



Medicina Andina: Situaciones y Respuestas

72021000

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
- 3 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 VI

Enfermedad y experiencias de capacitación

1. CUANDO EL MENSAJE ES MEDIO: EN UNA METODOLOGIA DE EDUCACION EN SALUD

José Sánchez P.

La tesis de Marshall McLuhan de que "el medio es el mensaje" representó el punto de partida para una teoría crítica de los "mass media", medios de comunicación social. Según McLuhan en una sociedad "mediática" como la actual, los medios de comunicación (radio, prensa, TV, videos) imperen de tal manera su propia forma a los mensajes, que es dicha forma del medio la que determina una eficacia comunicacional específica sobre los mensajes comunicados.

Tal propuesta teórica e interpretativa abría la posibilidad de entender el MEDIO y el MENSAJE, los dos elementos fundamentales de la comunicación, como recíprocamente convertibles en sus funciones comunicacionales; y por consiguiente, se planteaba así mismo la posibilidad de indagar en qué medida el mensaje, al interior de un determinado proceso o sistema socio-comunicacional podía actuar como medio.

Esta nueva perspectiva de indagación parecía presentarse en un medio socio-cultural, en el que el modo de producción de mensajes y de comunicación verbal además de estar fuertemente socializados se hallaran muy regulados por las relaciones del intercambio, y, en fin, donde los mismos mensajes tuvieran un referente directo e inmediato a los reales procesos de vida en un determinado grupo social.

Ha sido en base a estos presupuestos que consideramos importante introducirnos en el campo de la comunicación social en el medio indígena de las comunidades serranas del Ecuador y abordar un programa educativo y de capacitación sobre salud- enfermedad.

Un requisito preliminar para ello consistió en definir: a) el sujeto o sector social del programa; b) su espacio comunicacional; c) la metodología. En este caso el "medio", de acuerdo a nuestra hipótesis se encontraría dado por el mismo "mensaje": los procesos de salud-enfermedad de la zona, ya que ellos mediatizarían e informarían la dinámica y modelo comunicacional.

- a. Identificamos como sujeto-sector social del programa educativo al mismo sujeto de los procesos de enfermedad y principal actor de los procesos de salud en el medio indígena: las mujeres-madres. En la socio-cultura andina la experiencia de salud- enfermedad se encuentra sexualmente diferenciada. Mientras que el hombre solo se declara

enfermo en la medida que se encuentra laboralmente discapacitado y su incorporación al trabajo significa un restablecimiento de su estado de salud, en el caso de la mujer-madre el síndrome del parto y de la maternidad no solo marca el cuerpo femenino como un cuerpo enfermo, sino que confiere a la mujer madre una particular competencia en el diagnóstico y terapia, reforzada por la particular atención de los hijos y por el papel que ella desempeña dentro del hogar, el cual es en la socio-cultura indígena el espacio privilegiado de la cura.

De hecho los conocimientos terapéuticos de las mujeres- madres (en cuando a diagnóstico, manejo de plantas medicinales y de dietas curativas) se han revelado en algunos casos (p. ej. Ilumán) no inferiores y aun superiores a los de los Yachac o curanderos, cuya especificidad consiste en incorporar la cura a una práctica ritual.

Es por razón de este encargo socio-cultural, que la mujer se convierte en el actor privilegiado de los procesos de salud-enfermedad, y que los comportamientos, conocimientos y destrezas terapéuticos se socialicen y se transmitan principalmente entre el sector femenino y de madres a hijas.

- b. A partir de esas constataciones resultó fácil identificar el espacio socio-comunicacional privilegiado en el que desarrolla un programa de salud-enfermedad. A diferencia de los lugares públicos, la casa comunal, donde el hombre desempeña un papel protagónico en la comunicación social, la casa, el hogar doméstico, se presenta como el espacio propiamente femenino, y donde la mujer-madre ejerce una competencia comunicacional predominante.

Hacer del hogar, del habitat doméstico y su periferia más inmediata, el espacio privilegiado comunicacionalmente para un programa educativo con mujeres suponía al mismo tiempo definir una temporalidad marcada por la presencia en el hogar de las mujeres: la cotidianidad. Aunque esta temporalidad doméstica estuviera asociada a la cotidianidad de las tareas femeninas, por experiencia sabíamos no solo que muchas de estas tareas eran compatibles con los comportamientos comunicacionales de las mujeres, sino que la mujer indígena conversa trabajando lo mismo que trabaja conversando.

