lo "científico" frente a lo "empírico".

Este discurso ideológico, tiende a estigmatizar las prácticas de salud populares y sobre todo indígenas y persuadirlos de la necesidad de la medicina oficial.

Acudir al médico se transforma así en una cuestión de prestigio, los agentes de salud local se convierten en objeto de solapada burla.

A este discurso, se suman recursos legales obligatorios introducidos por el Estado: los certificados de nacimiento, de defunción, exámenes médicos para ir a la escuela, etc., que van obligándolos a poner en manos del médico del capital, la vida, el prestigio, la plata y la muerte.

Diríamos entonces, que aquellas economías campesinas ligadas fuertemente al mercado, son las que tienden a perder sus conocimientos empíricos y se encuentran supeditadas con mayor fuerza a la medicina del capital.

2.2. OFERTA DE SALUD ESTATAL: Práctica y limitaciones en el área rural andina.

a.- Oferta estatal de salud.

La medicina en el capitalismo, "aparece" como uno de los "servicios" necesarios para conservar, proteger y restituir la capacidad vital de los miembros de la sociedad. Entendiéndose por capacidad vital, a las aptitudes físicas, intelectuales y psicológicas de un individuo, que para integrarse como elemento productivo deben mantener en "condiciones normales".

La medicina se presenta como una actividad inocente, como un servicio neutro que debe impartirse a la colectividad. Sin embargo, ese servicio médico no se lo imparte democráticamente a toda la colectividad, porta una concepción del mundo, juega un papel político ideológico, constituye una mercancía muy rentable, y su propósito es reproducir un sujeto "normal" en función del capital.

En las FES centrales, la oferta de salud marcha de acuerdo a los requerimientos del capital, y en sí misma representa un negocio altamente lucrativo. En las FES periféricas, la oferta de salud es deficitaria, obedece a coyunturas específicas. Su relación con los requerimientos del capital responde al carácter y papel que juegan las economías campesinas y las comunidades en el modelo de acumulación.

La fuerza de trabajo estable y con cierto nivel de especialización, ligada a los sectores dinámicos del capitalismo o al

aparato burocrático (generalmente concentrados en las más importantes ciudades), reciben ciertamente una mayor cobertura de servicios sanitarios, verdadera regionalización de la oferta; mientras que, aquellos sectores, como el de las comunidades andinas, que dentro del modelo de acumulación son encargados de ofrecer fuerza de trabajo barata y productos alimenticios a las zonas urbanas, reciben una atención diferencial y empobrecida. El estado con su política aumenta los márgenes de ganancia del capital, procurando que la formación, reproducción y mantenimiento de esta fuerza de trabajo no le cuesta nada al estado, ni al capital.

Esta es precisamente la razón, que lleva al Estado a intentar detener la migración definitiva del campo a la ciudad, sitio en el cual comienza a costar al estado y al capital la reproducción de esa fuerza de trabajo, prefiriendo en consecuencia, la migración estacional.

Frenar o limitar la migración definitiva, pero mantener a las comunidades como oferentes estacionales de fuerza de trabajo barata y de alimentos, son los objetivos centrales de las políticas estatales de desarrollo rural, que se estarían jugando también, una funcionalización menos conflictiva de esas economías campesinas al capital.

En esta coyuntura específica y como una orientación para las FES periféricas cobra importancia el problema sanitario, entrando como componente de los proyectos de Desarrollo Rural Integral.

Los DRI en ejecución recién están enfrentando los principales problemas productivos, por lo que aún no es posible evaluar sus programas y acciones en salud.

Empero, la mayoría de los proyectos DRI se han esta-

blecido en sitios potencialmente muy productivos, de colonización y de Reforma Agraria concluída.

Estos proyectos, por el tipo de campesinos (pequeños empresarios) a los que se dirigen, buscan producir alimentos, integrarse a la agroexportación o a la agroindustria.

En cambio, los sitios realmente pauperizados han quedado fuera del Plan del CONADE y solo una fuerte organización campesina podría exigir al Estado ser considerados proyectos, de Desarrollo. Para los sectores no sujetos de los DRI en la actualidad, que constituyen el grueso de comunidades que nos ocupan, el "Plan Nacional de Desarrollo" plantea políticas integracionistas como la alfabetización, el seguro social campesino, la dotación de agua potable, campañas de control de enfermedades infecciosas y programas de atención primaria.

b.- La práctica de la medicina del capital en el área rural andina.-

En las comunidades no sujetas a los DRI, los programas de atención primaria, control de infecciones y de educación sanitaria, continuarán acentuando su incidencia.

Antes que una caracterización teórica general sobre el proyecto global, desarrollaremos tres apuntes específicos sobre las limitaciones de la cobertura de salud, que constituye el aspecto central de programa: el alto costo de la medicina, la crisis de eficacia y la relación médico— paciente, medidos desde la perspectiva indígena.

El límite más relevante de la práctica médica oficial (del capital), es su elevado costo, distante a lo que "pueden" o "quieren" pagar los campesinos indígenas. Parece muy simplista reducir el problema al elevado costo de la medicina oficial, versus, las bajas entradas económicas campesinas, puesto que,

existen otras implicaciones en la base de esta primera aproximación. Los análisis generalizadores de las economías campesinas, ordinariamente concluyen planteando como una de sus características la escasez de sus recursos y una sobreabundancia de fuerza de trabajo.

Con esta apreciación podría inferirse que la enfermedad o desaparición de un individuo, podría ser fácilmente compensada. Insistiendo nuevamente en la particularidad, consideramos que cada caso debe ser analizado a la luz de las características organizativas de la economía campesina de la que se trate; sobre todo, del papel que le corresponde a cada uno de los miembros de esa familia. En ocasiones, tan importante es un menor como la mujer adulta o el hombre adulto. El pastoreo de animales por ejemplo, no puede realizarse sin el concurso de los niños. Será pues, la valoración real que se le confiera a cada miembro de la familia, el que mueva a "gastar" tiempo y dinero en su recuperación, mantenimiento y protección. El "excesivo valor económico" se relativiza entonces, atendiendo a la situación de cada economía, tanto más, que toda visita al especializado —médico o al mismo yachag taita— significan un gasto relativamente alto la visita al especializado hace relación al grado de evolución de la enfermedad, recayendo sobre la automedicación, al pambajambicito y los sintomáticos industriales "popularizados" el papel inicial en las curaciones, remedios que en general son baratos. Es decir, el mayor o menor gasto, dependen también del criterio que hace relación a la evolución de la enfermedad: "cuando los remedios caseros, de mano no llegan", dándose de hecho un factor objetivo y subjetivo de apreciación de la gravedad del enfermo que ameritaría tal o cual gasto.

La medicina del capital levanta su posible eficacia en la sofisticación tecnológica (de equipos, especialistas y fármacos); en la anamnesis y el descubrimiento de la etiología; así

como en el poder que genera su "cientificidad" (sobrevalorada ideológicamente): la ideología sanitaria.

La historia de la medicina puede explicarse como la constante centralización del saber en manos de especialistas que tienen poder sobre la vida y la muerte de los hombres, saber que los convierte en una especie de semidioses, cuya presencia por sí sola "alivia" a los enfermos de sus dolencias. Ese saber se presenta en la medicina del capital como el dominio de un discurso diferente, de un lenguaje especializado, que se torna inentendible para el resto de los no iniciados. Una gripe común en nosotros es diagnosticada bajo un lenguaje complejo: influenza, presencia de fiebre en lisis, anorexia, cefalea, etc. El lenguaje médico, no solo cumple el papel de diferenciador entre el paciente y el especialista, sino que, al llevar la sintomatología presentada por el paciente al lenguaje médico, borra de un plumazo la situación social específica en que se produjo la enfermedad y el significado preciso que para el paciente tiene su descripción. Cuando el médico anota vértigo por mareo, preterde igualar el síntoma orgánico, ignorando si éste se produjo en un campesino indígena o en un industrial costeño. Tal ejercicio en el lenguaje médico, que "olvida" las circunstancias y los significados esconde un solo objetivo: la generalización de los síntomas le permite enfrentarse con un cuerpo, con un objeto medicalizable y no con un ser social que vive una situación y lo explica a su modo.

Pero la relación entre médico—paciente no se agota con el lenguaje. El cuadro clínico que presenta la enfermedad: desde la toma de signos vitales, palpaciones, pruebas y exploraciones, convierte definitivamente al paciente en un objeto, en un cuerpo dividido en órganos, aparatos, sistemas (estudios realizados sobre el cuerpo muerto), cuerpo cuya única expresión es dolor, no dolor y el pago de haberes. A la división sistemática del cuerpo, le corresponde la máxima

especialización del medicamento. A determinados síntomas le corresponde un específico. Con ello, aseguran la venta de su vasta producción especializada y van creando una nueva dependencia "iatrogenia" que promueve nuevas ventas. Las empresas productoras de medicamentos, "se disputan un lugar en la cabeza del médico", o adoptan la cómoda forma de un vademecum, o la de un plegable publicitario de impacto, que convierten al médico en un buen agente vendedor de las grandes empresas.

La "unidad bio—psico—social" sobre la que se funda y ha reflexionado la medicina moderna, queda reducida a un simple problema orgánico: es la relación mercantil entre cuerpo enfermo—curador el que atenta contra lo que podría ser una rigurosa evaluación de la situación de los comuneros andinos. El clínico apenas si dispone de tiempo para conjugar síntomas—diagnóstico con medicamentos, y los elementos que podría aportar la historia clínica quedan como sobreañadidos para el archivo.

Ahora bien, en la práctica médica rural la primera gran ausente es la sofisticación tecnológica: médicos rurales deficientes, equipamiento clínico y quirúrgico rudimentarios y fármacos de dudosa eficacia.

Este médico "abandonado" a lo que el buen sentido común pueda hacer, en manos del vademecum escasamente manejado y sus nuevos profesores los visitantes médicos, y contando apenas con sus rudimentos clínicos, se enfrenta a tratar de ejercer el poder médico, producir la verdad por medio de la anamnesis: pretende hacer confesar al enfermo sus miserias, lo que recuerda y lo que ha olvidado; lo que duele y lo que no duele, lo que esconde y lo que no esconde; lo soñado o lo por soñarse, sus costumbres, sus hábitos y las prácticas de excepción; averiguar lo que comió y lo que piensa comer,

lo que piensa y lo que piensa no pensar, etc.. Este recurso que la medicina del capital ha desarrollado tanto y que en la actualidad cuenta con equipos electrónicos para la "codificación clínica del hacer hablar al hombre y al cuerpo": palpaciones, exploraciones, hipnósis, psicoanálisis, la interpretación, etc., y que en nuestro medio se maneja deficientemente, tiene en el trabajo con los indígenas que enfrentarse a una concepción radicalmente distinta, método que se torna en un recurso poco idóneo. En efecto, la confesión en occidente tiene validez no tanto por los recursos que ha inventado, sino porque la "obligación de confesarnos está íntimamente incorporada a nuestra racionalidad, como que la verdad necesita de una confesión para salir a flote, y que sólo la detiene cierto poder violento que la coarta y se piensa que la libertad, la liberación es el hecho de confesarse y vencer las coherciones. La confesión es un ritual que se despliega en una relación de poder. Se confiesa con la presencia de alguien que la imponga, la aprecia e interviene para juzgar, castigar, perdonar, consolar, reconciliar". (Foucault). Su razón de ser radica en el placer que produce al confesado contar a su confesor en un discurso más o menos elaborado su vida, esto es, la práctica diaria de sus relaciones.

La confesión en el indigenado, no es la forma principal para producir la verdad, el discurso racionalizado no es la forma de exposición y la relación causa—efecto no es mecánica, puesto que lo holístico, en el que juega gran papel lo mágico—simbólico, lo ritual, están en la base de la concepción de la enfermedad.

"Usted ha de saber doctorcito de qué estoy enfermo, por qué me pregunta tanto, para eso es doctor" contestan los pacientes indígenas al médico que comienza su historia clínica a través de la confesión. El recurso de la palabra, en cambio en la relación Yachagtaita—enfermo indígena, tiene el

propósito de crear las mejores condiciones de confianza y de animar, de "dar fuerza" al enfermo.

A ello debe sumarse el deficiente manejo del español, sobre todo de las mujeres, la distancia entre médico "blanco" y "paciente natural", el medio físico y afectivo en el que se trata de producir la confesión, que nos llevan a poner en seria duda el método de acceder a la verdad, a la enfermedad, por medio de la anamnesis.

Fracasado nuestro médico rural en el intento de establecer su poder y eficacia curativa con la utilización de la anamnesis, lo que obviamente se principaliza es la relación médico-paciente indígena. Penetrando a la microfísica de esta relación nos interesa destacar el comportamiento del paciente indígena frente a la no disimulada prepotencia étnico-social con que el médico los enfrenta; segundo, el médico no es sinónimo de conocimiento universal, holístico, el curador occidental aparece como el conocedor de las enfermedades del cuerpo y no las del alma. Su posible eficacia se reduce a enfermedades orgánicas, en las que actúa no tanto su capacidad individual y la afinidad de las concepciones culturales e ideológicas, sino los medicamentos. El médico parece sinónimo de medicamentos e inyecciones y se caracteriza por el alto valor de la consulta y medicación. La clasificación manejada por los indígenas, en que se reconoce: enfermedades del cuerpo y enfermedades del espíritu, vienen a delimitar con exactitud la función del médico. El desconocimiento por parte de los médicos de la función que cumple el enfermo dentro de la organización de la economía campesina y el modo de vida de los mismos, los lleva a profundas equivocaciones. Muchas de sus recomendaciones caen en el vacío y hasta producen hilaridad, como aquellas de recomendar o prohibir un cambio en la dieta alimenticia en la que se incluya o se eliminen proteínas de origen animal,

en economías en las que difícilmente se consumen, o recomendar descanso a una fuerza de trabajo que sin emplearse intensivamente no puede subsistir.

La relación médico-paciente indígena se limita a la resolución de problemas orgánicos, dolorosa por las terapias empleadas, —las temibles inyecciones— trastoca las concepciones, el modo de vida y presenta sesgos de subordinación étnica.

El médico necesita enfrentar a su paciente solo, aislado, necesita la máxima privacidad para actuar y conocer los secretos de su objeto, para ejercitar las exploraciones del cuerpo. Este tipo de privacidad es sospechoso y ajeno a la tradición andina, en la que el yachag taita comparte con la familia todo el ritual de curación.

El consultorio y su equipamiento que constituyen el escenario de nuestro médico, corresponden a la visión del aislamiento del paciente. El mundo del paciente queda en la sala de espera. La posta sanitaria estrecha y pobre reproduce esa organización espacial que representa la división del saber, y el lugar de medicalización a un objeto solitario. En algunas comunidades la mayoría de pacientes se niegan rotundamente a ir al hospital, aquellos que de alguna manera se deciden a ir son despedidos con grandes manifestaciones de dolor —como si ya se despidiesen de un muerto— y ha habido casos en que el paciente ha muerto en el momento que mira la puerta del hospital. Tan brutal se presenta la separación del paciente de su comuna, de su familia, tal la resistencia de convertirse en un objeto de medicalización.

c.- ~~Enfermedades~~ y Sistemas de Salud:

Un aspecto que cruza con singular importancia al problema de la aceptación—resistencia por parte del campesinado a

la medicina oficial, es el tipo de enfermedad de la que se trate y la evolución de la misma, dependiendo del sexo del enfermo, la edad y el papel que ocupe en la instancia de representación de la organización comunal.

Existen enfermedades poco conocidas por el sistema no formal de salud o cuya evolución la convierten en crónica o aguda, que requieren intervenciones quirúrgicas, como extracción y obturación de dientes, curación de heridas, eliminación de miembros necrosados, enfermedades transmisibles, etc., enfermedades que han aparecido o se han intensificado con la mayor relación al capital, luego de la crisis del sistema hacendario. En estas circunstancias, el campesinado indígena acude al médico.

Realizando un seguimiento más o menos completo del paciente, observamos un comportamiento, en el que, dependiendo del grado de evolución de la enfermedad, recurren a la automedicación familiar, al núcleo de afinidad, al tendero o boticario, al curandero, a la enfermera (auxiliar), al médico particular o al centro de salud estatal.

No todos los enfermos siguen este itinerario, se producen saltos en el destino del paciente, o su camino llega hasta los Yachagtaita e inclusive puede retornar a éste luego de pasar por el Centro de Salud. Sin duda, este comportamiento amerita una observación rigurosa en distintas regiones, en distintos tiempos, para llegar a conclusiones más precisas.

En todo caso, los diferentes problemas que hemos mencionado al analizar los tipos de economías campesinas, el tipo de enfermedad, su evolución, la oferta de salud estatal, inciden en el comportamiento; en la aceptación—resistencia al sistema oficial.

Es necesario analizar al Sistema No Formal de Salud, que de acuerdo a nuestra argumentación aparece como elemento definidor de las conductas sanitarias del hombre andino.

2.3. LA MEDICINA TRADICIONAL

a.- Aproximación Teórica.-

Los enfoques que se han ensayado para interpretar la Medicina tradicional y en particular la Medicina Tradicional Andina, merecen un análisis particular; porque detrás de los diferentes acercamientos teóricos, existe todo un pensamiento ideológico y político que ha conducido a determinadas conclusiones.

Los primeros enfoques revelan claramente intencionalidades políticas, económicas, que las empresas transnacionales del fármaco, los regímenes colonialistas y neocolonialistas, la profesión médica, etc., tuvieron para enfrentar estos estudios.

Quisiéramos, a guisa de enumeración, presentar algunas de estas tendencias: (6)

1.- Las multinacionales del fármaco se lanzaron a investigar las plantas medicinales utilizadas por los pueblos, para nutrir la oferta de fármacos. No les preocupó investigar las concepciones, conocimientos, usos, que la población tenía, sino, utilizar los principios activos para lanzarlos al mercado, su enfoque es Químico-farmacológico.

