



Medicina Andina: Situaciones y Respuestas

72081000

AUTORES:

Mauro Cifuentes

José Sola

Harvey Paredes

José Bedoya

José Sánchez Parga

FLACSO - Biblioteca

614
M. J. E. G.
E-3

BIBLIOTECA - FLACSO - E C
Fecha: julio 2007
Compra:
Proveedor:
Canje:
Desc: G: Embajada de Holanda

N/B. 5799
N/E. 00019047
BIBLIOTECA - FLACSO

MEDICINA ANDINA: Situaciones y Respuestas

1era Edición: Centro Andino de Acción Popular -CAAP- 1992

Diseño Carátula: Gisella Calderón
Levantamiento de texto: Elke Lima M.
Diagramación: Graffiti Diseño Gráfico
Impresión: Albazul Offset

INDICE

PRESENTACION.....

CAPITULO I LOS PROGRAMAS DE SALUD EN EL CAAP (Colectivo CAAP)

1. La base sincrética de la medicina Nor-Andina
2. De las patologías prevalentes a la investigación local

CAPITULO II LA MEDICINA ANDINA EN LA ZONA DE OTAVALO (Mauro Cifuentes)

1. Enfermedades y terapias
2. La fenomenología de la enfermedad
3. Diagnóstico, nosología y terapias andinas

CAPITULO III ECOLOGIA DE MONTAÑA Y PRACTICAS TERAPEUTICAS CAMPESINAS (José Sola)

1. Salud y enfermedad en las montañas de Sigchos
2. La valoración caliente-frío de las plantas
medicinales en el Toachi
3. El caso Yaló

CAPITULO IV FARMACOS, TIENDAS Y CAMPESINOS

- 1 Distribución y consumo de fármacos en la parroquia de Sigchos (José Sola).....
- 2 Distribución y uso de fármacos en Licto, Punín y Flores (Harvey Paredes).....

CAPITULO V COMUNIDAD, FAMILIA INDIGENA Y ENFERMEDAD

- 1 Comportamientos familiares indígenas ante la
- 3 enfermedad (José Sola).....
- 2 La socialización del conocimiento médico en la comunidad de "La Provincia" (José Sola, José Bedoya)
- 3 El sobreparto (José Sola).....
- 4 Los "entendidos" de Licto, Punín y Flores (Harvey Paredes).....

CAPITULO VI ENFERMEDAD Y EXPERIENCIAS DE CAPACITACION

1. Cuando el mensaje es medio (J. Sánchez-Parga).....
2. Autocapacitación indígena en salud (Mauro Cifuentes)
3. Sigshi-Japishca: una experiencia de capacitación (M. Cifuentes, J. Sola).....

- . Anexo metodológico.....
- . Anexo estadístico.....

CAPITULO V

Comunidad, Familia Indígena y Enfermedad

1. COMPORTAMIENTOS FAMILIARES INDIGENAS ANTE LA ENFERMEDAD

Aviso previo, J Sola

Aspectos importantes que caracterizan el comportamiento de la comunidad y la familia indígena en relación a la enfermedad son entre otros, las diversas instancias a las que se acuden en busca de cura y los comportamientos y roles sociales que se desarrollan frente al enfermo.

Los casos de estudio y las interpretaciones preliminares que aquí exponemos, son producto del trabajo en las comunidades de Quinticusig y La Provincia indagación llevada a partir del seguimiento y evaluación de casos y mediante entrevistas al enfermo y sus familiares. La valoración clínica que realiza el médico y la información que proporciona el acompañamiento a los enfermos en su búsqueda de cura, son nuestras principales fuentes de este primer avance.

En busca de la cura

Aparentemente en las comunidades de Quinticusig y La Provincia se siguen caminos diversos para conseguir la cura; en la primera comunidad anotada presenciamos una mayor apertura y un mayor acceso hacia los servicios oficiales de salud, acudiéndose en menor interés en los agentes de salud tradicional; en cambio en la comunidad de La Provincia se supone que la relación es inversa, es decir que se acude más a agentes de salud tradicional y secundariamente a servicios convencionales.