- c. Más allá de lo que podríamos denominar el síndrome materno- infantil, en el medio indígena la enfermedad (en sus niveles endémicos o epidémicos) es un fenómeno cotidiano, y está muy relacionado tanto

con factores ideológico- culturales como con las mismas condiciones de morbilidad en las que reproducen los más amplios sectores de la población indígena. En tal sentido la salud-enfermedad es un fenómeno con vigencias y latencias tan constantes en el medio indígena, que toda información o mensaje relativo a dicho fenómeno posee un alto poder comunicacional, podríamos decir que es mediatizado por todo el cuerpo social. Es esta eficacia socializadora de la salud-enfermedad la que operaría como mediatizadora al interior de un proceso de comunicación y de un programa educativo.

- d. Todos estos parámetros contribuirán ya a establecer los componentes de una metodología donde la educación- capacitación se integra más bien a un proceso de socialización de experiencias de circulación de conocimientos y mensajes. Según esto era importante plantear que: a) el sujeto-destinatario del programa fueran madres-mujeres pertenecientes al mismo núcleo familiar, de parentesco y vecindad; b) que el programá tuviera lugar en la casa de una de las mujeres del grupo, en días y horarios fijados por ellas; c) que el grupo de participantes no excediera el de 10 a 15 personas para garantizar una comunicación intensa (ya que considerábamos que los niveles de participación comunicacional son inversamente proporcionales al número de asistentes); d) que el proceso educativo se organizara a partir del sistema y de las formas comunicacionales del grupo haciendo que la misma emisión y recepción de mensajes e información fuera ampliamente socializada, y que el proceso educativo tuviera un carácter endógeno.

Un programa educativo para la salud

El tema de la salud pudo convertirse en un programa educativo porque fue identificado previamente por un determinado sector social como un problema real y que era vivido con determinadas urgencias por dicho sector. Lo más curioso del caso es que el medio donde surgió la iniciativa de tal propuesta, Otavalo, era una zona que se encontraba relativamente bien atendida por los organismos de salud del Estado: puestos de salud y centros médicos parroquiales, y fácil acceso a los hospitales y a los servicios médicos. Pero más curioso resultaba el hecho que los índices de atención de dichos servicios médicos fueran relativamente bajos en comparación con los elevados índices de morbi-mortalidad de la zona, y que tampoco el recurso a los yachac y curanderos, que atendían sobre todo a clientes exteriores a la región, fuera frecuente entre la población indígena.

Esto nos enfrentaba a un comportamiento generalizado de auto-cura y auto-medicación, y de tratamientos de las enfermedades, al interior de los recursos disponibles por parte de la familia. En consecuencia, de lo que se trataba era de reforzar dichos recursos terapéuticos familiares, evaluando su estado de competencias y mejorando los conocimientos y destrezas curativas (diagnóstico y medicación).

Para ello, se conformó un equipo integrado por una mujer- madre y yachac o curandero y un médico. La mujer desempeñaría dentro del mismo grupo de mujeres un papel promotor, de convocatoria y de dinamización comunicacional; el yachac aportaría con su propia experiencia en el esquema tradicional de la salud-enfermedad; y el médico proporcionaría una contribución complementaria sobre modalidades de diagnóstico, cura y medicación.

Los temas de cada encuentro eran fijados por las condiciones y fenómenos de enfermedad presentes en las familias o comunidad de las mujeres participantes. Se trataban los diagnósticos y curas implementados, se rectificaban o se completaba. De esta manera se llevaba a cabo una educación que tenía un referente práctico de aplicabilidad inmediata, y que por ello mismo era fácilmente apropiado y memorizado.

Simultáneamente a este proceso se desarrollaba otro de índole investigativo, que consistía en registrar toda la información que se actualizaba en el transcurso del encuentro. Dicha información era posteriormente elaborada en la forma de cuadros clínicos, de acuerdo a las caracterizaciones hechas por el grupo: designación de las patologías, sus respectivas etiologías, procedimientos de cura, uso de plantas medicinales y su diferente preparación, administración y posología. Todo ello proporcionaba un cuadro sobre los conocimientos y prácticas médicas de la mujer indígena y también de sus falencias y límites para tratar algunas patologías y ser realmente eficaces en otras.

