

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 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.....

3. SIGSHI-JAPISHACA: UNA EXPERIENCIA DE CAPACITACION

Mauro Cifuentes

No está en prurito, que solo mencionar esta entidad provoca, el argumento que nos llevó a tomar al rascabonito como referente de estudio de caso dentro del extenso cuadro de expresiones que tiene el fenómeno salud/enfermedad. La escabiosis en los últimos cinco años, ha tenido una presencia endémica, no solamente en este sector, del que vamos a hablar, también en otros de la sierra ecuatoriana. En los años 85 y 86 ella ocupó el primer lugar en el registro de las tasas de morbilidad y en el de demanda de atención médica en los dispensarios de salud de la zona teniendo en la Piodermitis Estreptococcica, problema más común resultante de sus complicaciones, al morbo más próximo en las tasas y demandas de las que hacemos mención.

Los índices de tal incidencia parecían desnudar y evidenciar un marcado deterioro, tanto a las condiciones de salud de algunos de éstos sectores, como de las posibilidades de respuesta comunal frente a un hecho de esta naturaleza. Sobre ello se dirigieron nuestros objetivos: además de pretender establecer los niveles más aproximados de su manifestación, buscábamos reconocer los alcances y los límites de competencia que las prácticas médicas tradicionales denotaban; con un propósito final: el articular con estos sectores, potenciales acciones y prácticas dirigidas a desarrollar un control sobre una patología colectiva de clara presencia epidémica.

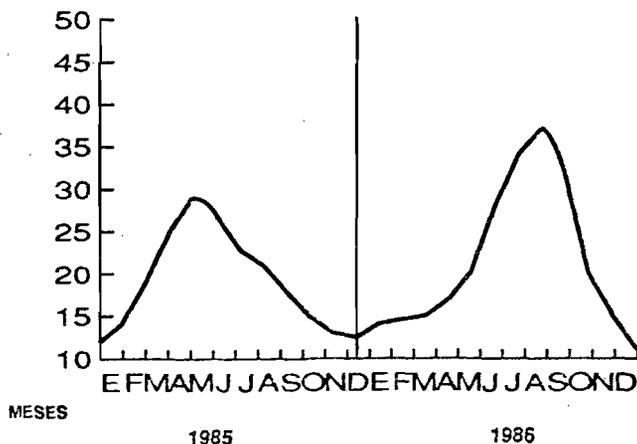
Nuestra participación se dio con las comunidades de la parroquia de San Juan de Ilumán: Pinzaqui, Gualpo, San Luis de Agualongo, Angel Pamba, Ilumán Centro, San Juan Pogyo y Carabuela del cantón Otavalo.

Estas comunidades se encuentran localizadas geográficamente entre la cota de 2.650 y 2.800 msnm., parte del piso correspondiente al de Bosque Seco Montano Bajo. Su población aproximada es la siguiente, según censo realizado por el CAAP en 1985.

	Familias	Habitantes
Angel Pamba	88	439
Ilumán Centro	103	513
Gualpo	141	705
Pinzanqui	35	74
San Luis Agualongo	178	890
San Juan Pogyo	150	748
Carabuela	286	1.427
Total parroquial	981	4.896

Con la ayuda de la información dada por el Centro de Salud de la parroquia de San Juan de Ilumán, construimos una curva aproximada de incidencia del rascabonito, durante los años 85 y 86 y aplicado las dos primeras comunidades nombradas, cuestión que a nuestro juicio revela la situación vivida en las comunidades descritas:

CURVA DE INCIDENCIA DEL RASCABONITO EN LAS
COMUNIDADES DE PINSAQUI Y ANGEL PAMBA ENTRE
ENERO DE 1985 Y DICIEMBRE DE 1986



FUENTE: CENTRO DE SALUD PARRROQUIAL DE ILUMAN
ELABORACION: Mauro Cifuentes

Las personas mayores de estas comunidades, dijeron no recordar en años anteriores una agresión tan fuerte de rascabonito. Es evidente que la erupción de un proceso endémico de ese orden, es producto de la concurrencia de un conjunto de factores y circunstancias determinantes que han predispuesto a la población frente al rascabonito: el caso que tratamos puede mencionarse, entre muchos otros, la significativa menor pluviosidad que se registró, especialmente en el año 86, y como consecuencia de ello, la menor disponibilidad de agua. Considerando desde luego que la gran mayoría de las comunidades se proveen de agua que se recoge en acequias o fuentes dependientes de la lluvia, tendremos que una mayor exposición al polvo, al temporal cálido seco, condicionará una mayor labilidad dérmica agravada por otros problemas endémicos como desnutrición, avitaminosis etc.