(6) DUNCAN PEDERSON, presenta un interesante estudio de los distintos enfoques ensayados sobre Medicina Tradicional en "Hacia un enfoque Sistemático de la Medicina Tradicional", planteamiento que lo hemos tomado y reordenado en función de los objetivos de este trabajo.

2.— La profesión médica:

Persuadidos y alienados de la "cientificidad" de sus conocimientos los médicos se acercaron a la medicina tradicional para interpretarla desde categorías de la medicina occidental, y al mismo tiempo para legitimarse, compararon en estudios de caso la eficacia de una y otra. Con esta metodología, empobrecieron y malentendieron a la Medicina Tradicional, para situarla en un nivel "precientífico". Aparece aquí la ideología del progreso acumulativo, lineal, para sostener que la Medicina Tradicional obedece a sociedades atrasadas y que sus curas son más bien efecto de la sugestión, del efecto placebo, antes que de su valor terapéutico objetivo.

3.— El estudio para la dominación:

Los regímenes coloniales y neocoloniales, iniciaron el estudio de la Medicina Tradicional en los países coloniales y FES periféricas para entender las instituciones comunales y funcionalizarlas, utilizarlas en la perspectiva del desarrollo del capital. Se principalizó entonces, el estudio de los rituales, de los agentes de salud tradicional, de la simbología, de los aspectos sociales y culturales en general, para descubrir el carácter social-cultural cuestionador o legitimador de la estructura social jerárquica o igualitaria.

4.— Enfoques para un debate esclarecedor:

El Psicoanálisis, la antropología social, la etno-siquiatría, la medicina social, etc., aportan en estos últimos tiempos algunos elementos muy sugerentes que podrían ser retomados para el debate.

Sin pretender hacer escuela de ninguna de ellas, puesto

que aportan parcialmente elementos válidos, más bien las presentamos estas inquietudes como preguntas que podrían ir ordenando un debate en nuestro país.

¿La enfermedad es un desequilibrio introducido en el grupo comunal y la terapéutica utilizada por la medicina tradicional es una forma de restituir el orden?

¿El curandero es un analista social, que capta los focos de tensión social y los rituales terapéuticos constituyen una dramatización de la situación social para volver a la armonía?

¿Siendo analista social el curandero, y los dramas sociales una forma de lucha de los individuos contra la estructura social jerarquizada, cumplen un papel de renegociadores del papel del individuo o de legitimadores del orden imperante?

¿La medicina tradicional desplaza el conflicto individual —enfermedad— a lo colectivo, comunal, preocupándose no tanto de la etiología en sí de la enfermedad sino del por qué de la etiología, para liberar al individuo?

¿La ritualidad tradicional es una forma verbal de expresión de los símbolos que al individuo enfermo lo liberan?

En fin, podríamos proponer diversas preguntas—hipótesis, pero su pertinencia y la posibilidad de rescatarlas como aportes se ubica más bien en el enfoque que vayamos tomando como nuestro. Estas preguntas sitúan las terapias y la práctica tradicional en su papel cohesionador de la comunidad. Nosotros preferimos un enfoque que parta de las propias categorías de análisis de la Medicina Tradicional Andina, (enfo-

que que Pedersen lo denomina étnico), para analizar su valor científico objetivo y que su fin político sea el que las comunidades asuman el debate, asimilen críticamente recursos tecnológicos producido por otras medicinas y convierta la reflexión en una propuesta programática de un Sistema Comunitario de Salud, que se inscriba bajo sus propias reglas en el Sistema Oficial de Salud. Con esta óptica teórica y política, podemos abordar algunos aspectos que a nuestro juicio son básicos de la Medicina Tradicional.

b.- Estructura del Sistema de Medicina Tradicional Andina.-

— Por qué es un Sistema de Salud?

Porque reúne todos los elementos que componen un sistema: es un saber y una práctica que poseen conceptos, juicios, leyes, categorías que se reproducen a través de la práctica cotidiana y la transmisión oral; posee un valor curativo objetivo ratificado por cientos de años y miles de personas que lo han experimentado y desarrollado; reconoce grados y niveles de manejo del conocimiento, cuentan con una variada red de curanderos que conocen y manejan las terapias, la nosología, las nociones holísticas de la etiología; poseen un conjunto de elementos de infraestructura para las curaciones, tiene un discurso legitimador y desempeña un papel cohesionador a nivel cultural.

— Cómo denominaremos a este Sistema de Salud?

En el Ecuador, se han utilizado dos conceptos para denominarlo: Medicina Aborigen y Medicina Tradicional.

Nosotros, hemos venido nominándolo Sistema de Medicina Tradicional Andina, ubicándolo dentro de la amplia denominación de Sistemas No Formales de Salud.

Nos ha parecido necesario precisar su carácter de Andino, para enfatizar su especificidad con relación a otros Sistemas Tradicionales y/o Aborígenes que se han desarrollado en otras latitudes, y en el caso ecuatoriano aquellos desarrollados en las zonas de la Costa y del Oriente.

La particularidad andina, ha sido desarrollada en numerosos trabajos etnohistóricos y la Medicina sería parte de ese Modelo organizativo desarrollado a lo largo de los Andes.

La denominación de Sistema Tradicional Andino, no deja de reconocer las múltiples transformaciones que en estos cuatro siglos de dominación se han registrado; entendemos al Sistema en su historicidad, en su capacidad de asimilar recursos de otras medicinas, su posibilidad de reprocesar la dominación, que ha permitido su vigencia.

Ubicar al Sistema Tradicional Andino dentro de los Sistemas no Formales, también tiene una utilidad política, puesto que, la coyuntura actual se caracteriza por la Institucionalización de un Sistema Oficial o Estatal de Salud. Hoy más que nunca, es pertinente organizar una expresión unitaria de todos los grupos aborígenes e inclusive de los grupos mestizos urbanos y rurales, que participan de una u otra forma de un Sistema No Formal.

— **Carácter Regional:**

El sistema de Medicina Tradicional Andino maneja la situación de salud y enfermedad en una región; y sus redes sociales para la interpretación y tratamiento de la enfermedad se estructuran también regionalmente. Su carácter regional, se debe al modelo organizativo norandino, que parte del funcionamiento casi autónomo de una área, que tuvo acceso por el mecanismo microvertical a una gama de pisos ecológi-

cos, por tanto a recursos naturales y culturales complementarios.

Para el acceso a recursos producidos por étnias distintas —sobre todo la zona de las salinas y de yumbos— lo hizo por medio del grupo Mindalaa y de los Tianguéz.

Este modelo norandino basado en la reciprocidad, redistribución y complementaridad que accedía y aprovechaba racionalmente los recursos de una región con variados pisos y nichos ecológicos, también se expresa en la conformación y estructura de las redes de salud. Recursos fitoterapéuticos de diversos nichos ecológicos, especialistas curanderos con conocimientos diversos y actúan a nivel regional, una especialidad en el manejo de los rituales y de prácticas laicas que presenta cierta relación con los pisos ecológicos y una retroalimentación o distancia "a la zona de los yumbos", a las que se dirigen a veces enfermos y curanderos, para encontrar fuera de su región algunas respuestas a enfermedades complejas.

Los Cacicazgos no fueron autosuficientes en términos absolutos, más bien, complementaron sus necesidades a través de la relación con étnias vecinas. Salomón (1980) considera que esos vínculos entre étnias vecinas se pueden encontrar:

"En los lazos de parentesco dinástico, relaciones de cambio entre la familia u otras unidades pequeñas, exogamia intercomunal, especialistas de intercambio a grandes distancias, residencia extra—territorial para propósitos de aprendizaje o curación, arreglos extra—territoriales para compartir la cosecha, la formación de colonias con mezclas étnicas y las alianzas militares".

Los procesos de restricción del Modelo Nor—Andino de

Organización, todo el sistema colonial (sobre todo la persecución a la "idolatría"), el sistema hacendario, los procesos de "Reforma Agraria" y "desarrollo rural", han ido desarticulando al modelo en sus bases económicas, pero, a nivel cultural, hasta hoy en día se ve con claridad el carácter regional de las redes tradicionales de salud.

— **Redes Sociales y Estructura:**

En la actualidad, las redes sociales de interpretación y manejo de la enfermedad son abiertas en el sentido de que usan elementos tecnológicos variados, incluyendo a los de la Medicina oficial; participatorios, porque constituyen una memoria colectiva de conocimientos y prácticas; con identidad propia, en la medida que es consciente e identificable su diferencia; de gran adaptabilidad—resistencia al propio desarrollo del capital; de poca dependencia externa, (7), que inclusive en sus limitaciones se resiste, como el ser comunitario se resiste a la integración al Estado Nacional: socialmente está legitimado por las comunidades de la región que comparten una realidad simbólica, cultural y ritual que les da coherencia.

Se estructura horizontalmente, no es un sistema rígido y jerárquico como el Oficial, sino que reconociendo recursos humanos y tecnológicos diversos, de diversa especialización y complejidad, logran articular una respuesta coherente por su identificación en su sistema de causalidad y diagnóstico preventivo—terapéutico.

(7) *PEDERSEN D., COLOMA C., LANDAZURI H. Y PEREZ P.: Estructura de los Sistemas No Formales de Salud, Quito, Programa de Antropología para el Ecuador, Diciembre, 1979, Vols. I y II.*

Por las características de no ser un sistema institucionalizado, no puede responder a problemas como el control de enfermedades infecciosas y transmisibles a nivel de área, tampoco lanza políticas de saneamiento ambiental que incluya toda la región. Por estas limitaciones en que tiene que operar, el Sistema no tiene respuestas eficaces a los problemas quirúrgicos y enfermedades "nuevas" y porque sólo una institucionalización regional podría centralizar y mejorar los recursos para responder a circunstancias distintas que ameritan respuestas sistemáticas.

— **Prácticas Sanitarias:**

Enfermedades:

Tentativamente y como una aproximación a la complejidad de las categorías de enfermedad en la Medicina Tradicional Andina, pero en el afán de proponer una visión desde sus propias concepciones, recogemos la nosografía planteada por Pedersen (8): "Enfermedades por balance o desarmonía, enfermedades por transferencia e intrusión de objetos y espíritus, enfermedades por pérdida del espíritu y enfermedades por transgresión de tabúes". Estas enfermedades posibles pueden ser naturales o de origen sobrenatural. Las naturales o de "Dios" son producidas por factores visibles muy ligadas a los riesgos que presenta el medio, y las sobrenaturales, "de campo", o de "caballo" son provocadas desde el exterior.

— **Socioeconomía de la Salud—enfermedad:**

La Comunidad andina procede al tratamiento de un enfermo, destinando recursos, tiempo, tipo de especialista, tera-

(8) PEDERSEN DUNCAN: *Medicina Tradicional del Ecuador: Estructura de los Sistemas No Formales de Salud*. Abril 1980, Mimeo.

pías, movilización urgente o lenta, convocando al núcleo familiar, de afinidad y a todas las redes sociales regionales y extra-regionales, con arreglo a toda una decisión tomada en consenso luego de analizar una serie de factores que tienen que ver con el sexo del enfermo, la edad, el papel que desempeña como capacidad vital en la organización de la economía doméstica, el tipo de enfermedad, la evolución de la misma y el diagnóstico preliminar de la familia, y del grupo de afinidad. Esta serie compleja de elementos que intervienen en la decisión familiar tienen componentes conceptuales, culturales y también socio-económicos. Ello explica, por ejemplo, el hecho de que el sujeto principal de enfermedad en la familia sea por lo general la mujer—madre y solo eventualmente el hombre—marido, que soporta estoicamente el dolor y cuando la enfermedad se hace alarmante recurre a los especialistas. Respecto a los niños, en cambio, el sujeto de cura es preferencialmente el niño—varón y secundariamente la niña.

— **Carácter general de la Curación:**

Quando hablábamos del fracaso de la anamnesis como método de la medicina occidental para descubrir la etiología de las enfermedades, nos referíamos a una racionalidad distinta en el acceso a la verdad; y es que en la medicina tradicional no es importante saber cual es la enfermedad y su etiología inmediata, sino, el por qué de la etiología. La operación fundamental que realiza el curador, no tanto es anunciar de qué enfermedad se trata, sino de interpretar la enfermedad y desarrollar entonces las terapias respectivas. La interpretación del mal lanza a la enfermedad a un espacio recreador de la cultura en el que la cosmovisión del mundo y las relaciones entre el hombre y la naturaleza se legitiman y al explicar el sistema de causalidad de la enfermedad, al traducirlo, al hacerlo visible para el enfermo, crea las condiciones necesarias para la acción de las terapias laicas.

— **Terapias:**

Las terapias que ameritan las enfermedades pueden ser laicas, rituales y ritual—laicas: las terapias laicas hacen uso de la soba de cuy como método de diagnóstico, la fitoterapia, dietas, descanso y sintomáticos industriales popularizados; las prácticas rituales utilizan la lectura de vela, la "misa quichua" el soplo, el fuego, la chupada, la friega; y las ritual—laicas toman todas estas prácticas.

— **Portadores y reproductores del saber tradicional: discurso preventivo—persuasivo:**

Las redes sociales abiertas que manejan el problema de salud—enfermedad en una área, se componen en su orden de: la unidad familiar, nuclear y ampliada; los grupos de afinidad; los especialistas quichuas (curandero—Yachag taita, Fregador o sobador de cuy); curanderos y parteras mestizas, tenderos y boticarios de los pueblos rurales.

En la unidad familiar, en unos sitios la mujer, abuelas, tías y en otras el marido, son los encargados de transmitir en las prácticas cotidianas un conjunto de elementos persuasivo—preventivos que aparecen indisolublemente ligados a elementos míticos panteístas, y se encargan además de la protección—recuperación (con procedimientos laicos) de las enfermedades juzgadas como no graves en el seno del núcleo familiar; pero, al mismo tiempo las familias reconocen en su organización a núcleos de afinidad en los que la reciprocidad, complementaridad y redistribución son intensas y permanentes, y constituyen toda una memoria grupal para transmitir informaciones, colectivizar diagnósticos, socorrer con recursos y servicios en caso de enfermedad. Al interior de cada núcleo de afinidad siempre hay un sobador de cuy o una per-

sona que ha concentrado un saber mayor y cuyo radio de acción se ejerce solo a nivel de ese núcleo. A nivel más regional actúan los otros agentes de salud anotados, como toda una verdadera red horizontal de funcionamiento del sistema, para atender enfermedades de mayor gravedad.

— Poder y conflictos de los agentes de salud:

El curandero ocupa un espacio de prestigio dentro de la estructura del poder real de las comunidades, pero, su poder es de carácter distinto al que ejercen otros miembros de la Comunidad. En efecto, el poder comunal se basa en las capacidades redistributivas de recursos, servicios y conocimientos que tenga un comunero; mientras que el poder del curandero se basa más bien en la capacidad de curar o provocar los males del espíritu y del cuerpo. Por eso es que, su poder aparece como marginal al poder real y no entra en competitividad, solamente de vez en cuando lo avala o lo repudia. Esta característica del tipo de poder del curandero trae aparejadas una serie de conflictos: conflictos entre curanderos que se disputan el prestigio de curar o provocar males; conflictividad con la comunidad y la región por el hecho de provocarles o curarles los males; conflictos con los agentes de la medicina oficial, conflictos que más bien se han zanjado políticamente al demarcar las prácticas curativas, escondiendo su presencia o simplemente entrando en cierta colaboración; conflictos con la Iglesia a nivel político—ideológico que han obligado a mimetizar y proteger a los agentes tradicionales y finalmente los conflictos con la sociedad mestiza que provocan presiones ideológicas de los pueblos a las comunas. El agente de salud se mueve en todo este marco de conflictividad, desarrollando toda una serie de adaptaciones, de comportamientos duales, de alianzas, que en ocasiones le resultan demasiado precarias y hasta le cuentan su propia vida.

— El control comunal:

Una de las características más interesantes del sistema es la capacidad de control sobre los agentes de salud. Por su naturaleza, los agentes de salud que manejan la capacidad de curar, de enfermar, en definitiva de hacer el bien y hacer el mal, tienden a mitificarse, a convertirse en los concentradores de saber y de poder. La comunidad es consciente de esa posibilidad y crea entonces una serie de mecanismos de control: un control territorial al aceptarlo como miembro de una comunidad, control administrativo para que realice las tareas comunales, control al dotarle o no de productos y fuerza de trabajo para las labores que como agricultor realiza el Yachag—taita y toda una crítica permanente (verdadero rumor colectivo) para controlar los precios, criticar sus conocimientos, avalar sus procedimientos. En una palabra no es Yachag—taita el que quiere, sino el que la comunidad designa. Tal la crítica de la comunidad a este tipo de especialista, que hemos visto en una comunidad de Cangahua que el motivo de año viejo era el Yachag mayor, para señalar lo exagerado de sus precios; sus amoríos no formalizados con una viuda, su deficiente ayuda a la comunidad.

Cabe sin embargo destacar, que el control comunal va cediendo a cierto libre juego del ejercicio médico debido a que el Yachag al aumentar su radio de acción a comunidades distintas logra un margen de sobrevivencia y acumulación sin necesitar de su propia comunidad. Esta situación genera conflictos, que en ocasiones se resuelven con la total marginación del agente de salud.

3. SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO Y PODER POPULAR

Curiosamente, en la discusión sobre el problema de la

Salud en el país ha habido un acuerdo generalizado entre la mayoría de personas —de derecha, centro o izquierda— que se han pronunciado sobre el problema de los Sistemas de Salud. Un grueso de investigadores de izquierda han pasado por importantes direcciones del Ministerio de Salud Pública o de la Seguridad Social, sin que esto haya preocupado a gobernantes y a los grupos de poder; así como tampoco hayan logrado avances significativos.

En efecto, el Programa de Salud, elaborado por el CONADE, recoge en extenso la mayoría de planteamientos que sobre la organización—reorganización del Sistema de Salud Oficial se han desarrollado. Los investigadores de izquierda pueden concluir que a lo sumo su esfuerzo ha logrado cierta racionalización del Sistema y no su cuestionamiento radical.