Sin embargo, esta actitud de llevar los enfermos tanto a uno como a otro servicio de salud, es diferente solo en apariencia; visto el fenómeno de manera general, y cualificando pormenorizadamente el tipo de visitas que se hacen, esa diferencia empero no se da. Varias razones importantes muestran que el comportamiento de la familia en referencia a la búsqueda de cura para sus enfermos, sea en servicios convencionales o recurriendo a agentes tradicionales revela un patrón común.

El problema que nos permitió observar que hay una actitud similar en el acceso a los servicios de salud convencional, es el de la epidemia de escabiosis/piodermatitis que afectó a toda la región (comunidades de la parte alta de la Hoya del Toachi).

En Quinticusig la población soportó este mal más de tres años, mientras que en La Provincia la epidemia se hizo presente por solo seis meses; esto hizo que la cuantía e intensidad de visitas a servicios médicos oficiales aparentemente fue menor en una comunidad respecto a la otra.

Las causas que aparentemente generaron esta actitud a favor de acceder un número mayor de veces a los servicios médicos convencionales hacen referencia de manera general a la pérdida de eficacia de las terapias y los agentes tradicionales.

Los conocimientos y recursos de la Medicina Tradicional no disponen del desarrollo necesario para resolver enfermedades que en un mismo lapso de tiempo afectan a toda la población; esta incompetencia es explicable: si bien, casos de personas enfermas presentados como casos aislados, individuales y esporádicos son tratados "sintomáticamente" con efectividad, cuando se da el fenómeno epidémico, este tipo de tratamiento resulta insuficiente pues no rompe la cadena biológica de contagio, desconoce la etiología parasitaria y no logra vencer la reinfestación cíclica. Tampoco hay respuestas para anular la acción de los factores predisponentes como los problemas carenciales vitamínicos en piel p.e., ni posee un discurso preventivo para epidemias.

Este panorama, que evidencia una virtual incompetencia de los recursos tradicionales en toda la región, impulsada a las comunidades, a exigir servicios de salubridad y de asistencia médica inicialmente. A través de la consulta de la familia afectada. En referencia a este último punto, los comuneros de Quinticusig acudieron primero a los ofertores más marginales de la medicina occidental: los tenderos y curanderos pueblerinos (personas que han trabajado en hospitales, que han recibido cursos de salud, etc)

Como es de suponer no se encontró en ellos la respuesta buscada; se acudió entonces a la instancia superior: los dispensarios médicos oficiales (MSP y SSC). Tampoco se encontraron soluciones de impacto general al problema epidémico, pues el manejo médico fue dirigido a casos individuales, con el agravante que el tratamiento prescrito, por lo complicado de sus indicaciones difícilmente fue cumplido, aunque el habitante de Quinticusig reconoce remisiones pasajeras de los cuadros parasitarios. Donde sí mostró su efectividad plena, la medicina del dispensario, fue en el tratamiento de las complicaciones piógenas de la escabiosis (sarna), asegurando así una clientela permanente, pues esta complicación afectó a cerca del 50% de enfermos.

Este proceso de búsqueda de soluciones a una epidemia que en Quinticusig lleva más de 4 años de influencia, es la que hizo que sus habitantes se considerasen a sí mismos usuarios normales de los servicios de salud convencional, se presenta de manera más acelerada y violenta en el resto de la región fueron suficiente seis meses para que los campesinos indígenas se cerciorasen de que no disponen de recursos y conocimientos terapéuticos para enfrentar problemas de magnitud crítica.