El registro de casos realizados en el año 86, nos permitió paralelamente realizar una indagación respecto de las concepciones que tenía la población sobre la causalidad del rascabonito y de las medidas y acciones tanto preventivas como terapéuticas que se ejercían dentro de cada una de las familias, así como de la utilización de las instancias y agentes terapéuticos disponibles.

El concepto más claro y común se enunciaba dentro de lo causal, era el de señalar al rascabonito como una enfermedad contagiosa, "pasosa", pero ignorando la participación de determinado agente biológico, y señalando únicamente los factores y vehículos a través de los cuales era posible esa transmisión. Nosotros, al observar el comportamiento de la población ante otras entidades nosológicas, con carácter endémico, habíamos reparado en el hecho de que también eran entendidas como enfermedades contagiosas, "unguycuni" en la expresión quichua dada a una patología de propagación colectiva, pero no atribuible a un contagio en el que participan enfermos transmisores de un determinado agente, sino señalando que, quien enferma o es contagiado, no es sino una víctima de determinadas circunstancias externas dañinas sobre todo por el modo personal en que se establece relación con aquellas circunstancias. En éste caso específico, los cambios climáticos y atmosféricos son una suerte de signos que señalan modificaciones, no solamente en los ciclos agrícolas, sino también en la biología humana y en el consecuente apareamiento de alguna enfermedad de acuerdo a la rigurosidad de esos cambios. El viento fuerte y denso, el volumen de polvo en el ambiente, la escasez de agua, vienen a constituirse en virtuales transmisores de una enfermedad "inmaterial" que se presenta como traída por esas alteraciones ambientales.

En 50% de los casos, entrevistados señaló que esta enfermedad "vive" en el agua; todos señalaron el haber sentido comezones en pies y manos al día siguiente de haberse introducido en la acequia; un 30% señaló que el rascabonito llega con los vientos del noroccidente de la provincia, pues en esos sectores señalaron, "andan muchas enfermedades", y en épocas secas como ésta, esos vientos "vienen sucios de enfermedad"; un 20% restante hizo referencia al polvo marcadamente persistente de la época, diciendo que "con él se levantan las enfermedades".

Para la "sarna" o piodermatitis, la casi totalidad de los afectados coincidió en señalar que era producto y consecuencia de la costumbre que tienen los niños, particularmente de chupar cañas tiernas de maíz, señalando que el

“bagazo” lastima e “hincona” las heridas, más aun cuando se consume junto a otros alimentos.

Respecto de las conductas que se adoptaron, una primera tabulación relacionada con la toma de decisiones terapéuticas nos muestra lo siguiente tomando en cuenta toda la población familiar encuestada:

1. El 1% de familias adopta acciones de carácter preventivo;
2. El 40% toman medidas únicamente a través del uso de recursos dirigidos a aliviar su síntoma más marcada: el comezón;
3. El 30% toma medidas terapéuticas de mayor “elección” (aquí se contabilizan las que hicieron uso de tratamientos de la medicina tradicional en forma sostenida y los que recurrieron a instancias formales de salud);
4. El 15% no adoptaba ninguna medida significativa; y,
5. El 14% adoptó medidas únicamente cuando se dio la complicación con piodermitis.

Analizando el tipo de conductas terapéuticas más comunes que se adoptaron en cada uno de los grupos familiares agrupados en estos porcentajes tenemos:

1. El común denominador de las familias que adoptaron medidas preventivas señalaba el empleo de baños, una vez por semana, con agua cocida utilizando plantas. En tres “recetas” se resumieron las prácticas de estas familias:
 - a. Eucalipto
 - b. Uchu jihua
 - c. Izo, uchu jihua y verbena

El baño en todos los casos consistía en un frotamiento prolongado sobre el cuerpo con la “granza”, los yuyos cocidos y un baño final con el agua ablandada.

Además, se hacía la observación sobre el hecho de disminuir el consumo de chochos.