Se sostenía por ejemplo la necesidad de la democratización del Sistema de Salud, entendido como la dotación del recurso de salud hasta las más remotas aldeas; se sostenía la socialización de la medicina; se planteaba la integración de los agentes de salud tradicional al Sistema Oficial; se sostenía la necesidad de Seguro Social campesino; se planteaba hacer una medicina más preventiva que curativa y finalmente se proponía una optimización técnico—administrativa del aparato burocrático, y en verdad, todos estos planteamientos recoge el Plan CONADE; da la impresión que el Gobierno se empeñara por arrebatar el discurso a nuestros distinguidos investigadores.

Aparecen ingenuos aquellos programas sindicales que como máxima reivindicación en materia de salud exigen el Seguro Social o aquellos programas campesinos que reivindicaban postas de salud y hospitales. Se diría que hay acuerdo total entre programas reivindicativos y planes estatales, y lo único que medía es su "realización", por cierta ausencia

de fondos, cuestión que todavía confiere ciertos márgenes de activismo para reclamar del Estado esos derechos. Pero, a decir verdad, los discursos y los programas son similares, no muestran un corte profundo entre las aspiraciones populares y las estatales; diríase —según esa versión— que el Estado ha logrado identificar y hacer coincidir las aspiraciones de las clases en el proyecto burgués del Modelo de Desarrollo.

El Plan CONADE parte de una evaluación del Sistema de Salud Estatal:

“El costo de la capacidad instalada ha sido muy alto; y la respuesta de la comunidad no corresponde a la dotación existente de dichos servicios” Porque . . . “no existe el Sistema de Regionalización de Servicios, el abastecimiento de medicinas es muy deficiente y los profesionales que prestan sus servicios a nivel rural, están formados para dar fundamentalmente medicina curativa, relegando las actividades de prevención y de fomento de la salud a un segundo plano; la comunidad desconoce la razón de ser de un servicio de salud, debido sobre todo a que no existe un adecuado sistema de información; el personal de salud no se ha identificado con la población en donde trabaja, existiendo una mínima participación comunitaria”.

A continuación proponen una estrategia en la que se enfatizan cuatro aspectos:

- Crear, organizar y poner en marcha el Sistema Nacional de Salud, como paso de centralización previo en vías de la Socialización de la Medicina, y la organización del Sistema de Regionalización de servicios de Salud.

- Organizar la participación comunitaria en términos de aceptar y colaborar con este programa, incrementando la cobertura al área urbana y rural, mejorando los sistemas de información, aprovechando la capacidad instalada, mejorando la formación de personal y desarrollando programas de nutrición, de educación para la salud y los de servicio social.
- Controlar la calidad de las medicinas y los alimentos de consumo humano; y,
- Dotación de servicios básicos: agua, alcantarillado, eliminación de excretas.

A pesar de que las metas en el quinquenio que concretizan la estrategia, son absolutamente deficientes con todos estos grandes enunciados mostrando una incongruencia real (cuestión que no analizaremos en este artículo), el discurso estatal diseña una estrategia que podría sintetizarse: Una ampliación y optimización del Sistema Oficial para captar y subordinar las prácticas de salud no formal. Los términos de dicha ampliación suponen que los problemas del Sistema Oficial con relación a una real inserción de la Comunidad son principalmente administrativos, técnicos y económicos; por tanto su propuesta enfatiza la necesidad de una centralización de la dotación de salud y de servicios, de lograr una mayor cobertura preventiva—curativa, de mejorar los recursos humanos, aprovechando los recursos locales.

Esta propuesta estatal, no ha considerado la vigencia de una concepción, de una cultura, de una ideología y de una práctica médica No Formal, que está en la base de la incompatibilidad de los dos Sistemas; y su implementación no será sino una expansión del gasto sanitario frente a una renuente población comunitaria.

EL SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO: Una alternativa vigente:

La propuesta política en relación al problema sanitario de la comunidad andina que hemos venido argumentando, "es la de potenciar e institucionalizar el Sistema No Formal de Salud, a nivel de la región en la que maneja la situación de salud—enfermedad".

A lo largo de este trabajo hemos intentado demostrar la vigencia real de un Sistema de Salud No Formal que con sus limitaciones y restricciones viene ofreciendo respuestas sanitarias a las comunidades indígenas, que está profundamente enraizado en la cultura, la cosmovisión y la reproducción del ser social andino y que las políticas estatales —aún las más novedosas— presentan fuertes limitantes, son rechazadas activa o pasivamente, no conseguirán una participación comunitaria plena, obedecen a una matriz cultural e ideológica distinta que las vuelve inoperantes e ineficaces.

Para desarrollar nuestra propuesta, partimos entonces de la base vigente y legítima de la estructura del Sistema No Formal, para plantear un conjunto de formas organizativas y políticas, que permitan reflexionar mejor y sistematizar sus recursos, prácticas y conocimientos, para lograr responder adecuadamente a la nueva situación de salud—enfermedad de su región, para superar así las restricciones y limitaciones que originan la abrupta presencia de enfermedades "nuevas" (posteriores a la conquista) y la degradación del Sistema originado en la represión del conquistador y la fuerte ofensiva de Sistemas externos que a pesar de haber sido en cierto modo reprocesados han logrado penetrar en las redes de la estructura del Sistema. Al mismo tiempo, proponemos institucionalizar a este Sistema No Formal, para que sea recono-

cido como alternativa regional paralela al Sistema de Salud que viene implementando el MSP. Proponemos la institucionalización del Sistema porque es la única forma de lograr un espacio de vigencia reconocida, puesto que, la institucionalización estatal es irreversible y las comunidades deben tomar la iniciativa para inscribir en ese proceso sus programas y sus propuestas.

De la estructura del Sistema de Salud No Formal, tomamos sus elementos fundamentales:

- a) Los recursos materiales de diagnóstico y terapéuticos de los diversos pisos ecológicos de la región y de aquellos obtenidos a distancia; así como los recursos aportados por otros sistemas pero ya procesados y de uso corriente en las comunidades;
- b) Los recursos humanos, los conocimientos técnico-científicos (la ciencia es fundamentalmente empírica) y las redes sociales que actúan en el conjunto regional;
- c) Los elementos ideológicos y políticos de control social que ejercen las comunidades sobre los distintos elementos del Sistema;
- d) El "discurso" preventivo-persuasivo de carácter holístico que confiere soporte cultural al Sistema.

Contando con estos cuatro elementos estructurales, planteamos acciones de reflexión, potenciación y sistematización de cada uno de ellos. Esta acción demanda una fuerte organización comunal, una elevada conciencia política comunitaria, una metodología cuidadosa en evaluación permanente y demanda también recursos del Estado. Esta vez los recursos, no serán aquellos que el MSP disponga, sino los que la re-

gión demanda en función de su sistema.

a.— Recursos Diagnósticos y Terapéuticos:

Organizar y mejorar los recursos materiales de diagnóstico y terapéuticos del SN a nivel Regional.

En la actualidad, sin discutir su validez, los recursos materiales que utiliza el SN, pueden clasificarse en:

- a) Recursos de diagnóstico (cuyes, velas, huevos, tabacos, bateas, jarros y agua);
- b) Recursos terapéuticos, que atendiendo a su origen y a su función los dividimos en: fitoterapéuticos (plantas medicinales de variados pisos y nichos ecológicos de la región y aquellos obtenidos a distancia, sobre todo de la zona antigua llamada "yumbo"); rituales (trago, velas, alucinógenos, frutas, piedras sagradas blancas y negras, tabacos, determinadas plantas, panes, látigos y manteles; e industriales (sintomáticos, algunos elementos de cirugía menor y en ocasiones hasta antibióticos, todos ellos introducidos lentamente pero que hoy son usados profusamente en las comunidades); y,
- c) Recursos infraestructurales, que están constituidos por ambientes o espacios sagrados o laicos al interior de las viviendas de los curanderos, o los ambientes improvisados en cocinas, sitios de dormir y el patio de las casas de los comuneros; así como un conjunto de utensilios, verdadero "equipamiento" del Sistema (piedras de moler, tazas, fogones, ollas).

De los recursos mencionados, podríamos establecer dos categorías: aquellos de uso tradicional que podrían ser

ampliados y los que aquellos de uso reciente (industriales) que podrían ser c. reprocessados.

En la actualidad, la mayoría de recursos de la primera categoría, los tradicionales, son deficitarios y su obtención se hace cada vez más difícil por encontrarse a grandes distancias, a precios muy altos o simplemente por haberse agotado. Al efecto, para potenciar esta línea proponemos: montar una red regional de pequeñas tiendas de abastecimiento de estos productos; montar viveros de plantas medicinales y criaderos de cuyes. Su implementación podría realizarse a nivel intercomunitario, comunal y del grupo de afinidad. Para aquellas plantas que se obtienen de la zona de yumbos se podría organizar el intercambio de complementaridad o montar invernaderos que reproduzcan microsistemas selváticos para cultivarlos en la misma región. La infraestructura del Sistema, podría recibir una fuerte acción para mejorar los ambientes que utiliza el curandero en su casa y a nivel familiar. No se trataría de postas sanitarias en las que se instala el curandero, sino de mejorar la vivienda de las comunas en general y del curandero en particular sin desintegrarla de su actual implantación, en la que la relación comunal (con la parcela, con su comuna, con su medio) constituyen parte sustancial de su concepción.

En función de una ciencia campesina, sería necesario investigar las plantas medicinales utilizadas. Conocido es el hecho, de que las empresas del fármaco al investigar las plantas medicinas populares, se lanzan a buscar y aislar los principios activos para fabricar "el específico"; pero en cambio, no existen estudios de las infusiones que contienen cientos de principios activos, de los efectos de la soba, la friega, la inhalación, la barrida del cuerpo que con esas plantas se reali-

za. (9) Una línea de trabajo científica debería estudiar estos efectos.

De igual modo, se va haciendo necesario pensar en centros de mayor especialización que la vivienda del curandero, centros en los que se podría ofrecer atención más especializada, en los que diversos tipos de recursos médicos aportados desde diversas concepciones (medicina ortodoxa, acupuntura, homeopatía, medicina tradicional, etc.) podrían juntar esfuerzos para ofrecer respuestas a problemas complejos, que sin ser prevalentes, requieren de un tratamiento.

La segunda categoría de recursos materiales, aquellos de reciente incorporación que generalmente son de origen industrial, requieren un reprocesamiento un adecuado conocimiento y manejo, así como una crítica y selección.

En efecto, una serie de sintomáticos y antibióticos industriales están ampliamente difundidos entre tenderos pueblerinos e incorporados sin juicio crítico por curanderos y por las propias familias de las comunidades. Este proceso es resultado de la ofensiva propagandística de la industria del fármaco, y de una desesperada respuesta de los agentes de salud del SN frente a problemas desconocidos. Estos medicamentos industriales son también apropiados vía influencia de los pueblos rurales a través de las múltiples y complejas redes sociales que los unen y son asumidos por las comunidades no solo por los específicos que contienen sino por cierto valor mágico—simbólico. Cabe citar el caso del mercurio usado por las comadronas por su coloración roja.

(9) Vale la pena anotar el esfuerzo que hace en México IMEPLAM, aportando en la comprobación científica de los remedios populares, tal y como éstos se usan.

Nos planteamos entonces, sobre la base de los tenderos pueblerinos y de los curanderos que utilizan este tipo de productos, iniciar un proceso de reflexión para suprimir el consumo de antibióticos y reducir la gama de sintomáticos a los "esenciales". Manejar unos 30 productos químicos seleccionados y conocidos es una meta posible y eficaz.

b.— Recursos humanos y Ciencia Campesina—popular:

Es necesario organizar y desarrollar los recursos humanos, desarrollar la ciencia campesina y organizar las redes sociales.

¿Cuáles son los recursos humanos que tiene el Sistema No Formal?. En su orden son: el núcleo familiar, el grupo de afinidad, los curanderos de procedimientos laicos, los curanderos rituales, los tenderos y los especialistas mestizos (parteras, fregadores, yerbateros, etc.).

¿Cómo organizar estos recursos humanos?. Es posible ensayar diversas formas organizativas; nuestra propuesta más bien constituye parte de la experiencia de trabajo y enfatiza: la organización de los núcleos de afinidad (5-10 familias nucleares) que a propósito de mejorar sus recursos y a través de la reflexión que provocan los diagnósticos públicos que realizan curanderos y otros especialistas, se mantendría una dinámica interfamiliar muy activa. Son estos núcleos de afinidad las verdaderas bases de la comunidad, unidas por una gama de lazos de parentesco sanguíneos y rituales, por el vecindario, y que mantienen formas de reciprocidad, complementariedad y redistribución de bienes, servicios y conocimientos (problemas de salud por ejemplo). Estos grupos naturales serían el soporte del Sistema.

En segundo lugar es necesario organizar a los curanderos laicos a nivel comunal y regional, en la medida que mejoran y se abastecen de recursos, reflexionan el manejo de fármacos industriales, así como colectivizar los conocimientos y experiencias que puede aportar cada uno de ellos. Para profundizar su reflexión es posible invitar a sus reuniones a diversos especialistas. Este tipo de curanderos son muy susceptibles a una rápida organización. A diferencia de los Yachaytaitacuna, estos curanderos no manejan el bien y el mal, sino más bien enfermedades de base orgánico—funcional, por lo que son muy respetados en su comunidad, no compiten y generalmente atienden a los parientes y amigos cercanos. Es muy común que exista uno por núcleo de afinidad y organizados a nivel comunal podrían ser los responsables del sistema en cada una de sus comunas como jefes de los núcleos de afinidad.

Los curanderos rituales (yachaytaitacuna), conocidos como brujos, tienen un espacio de influencia más bien regional, por la competencia con otros especialistas es muy difícil organizarlos, pero en cambio concentran un saber fitoterapéutico y ritual muy alto. Si el Sistema lucha por su reconocimiento oficial y por tanto la vigencia oficial de sus especialistas (que constituye una reivindicación largamente acariciada y sentida para frenar la represión policial, de tenientes políticos y autoridades del Sistema Oficial), este tipo de curanderos rituales aportarían con su conocimiento a los curanderos laicos, podrían encargarse de enfermedades de mayor complejidad y al mismo tiempo podrían conocer el manejo de los fármacos seleccionados.

Nos parece de singular importancia organizar a los tenderos pueblerinos, puesto que su actividad es muy alta. Nuestras observaciones nos han permitido establecer su gran influencia. Medicinan a cada momento, son profundos conocedores de

las principales enfermedades de la zona, son los consejeros de los especialistas. Su organización, su reflexión permitiría seleccionar los fármacos y su labor podría persuadir a vastos sectores pueblerinos y de las mismas comunidades .

¿Cuáles son las redes sociales del Sistema?. Las redes sociales que hoy en día vienen funcionando, son de dos órdenes: aquellas redes sociales generadas por la reciprocidad, complementaridad y redistribución, es decir por la circulación de bienes, servicios, conocimientos y mujeres entre grupos familiares de diversos pisos ecológicos de la región; y aquellas redes sociales que han aparecido en la relación de las economías campesinas con el capital comercial, que en estas zonas están constituidas por chicheros, tenderos, autoridades civiles y eclesiásticas, etc., que también adoptan formas de afinidad ritual a través de los compadrazgos.

Estas redes sociales, como habíamos analizado, son de gran importancia para la economía campesina, puesto que le permiten acceder a formas de ayuda en casos de urgente necesidad.

¿Cómo mejorar las redes sociales existentes?. La necesidad de romper las actuales relaciones con el capital comercial, no puede ser enfrentada desde una perspectiva sanitaria únicamente, sino fundamentalmente desde un proyecto de desarrollo dirigido por la comunidad que reemplace al capital comercial con un capital asociado, que capte los mecanismos de comercialización, que rompa los lazos de dependencia de las economías campesinas al capital de los intermediarios. La política sanitaria que proponemos es parte de todo un proyecto regional global, que potenciaría las redes sociales basadas en la reciprocidad. Adicionalmente, consideramos pertinente que el Sistema podría montar residencias comunales a nivel de los pueblos rurales, para ofrecer un sitio en el que los co-

muneros velen a sus muertos, simplemente pernoctar o dormir sus borracheras, cuando no pueden llegar hasta sus comunidades. Son estos mecanismos casi inadvertidos de los que se vale el capital comercial (ofrecer posada, prestar un sitio para el velorio, ofrecer una cama para que descansen los enfermos) para establecer sus redes sociales de control.

Una simple residencia comunal podría tener un enorme impacto en la salud, puesto que, una serie de traumatismos, resfríos, insolaciones podrían ser evitados, si los comuneros se dotaran de un sitio para dormir: un verdadero viacrúcis constituye la subida, en estado de embriaguez, desde el pueblo a la comuna.

¿Qué conocimientos tiene la población?

La mayoría de comuneros, especialmente los padres de familia, conocen y manejan cierto número de plantas medicinales, conocen el diagnóstico con cuy, la necesidad del equilibrio térmico y la dieta para mantenerlo, practican algunas formas preventivas y ofrecen respuestas adecuadas a enfermedades conocidas por el Sistema. Las familias comúneras, por otra parte, conocen y manejan las redes sociales, aunque pueden estar atrapados en las redes sociales del capital comercial; mantienen algunos recursos materiales del sistema (el pequeño jardín de plantas medicinales, los cuyes para el diagnóstico, utensilios de cocina para las infusiones y friegas, algún símbolo mágico de protección en su vivienda), aunque como hemos señalado, hay grandes restricciones para acrecentar estos recursos; participan en el núcleo de afinidad y en la comunidad de cierta socialización del conocimiento y participan en el control a los agentes de salud; al interior de la familia se toman las decisiones para acudir a uno u otro sistema, a uno u otro agente de salud, a concurrir a una zona de yumbos (Santo Domingo de los Colorados), el Puyo, etc.) o

deciden las largas y periódicas visitas de peregrinación a las connotadas vírgenes zonales y largos recorridos a curanderos famosos de lejanas latitudes.