A esta altura, creemos que el denominado proceso de adaptación/resistencia que caracterizó a las prácticas médicas tradicionales enfrentadas a la medicina convencional, obligadas por la necesidad imperiosa de superar la grave crisis de salud, han dado lugar a un proceso de integración no cuestionadora con la medicina que ofrece la sociedad nacional, expresándose en una primera fase como una apropiación de los representantes y formas más marginales de la medicina oficial (tenderos, curanderos pueblerinos) y luego integrarse sin cuestionamiento explícitos a la base de usuarios de los dispensarios médicos, reconociendo que allí, a la larga podía ofrecérceles soluciones más concretas que el simple tratamiento sintomático a lo que se debe añadir la perspectiva no deleznable de ser beneficiarios de una acción de desarrollo más amplio que incluyan servicios de saneamiento ambiental, como agua entubada, letrinas y otros. Este proceso de integración violenta a las formas más limitadas y marginales de la medicina oficial de suyo se expresó en la región como una relación asimétrica, pues no se consideraron las condiciones socio culturales del campesino reducido por el servicio a ser un simple usuario ignorante. Sin embargo el campesino en muchas ocasiones asumió que el sistema de salud, específicamente su efector, el médico tenía la obligación y los conocimientos adecuados para curarle, así no se le explique las causas y circunstancias de la enfermedad. Nótese lo significativo de la frase que en ese entonces repetían los adultos de Quinticusig "el doctor ha da saber lo que es bueno, para eso es doctor". Pocos son los campesinos que proponían una integración que tórnase en cuenta las particularidades etno culturales del indígena. Como que se privilegiaba la urgencia de pertenecer a las bases de usuarios de los servicios de salud para desde ahí expresar más concretamente otras demandas.

De forma práctica se evidenció esta tendencia cada vez mayor por acceder a servicios médicos estatales o convencionales; así el 60% de las familias de Quinticusig eran para esos años afiliadas al Seguro Social Campesino (SSC) y por ende usuarios del dispensario médico de Sivicusig (a más de 20 km de su comunidad); las comunidades de Guantualó,

Huangumalag, La Provincia, Hierba Buena, agilitaron numerosas solicitudes de afiliación al Seguro Campesino; cabe anotar que en Canjaló hay dispensario del seguro campesino, en Tinguiche hay una posta de salud a las que los indígenas acuden en número importante; en el dispensario de Sigchos y de Isinlivi se rebazó ampliamente la demanda de mestizos; todas las comunidades de esta región hicieron por último solicitudes para disponer de promotores o auxiliares de enfermería calificados por el MSP:

Para el caso La Provincia otro hecho que mostró esta tendencia a insertarse en la masa de usuarios de las formas más limitadas y marginales de la medicina oficial, es que muchas de las familias de esta comunidad visitaban "agentes de salud extraregionales" (Píllaro en Tungurahua, La Maná en el subtrópico de Cotopaxi, Latacunga, etc) en búsqueda de cura a males por lo general crónicos (enfermedades de la sangre, huesos, sobrepeso, riñones, hígado, etc) que estigmatizan a la persona. Lo curioso es que estos agentes de salud a los que nosotros de primera intención calificábamos de tradicionales, usaban recursos terapéuticos convencionales, concretamente fármacos con las mismas indicaciones que prescribiría un médico titulado: así por ejemplo el famoso curandero de Píllaro, que atendía en su botica y consultorio, era visitado frecuentemente por las familias de la zona; este personaje era un ex trabajador hospitalario y a todas sus recetas incorporaba alguna preparación de plantas medicinales, mientras que el curandero de La Maná incluía en la receta alguna oración.

La visita a este tipo de agente interpretábamos como una última medida de resistencia a integrarse abiertamente a los servicios médicos oficiales.

Otras circunstancias que obligaba a los campesinos, no solo de estas comunidades, sino de toda la región a ser usuarios de estos servicios oficiales marginales, eran ciertas regulaciones legales como la obligatoriedad de presentar el certificado de vacuna BCG para inscribir a un niño en el Registro Civil, o de presentar el certificado médico para matricular a los niños en la escuela; esto explica en parte los rubros elevados de niños vacunados en la zona, cuya cobertura arribaba en ese entonces al 75% de los menores de 5 años.

En cuanto a las visitas que la población comunera efectuaba a los agentes de salud tradicional extracomunales o extrarregionales, motivadas en su generalidad por enfermedades consideradas de etiología "sobrenatural" como el mal blanco, el brujead o similares, eran cada vez

menores; el hecho se explicaba por dos causas: una, que los costos de estos servicios eran extremadamente caros y una razón más singular expuesta por A.C: "ahora tenemos menos enemigos para que nos hagan daño". Esto bien podía traducirse como una ausencia de conflictos graves al interior de la comuna y con los vecinos. Vale anotar que cada grupo familiar tenía un "brujo" de su preferencia, así el clan de los A. prefería el brujo de El Tingo (Pichincha), el R.V. acudía al de Toacazo, los T. van al de Baños.