El alcance de este programa educativo puso de manifiesto dos problemas. El primero se refiere a las condiciones de transmisión del saber y prácticas tradicionales sobre la salud- enfermedad, notándose una diferencia entre las mujeres ancianas o adultas y las madres jóvenes, cuyas competencias se encuentran muy disminuidas en comparación con las de aquellas. Las madres jóvenes a causa de las nuevas condiciones socio-culturales, laborales y de mayor articulación al mercado de fármacos y a los mismos servicios de atención médica, han perdido muchos de los conocimientos y destrezas terapéuticas tradicionales. Respecto de este

problema el programa de educación para la salud ofrecía una propuesta para apoyar esta forma de transmisión al interior del grupo de mujeres no solo en una línea antergeneracional sino también al interior del mismo grupo etario de mujeres.

Otro problema atañe a las "derivaciones" de un sistema de salud tradicional a la medicina moderna. Aparecía obvio que para muchas patologías endémicas o epidémicas de tradicional medicina indígena no contaba con los recursos suficientes de diagnóstico y de terapia, y que en tales casos el programa educativo debía informar disuasivamente, para que entre las mujeres se desarrollara un comportamiento de "derivar" determinar patologías o sintomatologías a los servicios de la medicina moderna; aquellas que la medicina tradicional no podía curar.

Esta misma educación sobre las "derivaciones" presentaba una particular pertinencia para el fenómeno de la auto- medicación, comportamiento muy generalizado en el medio rural indígena, que opera sin criterios precisos, o inducido por usos habituales y por prescripciones de los mismos tenderos que comercian las medicinas.

Según lo expuesto, el programa educativo se implementa a partir de un espacio socio-organizativo y comunicacional ya "dado": las condiciones de salud-enfermedad, su experiencia y competencia del sector de mujeres, y el modelo de socialización propio de este grupo; y en parte "construido" por una planificación regular de los encuentros, por la presencia de agentes distintos pero no ajenos al grupo de las mujeres indígenas, y por la transferencia de un discurso adyacente y complementario del médico, que completaba la acción educativa.

En la planificación el programa comenzó iniciándose en la casa de una mujer que congregaba un núcleo de parientes y vecinas de cada comunidad, considerándose que el éxito de la acción debería tener un efecto reproductor o bien ampliando la asistencia o bien generando nuevas iniciativas para que los encuentros se repitieran en otros lugares de la comunidad.

De todas maneras la amplitud de cobertura del programa, la ampliación del número de lugares y de encuentros en cada comunidad, se fue restringiendo en razón de un principio de mayor eficacia cualitativa del programa; ya que para mantener un seguimiento y una acción educativa sostenida se había planificado que cada encuentro con un mismo grupo tuviera lugar una vez al mes.

Más allá de efectos inmediatos y específicos, el programa tuvo otros resultados, como incentivar el interés de algunos hombres, lograr una cierta motivación de las autoridades comunales en su apropiación del problema de la salud, y sobre todo proporcionar al sector de mujeres una conciencia organizativa y de su papel social, actualizando y legitimando sus competencias y responsabilidades anónimas en el campo de la salud.

2. AUTOCAPACITACION INDIGENA EN SALUD

Mauro Cifuentes

Introducción

El Centro Andino de Acción Popular -CAAP-, desde hace más de una década, ha visto consolidarse el desarrollo conceptual y operativo de su proyecto institucional en el encuentro cotidiano con las particularidades sociales, culturales y políticas de los sectores sociales andinos.

La práctica del CAAP se ha definido y sustentado en la medida en que ha logrado dar competencia a una metodología dirigida desde y hacia una descripción con las lógicas socio- orgánicas y culturales de los campesino-indígenas. La comprensión de las modalidades y procesamiento que estas desarrollan ante los retos y la problemática en la que se hallan insertos, ha fundado tanto los contenidos propositivos como los contenidos teórico-metodológicos de la acción institucional.

Dentro del conjunto de sus componentes, las prácticas de capacitación-educación con grupos étnicos de la sierra, han tenido un particular privilegiamiento, no por ser convidados oportunos de toda acción externa de asistencia, que sustentada en un método educativo formal factibiliza lo que ha entendido como pedagogía de la transferencia, sino como referente en el cual se reconstruya y recree la lógica en la que se desarrolla y expresa el pensamiento indígena, y el contexto en el cual se posibilita la comunicación del conocimiento.

En ese sentido la capacitación ha descansado sobre las acciones de investigación. Esta relación nos ha traído como consecuencia una elaboración metodológica particular a las formas de transmisión, apropiación, reproducción y circulación de mensajes y conocimientos como fundamento del método de capacitación elaborado.