Esta gama de conocimientos que poseen las familias es la pauta de cualquier proceso. Negamos y rechazamos toda acción que parta del supuesto de que las familias no poseen conocimiento alguno o que tales conocimientos son desechables. Todo lo contrario, iniciar un proceso de reflexión para profundizar esos mismos conocimientos y superar las deficiencias, es sin duda un camino nuevo y adecuado. Cuando hablamos de deficiencias nos referimos a aquellas de orden estructural provocadas por las condiciones de miseria, antes que por los limitantes del conocimiento campesino; y también nos referimos al desconocimiento de enfermedades nuevas, sobre todo a las infecto-contagiosas que en ocasiones se las diagnostica mal y la familia mueve sus prácticas, conocimientos y redes sociales en direcciones equivocadas.

Pensamos que la discusión en los núcleos de afinidad, bajo la metodología del diagnóstico público, (10) las autopsias verbales (11), la mejora de recursos fitoterapéuticos y ri-

- (10) *Llamamos diagnóstico público a la discusión de varias familias y de agentes especializados sobre enfermedades concretas y enfermos específicos, sobre el que se vierten distintos criterios y que se convierten en formas pedagógicas de enseñanza.*

El diagnóstico público es radicalmente distinto al enfrentamiento privado entre médico y paciente objeto de medicalización que se ejercita en el Sistema oficial y más bien recoge la práctica de la medicina tradicional en la que el diagnóstico de cuyo por ejemplo, es realizado en el patio por el curandero y comentado pública y pedagógicamente, con una activa participación de las familias presentes.

- (11) *La autopsia verbal, es el recordatorio familiar de las circunstancias que se presentaron en la muerte de alguno de sus miembros. Es asombrosa la precisión con que los familiares recuerdan los pormenores de la muerte de uno de los suyos y son altamente pedagógicas las lecciones que se pueden extraer de ese recordatorio.*

tuales, la participación de agentes de salud de mayor especialización en esa dinámica, lograrían que esos núcleos asuman institucionalmente la problemática de salud, e impulsen a sus cabildos para que estos como órganos de la representación política tomen e impulsen el programa.

c.— Discurso preventivo—persuasivo del Sistema:

Nos planteamos propagandizar y generalizar el discurso preventivo—persuasivo de la Medicina Tradicional Andina.

No se trata de un discurso de la racionalidad occidental sobre la prevención y la persuasión, es más bien una práctica que incluye conocimientos, mitos, leyendas, consejos útiles, que especialmente los viejos transmiten a sus generaciones en la cotidianidad, a propósito de algún rito, de algún acontecimiento. Es un discurso holístico, global, que nace de las concepciones sobre la naturaleza, la sociedad, la salud, la enfermedad, que adquiere características simbólicas e ideológicas, que procesa a cada momento situaciones nuevas para alimentar ese discurso y ponerse a tono con problemas actuales.

Este discurso, que ante todo es una forma de práctica social, constituye un bastión cultural en lucha con los sistemas cognoscitivos, los elementos simbólicos de la razón burguesa. -

En una primera instancia, la línea de trabajo se plantearía crear y mejorar las condiciones e instrumentos de la transmisión y sobre todo reflexión colectiva de ese discurso. El escenario natural de la transmisión del discurso es la familia, es el núcleo de afinidad; nuestra acción, plantearía reflexionar los contenidos del discurso, problematizar cada uno de sus aspectos, para activar una lucha ideológica al interno de estas formas organizativas naturales. El cuento, el mito, la le-

yenda, la historia y sus hitos, sobre todo el discurso de los viejos, permitirían reflexionar la universalidad de la cultura indígena y apuntar hacia su proyección anticapitalista.

d.- Organización popular e institucionalización del Sistema:

Los esfuerzos en cada familia, en cada núcleo de afinidad, en cada Cabildo, deben orientarse a la organización intercomunitaria y de los pueblos rurales para articular políticas sanitarias regionales, para controlar la estructura del Sistema No Formal que se institucionaliza y para exigir al Estado su aceptación paralela.

Habíamos enfatizado un real proceso de diferenciación social al interior del campesinado andino y de su directa relación con la aceptación—resistencia a los Sistemas de salud. Por otra parte, generalmente los cabildos tienden a representar a las economías campesinas familiares que mostrarían menores niveles de resistencia al Sistema Oficial, presentando un modelo de integración no deseado por el grueso de comuneros. La resistencia real parece operarse con mayor fuerza en los núcleos de afinidad simétricos, y en las economías campesinas comuneras.

Este reconocimiento tiene entonces un correlato político—organizativo: el sujeto social de una acción en la problemática de salud es la familia comunera y los núcleos de afinidad en los que la reciprocidad es vigente. Sin embargo, el papel de representación política de la comuna y su cabildo es básico; por tanto, si bien la acción comienza en los núcleos de afinidad, ésta debe revertirse en una captación—transformación del Cabildo, vale decir del poder político de la Comuna. El Cabildo tiene que asumir la problemática de salud desde el punto de vista de las economías campesinas comuneras, por tanto es necesario propiciar una relación dis-

tinta al interior de la comuna, que permita a los sectores realmente mayoritarios tomar ese control.

El planteamiento que realicen las nuevas direcciones comunales, logrará sin duda atraer a la mayoría de sectores de las comunidades, ya que actuaría con propuestas claras, eficientes y sobre bases culturales similares que lograrían, oponer alternativas posibles a las propuestas más bien ideológicas que el Sistema de Salud Oficial crea en los sectores más diferenciados. Con la unidad comunal y su transformación, será posible que los Cabildos retomen y desarrollen con fuerza las alternativas que los sectores mayoritarios mantienen como propuestas germinales o como formas de resistencia activa o pasiva.

La mayoría de falencias del Sistema no formal, como la ausencia de respuestas al problema del saneamiento ambiental y el control de enfermedades infectocontagiosas, puede explicarse, porque las comunidades no poseen un organismo político-administrativo centralizador, con la capacidad de plantearse y resolver esos problemas. El sistema oficial puede responder con este tipo de políticas regionales porque posee un organismo centralizador, con recursos suficientes para acometer tareas. Muchos de los problemas del Sistema no Formal son consecuencia directa de su trunca cristalización, de su inorganicidad.

La institucionalización del Sistema no formal podría radicalmente lanzar políticas sanitarias efectivas, controlar los elementos del Sistema y dirigir la relación con el Estado.

El inicio de una política sanitaria dependería de un análisis de las enfermedades prevalentes y sus causas, para proponer entonces un programa sanitario.

La organización intercomunitaria controlaría los recursos del Sistema, su mantenimiento y la dotación de nuevos. Pero, fundamentalmente, tiene que plantearse el control de los agentes de salud, que por su característica individualizada, tienden a convertir el ejercicio de la medicina en una actividad lucrativa.

Frente al Estado, debe exigir la dotación de los recursos que el Sistema determine: luchar por la legalización de los curanderos; lanzar políticas de persuasión a médicos, enfermeras, etc., a los partidos políticos y a la población ecuatoriana en general, para atraerlos políticamente y persuadirlos de la vigencia—eficacia del Sistema. Controlar la situación de salud a nivel regional, es conseguir que el Estado deba aceptar su validez científico—técnica y social, como actividad institucional dirigida por las comunidades y paralela a las políticas del Ministerio de Salud.

4. CONCLUSIONES:

Retomemos las preguntas que nos habíamos hecho en la introducción de este trabajo:

Puede la actual política estatal funcionalizar y articular a los Sistemas de Salud No formales?

Los actuales programas de atención primaria, control de enfermedades infecciosas, inmunizaciones, sanidad ambiental y educación para la salud, "llegan" a las comunidades de manera diferencial (son deficitarios y no han producido los efectos deseados), enfrentan serios problemas técnicos, administrativos y elevado costo: y producen en la población andina complejos procesos de integración—resistencia.

La posibilidad de la política estatal de integrarlos a su dinámica centralizadora, está profundamente articulada a una serie de aspectos económicos, culturales, políticos e ideológicos.

La integración, significa una pérdida de las capacidades comunitarias de *gestionar* de manera autónoma su vida social, en nuestro caso, su Sistema de Salud. Es un proceso que no sólo se libra en el quehacer sanitario, sino en la producción (procesos de diferenciación social impulsados por el desarrollo del capitalismo en la agricultura), en la política (los procesos de integración a la Sociedad Nacional, al ejercicio de la democracia), en la cultura (la acción de una sociedad monocultural que mantiene una permanente ofensiva en todos los terrenos de la práctica social y los conocimientos) y en el juego ideológico y de poder que cruzan a todos estos procesos.

La integración entonces, es un proceso diferencial, tortuoso, que asume particularidades regionales y que encuentra y organiza oposiciones.

Todas las formas de oposición: desde las formas productivas no capitalistas, las oposiciones étnicas, las distintas formas de concebir el mundo, la presencia de diferentes sistemas simbólicos y cognoscitivos, hasta las formas deliberadas y programáticas de oposición en la tecnología, la salud, la educación, la producción, el ejercicio político—organizativo, hacen parte de lo que hemos denominado resistencia.

Es una resistencia desde un *No Capitalismo*, desde un *No Estatalismo*, que puede convertirse en anticapitalismo.

Este salto del no capitalismo al anticapitalismo, está mediado por lo que podríamos denominar: tomar la iniciativa, el control, elaborar alternativas programáticas en el actual

proceso de institucionalización estatal, en el proceso de constitución del estado moderno.

Empero, la política estatal viene afinándose; en salud por ejemplo se ensayan nuevas formas de ofensiva con la extensión del servicio a todas las comunidades, la captación de promotores, curanderos, dirigentes: así como, la ofensiva integradora también. desarrolla nuevos referentes en los aspectos productivos, tecnológicos y culturales (aparecen por ejemplo los DRI). Es obvio que las comunidades tienen que adecuar sus alternativas en cada región, en cada coyuntura.

Existen alternativas comunitarias viables?

Este primer ejercicio de aproximación a la estructura del Sistema de Salud Tradicional Andino y las líneas tentativas de potenciación que hemos introducido, nos muestran una imagen de un Sistema científico y culturalmente válidos.

Su científicidad no solamente se prueba en su eficacia curativa, sino también en el adecuado aprovechamiento de los recursos medioambientales, en su equilibrio armónico con la naturaleza: y su fuerza cultural incide en las poblaciones mestizas rurales y urbano-periféricas que comparten muchísimos elementos conceptuales y prácticas sanitarias.

Es verdad que el Sistema sufre una serie de restricciones y desarticulaciones, que sus respuestas curativo-preventivas no siempre son eficaces, que el ingreso de la modernidad y sus enfermedades supera las capacidades de sus recursos, que por otro lado no se acrecientan y mejoran; precisamente allí debe incidir una acción potenciadora: recursos diagnósticos, terapéuticos, humanos e infraestructurales aportados por otras medicinas, pueden ser asimilados a la estructura del Sistema

Tradicional Andino.

Sin duda esta enorme utopía (en el sentido de realizable con enorme esfuerzo), sólo será viable con un pueblo andino organizado y deliberadamente consciente de su alternativa.

CONCEPCION Y
METODOLOGIA
DEL PROCESO
SALUD-ENFERMEDAD
EN LA COMUNIDAD
ANDINA

Raúl Harari

Harari, Raúl (1982). **Concepción y metodología del proceso salud-enfermedad en la comunidad Andina.** En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 255-280. Quito: CAAP.

Con mucha frecuencia, en los últimos años, hemos oído hablar del Desarrollo Rural Integral, y del Desarrollo Rural en general, en lo que hace a la búsqueda de soluciones para el agro. Se proponen diferentes medidas económicas sobre áreas delimitadas, se plantean soluciones sociales, se considera lo ecológico y se apoyan financieramente. Cuando se diseña la cuestión de tierras, producción y productividad, se tienen en cuenta riesgos climatológicos, se hacen propuestas de vivienda, infraestructura y, finalmente, se agrega una respuesta de salud. Aunque la sugerencia sea "interinstitucional y multidisciplinaria", la propuesta de salud aparece, en la concepción, como un "factor" más del desarrollo rural, y, en la ejecución, como una medida aislada de las condiciones en que se produce, distribuye y desenvuelve el proceso salud-enfermedad.

Generalmente no hay más vinculación entre el proyecto de desarrollo rural y la cuestión salud que la coincidencia geográfica. Así como para la cuestión agraria se trata de una suma lineal de factores, para la salud también se adop-

ta el mismo criterio: es un factor. A su vez como factor en sí, la salud tendría como componentes que la producen o afectan una suma de factores con razones y efectos cuantitativos. En el proyecto global y en la concepción de salud no hay una preocupación ni interés por las jerarquías, y las categorías se vuelven enunciados vacíos y llenos de números.

Planteadas la cuestión en esos términos, no es difícil deducir las consecuencias: el proceso salud—enfermedad anda por un lado y las respuestas de salud por otro.

En los diseños planteados, en las justificaciones dadas, se dice que el problema de salud se basa en la necesidad de caracterizar una demanda, y en base a las posibilidades llamadas normas, que generalmente son económicas, oponer una oferta. Dichas normas generalmente son producto de la concepción del planificador o tomadas de ejemplos discutibles. Este juego de oferta y demanda que hace de la cuestión salud una cuestión de mercado, generalmente fracasa, incluso, en los términos propuestos. Si tomamos como indicador la cobertura seguramente vamos a encontrar niveles muy bajos. Aún en los mismos indicadores de oferta y demanda se evidencian defectos de eficiencia y eficacia. Esto se puede observar incluso sin tener en cuenta estructura de morbi-mortalidad ni interpretaciones de tipo de producción y distribución del proceso salud—enfermedad. Y con el atenuante de que los proyectos de Desarrollo Rural Integral asumen más o menos completamente los problemas del desarrollo agrario. Sin embargo, esto no es suficiente y, más bien, confunde.

La anterior es una de las propuestas de salud para el medio rural, pero también hay otras. Están, por ejemplo, las que proponen la avanzada de Puestos de Salud bajo la consigna

de Atención Primaria, ofreciendo recursos humanos, técnicos y físicos para la atención médica. Y también las propuestas generales que plantean la necesidad de una transformación total del agro para solucionar los problemas de salud.

Mientras la primera propuesta suma factores, mezcla y confunde los componentes del proceso salud—enfermedad, la Atención Primaria se concentra en la oferta de salud en base a necesidades solo sanitarias, y las retóricas de cambios no llegan a considerar el proceso particular de salud y la necesidad de respuestas específicas que, aunque devienen de un planteo general, deben llegar a lo particular y específico.

Entre los planteamientos metodológicos que han sostenido estas propuestas están la unicausalidad, la multicausalidad y la Tríada Ecológica de Levell y Clark. En el primer caso, la unicausalidad atribuía a una sola causa la producción de salud—enfermedad. La multicausalidad reúne varias causas como factores para aproximarse a ese proceso. Finalmente Levell y Clark proponen una Tríada entre Agente, Huésped y Medio Ambiente. Con este criterio, el agente sería el productor de la enfermedad, el Huésped sería el ser humano y el medio ambiente incluiría desde lo ecológico hasta lo social en una misma jerarquía. Levell y Clark plantean que existe una Historia Natural de la Enfermedad y de esa manera sobredimensionan lo biológico y ecológico sometiendo a ellos lo social. La Tríada Ecológica no permite interpretar el proceso social determinante de la salud—enfermedad y mostró sus límites cuando debió comprender los procesos críticos económicos y culturales.

El fracaso de Levell y Clark y las nuevas dificultades para comprender el proceso salud—enfermedad condujo a varios intentos. Aparecieron por un lado las propuestas funcionalistas de comprender el problema desde lo cultural y tam-

bién aparecieron aquellos que con lo económico pretendieron subestimar los demás integrantes del complejo. Mientras los antropólogos se quedaban en un conductismo superficial, los economicistas no llegaban a los problemas vivos de la población afectada, al no encontrar la salida hacia lo particular y específico.

Se critica a Levell y Clark (Epidemiólogos ingleses) desde posiciones economicistas y estructurales determinantes, utilizando categorías generales de la Economía Política. La ubicación desde estas posiciones que en el capitalismo desarrollado aparecen más o menos claras, en el campesinado no son así. Las Economías Campesinas no se estructuran ni funcionan solamente por su articulación con el capitalismo, sino que tienen sus propias reglas en base a las cuales se van produciendo la diferenciación hacia el capitalismo. Las categorías generales de la Economía Política no responden entonces a esas condiciones. Pero además hay dos aspectos que es fundamental destacar. Por un lado, las categorías económicas no se deciden solamente desde la voluntad de las clases dominantes sino desde la lucha de clases, que significa que hay una lucha constante y una interpenetración de los contrarios. Por otro lado está lo antropológico y cultural. Si bien lo cultural se integra en lo ideológico e interdepende de la estructura, generalmente, en nombre de lo determinante, se deja de lado. La consideración de lo antropológico también se introduce en esa tendencia reduccionista; el comportamiento de la población es una resultante; analizando los determinantes vendrán las consecuencias; que nunca llegan en esos trabajos.

No estamos planteando separación de cuestiones ni ruptura entre ellas, ni poniendo los acentos en los movimientos propios de cada uno de ellos. Por el contrario, nos interesa y queremos discutir cuáles son las relaciones entre ellos, la interdependencia permanente y como funcionan. Forma y con-

tenido serán ambas de nuestro interés no para despreciar categorías económicas probadas, sino para adaptarlas a condiciones diferentes.

La sobrerrelevancia de lo económico, incluso ligeramente asimilado y desarrollado, tiene consecuencias mecanicistas en el análisis y dificulta el paso de lo general a lo particular y a lo específico. No se trata, nuevamente, de enumerar factores, ponerlos en escala y sumarlos. El proceso social es mucho más móvil, mucho más rico, su desarrollo y consideración exigen un replanteo metodológico.

Dentro del desenvolvimiento metodológico, una cuestión fundamental es la de la relación con la población. El método no puede sustituir, por más amparo científico que tenga, la relación con la población. No se trata en este sentido del punto de vista del investigador, de por sí importante, ni de asumir las necesidades de la población sino de encontrar los medios operativos devenidos de lo metodológico, que vincule la investigación al proceso que viven los pobladores. Ese acortar las distancias con el pueblo que no es físico sino metodológico, es una de las bases de enriquecimiento y corrección de los trabajos sobre salud y sociedad.