Otro de los comportamientos más reconocibles era el promedio por la visita regular a centros ceremoniales religiosos; ineludiblemente para los meses de Agosto y Septiembre los comuneros de La Provincia iban en romería al santuario de Las Lajas (Colombia), lo propio hacían los de Tunguiche conjuntamente con los del Salado; los de Quinticusig preferían Baños.

Comportamiento de la familia y la comunidad frente a la enfermedad

(Presentación de caso)

J. Sola , J. Bedoya Junio 1987

El análisis del comportamiento de la familia y la comunidad respecto a la enfermedad y el enfermo se hizo en base al seguimiento de los casos más relevantes presentados en ese año al interno de la comunidad; considerábamos casos interesantes a aquellos que a más de mostrar gravedad, no podían ser resueltos solo con los conocimientos y recursos médicos de la familia, por lo que ésta se veía obligada a llevar su enfermo sea donde agentes tradicionales o a servicios médicos convencionales. El seguimiento consistió en determinar en primer lugar los elementos y hechos que provocaban el escoger tal o cual vía de solución, el desarrollo y manejo de la enfermedad en sí y los distintos roles que jugaban los parientes y vecinos frente a la familia que tiene un enfermo. Escogimos el caso de una familia de La provincia, que creíamos reunía todas las condiciones para ser considerada "modelo" del comportamiento de la familia y la comunidad frente a sus enfermos.

Hasta el momento habíamos centrado nuestra atención en encontrar una especie clasificatoria de las enfermedades presentes en el campo, considerando la etiología y la forma de presentarse, ejercicio este que en no pocas veces era planteado como necesidad de individualizar cuadros clínicos y tratamientos que siempre presentaba el riesgo de analizar o crear una clasificación bajo la égida de la nosografía occidental. En este análisis y

propuesta de estudio de caso no nos vamos a referir a la etiología ni a la forma en que se presenta la enfermedad, sino que vamos a plantear a manera de hipótesis que el manejo de la enfermedad tiene relación directa con la participación de los parientes y demás relaciones sociales, que marca comportamiento adecuados a cada enfermo y su familia. En otras palabras proponemos al parentesco y las relaciones sociales como elementos importantes que determinan el curso de la enfermedad, el manejo de la misma y el comportamiento que se da frente a ella.

El caso al que hacemos mención y que a continuación detallamos es el de la familia V.V. que en el curso de la segunda semana de mayo y primera de junio de 1987 presentó sucesivamente momentos importantes para nuestro análisis cuya cronología es la siguiente: GRAFICO

Hecho No. 1

El día 5 de mayo de 1987 a las 4:30 de la mañana R.V. Presidente del Cabildo acude al llamado V.A. (ex presidente de la comuna) para que resuelva el "daño" causado por los animales propiedad de la familia en los terrenos de su hija O.A; se cerciora de los daños y dictamina que se paguen los valores de ese daño. Vuelve a su casa al medio día siente malestar general creciente, dolor intenso en su rodilla derecha "que se la va encogiendo", dolor de cabeza y fatiga; al entrar la noche tiene fiebre y momentáneamente pierde el conocimiento y está desorientado. Su esposa pide ayuda a su hermana y su cuñado quien va a acompañar a "dar auxilio". Entre los presentes se diagnostica "mal viento" por lo que C. "limpia" al enfermo con plantas amargas (Chilca, Santa María, Marco), le pone hojas de chilca en la cabeza para calmar el dolor y le ofrece aguas frescas (medio yuyo) para controlar la fiebre. Los presentes acompañan toda la noche al enfermo.

A la mañana siguiente, martes 6 de mayo, recibe la visita de sus seis hermanos y de sus tres sobrinos mayores, uno de los cuales es el secretario del cabildo. También se hacen presentes sus dos cuñados antes de las 8 de la mañana le ofrecen conducirlo hasta el brujo de El Tingo (Prov. Pichincha) para que le cure el mal viento, a lo que R.V. en primera instancia se niega porque cree que en su casa sí se puede curar, pero si así no ocurre acepta el ofrecimiento aunque prefiere esperar. También recibe la visita de sus vecinos más próximos. A media mañana su hijo por encargo de la familia pide al médico del CAAP visite a su padre para ver que tiene. El diagnóstico es amigdalitis aguda, por lo que se le administra penicilina IM y

antitérmicos. El cuadro cede con rapidez y a media tarde V. se levanta de la cama y recibe a sus familiares y amigos sentado en la puerta de la casa.