2. En las familias correspondientes con el 30% de los casos reportados y que adoptaron medidas terapéuticas sostenidas, hemos analizado únicamente a los que hicieron uso de sus conocimientos tradicionales, llegando a establecer esta síntesis de su comportamiento:
 - a. Baños de agua de paico y jabón negro, luego la aplicación de una pomada preparada en casa, utilizando como ingredientes manteca de cerdo, "jullin" y limón (20%).
 - b. Baño con agua de matico y jabón negro y la aplicación pomada de matico y/o polvo sulfín (comprados en sitios de expendio de medicamentos) (2.5%).
 - c. Baño con agua de atuc pucha y matico (14%).
 - d. En el 45% restante se cumplieron las siguientes recetas:
 - Agua de matico, tauri ñabi, y uchu jihua
 - Agua de matico, huasilla, cerote, arrayán y limón, éste último aplicado después del baño.
 - Agua de macha sisa, botoncillo, izo, hierba mora y tocte
 - Agua de ruda, izo, verbena, chocho, tsímalo, uvilla congona y uchua jihua. En este grupo el comportamiento común advertía la aplicación de esos baños cada 5 o 6 días.
3. De las familias agrupadas en el 40% de los casos y que observan una conducta basada en el uso de acciones irregulares y de carácter sintomático, se encuentran el empleo común de tres acciones:
 - a. Frotamiento de limón sobre las zonas afectadas
 - b. Frotamiento de trago caliente
 - c. Frotamiento con orinas del mismo enfermo.
4. De las familias agrupadas en el 10% restante y que optaron medidas frente a la complicación, encontramos que, en su totalidad, optó por recurrir a los servicios médicos formales y unos pocos tomaron uno de los tratamientos antes descritos.

Analizando las respuestas clínicas de las terapias significativas recogidas en los numerales 1 y 2 de la sección que precede, pudimos observar lo siguiente:

1. Dentro del grupo de familias que, adoptaron medidas preventivas como las descritas, ninguna presentó una reiteración de la medida a través de un período mayor al de los meses del muestreo.
2. El análisis de este grupo fue difícil establecer, pues debía hacerlo sobre el seguimiento a un determinado grupo de casos, en todo caso, el análisis se llevó a partir de la información que nos fue transmitida, basada en la misma observación de esas unidades familiares durante el período de aplicación de sus propias terapias; estas son las conclusiones: una quinta parte de dichas familias iniciaba su terapia dentro de la primera semana de manifestación de la enfermedad, los restantes lo hacían a partir de la segunda semana.

Aproximadamente el 50% tenía, al momento de la visita, más de dos meses de evolución y manifestación del rascabonito.

La escabiosis es una entidad con una alta capacidad de reciclaje y esto se evidenció en el caso de muchas unidades familiares donde algunas de ellas, después de un período de resolución habrían sido reinfestadas. En la observación de estos últimos casos, pusimos atención en averiguar el tiempo de duración de su anterior proceso y la terapia empleada.

Tomamos sus tratamientos y comprobamos que curiosamente, eran aquellos que porcentualmente (ver numeral 2 anterior) habían sido los menos utilizados entre los que se destacan el uso de ruda, izo, verbena, chocho, tzímbalo, uvilla y congona.

Habíamos advertido también que no existían sobre este tratamiento medidas colaterales, como cambio diario de ropa, aseo de uñas, etc.

Sobre la base de este material, intentamos extraer lo que podría llamarse medidas más exitosas observadas en este período. En estas, tomamos las derrotadas en la práctica preventiva, y aquellas que señalamos en la última observación relacionada con el tratamiento, cuyo éxito parecía relativo, pero que en todo caso representaba mayor validez.

El conjunto de estas prácticas se reducían a baños periódicos y cuando más, a un mayor cuidado dietético, consistente en evitar una monodieta a base de choclo. El tipo de vegetales utilizados en estos baños tenían dos características en común, a todos se atribuía la cualidad de plantas "cálidas" y "amargas" y algunas de olor fuerte. El empleo de este

tipo de plantas, se entenderá en el sentido en que, dentro de la concepción médica andina, lo amargo, lo oloroso, lo cálido, rechazan las enfermedades, más aun cuando son entendidas como entidades "viajeras" o "masmáticas" (por usar un término empleado en homeopatía, y que nos aproxima más a esa comprensión), y a las que precisamente es posible repelerlas con el empleo de esos recursos.

Desde un punto de vista ajeno a la realidad terapéutica analizada, podría decirse que, para demostrar la validez de uso de esas plantas debía realizarse un estudio de su composición química; pero aún no siendo posible hacerlo, (como fue en nuestro caso) y sobre el supuesto de que aquellas no tuvieran la acción terapéutica que se les atribuye, la misma acción del baño por si sola, podía interpretarse como elemento terapéutico válido fundamentalmente en la acción preventiva.

Aceptamos como válido, también el hecho de que las fricciones hechas con la "granza" de las plantas sobre la piel, determinaba además de una considerable acción higiénica, el impedir el anidamiento del ácaro *Sarcoptes Scabiei* (agente causal de la escabiosis) y una mayor vascularización dérmica, que disminuía la predisposición.