De alguna manera esos trabajos sobre salud se deciden y se realizan desde arriba, eso incide fundamentalmente en las desviaciones y conclusiones. Con mucha frecuencia se deriva a un teoricismo general o se llega a conclusiones meramente agitativas de denuncia de las necesidades insatisfechas de los pobladores.

En el mismo sentido tampoco se puede evidenciar la vivencia de los distintos sectores sociales populares; por ejemplo los indígena-campesinos, en relación a su cultura y com-

portamiento. La superestructura cultural, ideológica, también necesita demostrarse y ver cómo actúa.

La falta de desarrollo del método, que si bien puede llegar al perfil epidemiológico o a la situación de salud diferencial, no puede generar por sí mismo, como debería hacerlo, las bases de la alternativa de salud. Solamente puede criticar el modelo existente y proponer una nueva base económica con ciertos elementos de salud. Eso no es suficiente para transformar la situación de salud, ni las bases que lo determinan.

En el caso del campesinado indígena el problema es más complejo. La extensión de las Economías Campesinas y su importancia no se quedan en su "irreversible" sometimiento por el capitalismo ni en su significado cultural tradicional. Se constituyen en un problema de primer orden a nivel nacional que, por más que históricamente sea secundario, necesita su comprensión incluso para acompañar a los determinantes. No se lo puede ver sólo desde el Estado o sus políticas, ni desde el proletariado y sus necesidades. Se lo debe ver desde sus particularidades.

Las Economías Campesinas se estructuran y funcionan de acuerdo a particularidades nacionales étnicas, o regionales. Desde el interés campesino por satisfacer sus necesidades y no guiándose por la situación del mercado y la ganancia, hasta la no inclusión de la Fuerza de Trabajo como costo, hacen difícil y requieren una evaluación no solo basada en la tenencia de la tierra sino en lo que significan sus ingresos, que no siempre son en dinero sino también en especies.

No hay un desarrollo mecánico entre lo histórico y lo social. El paso de un modo de producción al siguiente no significa la desaparición automática del anterior, sino su paso a una

jerarquía secundaria y subordinada, y al mismo tiempo, los cambios económicos no se reproducen culturalmente de manera inmediata, sino que, sobre todo en el agro, al ser estáta do al carro del modo de producción dominante, quedan espacios y dinámicas particulares, aunque siempre interdependientes, que permiten un juego particular dentro de ciertos límites. La mayor o menor amplitud de ese movimiento dependerá de las raíces históricas, los recursos sociales y la capacidad u organización cultural para ser sometidos más rápida o más lentamente por el modo de producción dominante.

El proceso salud—enfermedad, en las Economías Campesinas requiere de un replanteamiento metodológico para su comprensión. El proceso salud—enfermedad se produce, distribuye, funciona, en relación con todo lo anterior, bajo la interdependencia entre estructura y superestructura, pero con condiciones muy particulares.

LO ECONOMICO EN LA SALUD RURAL

La estructura y funcionamiento de las Economías Campesinas son analizadas, con mucha frecuencia, únicamente en su relación con el capitalismo, pero en su estructuración y dinámica interna se pueden observar particularidades que ameritan categorías particulares, adaptaciones e interpretaciones nuevas, y no solamente en lo descriptivo.

En lo que hace el trabajo campesino comunitario, en la medida en que responde a la satisfacción de necesidades, a la autosubsistencia, no se plantean las mismas condiciones que se dan cuando la relación con el mercado impone ritmos de producción productividad y salarios. El trabajo dedicado a resolver sus prioridades de la característica de producción, productividad, ritmos de producción, tipo de producción, intercambio. La producción responde a las ne-

cesidades vitales; la productividad está dada por la tecnología y nicho ecológico; el ritmo de producción por la utilización de mano de obra familiar; el tipo de producción por razones históricas o culturales, nutricionales y ecológicas; el intercambio por las relaciones con el mercado y entre los comuneros.

La tenencia de la tierra tiene importancia fundamental, pero no se limita a la propiedad de la tierra sino que debe ser considerada en cuanto a otras formas de propiedad como el "al partir" y las tierras comunales. Y dentro de las tierras comunales, su utilización o no, y para qué se utilizan.

En cuanto al proceso de trabajo, al ser la naturaleza donde se produce directamente el intercambio orgánico, así como el objeto de trabajo, al ser los instrumentos de trabajo particulares y al ser el proceso de trabajo en sí mantenido bajo un control muy importante por los trabajadores, se plantean nuevas necesidades. Si agregamos la participación familiar en el trabajo, tenemos aún más requerimientos metodológicos.

En ese proceso económico se plantea también la ubicación del ciclo agrícola, con sus fases de deshierbe, siembra, aporque, cosecha y barbecho que tiene relación tanto con la tenencia de la tierra, producción, tipo de cultivo estacional o anual, y con lo ecológico en cuanto a climatología pero también como parte de las fuerzas productivas. Lo ecológico generalmente era utilizado como una variable incontrolable, "ajena" al proceso productivo, "imprevisible" y por lo tanto imposible de integrarla a la economía como parte de ella.

Todos estos elementos tienen una implicancia fundamental en la salud.

La tenencia de la tierra, en la medida en que autoabas-

tezca o no al propietario de una parcela dará un perfil epidemiológico determinado. Se planteará allí el problema de qué límites tiene para los cultivos, qué productos puede combinar, qué volumen de producción puede alcanzar. Pero además tendrá fundamental importancia en las relaciones de producción. Si se trata de un minifundio que apenas alcanza para la subsistencia se planteará por un lado la posibilidad de la dedicación exclusiva e intensiva a su parcela y, si no alcanza para resolver sus necesidades, por otro lado, la migración cercana o lejana, a los centros urbanos. El trabajo intensivo, que determina el debilitamiento de los lazos solidarios tanto por tiempo de ocupación, cuanto por el déficit de excedentes, que no permiten intercambiar entre campesinos, así como la migración y trabajo asalariado, produce nuevas determinantes para la salud—enfermedad. Lesionados los lazos de solidaridad, imposibilidades de desarrollar las relaciones de reciprocidad, hay una disminución de las posibilidades de consumo, una reducción a su propio esfuerzo que, sumados a la migración con los consiguientes déficits de consumo y sobreexplotación, aumentan la vulnerabilidad y exponen doblemente a las enfermedades del proceso de reproducción simple, como son las infecciosas—contagiosas, y a una morbilidad "urbana" o "industrial", tal como accidentes de tránsito, venereas, enfermedades por stress por ejemplo (úlceras), hipertensión arterial. Tendríamos además que considerar las repercusiones en la salud mental, donde se mezcla lo que sería la patología mental propiamente dicha con trastornos culturales producto del paso brusco o de los cambios alternativos de medio social.

Es importante ver que, entre las comunidades de auto-subsistencia y las vinculadas al capital comercial, hay diferencias en el consumo simple y ampliado. La comunidad vinculada al capital comercial entra al capitalismo en desventaja, y a pesar de recibir dinero eso no le permite un consumo importante sino los elaborados de fideos y conservas, que no aportan

lo mismo que los granos tradicionales. Por ello los comuneros de autosubsistencia tienen una ingesta más lógica y racional.

La complementación de terrenos individuales con terrenos comunales, tiene importancia en la medida en que permitiría mantener los lazos solidarios, las características comunitarias y, ésto influiría en lo general en el Sistema de Salud, con persistencia y extensión del Sistema No Formal, mientras que el debilitamiento de los lazos solidarios, debilitaría, o se expresaría también en un debilitamiento del Sistema No Formal que, aún sin desaparecer, tendría menos instancias, en el camino a reducirse a la medicina intrafamiliar.

En relación a los cultivos tendríamos que distinguir entre cultivos estacionales y anuales. Entre los cultivos anuales hay mayores condiciones para la existencia y funcionamiento del Sistema No Formal. En el caso de los cultivos estacionales, las posibilidades del Sistema No Formal se reducirían.

Hay también una relación con la dirección de los cultivos: para consumo o para la comercialización, con las implicaciones de relación con el capitalismo. Cuando la producción es para el consumo, de lo que se trata es de observar las asociaciones de cultivos, mientras que en la producción para el mercado interviene la presencia o no de intermediarios, y la relación con los sectores urbanos. Esto último produciría también el acceso a nuevas causas de salud—enfermedad y la aparición de una morbi—mortalidad vinculada a stress, entre las más frecuentes.

El proceso de trabajo se caracteriza por su simpleza, sencillez y el que no incide mayormente en la despersonalización del trabajador. El objeto de trabajo, y la presencia de la familia en él hacen que existan amplias condiciones del control del conjunto del proceso productivo por parte

del campesino—indígena. Esto difiere fundamentalmente: del carácter alienante del trabajo capitalista y del tipo de accidentes de trabajo.

Hay un control del proceso de trabajo, y no se da un violento desdoblamiento entre lo que se produce y consume. Entre la producción y la distribución. Así como también, el hecho de mantener la unidad familiar en la actividad cotidiana, permite mantener las relaciones sociales de producción en una relativa armonía. Por el mismo control del proceso de trabajo las posibilidades de desfases en la utilización de las herramientas y las pocas complicaciones de ellas, reducen al mínimo los riesgos del trabajo y la alienación.

La no dependencia exclusiva del salario plantea igualmente nuevos elementos. Por un lado está la cuestión de cómo se ubica el campesino en relación a sus necesidades. El trabajo de autosubsistencia entonces, no incluye claramente cómo el campesino incorpora el valor de su fuerza de trabajo al costo de producción. Y por otro lado no se puede comprender los ingresos en forma de dinero únicamente sino teniendo en cuenta lo que significan proporcionalmente los aportes en especies que recibe o que guarda de su producción. De tal manera ingresos y costos deberán comprenderse de otra manera.

En el caso de ingresos es necesario comprenderlos no sólo en su expresión sino en su producción. La comprensión de la falta de acumulación de capital del campesino indígena, sea por la ausencia de estímulos para producir mayores excedentes, así como por la transferencia de excedentes a partir del trabajo no incluido en costos, o complementariamente entre ambos, que se refuerzan, junto al trabajo familiar como un impulsor de ellos, permite aproximarse en salud más directamente a ritmos de producción, a niveles de explotación y niveles

de consumo.

Por ello será necesario, junto a la consideración de tenencia de la tierra, también comprender estos aspectos que reunirían así lo subjetivo y lo objetivo en la Economía Campesina, es decir, lo que hace a la expresión de los actores del trabajo, así como a las tendencias generales constituidas en leyes. Reunir las dos será decisivo no sólo en lo económico, sino en la salud que, como parte de la reproducción social, requerirá interpretarse sobre todo en lo que hace a desgaste.

El nivel biológico en estos casos requiere también nuevas consideraciones: edad y sexo tienen una connotación no solo de variables de control, como generalmente se las anota sino que, podrían ser variables componentes de la causal compleja y, hasta dependientes. La edad productiva en los jóvenes empezaría antes y se da incluso en niños que para determinadas labores juegan un papel constante.

La participación de los jóvenes desde los 14 años en la migración y las labores de pastoreo que llevan los niños deberán ser consideradas. En cuanto a sexo, la participación de la mujer en las labores agrícolas, aunque exista diferenciación de esfuerzos, determina que sea necesario considerarla expuesta a riesgos del trabajo, desgaste y normas de vida, distintas a la familia diferenciada en el capitalismo. Las mujeres jóvenes y solteras también participantes en la actividad económica, deberán tener su interpretación propia en términos de salud.

En el caso de las mujeres casadas es necesario observar por ejemplo la patología del embarazo, como abortos, que podría ser comprendida con causas en el trabajo o en las condiciones generales de vida (nutrición, embarazos seguidos, etc.). En el caso de los niños se dan posibilidades muy grandes de procesos de desgaste y predisposición a enfermedades respi-

ratorias crónicas como tuberculosis. No es el caso de la explotación del niño en las relaciones capitalistas, porque existen compensaciones sociales, económicas y ecológicas en el agro.

LO ECOLOGICO EN LA SALUD RURAL

En cuestiones de salud, lo ecológico ha sido considerado un factor más. Muchas veces se le ha dado una dimensión mayor o menor, pero sin perder su categoría de factor. Nosotros pensamos que se trata de incorporar lo ecológico como parte del desarrollo de las fuerzas productivas.

No es casual la localización de los asentamientos campesinos en determinados nichos ecológicos, en determinados pisos andinos. El proceso histórico ha ido determinando esos asentamientos y la experiencia de los indígenas—campesinos, determinada por el proceso económico—social, ha ido fijando los espacios sociales.

Los procesos de Reforma Agraria, la crisis del sistema tradicional de hacienda y, los distintos procesos críticos locales, han influido decisivamente para limitar las tierras comunales, reducir las parcelas, relegar a los pisos altos a amplios sectores campesinos. Los propios sistemas de salud No Formales han tenido en cuenta lo ecológico como parte de los recursos disponibles para resolver problemas de salud.

La producción y distribución de enfermedades muestran que la relación de lo ecológico no puede evaluarse ni considerarse, fuera del proceso productivo.

En la comunidad andina es posible y necesario aproximar lo natural, desde nexo causal, a acción recíproca socio—histórica. No se trata de una intersección socio—biológica, si-

no de una subdeterminación social en lo ecológico.

Las condiciones climatológicas ejercen su influencia sobre la base del proceso productivo expresado como ciclo agrícola y es allí donde pesa. Ubicar las lluvias o humedad aisladas de ese proceso conduciría a un mecanicismo y a la imposibilidad de preveer los efectos climatológicos. La relación del ser humano con la naturaleza se da a través de la sociedad en que vive.

La asociación de lo ecológico, como parte de las fuerzas productivas, con el ciclo agrícola y durante las necesidades de él es una de las bases para considerarlo dinámicamente. No es lo mismo una pluviosidad anual dentro de lo estimado suficiente, que las oscilaciones dentro de un total suficiente en los momentos fundamentales de necesidad de riego para el ciclo agrícola. Y esto, considerando además que los sistemas de riego tienen connotaciones socio—económicas ya estudiadas.

El espejismo de un culto a la naturaleza podría ser reemplazado por una relación más comprensible y previsible en estos términos. Pasar de la consideración inocente de lo ecológico, la de un horizonte ecológico inalcanzable, aunque siempre presente, es fundamental en salud para interpretar la estructura de morbilidad y mortalidad en función de acciones de prevención.

La caracterización de los nichos ecológicos, pisos andinos y condiciones climatológicas podrían basarse en pluviosidad, heliofanía, humedad, riesgos agrícolas (granizo por ejemplo), tipo de cultivos y de esa manera las relaciones que se han hecho sobre altura y genética pasarían a la relación entre economía—ecología y desarrollo histórico.

La utilización de pesticidas y plaguicidas, fuera de los

habituales abonos orgánicos conocidos y manejados durante decenas de años por los campesinos—indígenas, influiría gravemente al romper el ciclo biológico y sobre todo al romper la lógica agrícola de la comunidad andina. Es notable las consecuencias de morbilidad por intoxicación con la composición de órgano—fosforados de los plaguicidas.

LO SOCIO—CULTURAL EN LA SALUD RURAL

El bajo o escaso desarrollo de las fuerzas productivas en las economías campesinas ha dado lugar, aparte de la falta de consideración integral del problema salud—enfermedad, a una sobrerelevancia de lo cultural, o a su estudio aislado.

Lo funcional desprendido de la estructura llevó a un conductismo exacerbado e improductivo en las soluciones para el proceso—salud—enfermedad. Lo cultural, expresado en el comportamiento de la población, alcanza en las economías campesinas una vigencia muy importante por que justamente está vinculado e interdepende de lo económico. Desde los simbolismos rituales vinculados a la naturaleza, y por lo mismo a lo económico, hasta las expresiones festivas, o solidarias como la minga, encierran importantes connotaciones de redistribución económica bajo formas alimenticias, y de reposición de las relaciones sociales. Quizás es por ello que mantienen una consistencia y una unidad, al ser abiertos y participativos les permite adaptar elementos exógenos, resistir agresiones, o cambiar en forma gradual. Las resistencias culturales forman parte de la resistencia económica aunque no se muevan ni mecánicamente ni necesariamente en forma inmediata y paralela.

En cuestiones de salud, la vigencia del Sistema No Formal de Salud, (preocupación Estatal que ha llevado a considerarla "razón cultural" y a buscar corregirla como deman-

da de salud más satisfactoria a la propuesta estatal de cobertura), en realidad demuestra y se relaciona con el conjunto de la economía campesina, pero además de las razones de costo económico del sistema No Formal está la expresión cultural propiamente dicha. No es ajeno a la nosología de campesinos—indígenas en su conjunto la utilización de fitoterapia ni lo natural, o sobrenatural. Esto conlleva la necesidad, también cultural, de comprender las categorías de salud—enfermedad que se corresponden con esa nosología y que provienen de razones históricas y sociales de existencia. Igualmente lo que hace a diagnóstico, tratamiento y prevención. No obedece a este sentido ni al empirismo ni a lo psicológico, como versión psicologista. Responde no a una experiencia aislada vivida, sino a un sistema de relaciones, contradicciones y concepciones difundidas y vivas en la comunidad que las integra. La psicologista induce a una parcialización de la interpretación y nosología, de la lógica del pensamiento indígena, que es más global. En lo cultural, reconocido como categorías propias de la comunidad andina, deberán buscarse las relaciones posibles con el conjunto del sistema comunitario. El hecho de que el Estado no lo pueda resolver tan fácilmente está evidenciando la existencia de una resistencia que no se vence con alfabetización ni puestos de salud, sino que más bien ha obligado a un reconocimiento estatal aunque sea superficial y con intereses de apropiación como lo muestran los programas de C.V.R. (Colaboradores Voluntarios Rurales) y Promotores de Salud.

La vigencia del Sistema No Formal y los déficits de cobertura del Sistema Formal deberán ser comprendidos en esta dinámica y como expresiones no solamente superestructurales del proceso salud—enfermedad.