Al siguiente día, miércoles la recuperación es notoria, R.V. reconoce que está bien. Su enfermedad duró aproximadamente 48 horas. Miércoles tarde ya no recibió visitas .

Los visitantes fueron: - - 6 hermanos
 - 3 sobrinos
 - 2 cuñados
 V.C. (compadre)
 3 vecinos

2do. Hecho

El día miércoles 13 de mayo cerca del medio día el hijo 3ro de R. de 4 y 1/2 años, al resbalarse de la talanquera sufre un corte profundo en el tercio extremo de la lengua acompañado de sangrado profundo; se le conduce urgentemente al dispensario de salud de Isinlivi, donde la Doctora dice que no puede suturar la lengua porque no dispone de anastésico general y recomienda ir a con el niño a Latacunga. En la madrugada del jueves sale R. y su hijo al hospital general de Latacunga, donde es internado: se le practica una sutura y pasa la noche en ese centro hospitalario.

El día viernes llegan a "acompañar" a Latacunga 5 familiares del padre del paciente y un vecino; vienen por "acompañamiento de voluntad"; el padre del enfermo debe ofrecer comida a los "acompañantes". Ese día sale del hospital el niño ya dado de alta. La versión de su padre es "saqué nomás del hospital al guaguito". En este episodio acompañó un vecino que informó de los sucesos al resto de la comunidad por emisiones radiales, especialmente indicando que no salgan más acompañantes porque el enfermo volvía a La Provincia.

El viernes por la tarde llega a la comunidad primero visitan su casa los mismos familiares que llegaron cuando su padre estuvo enfermo, y poco a poco hasta el día jueves 21 de mayo llegan a su casa todas las familias de la comunidad.

El día miércoles 20 de mayo, por presión de su esposa que traducía el sentir de todos los visitantes, lleva a su hijo nuevamente al dispensario de Isinlivi, porque se dice "la lenguita no se ha pegado". La auxiliar del

dispensario corrobora el diagnóstico y sugiere que nuevamente lleven al niño a Latacunga; en el camino de salida pide consejo al médico del CAAP quien explica cual es el proceso de cura de la lengua indicando la no necesidad de llevar al muchacho nuevamente al hospital, por lo que regresa a casa con su hijo. A los 14 días del accidente la herida se cerró.

Vale precisar que las visitas duraron aproximadamente 8 a 9 días y eran visitas que cumplían algunas finalidades: los familiares más allegados, hermanos, sobrinos y cuñados ayudaban en las labores más urgentes de la casa, que no podían ser cumplidos por R.V. pues este se encontraba totalmente pendiente del cuidado de su hijo y recibiendo las visitas. Lo hacía sentado en el fondo de la cocina, teniendo en sus rodillas al niño que permanece inmóvil y que comunica sus deseos con gemidos. Las labores presentadas por los parientes consistían en recolección de leña, cuidado de animales, recolección de hierbas, etc. Además estos familiares y otros visitantes acompañaban a la familia todas las noches.

Todos los visitantes que llegaron a la casa de R.V. traían presentes, básicamente alimentos: fundas de fideo, galletas, pan, papas, que son entregados a la familia; notándose que ningún presente estaba dirigido específicamente al niño. Los visitantes también ofrecían ayuda económica que era cumplidamente registrada por R.V.

Los gastos de remedios a 2.000 sucres; sin embargo R.V. hizo un préstamo de 5.000 sucres al cura, para gastos de transporte, comida de acompañantes y visitantes. Para pagar ese préstamo de 5.000 sucres vendió la yegua y con el sobrante compró un potro.