Considerando el éxito que esas pocas familias habían logrado con las medidas preventivas y aceptando las disposiciones que acabamos de hacer (dado el carácter del problema en las comunidades), canalizamos un paquete de medidas preventivas y terapéuticas para ser procesadas dentro de los espacios sociales en que el CAAP venía realizando sus tareas de capacitación.

En cada una de las comunas mantuvimos reuniones de salud, con grupos interfamiliares, compuestos con representantes de 8 a 12 familias (promedio regular de participación), y con grupos comunales cuya asistencia era menor a la establecida por las reuniones familiares.

La mecánica normal de estas reuniones en términos generales consistía en abordar temas de salud sentidos por la comunidad como problemas, sobre los que, en diálogo abierto se intentaba dar cuenta de sus características y de las acciones -respuestas que la comuna elaborada; dos miembros indígenas quichua-hablantes participaban en este programa, coadyuvando en un reprocesamiento de conductas para optimizarlas, generando en última instancia una dinámica curadora producto del saber y acción de los mismos grupos sociales comunales.

Siguiendo la mecánica de las reuniones y haciendo uso del conocimiento presente en la práctica de algunas familias, iniciamos una acción dirigida a que las medidas más exitosas se colectivicen enfatizando las acciones preventivas. En el curso de este proceso fue posible ir realizando acciones demostrativas de la cualidad de las terapias recuperadas, sumando a estas acciones, recomendaciones de orden general posibles de ser asumidas por la población.

El paquete general que se articuló consistía en tres medidas:

- a. Baños secuenciales una vez por semana (más frecuentes habrían sido ideales, pero la escasa disponibilidad de agua no lo permitía) con fricciones de "granza" de una cocción de eucalipto para los fines preventivos; y de ruda, verbena, chocho, congona y eucalipto básicamente (por bacilos de más fácil y colectiva abstención) para la fase terapéutica.
- b. Corte de uñas
- c. Lavada de ropa con los residuos de agua de esta cocción.

Otras medidas, como lavado de ropa de cama, un cuidadoso planchado de la ropa, mudanza diaria de la misma, composición dietética más rica en nutrientes, no eran posibles de ser complementados en su generalidad sino solo por un grupo poblacional; esto debido a las duras condiciones que aun se viven en las comunidades. Sin embargo, esas tres medidas básicas fueron ampliamente aceptadas por las familias, gracias a que se correspondían a la lógica y representación que estas tenían sobre la enfermedad, pues utilizábamos recursos conocidos por todos y que a la fecha se mostraban más efectivos, haciendo extensiva la necesidad de su uso en todos los casos.

Un diaporama conteniendo esta síntesis, fue elaborado con el concurso de las familias de las comunidades en mención, como apoyo para este proceso.

La observación de control posterior se la hizo en todas las comunidades, generalizando en todas ellas la metodología descrita, con gran éxito.

Para el mes de diciembre del año 86 y el de enero del 87, realizamos una aproximación evaluativa sobre un muestreo aleatorio en cada comuna, observándose una marcada reducción de la morbilidad por escabiosis.

Donde más notoriamente operó dicha reducción, fue en las comunas vecinas de Pinzaqui y Hualpo. En la primera encontramos en el mes de enero 2 casos del total de la población en proceso de remisión. En la de Hualpo, 12 casos equivalente al 1.4% de el total de la población afectada.

Estos casos fueron identificados por los mismos miembros de la comunidad, es decir sin que nosotros hiciéramos diagnóstico de los mismos. Igual cosa aconteció en las restantes comunas cuyo número anotamos por la información de los propios comuneros: Ilumán Centro 60 casos igual al 11%, Carabuela 100 casos igual al 7%, San Luis de Agualongo 179 casos igual al 19%, Angel Pamba 50 casos igual al 12%. Sobre las dos últimas comunidades habrá que tomarse en cuenta el hecho de haber estado sujetas a mi acción asistencial más directa.

De hecho que resulta aventurado el hacer alguna deducción en favor o en contra de una acción de esta naturaleza, pues no existen experiencias más continuas al respecto. Una cosa si fue clara y merece ser enunciada: en los seguimientos de caso (30 familias) donde se siguieron las medidas, notamos que se obtuvo un proceso curativo en un período no mayor a los 25 días.

En los casos que se realizó práctica preventiva, ninguno fue afectado a pesar de las condiciones y ocasiones favorables para el contagio; y lo que evidentemente si es un acierto, es que en el conocimiento médico indígena existen elementos y principios de significativo valor que es posible ser asumidos y reprocesados por la misma sociedad indígena y ser sujetos de colectivización.