Los ritmos festivos que incluyen las fiestas de cosecha, casamientos, bautizos y funerales tienen una influencia casi

constante. Los ritmos festivos que hacen que aproximadamente cada mes haya una fiesta, no pueden quedar en la interpretación culturalista, sino en su incidencia, en nutrición y distribución e intercambio.

LO POLÍTICO, LO SOCIAL Y EL PODER EN LA SALUD RURAL

En este nivel habría que considerar las variantes de la estructura y funcionamiento del poder en la comunidad para ver como se inserta allí el problema de salud—enfermedad. Ir en la búsqueda del tipo de diferenciación de las comunidades para ver los niveles del cabildo, poder formal y real, representatividad, funcionamiento, participación.

En los cabildos de comunidades más diferenciados vemos con mucha frecuencia una representación de los problemas de salud que, más que expresión de la comunidad, es reflejo de las concepciones estatales. En estos casos más bien se puede encontrar en las instancias familiares, intrafamiliares, la verdadera expresión de salud comunitaria.

No hay que esperar encontrar una separación de la salud del proceso social general sino una diferenciación sanitaria, que opera como parte del sistema siguiendo sus redes, sus cruces y sus canales. Así, las distintas instancias obedecen a una secuencia de funcionamiento social en la medida que los problemas buscan absolverse en la familia y en las relaciones de reciprocidad y complementaridad. Ese sería el sentido de consulta a los vecinos, por ejemplo. El paso siguiente será el reconocimiento de agentes más diferenciados, pasando por tiendas y boticas que representarían formas de consumo simple, como la alimentación con fideos o arroz. El nivel del curandero o del brujo significaría llegar a los representantes no solo especializados en sentido vertical ascendente sino ampliadores en sentido horizontal; es decir que no buscaría el as-

censo piramidal de la especialización médica moderna, sino la socialización del problema en representantes del saber popular más general.

Todo este funcionamiento influiría en las distintas formas de organización política o del poder en salud. El poder en salud sería fundamentalmente social, cultural, con potencialidades políticas no desarrolladas totalmente. En relación al Cabildo puede representarse políticamente, pero fundamentalmente como expresión formal más que real. Los mecanismos de resistencia, que podrían ser una especie de poder espacial, quedarían sostenidos a nivel familiar.

Los Agentes de Salud Comunitarios disponen fundamentalmente de un poder basado en la representatividad del saber popular. Esto evidentemente les da acceso a dinero o tierras pero, su posibilidad de enriquecerse se basa fundamentalmente en el mantenimiento de esa representatividad. Pueden cumplir también otras funciones económicas aparte de la salud, pero es esta representación de salud lo que les permite mantener su reconocimiento en la comunidad.

Además, teniendo en cuenta que salud no significa solamente una acción diagnóstico-terapéutica, de tipo especializado sino vinculado al conjunto de los problemas y concepciones de la comunidad.

Algunas veces los curanderos y brujos disponen de importantes cantidades de tierras, bienes, pero eso no cambia sus actividades de salud ni sus aportes a la comunidad en ese sentido.

La diferenciación de los curanderos se va produciendo, en cuanto al costo de sus servicios, de acuerdo a la relación con el capital comercial. Cuanto más cerca están de los centros

comerciales por ejemplo, aumenta el costo de su trabajo.

No hemos encontrado expresiones específicas de los Cabildos, de reivindicación del Sistema No Formal de Salud. Ni como expresión cultural ni como expresión estructural. En general no hay oposición a la instalación de servicios médicos modernos, que se utilizan, aunque sea en muy bajo porcentaje de cobertura. Tampoco hay una competencia de curanderos y brujos con esos servicios. Pero es de destacarse que cuando hay propuestas de salud del Cabildo, generalmente estas propuestas reclaman más servicios de la medicina moderna sin ninguna contrapartida para la demanda de la medicina tradicional. En las demandas de los Cabildos de las áreas de nuestro trabajo, con mucha frecuencia, así como se asumen proyectos de desarrollo del Estado, también los Cabildos reflejan el interés por proyectos de salud estatales. Pero la baja cobertura de esos servicios llevó a la búsqueda social de por qué sucedía y para eso fue necesario rescatar el sistema propio de la población indígena campesina, sin el interés de mistificarlo, sino de analizarlo en sí mismo aunque se mantengan relaciones con el Estado, lo que no invalida la presencia, vigencia y funcionamiento del Sistema No Formal, sino que demuestra su consistencia para mantenerse. Pero la relación de Sistema Formal y No Formal queremos observarla desde la vida social de indígenas y campesinos.

LA CONCEPCION DE SALUD-ENFERMEDAD RURAL

Las categorías propias de salud-enfermedad en relación a: Transgresión de Tabúes, Exógenas o de afuera, por Desarmonía o Desequilibrio, las Naturales o Sobrenaturales (Pedersen y Coloma), obedecen a la expresión de una concepción binaria en salud-enfermedad. Esta concepción se reproduce en terapéutica y prevención. Es fundamental rescatar estas categorías de la misma forma que se rescata la

categoría económica de las economías campesinas. Si tratamos de occidentalizar, interpretando bajo las consideraciones de la medicina moderna, la comprensión indígena-campesina, deformamos una base de análisis posterior.

Los componentes naturales o sobrenaturales deben ser considerados dentro de una lógica no empírica del indigenado. Las limitaciones cobertura, diagnóstico y terapia occidental para las enfermedades tradicionales no han hecho más que evidenciar las contradicciones de interpretación de esas particularidades. El equilibrio individual es eso, una expresión más o menos armónica en relación socio-cultural integral que mantiene el desarrollo de la comunidad.

En la infraestructura es fundamental observar cómo funciona la cuestión vivienda, cómo cuyes y perros, la falta de letrinas, los déficits de agua potable, ameritan un reexamen de su significado en la concepción de salud de la comunidad Andina.

Otro aspecto importante respecto a vivienda es su relación con la humedad y el humo. Aunque se comienzan a dar problemas de abastecimiento de combustibles, hay una tendencia al equilibrio en el uso de las tulpas, entre humo y humedad. Se admite una cantidad tolerable de humo y esto influye en parte en una determinada humedad del techo. En el caso de las talanqueras, que podrían considerarse fuente de contaminación, la búsqueda del abono orgánico que proveen, obliga a una movilización constante y no es más importante la proximidad de la talanquera que el mantenimiento ecológico que favorece.

En la medida en que la vivienda forma parte de la concepción indígena andina, la forma, distribución, construcción, organización interna y funciones, no se evalúan con los crite-

rios de vivienda occidentales.

La vivienda que sirva como depósito, que es utilizada como lugar de reposición de la fuerza de trabajo por el reposo en sentido colectivo y que no tiene límites de individualidad o privacidad, la función ceremonial familiar de la tulpá, la integración de la naturaleza en cuyes y perros, exige una propuesta de revalorización de la vivienda en función salud.

Hay que ubicar a la vivienda en el proceso salud—enfermedad, no como un lugar de reproducción de las condiciones generales de la sociedad, como en el capitalismo desarrollado, sino como uno de los núcleos de persistencia de la comunidad andina. Incluso, su distribución en las áreas, supone una razón social, subsecuentemente, en la medida en que los tamaños de las parcelas son las que determinan la concentración y que eso no es lo que decide las relaciones solidarias, sino al revés. A mayor tamaño de las parcelas, más producción de excedentes, más necesidad de mano de obra complementaria y mayor relación solidaria de complementariedad y reciprocidad, porque hay que intercambiar. El minifundio en cambio exige un cuidado intensivo, hay poco excedente y produce aislamiento social aunque geográficamente y demográficamente haya concentración.

La presencia de cuyes y perros encierran parte de la concepción de relación con la naturaleza y su ubicación en la vivienda tienen razones lógicas de permitirles sobrevivir, como son los cuyes en la tulpá (de valor nutricional) y los perros por su función de pastor, control del resto de los animales, y factor de producción.

Pero además es de destacar que salvo en las parasitosis no se encuentra una patología asociada a la existencia de perros y cuyes a pulgas o piojos como Tifus endémico o epidé-

mico. Los reportes del Ministerio de Salud Pública revelan un número mínimo de casos denunciados de esa patología. Y es necesario considerar que el subregistro en estos casos es poco probable porque se trata de enfermedades que provocan un agotamiento y fiebre fácilmente evidenciable y preocupante.

En las comunidades artesanales no se deja de tener acceso a una mínima parcela que produce granos y alimentos, aunque sea en muy baja escala. El trabajo artesanal deberá ser evaluado en particular y en relación a la venta al mercado. Y generalmente este tipo de trabajo está asociado a una migración importante lo que hace que influyan más elementos en la consideración de este tipo de comunidades.

La falta de letrinas es parte de la concepción natural del ciclo vital y de la reproducción económica bajo abonos orgánicos. El caso Pesillo, en Olmedo, Cayambe, es muy expresivo en cuanto a la respuesta de la población a una letrinización impuesta. En Pesillo las letrinas pasaron a usarse como depósitos y para otras funciones ajenas a las de letrinas y la población mantuvo sus hábitos respecto a las excretas.

NUTRICION

El problema de la nutrición, tan abundantemente tratado como composición protéica, grasa e hidrocarbónica de los alimentos, requiere cambios sustanciales.

En primer lugar no hay una alimentación estable, homogénea, en cantidad, a lo largo de todo el año. Hay que observar el ciclo agrícola como referente de distintos niveles de alimentación. Por otro lado hay que analizar fiestas, mingas y complementariedad. Además hay que tomar en cuenta lo que cultiva cada comunidad.

Solo bajo estos parámetros, además de lo que pudiera significar relación con el mercado, dieta y recursos de tierra, tecnología e ingresos. Entonces varía la consideración de la alimentación rural a la urbana. No se trata de un equilibrio de cantidades, sino fundamentalmente cualitativo, y lo cuantitativo se daría en el tiempo de un año agrícola, por lo menos. En base a esta consideración, sobre la base de lo que guarda el campesino o de lo que puede comprar, se podría acercarse a una comprensión de su consumo simple. La preparación de los alimentos tiene importancia, porque tendría que ver en la reproducción de su concepción binaria de plato fuerte y plato no fuerte. En la distribución del alimento en las comidas, la preferencia para el padre, no puede dejarse de lado, aunque todos comen. El equilibrio de la dieta en proteínas por ejemplo es muy importante considerarlo a partir del consumo en fiestas donde las familias que no son pecuarias o no disponen de cuyes o carne, pueden reponer sus déficits.

Evidentemente existen complementos en las épocas del año donde hay depresión del consumo, pero no es el complemento el que da la base de la dieta sino los componentes fundamentales.

En la alimentación se da también la concepción de cliente—frío evidenciada como parte de la cosmovisión general y también en las categorías de salud—enfermedad.

Las categorías de desnutrición, evaluada en grados, es de poca importancia en la comunidad andina porque la valorización de la nutrición se hace como parte de otras enfermedades tradicionales y los grados se miden en relación a las posibilidades de vida o muerte que tenga. La desnutrición es social integral.

LA PARTICIPACION

El problema de la participación tan declamada desde todos los ángulos y concepciones supone que, en primer lugar la población no participa, y, en segundo lugar, que hay que crearle canales por donde deslizar sus fuerzas. Nosotros pensamos al respecto dos cosas. Una es que en toda investigación debe haber participación de los interesados, como base para toda acción inmediata, combinada y posterior. En segundo lugar, se trata de que la gente participa ya en salud, a diferentes niveles, con distinto dinamismo e interés, pero participa. Es decir que existe una salud basada en un saber popular que es sistemática e identificable y que funciona. Revelarla, impulsarla, apoyarla, dinamizarla sin regularla ni interferirla, ni sustituir el control que de ella tiene la comunidad, será una cuestión fundamental.

Las posibilidades no son estrictamente sanitarias. En realidad, las dará el conjunto de la forma de producción de las economías campesinas. Y, junto con ello, todo el proceso socio—histórico—cultural del cual la salud form parte.

No se trata de lanzar verticalmente un programa de salud rural repitiendo con nuevos discursos los ejemplos estatales, ni de pretender por sí solo influir en el proceso de salud—enfermedad con medidas sanitarias como se ha impulsado en un asistencialismo socorrista o en expresiones voluntaristas como se ha impulsado en la Medicatura Rural. Es necesario potencializar el conjunto de la economía campesina en sus mecanismos defensivos, partiendo de que no se trata de una defensa del retroceso sino de su respuesta histórico—social correspondiente.

Las dificultades metodológicas encontradas nos plantean la búsqueda de nuevos caminos en cuya resolución queremos intervenir.

APROXIMACION
TRANSCULTURAL
AL PROBLEMA
DE SALUD MENTAL
EN ECUADOR

Allan P. Castelnuovo

Castelnuovo, Allan (1982). **Aproximación transcultural al problema de salud mental en Ecuador.** En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 281-308. Quito: CAAP.

1.- INTRODUCCION

En el teatro y en el cinematógrafo se recurre ocasionalmente al artificio de la duplicación de personajes. La presencia en la trama de un socias o de un gemelo, idéntico fisiológicamente pero con diferente personalidad, produce en el espectador no avisado una reacción particular de desconcierto por dificultad en la síntesis, y matiza toda la obra de un reguero de situaciones contradictorias y malos entendidos.

Precisamente para evitar una problemática similar comenzaremos este trabajo aclarando su hipótesis fundamental: *en un país como el Ecuador, existe desde el punto de vista psicopatológico la necesidad de agrupar la patología mental en tres niveles, cualitativa y cuantitativamente diferentes; por lo que sería correcto hablar de una salud y una enfermedad específica para cada uno de ellos.* Sin esta dis-

criminación conceptual, que evita la condensación de tres conceptos bajo una misma denominación, puede incurrirse en una cantidad de desenfoques y omisiones, calcando la dinámica de la comedia de enredos.

La psiquiatría convencional que se difunde a través de casi todas las Escuelas de Medicina del mundo, posee una raigambre básicamente europea, y si analizamos su desarrollo en los últimos cien años, podríamos calificarlo de acelerado. No obstante este fenómeno es más complicado de lo que aparece a simple vista, ya que la sociedad industrial a la par que crea y sistematiza una patología, paralelamente permite seguir el mismo proceso a la praxis psiquiátrica.

En países subdesarrollados, con alta proporción de población campesina y presencia de comunidades indígenas, se presenta una problemática cuyo análisis y manejo requiere de un esquema referencial adecuado a dicho contexto. Las escuelas psiquiátricas en boga, generalmente importadas de países con otras estructuras sociales y psicológicas, sólo se adaptan en Ecuador, y con cierta dificultad, a pequeños núcleos de población urbana, personas que por sus características podrían ser considerados como "europeos residentes", aunque sean ecuatorianos por nacimiento.

Si a esto se agrega la característica propia de la indagación psicológica, que quizá es la única donde comprender es comprenderse, ya que los elementos patológicos o arcaicos (1) de la personalidad del propio investigador juegan un

(1) *Lo que denominamos sectores maduros o realísticos de la personalidad, son la resultante de un proceso que, en caso de éxito, implica el clivaje y/o la inmovilización de sectores que por su organización intrínseca, perturbarían la cohesión y el desarrollo del Yo. Dichos elementos son el sincretismo primario, remanente normal de la primitiva organización indiferenciada del ser humano y el sincretismo secundario, fruto de una discriminación patológica y también llamado "Parte psicótica de la personalidad".*

papel resistencial importante en su relación con el objeto de estudio; tendremos una idea de las viscosidades del profesional de estas latitudes. Este conflicto triangular entre el Yo discriminado del psiquiatra, las pulsiones provenientes de su propio sincretismo y la posesión de herramientas teóricas poco adecuadas a la práctica cotidiana, puede resolverse de múltiples maneras según la calidad y cantidad de los diversos factores intervinientes. Podríamos esquematizar diciendo que a mayor cohesión "yoica," más posibilidades tiene un psicoterapeuta de enfrentar la ansiedad confusional que produce abandonar esquemas conocidos y aventurarse a abordar directamente la realidad para elaborar nuevas hipótesis de trabajo. En el otro polo encontraremos profesionales con dificultad en el cambio y la adaptación, que tenderán inevitablemente al dogmatismo o a la burocratización oficial o privada.

Resumiendo la encrucijada en la que se encuentran los psiquiatras de países subdesarrollados es la opción en la aplicación de teorías y técnicas elaboradas en función de otras realidades sociales o abocarse al estudio y comprensión de su propio entorno. El primer rumbo los llevará a la seria dificultad de una inadecuación total o parcial con el contexto ecuatoriano; el segundo a las ansiedades y gratificaciones propias de quienes se enfrentan con la realidad.

2.- LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD

Explicitamos en el comienzo de este trabajo que en Ecuador existen tres niveles psicopatológicos por lo menos. Con ello queremos significar que, grosera y esquemáticamente, sería posible agrupar a su población en tres grandes grupos. Cada uno de estos sectores estaría integrado por personas con una estructura de personalidad, una normalidad y una patología propia. Esta división implica un progreso respecto a un opera-

dor que trabaje con el esquema de un campo psicológicamente homogéneo, donde las diferenciaciones sólo provengan de variables intelectuales, culturales y/o económicas; pero suponemos que el panorama es de mayor complejidad, en la medida que presuponemos la posibilidad de discriminar aún más dentro de cada uno de los tres grupos mencionados. La profundización en el tema seguramente ofrecerá matices que en la actualidad no percibimos, ya que estamos frente a un campo nuevo que exige una seria postura de investigación y conceptualización.

De los tres tipos de personalidad que pasaremos a describir, uno de ellos representa el esquema oficial de las sociedades que están en la avanzada del proceso de industrialización, tendiendo por tal razón a monopolizar el interés psiquiátrico y psicológico hasta tal punto que induce a considerarlo único. Los otros dos son enfocados corrientemente como un subdesarrollo del aparato psíquico, siendo frecuentemente estigmatizados y, sobre todo, ignorados.

2.1. La personalidad "occidental"

Entendemos por tal una estructura de personalidad con capacidad para discriminar no sólo el mundo interno del externo, sino también los fenómenos mentales de los corporales y ambos de la acción en el mundo externo.