3er Hecho

La madrugada del 1ero de junio, su esposa C.V. da a luz un niño, recibió la atención de R.V. Durante ese día la familia recibe la visita de los parientes cercanos (los 20 de siempre) que llegan a "conocer al guagua". No hay más visitas. Se le permite (la comunidad) a R.V no asistir a la minga semanal, pues el queda encargado de los quehaceres de la casa.

Con estos hechos nos permitimos exponer las siguientes apreciaciones:

- Consideramos al hecho No. 1 y No. 2 como similares, no así el hecho No. 3 que se considera un hecho sin enfermedad.

- El comportamiento de las visitas, tanto en 1 como en 2, nos permite decir que, sea cual fuere el enfermo en la familia, la visita de los parientes más próximos siempre se da; se asume como una obligación.

La cuantía de las visitas dependerá de la amplitud de la parentela volviendo al caso de R.V. él asevera que indistinto de cual sea el enfermo de su familia, siempre recibe y recibirá la visita de sus 20 parientes cercanos(6 hermanos, 6 cuñados, 3 o 4 sobrinos mayores 3 o 4 vecinos) que en muestra de solidaridad y obligación asumen roles de ayuda especialmente tareas domésticas. Los más íntimos asumen tareas médicas, pues hacen turnos para acompañar y cuidar al enfermo, especialmente las noches. (Alejandro "limpia" a Ricardo p.e.). Así sucede en todas las familias.

- En el caso No. 1, bien se puede decir que el verdadero origen de la enfermedad fue un hecho social, por lo que la solución a la enfermedad es también buscada por el afectado, en ese ámbito. El paciente se sintió comprometido por haber sido él el solicitante de los servicios de la autoridad de la comuna.
- A más de las visitas de los parientes se agrega la visita de los vecinos más próximos y de personas que de una u otra manera tienen que ver con la enfermedad, poco a poco todos asumen la responsabilidad de superar la enfermedad acompañando, compartiendo el proceso de la cura.
- En el hecho No. 2, la familia de R. recibió también la visita de todos los comuneros, quienes llevaban presentes en especies o aportes en dinero. Esto definitivamente porque el padre del paciente es el presidente del cabildo. El dice: "si no fuera el presidente solo mi familia hubiera venido". Ahora, en el caso No.1, cuando el mismo presidente fue el enfermo, no recibió la visita masiva de todos los comuneros, porque su enfermedad tuvo una rápida resolución (- 48 horas) lo que le devolvió rápidamente a sus labores cotidianas; pero si el proceso mórbido se prolongaba, con seguridad hubiera recibido la visita y solidaridad de todos los comuneros.
- En el caso No. 3, el nacimiento del hijo de R. no es considerado una enfermedad de ahí que los parientes cercanos acudieron solamente a "conocer al guagua"; al no ser una enfermedad, no amerita visita ni acompañamiento o ayuda. Si es que en el parto se suscitaban complicaciones, o si se presentaba sobreparto se hubiera percibido el

hecho como enfermedad y las visitas y acompañamientos se hubiese dado en la forma que anotamos: parientes cercanos, vecinos, comuneros en general.

Resaltamos el hecho que la visita es para toda la familia sin estar dirigida particularmente al enfermo. Recordemos también que los parientes se distribuyen funciones de ayuda que permite el normal desenvolvimiento de la familia del enfermo. Los presentes y ayudas económicas son muestra clara de la solidaridad, la misma que se retribuye y agradece mediante el ofrecimiento de comida y trago.

A guisa de corolario y en base a las puntualizaciones hechas bien se puede decir que la enfermedad, sea cual fuere su origen, es un hecho social y como es tratada o manejada por la familia y la comunidad, sujetándose a los códigos y obligaciones del parentesco y a las normaciones de la comunidad.

La enfermedad no se ve como un sufrimiento individual, sino que es considerada un problema que afecta a toda la familia. No importa cual sea el enfermo, es la familia la que está enferma y es ella a la que se ofrece el apoyo, la solidaridad de los parientes, de los comuneros para que la familia recupere su ritmo normal. La familia funciona como un solo cuerpo y al afectarse uno de sus miembros sufre su integridad, por lo que las soluciones van dirigidas a todo el núcleo, si es que se quiere garantizar su efectividad.

FAMILIA V.V..