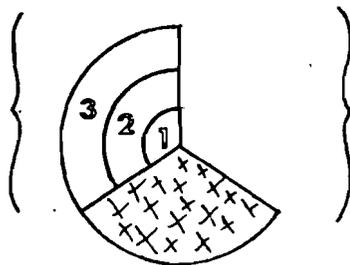
Básicamente esta organización psicológica se estructura alrededor de un Yo con conciencia de su relación con el contexto como algo externo a él. También ordena, a sí mismo y al mundo, en una larga serie de pares antitéticos. En condiciones de normalidad, este Yo central mantiene el equilibrio entre él mismo, los estratos arcaicos, los niveles psicóticos y la adaptación al mundo exterior.

Considerando este sistema psicológico como el prototipo de la cultura occidental, sobre él y su patología se basan la psiquiatría y el psicoanálisis clásicos. Si bien el hombre y la ciencia de las metrópolis tienden a considerar, y considerarse, según los lineamientos referidos, este esquema es más una aspiración que una realidad, debido a que el ser humano nace completamente indiscriminado del medio que lo gesta y recibe. El desarrollo, más que una tarea de conexión con el medio ambiente, es un paulatino individuarse a partir de una estructura sincrética primaria. Dicha individuación nunca es total, razón por la cual sigue existiendo en toda persona como abstracto de desarrollos posteriores. Este proceso de individuación, que transforma el sincretismo de total en parcial, difiere sensiblemente de persona a persona, pero en líneas generales se puede reconocer un sincretismo primario y uno secundario. El primero está en relación con los fenómenos de *instalación* y *participación* (2); constituyendo un área de la personalidad indiscriminada, donde consiguientemente no rigen los esquemas clásicos de separación entre "Yo" y "No yo" configurando un sector abierto y fusionado con el afuera. Su dinámica englobaría lo que algunos autores denominan *sociabilidad sincrética*, así como también la vinculación con el contexto inanimado y estable. Al sincretismo secundario, también llamado *parte psicótica de la personalidad*, se adjudican los diversos fenómenos de psicosis y neurosis.

Aquellos segmentos de la personalidad que logran discriminarse adecuadamente, constituyen la *parte madura*. Acompañamos un dibujo para una mejor comprensión de todo el esquema:

(2) "Instalación" nómima de la relación sincrética (indiferenciada) con el entorno inanimado. "Participación" es el mismo tipo de vínculo, pero con seres vivientes.

**PARTE MADURA
O REALISTICA**



**SINCRETISMO
PRIMARIO**

**NUCLEO PSICOTICO O
SINCRETISMO SECUNDARIO.**

El remanente del sincretismo original o *sincretismo primario*, lo representamos abierto por sus características intrínsecas, en la medida que no se encuentran en este nivel discriminaciones entre el Yo y lo que es no-yo, siendo un área de la personalidad más social que personal. La *parte madura* se encuentra subdividida en las tres áreas posibles de conducta (área 1: fenómenos mentales, área 2: fenómenos corporales y área 3: fenómenos sociales).

Como puede verse sería más legítimo hablar de pensamiento discriminado que de personalidad discriminada, ya que el tipo de organización que describimos es esencialmente dinámico y frecuentemente se puede detectar en la conducta y el pensamiento del hombre "civilizado" elementos provenientes de los estratos subyacentes y que contradicen los modelos oficialmente aceptados. El fenómeno onírico es un elemento que recuerda permanentemente que por debajo del pensamiento racional existen otras formas de organización y razonamiento.

Desde el punto de vista de la Salud Mental nos encontra-

mos en el terreno de las psicosis y neurosis clásicas, pero nos parece importante recalcar que grandes sectores de la población de los países desarrollados, no alcanza a estructurar un tipo de personalidad como la descrita, poseyendo, por consiguiente, una patología que por no incluirse claramente en los esquemas vigentes, sufre toda suerte de incompreensiones.

El hecho de que el cuerpo de conocimientos de una disciplina científica esté referido fundamentalmente a un sector de una cultura, que como tal también es sólo un segmento de la población mundial (algo así como la élite de la élite) no debe fundamentarse estrictamente en razones socioeconómicas, argumento que pasaría por alto las profundas resistencias psicológicas que levanta la personalidad discriminada para ignorar y mantenerse lejos de sus propios aspectos indiscriminados. Es lícito pensar que cualquier negación ejercida sobre las manifestaciones del propio sincretismo, generará tendencias similares cuando el fenómeno aparezca en el objeto de observación. El pensamiento discriminado de nuestra cultura no sólo frecuentemente funciona como una enérgica formación reactiva contra la ambigüedad, sino que simultáneamente es exigido y gratificado por la misma estructura social.

De las enfermedades reconocidas por la psiquiatría occidental que desafinan dentro de su propio contexto, en primer lugar mencionaremos la epilepsia. Este cuadro, típico de la personalidad ambigua, en su historia fue pasando paulatinamente de "morbus sacer" a padecimiento de clases bajas, en la medida que el mal permanecía igual a sí mismo, mientras el aparato psíquico de la sociedad industrial aumentaba su grado de discriminación. Recordamos las afirmaciones de Bumke en su clásico tratado de Psiquiatría, donde afirma: "Los epilépticos genuinos ordinariamente están mal dotados psíquicamente, abrigo grandes dudas sobre el diagnóstico de la mayor parte de los epilépticos famosos". Este ca-

rácter actual de extranjera en la cultura occidental, la convierte un poco en tierra de nadie y territorio de varios, terminando por considerársela una enfermedad orgánica del cerebro más que una forma de reaccionar de un tipo específico de estructura psíquica.

Otro tema digno de destacarse, también fruto de una inclusión similar a la de la epilepsia, es el de las enfermedades corporales. Las corrientes médicas psicosomatistas han intentado abordar este tema considerando una difusa influencia emocional en la génesis de un sinnúmero de entidades clínicas, pero sin tener en cuenta la falta de discriminación entre mente y cuerpo necesaria para que un individuo exprese sus conflictos a nivel corporal. También el psicoanálisis frecuentemente incurre en una hipótesis parecida por fidelidad al esquema de la conversión, donde un impulso reprimido en su acceso a la conciencia encuentra su canalización, expresión y evacuación a nivel de una enfermedad somática.

La investigación de las personalidades ambiguas y de sus modalidades de indiscriminación, a la par que es de suma importancia en los países subdesarrollados, redundará también en beneficio de amplios sectores de población de las naciones industrializadas. Asimismo debemos recalcar su importancia en la patología de un sector de la población ecuatoriana, que debido a su posición socioeconómica tiende a pensarse como cosmopolita o adscribirse a la cultura occidental. En Ecuador el aumento de las toxicomanías, la profusa patología corporal, la propensión a los accidentes serios; no son precisamente un patrimonio de las comunidades agrarias sino de las clases altas.

De todas maneras, en lo que se refiere a la patología de la personalidad discriminada, es donde la experiencia internacional sobre psicohigiene, psicoprofilaxis y terapéutica, se

puede aplicar con mayor posibilidad de éxito.

2.2. La Personalidad Ambigua

Antes de adentrarnos en su descripción debemos insistir que este tipo de organización de la personalidad no es una patología o un subdesarrollo de la estructura aceptada como normalidad universal por la psicología occidental. La personalidad ambigua posee una cosmovisión, una normalidad y una patología propia.

En segunda instancia señalaremos tres elementos que conspiran permanentemente contra la tarea de investigación y descripción de este tipo de personalidad:

- a) En nuestra calidad de investigadores no podemos despojarnos de nuestra formación y cosmovisión típicamente occidentales. A pesar del esfuerzo intelectual crónico por enfocar el problema desde un punto de vista fenoménico, frecuentemente percibimos que nuestras descripciones y explicaciones racionales carecen de la fuerza dada por las vivencias correspondientes.
- b) Las dificultades en la comprensión de las personalidades ambiguas no son solamente un problema inherente al objeto de estudio, sino que fundamentalmente están referidas a los conflictos que suscitan en el mismo investigador. Es obvio que la posibilidad de vivenciar situaciones de pérdida de límites moviliza energías defensivas en nuestro aparato psíquico, ya que las mismas significan un ataque a nuestra integración "yoica". De tal manera podemos desarrollar hipótesis que se muestran operativas, al mismo tiempo que todo el esquema es sentido como vacío o discursivo. La teorización sobre este tema reviste características particula-

res al no poder hacer uso del mecanismo de identificación introyectiva (ponerse en el lugar del otro para ver las cosas desde su perspectiva).

- c) Nuestro lenguaje no es un elemento adecuado para expresar el mundo del sincretismo. Y este hecho no es casual, sino que está en relación con la función discriminadora (antisincrética) del mismo.

Quizá un buen ejemplo de las dificultades que intentamos describir sea el desarrollo de este capítulo, ya que hasta el momento hemos estado ocupados en los "no" y los "por qué no". Intentaremos, a partir de ahora, abordar el problema por sus características positivas.

La personalidad ambigua tiene la propiedad de no haber estructurado términos antitéticos, razón por la cual puede albergar conceptos o conductas para nosotros contradictorias, pero que sin embargo coexisten en ella con naturalidad.

"El indio brasilero puede aceptar, sin pensar en la contradicción, cualquier cosa que se le diga. Todas las cosas pueden estar juntas y tomarse todas por verdaderas. Cuando su padre le dice que la Luna es un hombre, y otro mayor que es una mujer, y un sabio que es un espíritu malo; los oirá y les creerá a todos sin mostrar ninguna sorpresa" (Herbert Baldus. Estudio de los indígenas del nordeste chaqueño).

Desde el punto de vista estructural podría describirse una organización psicológica como la referida, como un conjunto de identificaciones, pudiendo cada una de ellas generar pensamientos y acciones sólo consecuentes con ella misma,

pero diferente a las otras. Estas discrepancias pueden variar desde matices hasta ser totalmente excluyentes o contradictorias. Para dar un modelo comparativo podríamos decir que la personalidad ambigua es equiparable a un feudalismo psíquico, razón por la cual sus poseedores, más que constituir una persona, conformarían un haz de personajes. Lo común de estos segmentos es su organización de discriminación. (3) J. Bleger definió muy acertadamente a esta estructura como un "Yo granular".

Su relación con el mundo externo, animado e inanimado, difiere notablemente con nuestros modelos standard. Mientras nosotros tendemos a considerarnos, o por lo menos nos gusta creer, que somos individuos *en relación* con personas o cosas, la personalidad ambigua siente pertenecer a un gran organismo representado por el mundo de su experiencia. Sus límites respecto a lo que lo rodea son, cualitativa y cuantitativamente, disímiles a los nuestros. En estas culturas es frecuente observar reacciones que tienden a desorientarnos, o por lo menos confundir nuestro esquema atómista y mecanicista del entorno. En una ocasión, por ejemplo, hemos tenido la oportunidad de observar un marido que comenzó con náuseas y vómitos una semana antes de que existiera cualquier presunción clínica del embarazo de su mujer. Thurnwald, en su *Psicología del Hombre Primitivo*, relata una observación similar, pero más ilustrativa:

(3) *Las clásicas discriminaciones de la posición esquizoparanoide, producto de la acción de los mecanismos esquizoides sobre el sincretismo primario, no existen o están apenas esbozadas. Por lo tanto no encontramos la diferenciación específica de nuestra cultura entre "Yo" y "no-Yo", "mundo externo-mundo interno", fenómenos mentales y corporales, objeto bueno y objeto malo, "Percepción" - "emoción" - "pensamiento" y "acción" son más una gestalt que una concatenación de entidades.*

"Un día, mi criado Ungi estaba rondando por el comedor muy alterado. Cuando le pregunté que le pasaba, me dijo que estaba enfermo y cuando seguí con mis preguntas me contestó que *estaba enfermo con todos*. Después de un tiempo me pidió que le diera alguna medicación. Como siempre que no puede entender exactamente lo que le pasa, le dí unas píldoras de áloe. Por la tarde todavía estaba tendido por ahí. El niño que estaba a mi servicio me informó que Ungi estaba enfermo porque su esposa lo estaba, y el interrogatorio que siguió me reveló que había sido malherida; entonces le di a Ungi vendas y lo envié a casa con su esposa. Unos días más tarde estaba curado porque la salud de su mujer había mejorado". (4)

La problemática de la patología de una personalidad cultural y estructuralmente diferente a la nuestra, se centra en la presencia de padecimientos que no se ajustan fisiopatológica y semiológicamente a los cuadros de la medicina occidental. No nos sentimos capacitados aún como para sistematizar una patología de la personalidad ambigua, pero nos parece útil destacar algunos elementos importantes:

- a) En las culturas que estamos describiendo no puede hablarse de enfermedad individual. El paciente es el portavoz de la familia, del grupo social e inclusive de la etnia.

(4) Desde el punto de vista de nuestra cosmovisión y de la lógica aristotélica este tipo de conducta podría calificarse de ilógico. Debemos admitir que se trata de otro tipo de lógica.

- b) El continuum psicofísico y la organización descrita del aparato psíquico (agrupación de identificaciones sin una identidad central) condicionan que la canalización y expresión somática de cualquier tensión intrasistémica, sea fácil y directa.

2.3. Formas de transición

Hemos descrito la personalidad ambigua con su "Yo granular", la personalidad discriminada, y las características de ambas. En el rubro "formas de transición" intentamos incluir la amplia gama de personalidades fruto del proceso de transculturación y que, en diversas proporciones, presentan características híbridas entre las organizaciones psicológicas de dos sociedades diferentes.

Este verdadero mestizaje psicológico es producido por el desarrollo de las personalidades ambiguas de sus comunidades agrarias y la necesidad concomitante de adaptarse a una nueva y extraña forma de vida, así como también secundariamente por el cambio en el sistema de producción y la intrusión de múltiples formas y contenidos evangelizadores.

A pesar de la problemática inherente a la conquista y dominación española, ésta no significó una necesidad radical de modificación interna de los pueblos sometidos, ya que conservó la estructura económica tradicional, y para el indígena ecuatoriano sólo representó un cambio en la medida que pasó a depender de un nuevo sistema de autoridad, pero su vida cotidiana y su cosmovisión sufrieron variaciones no cualitativas. Hasta la introducción de una nueva religión monoteísta que atacaba su cosmogonía, constituyó un conflicto bipolar y permitió, gracias al embozado politeísmo de la religión propuesta, toda una gama de sincretismos religiosos.

El problema actual, producido por la necesidad de tránsito cultural de un sistema agrario a uno industrial, en un país subdesarrollado, representa un salto diferente del producido por la conquista, pero quizás tan o más convulsivo que aquel.

El fenómeno del desarrollo industrial se acompaña de una inmigración interna campo—ciudad, hecho que puede dar pie a dos hipótesis diferentes:

- a) Hay autores que sostienen que son los elementos más discriminados psicológicamente los que dejan el agro y se desplazan a las ciudades en busca de un tipo de vida menos sacrificada.
- b) Otros hacen hincapié en los cambios de mentalidad que provocan las tareas industriales sobre el campesino que se incorpora a una sociedad con pautas diferentes.

Eclécticamente tenemos la impresión que ambos fenómenos se complementan y potencializan. La estructura de personalidad que genera esta zona de transición conserva, en gran medida, las características de la personalidad ambigua, pero con modificaciones producto de su adaptación al nuevo contexto.

La cultura y la organización del trabajo industrial atacan frontalmente la concepción del mundo de la ambigüedad. El manejo del tiempo y el espacio discriminados, son impuestos con rigor por medio de condicionamientos negativos. El perjuicio de que el ser humano posee una única organización de personalidad, la standard y aceptada en occidente, y que toda otra adaptación a la realidad es una patología de las conductas oficializadas, ejerce una gran presión sobre las estructuras ambiguas. Esta coherción las obliga, para sobrevivir, a desarrollar cierto grado de discriminación en algún sector del "Yo

granular”.

Reproduzco a continuación un diálogo que me parece ilustrativo, y sobre el cual haré algunas disquisiciones a posteriori. Las protagonistas son dos jóvenes de 20 años, compañeras de estudios, una proveniente de una ciudad de la sierra que se ha radicado en Quito para asistir a la Universidad; la otra nacida y criada en una gran urbe de características occidentales y de ascendencia familiar europea.

“A: Las sales oxisales neutras se forman de un anión y un metal . . .

B: ¿Qué diferencia tienen con las sales saloideas?

C: Las oxisales vienen de oxiácidos y las saloides de ácidos hidrácidos.

En este punto se interfieren dos conversaciones, ya que cerca de donde ellas se encuentran estudiando, estamos hablando de las “voladoras”, personas que según la tradición indígena local han hecho un pacto con el diablo y, entre otras características, vuelan.

A: Cerca de donde yo vivo hay un pueblo donde hay muchas “voladoras”.

B: (Incrédula y casi indignada) ¿Pero cómo van a volar?!

A: Son cosas de magia”.

Aunque la joven de este diálogo no es el prototipo del campesino indígena transculturado, no hemos resistido a la tentación de transcribir una conversación que es un excelente ejemplo de la coexistencia de dos tipos de pensamiento y, por ende, de dos estructuras de personalidad objetivamente

contradictorias. Si bien en la sociedad industrial se pueden observar conductas que responden a una estructura similar, como en el caso de las supersticiones (5) diríamos que estas aparecen como inclusiones o rémoras. La situación que estamos analizando casi constituye el negativo de la superstición, ya que el pensamiento discriminado es el minoritario dentro de una estructura ambigua, y tenemos dudas si los conceptos científicos vertidos son asimilados o simplemente memorizados. De todas maneras es lícito inferir que el fenómeno referido debe ser mucho más acentuado en el campesino desarraigado que llega a la ciudad, que en una estudiante universitaria que ya en su ciudad natal pertenecía a otro estrato socio-cultural.

Retornando al tema de la salud mental, diremos que la reorganización que produce la transculturación sobre el "Yo granular", adquiere diferentes formas ante la presión del cambio de pautas. Antes de intentar una tipología, queremos recordar que debe tenerse muy en cuenta las influencias inherentes a la pérdida de la identidad grupal y la necesidad de desarrollar una individualidad.

- a) La *personalidad fáctica* representa un mayor grado de individuación respecto a la organización ambigua. Desde el punto de vista de la estructura "yoica" podría describirse como la cristalización de la personalidad del sujeto alrededor de alguno de los múltiples núcleos del "Yo granular". Desde el punto de vista de la conducta, es gente que necesita de un "exoesqueleto" psicológico representado por su adhesión a instituciones, grupos o personas, con las cuales establecen una

(5) Una de las interpretaciones de la etimología de superstición (*superstite*) es casualmente la de representar una conducta sobreviviente de una lógica anterior y superada.

relación indiscriminada y a través de la cual obtienen una identidad. Desde el ángulo de las áreas de conducta son organizaciones psicológicas con intenso predominio de la acción y bajo desarrollo de los procesos intelectuales. Da la impresión de no existir un Yo interiorizado. Ellos *son* lo que *hacen* y se identifican por intermedio de aquello a lo que pertenecen. Esto genera una intensa dependencia del referido "exosqueleto" que puede ser interpretada por el observador como una intensa identificación con la institución o una fidelidad extrema a grupos o personas.

En esencia la *personalidad fáctica* representaría el control e inmovilización de la ambigüedad por intermedio del establecimiento de una relación simbiótica con elementos de la nueva realidad.

- b) La *personalidad psicopática* posee un Yo que ha alcanzado un mayor grado de integración, pero que conserva un caudal ambiguo fuertemente clivado. La convivencia en un mismo individuo de las dos estructuras descritas como incompatibles, genera un conflicto crónico inherente a la amenaza de desorganización representada por la irrupción de la ambigüedad en la parte discriminada. Esta posibilidad de disponer de dos sistemas psicológicos, uno individual y otro participativo, es lo que explica la capacidad del psicópata de detectar y movilizar los núcleos ambiguos de otras personas, y la posibilidad de usarlos como depositarios. En este sentido aparecería como la antítesis de la personalidad fáctica, ya que el psicópata hace funcionar al otro según su necesidad, mientras que la personalidad fáctica hace suyas las necesidades del otro.
- c) La *personalidad autoritaria*, descrita por Adorno y cola-

boradores, es la tercera posibilidad de los fenómenos de transición. Descartada la posibilidad de organizarse como un Yo fáctico o una personalidad psicopática, puede producirse una polarización extrema del Yo granular de la estructura ambigua. A posteriori puede configurarse toda la personalidad alrededor de uno de los polos producidos. Este mecanismo implica la posterior aparición de rígidos mecanismos de defensa para impedir cualquier posibilidad de retorno a la ambigüedad que condenan al individuo a un altísimo grado de estereotipia.

Las *personalidades autoritarias* encuentran generalmente su nicho ecológico en cualquier institución que se caracterice por poseer una gran estabilidad, alto grado de dogmatismo y reglamentaciones rigurosas. Dicho contexto lo protege de su gran temor a lo imprevisto y lo desconocido, así como también de la necesidad de pensar o tomar decisiones, situaciones que para él representan posibilidades de desorganización.

3.- LA ENFERMEDAD MENTAL EN ECUADOR

Una primera aproximación no hace pensar que en este país, como en el resto del mundo, cuando se habla de enfermedad mental se circunscribe el tema fundamentalmente a las psicosis y neurosis clásicas. Si bien los profesionales ecuatorianos pueden tener muchísimos puntos de contacto con los psiquiatras europeos, soviéticos o estadounidenses, difieren en un elemento fundamental: los pacientes. En este rubro, Ecuador se encuentra alineado junto a los países no-industrializados con persistencia de etnias autóctonas y tránsito cultural campo-ciudad, resultados de una industrialización incipiente. Y esto no sólo implica una modificación en los sistemas de producción, sino la presencia de importantes núcleos de población con estructuras de personalidad diferentes

a las reconocidas clásicamente.

Inclusive en los centros que marchan a la vanguardia de la psicología clínica y de la psiquiatría dinámica, cada vez más frecuentemente aparecen autores que hacen hincapié en la problemática de las personalidades ambiguas y su cosmovisión, para poder avanzar en la comprensión de la propia psicopatología occidental. Remitimos al lector al ejemplo del indígena que se sentía enfermo y reclamaba medicación porque su mujer había sido malherida, y lo invitamos a comparar con este párrafo del conocido dramaturgo Strindberg, que a través de sus obras reflejó las vivencias de su propio proceso esquizofrénico:

"Para mí la familia se ha convertido en un organismo, como una planta, una totalidad de la que yo soy una parte vital; no puedo existir solo, o sólo con los niños sin la madre. Es un sistema de vasos comunicantes; si se cortara uno sólo mi vida se escurriría con esa sangre y la arena lo absorbería" (*Memorias de un tonto. Parte 3*).

Si bien la línea de pensamiento que proponemos puede aportar elementos importantes a la praxis de los psiquiatras occidentales, nuestro esquema tiende preferentemente a la explicación de la enfermedad mental en este país y en este continente.

La psicopatología local, teniendo presente la tendencia a la reacción masiva y acesional propia de la estructura ambigua; se centra en el ámbito de los trastornos epilépticos y epileptoides. Este mal, hijo bobo de la psiquiatría occidental, casi ignorado por el psicoanálisis y las corrientes dinámicas, ha terminado por ser considerado un estigma y su tratamiento ha cristalizado en una medicación, que si bien disminuye

el umbral convulsivo, también embota globalmente el aparato psíquico. En la medida que la civilización industrial progresó en el camino de la discriminación, esta rémora de otro sistema de pensamiento y producción, fué perdiendo su condición de "enfermedad sagrada" para convertirse en un padecimiento de clases bajas y aún de "lumpen". Es factible que en todo este proceso, y en el propio manejo médico de la epilepsia, exista una oscura noción de que es una enfermedad que pertenece al mundo del sub-desarrollo. Conclusión acertada, ya que la epilepsia no debe ser incluida dentro del espectro de los padecimientos psiquiátricos específicos de la personalidad discriminada. En cambio, si analizamos la sintomatología reportada en enfermedades tradicionales (espanto, mal aire; etc.) notamos por primera vez una coincidencia entre las dos medicinas. Tanto dentro de lo que en occidente se denomina epileptoidía como en lo que en latinoamérica se conoce como enfermedad tradicional, toman relevancia la operación cefálica, la otalgia, los temblores, las contradicciones clónicas o tónicas localizadas, las oleadas de calor, la palidez, la irritabilidad, el malhumor, las crisis sudorales, los vértigos, las palpitaciones, etc.

La patología del sector en transición también posee un importante monto de acsesional, pero difiere parcialmente debido a que la estructura "yoica" comienza a presentar modificaciones respecto al esquema del "Yo granular" y por lo tanto también aparecen fenómenos diferentes.

Característico de la zona de transculturación serían el alcoholismo y otras farmacodependencias (6), la psicopatía y la

(6) *En lo referente a drogadicción hay que tener en cuenta que se puede llegar a un cuadro de dependencia patológica desde estructuras de personalidad diferentes. Tenemos la impresión que la ansiedad y la desorganización yoica de personalidades predominantemente discriminadas se relacionan con el uso de la marihuana, la cocaína, los barbitúricos y la anfetamina. La problemática y los mecanismos de la personalidad de transición son más afines al "sniffing" de sustancias volátiles.*

enfermedad somática. Si se tiene en cuenta que la cultura tradicional ecuatoriana recurre al uso ritual del trago para protegerse o alejar los malos espíritus, no es de extrañar que esta experiencia sea facilitadora para personas que, dada su transculturación, están enfrentadas con el problema de tener que contener y elaborar la angustia a nivel individual, con un equipamiento psicológico poco adecuado para dicha tarea. El alcohol se constituye en un ansiolítico culturalmente aceptado y de bajo costo, siendo la frecuencia de su ingestión proporcional a la incontinencia del Yo respecto a la angustia y a la intensidad de las situaciones a resolver.

La psicopatía, que frecuentemente deviene en sociopatía, ha sido tratada más por juristas y policías que por psiquiatras y psicólogos. Es frecuente, en este tema, las explicaciones económicas o estigmáticas, pero creemos que dentro de la policausalidad pertinente, los elementos psicopatológicos juegan un papel importante. Es innegable que la delincuencia aumenta en la medida que desciende el nivel de vida, pero esta circunstancia no basta para explicar el fenómeno, ya que también se incrementan otros delitos no rentables. La realidad es que frente a la privación económica, sólo algunos elementos del estamento afectado incurren en este tipo de conductas, y estos elementos son los psicópatas. Es nuestra opinión que uno de los mecanismos psicológicos implícitos en la psicopatía, y por lo tanto en el delito, es evacuar en el "otro damnificado", sentimientos indiscriminados e intolerables, siendo la estructura y características de dicha depositación específica en cada tipo de actuación.

Otra manifestación patológica importante en las personalidades de transición es la enfermedad corporal. Tanto el "Yo granular" de la personalidad ambigua, como el "Yo granular modificado" de los elementos transculturados, tienen la posibilidad de canalizar somáticamente situaciones que tienden

a desestabilizarlos, dando origen a un sinnúmero de padecimientos que se incluyen tanto en la nosografía de la medicina tradicional, en el primer caso; como de la occidental en el segundo. La circunstancia de que sectores del Yo de transición comienzan a organizarse y discriminarse, sin dejar de coexistir con otros que conservan la estructura ambigua, sumada a la pérdida o disminución de la identidad grupal, son factores importantes en la etiología de la enfermedad corporal. Debemos agregar que la medicina occidental ha intentado resolver este problema, a pesar de las corrientes psicomatistas, estableciendo una disociación oficial mente—cuerpo que los pacientes respetan poco. Esta patología cabalga sobre dos culturas y por su condición de mestiza no es bien comprendida por ninguna de ambas. (7)

Para finalizar queremos referirnos a un tema de vital importancia como es el del retardo mental, y respecto al cual existe un consenso profesional respecto a su etiología, circunscrita generalmente a la falta de yodo y proteínas. Por varias razones tenemos la impresión que no existe una relación matemática entre dichas carencias y el retardo mental. Aparte, estas conclusiones nos llevarían a pensar que los incas y las culturas preincaicas (que suponemos más deprivadas en lo que se refiere a yodo y proteínas animales) tendrían coeficientes intelectuales aún más bajos que los presentes. Más como suposición que como hipótesis se nos ocurre que no se ha dado suficiente importancia a la repercusión psicológica de siglos de represión y sometimiento, ya que el miedo, el odio y la autocensura crónica son sumamente deteriorantes para el desarrollo intelectual.

(7) *La personalidad ambigua se expresa corporalmente a través de las enfermedades tradicionales, la de transición lo hace con los padecimientos clásicos de nuestra patología.*

4.- RESUMEN

- 4.1. Hasta el momento ha sido posible diferenciar dos estructuras diferentes de personalidad, cada una de ellas con una normalidad y una patología propia. Por lo tanto es necesario discriminar el concepto de "Salud Mental" para adaptarlo a cada una de estas realidades.
- 4.2. Los países del llamado "Tercer Mundo", debido a su industrialización incipiente y a la desorganización de las culturas autóctonas tradicionales, presentan una importante zona de transición psicológica, que se agrega con características propias a las dos psicopatologías antes mencionadas.
- 4.3. La psiquiatría y el psicoanálisis occidental, al pensar en una organización única del aparato psíquico, no ha podido llegar a una comprensión satisfactoria de la patología de la personalidad ambigua. Esto ha afectado la teoría y terapia de la epilepsia, la psicosis, la psicopatía y la llamada enfermedad psicósomática; porque si bien es cierto que una parte de los habitantes de los países industrializados ha llegado a altos niveles de discriminación, no debe olvidarse que estas estructuras coexisten con las arcaicas en el mismo individuo, como que también en esos mismos países una respetable parte de la población podría definirse como personalidades en diferentes grados de transición.
- 4.4. La etapa de transición y los fenómenos de adaptación de elementos originarios de áreas rurales que se incorporan a la industria, constituyen un gigantesco laboratorio natural donde sería factible adquirir el conocimiento y comprensión del salto cualitativo que presu-

pone el tránsito de las identificaciones (Yo granular) a la identidad (Yo central).

- 4.5. La posibilidad de establecer, gracias a los elementos de transición, un amplio espectro en uno de cuyos polos se encontraría la organización ambigua y en el otro la personalidad discriminada, autoriza a pensar en un proceso, pero de ninguna forma a verlo como una evolución, ni a emitir juicios de valor privilegiando una organización sobre otra.

5.- CONCLUSIONES

Releyendo este trabajo nos invade una sensación de pobreza profesional, debido a la triste realidad de que ignoramos cómo dar soluciones inmediatas a los problemas planteados.

Posiblemente, y teniendo en cuenta lo antedicho, los puntos de urgencia en el área de Salud Mental ecuatoriana, puedan definirse como *formación e investigación*.

Entendemos por *formación* la tarea de revisar el bagaje teórico-técnico actualmente en vigencia, a fines de hacerlo compatible y operativo en relación a una realidad nacional marginada de las corrientes tradicionales imperantes en las metrópolis.

La *investigación*, tarea complementaria e imprescindible, es el otro polo de este enfoque. La fantasía de recibir interpretaciones de la realidad y teorías elaboradas por otros, es poco viable en el caso particular de Latinoamérica; ya que los núcleos de psiquiatras o psicoanalistas de los cuales esperamos dichos suministros científicos, se encuentran abocados a la problemática de contextos diferentes. Por esta razón

se hace imprescindible la indagación de la realidad psicológica y psiquiátrica nacional, labor previa a cualquier intento de operación.

En la medida que estas dos líneas de trabajo comiencen a concretarse, no dudamos que surgirán los cursos de acción pertinentes para estructurar planes de Salud Mental adecuados a las necesidades ecuatorianas. Pero también debemos tener presente que esta meta, aparentemente sencilla, implica sentar las bases de una psicología normal y patológica del Tercer Mundo.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ADORNO, THEODOR:
Crítica Cultural y Sociedad, Ariel, Barcelona 1969.
- ARCHETTI, EDUARDO:
Campesinado y Estructuras Agrarias en América Latina, CEPLAES, 1982, Quito.
- BLEGER, JOSE:
Psicología de la Conducta, Paidós, Buenos Aires, 1975.
- CARLSON, RICK J:
El Fin de la Medicina, Santa Bárbara, California, 1973.
- DE LA VEGA, GARCILASO INCA:
Comentarios Reales de los Incas. Ediciones Peisa, Lima, 1973.
- ESTRELLA EDUARDO:
Medicina Aborigen, Ed. Epoca, Quito, 1978.
- FOUCAULT, MICHEL:
Historia de la Sexualidad, Siglo XXI, México, 1976.
- FOUCAULT, MICHEL:
La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina, Educación Médica y Salud, 1976.
- GLIGO, NICOLO:
Estilos de Desarrollo, modernización y medio ambiente en la Agricultura Latinoamericana, CEPAL-PNUMA, Santiago de Chile, 1981.

- **ILLICH, IVAN:**
Némesis Médica, Barral Editores S.A., Barcelona, 1975.
- **MAHLER, HALFDAN:**
El Sentido de la Salud para todos en el año 2000.
- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR:**
Documentó Oficial. Quinta reunión de Ministros del Area Andina. Bolivia, 1978.
- **NAVARRO, VICENTE:**
La Medicina Bajo el Capitalismo Grijalbo, 1978.
- **Oficina Sanitaria Panamericana, Boletín No. 6, Diciembre, 1980.**
- **PEDERSEN, DUNCAN:**
Hacia un Enfoque Sistémico de la Medicina Tradicional, Mimeo, 1981.
- **PEDERSEN DUNCAN:**
Coloma C., Landázuri H., y Pérez P.: Estructura de los Sistemas No Formales de Salud, Quito, Abril 1980, Mimeo.
- **POLACK, JEAN CLAUDE:**
La Medicina del Capital, Fundamentos, Madrid, 1974.
- **Plan Nacional de Desarrollo, CONADE, Quito, 1980.**
- **RAMON, GALO:**
Procesos de Diferenciación campesina, Ediciones CAAP, Quito, 1981.

- RAMON, GALO:
Espacio Comunal Andino y Organización del Poder, CAAP
Quito, 1981.
- SALOMON, FRANK:
Los Señores Etnicos de Quito en la Epoca de los Incas, Co-
lección Pendoneros, Otavalo IOA, 1980.
- SUNKEL, OSWALDO:
La Dimensión Ambiental en los Estilos de Desarrollo de
"America Latina" CEPAL-PNUMA, Santiago de Chile,
1981.

INDICE

<i>Presentación</i>	5
<i>Editorial</i>	7
<i>Introducción</i>	
<i>Carlos Coloma</i>	11

REFERENTES

<i>Marginalización de la Medicina o Medicalización de la Marginalidad: José Sánchez - Parga</i>	21
<i>El Proceso de Morbimortalidad en la Comunidad Andina: Documento CAAP</i>	39

EXPERIENCIAS

<i>Los Caminos de la Cura José Sánchez - Parga</i>	121
<i>La Soba de Cuy Claudio Barahona</i>	139

<i>Fitoterapia en Medicina Tradicional: Guantualó</i>	
<i>José Sánchez - Parga</i>	155
<i>La Odontología en el Sistema No Formal</i>	
<i>Oswaldo Flores</i>	179

ALTERNATIVAS

<i>Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular</i>	
<i>Galo Ramón</i>	197
<i>Concepción y Metodología del Proceso Salud- Enfermedad en la Comunidad Andina</i>	
<i>Raúl Harari</i>	255
<i>Aproximación Transcultural al Problema de Salud Mental en Ecuador</i>	
<i>Allan P. Castelnuovo</i>	281

2.000 Ejemplares
Impreso en talleres CAAP
Impresor: Fernando Bedón
Diagramador: José Mora Domo
Levantamiento de Textos: Mariana de Baquero
Centro de Arte y Acción Popular
Quito - Ecuador