El rascaborito: un problema creciente en las comunidades de la cuenca alta del Toachi (parroquias Isinliví Sigchos)

José Sola

En los últimos años hemos sido testigos del avance sostenido de la escabiosis llamada "rascaborito" y su complicación piógena (piodermitis) que conforma el cuadro reconocido como "sarna" en las comunidades indígenas de la parte alta del Toachi, pertenecientes a las parroquias de Sigchos e Isinliví, todas asentadas por sobre los 2.800 msnm.

En algunas de estas comunidades mantuvimos reuniones comunales con madres y con niños escolares, en las que se puso en evidencia al "rascaborito" como un problema de salud que afectaba a la mayoría de miembros de la comuna, sin que hubiera familia libre de esta afección. A

pesar del amplio número de casos habidos en cada comunidad, el "rascabonito" en sí no es considerado como una enfermedad grave, a no ser que el afectado fuera un niño, o cualquier sujeto en el que las complicaciones piógenas, hicieran aflorar síntomas discapacitantes como la fiebre persistente, que es vista como otra "enfermedad" que amerita en sí un tratamiento más radical.

El carácter endémico, con picos epidémicos mantenido por esta enfermedad, se apoya en el análisis estadístico de la atención médica del subcentro de salud de Sigchos que concentra la demanda de las comunidades de la zona en estudio.

Regularmente el rubro designado a las enfermedades parasitarias e infecciosas de la piel, ocupan el tercer lugar en la demanda general de servicios médicos, cuantía que se incrementa significativamente a partir de los últimos meses de invierno (mayo y junio) y principalmente en los meses de sequía o verano (julio y agosto) meses en los que este grupo de enfermedades ecto parasitarias-piógicas ocupan el segundo lugar, desplazando a las enfermedades infecciosas y parasitarias gastroentéricas; hay que destacar que siempre encabezan los cuadros de atención médica, las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias.

Esta matriz epidemiológica de las escabiosis/piodermatitis, evidencia que se trata de un grupo morbozo endémico con picos de exacerbación, que insinúa epidemia durante los meses de sequía. Por verificaciones de campo comprobamos que esta cíclica se encuentra claramente identificada por las comunidades indígenas, por su asociación con el período de sequía. En todas las comunidades consideradas: (La Provincia, Tungiche, Guantugloma, Guasumbini, Taxojaló, Canjaló y de manera más reveladora en Quinticusig), el problema de la escabiosis/piodermatitis ha mantenido su ciclismo inalterado desde el verano de 1983, presentando caracteres preocupantes por su alta difusión en el verano de 1985, tiempo en el cual abordamos como tema de estudio y trabajo este problema.

La población que teóricamente cubre el dispensario de Sigchos, es de 7.427 hab., lo que arroja un promedio de morbilidad del 6.22% mensual, a la que se debe añadir la población de Isilivi (2.990 hab.) que tiene un servicio asistencial insuficiente e irregular.

ATENCIÓN MÉDICA A MORBILIDAD EN LOS AÑOS 85-86-87													
SUBCENTRO DE SALUD DE SICCHOS													
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	
1985	VR	%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%
	68.24.02	81.21.65	52.23.88	56.17.07	50.19.76	53.23.14	71.24.91	9.18.14	30.14.21	48.23.64	42.21.53	73.25.25	VR%
	PIEL	%	CI%	VR%	VR%	PIEL%	PIEL%	PIEL%	PIEL%	VR%	PIEL%	CI%	
	50.17.66	71.18.98	36.17.22	56.17.07	44.17.39	33.14.41	43.15.09	45.16.66	22.10.42	39.19.21	38.19.48	60.20.76	
	CI%	PIEL%	PIEL%	CI%	CI%	CI%	CI%	CI%	CI%	CI%	PIEL%	PIEL%	
13.07	67.17.91	30.14.35	36.10.97	41.16.21	32.13.97	39.13.68	40.14.81	15.07.10	26.12.80	36.16.46	35.12.11		
OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	
128.45.22	155.41.44	91.43.54	180.54.87	118.46.64	11.48.47	132.46.31	136.50.37	144.68.24	90.44.33	79.40.51	121.41.86		
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
283	374	209	328	253	229	285	270	211	203	195	289		3.786
1986	VR	%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%		PIEL%	VR%	VR%	VR%	
	56.30.43	48.23.76	43.18.69	40.26.66	46.23.45	51.24.04	49.19.60		51.22.27	45.12.42	63.26.35	73.32.30	
	CI%	CI%	CI%	PIEL%	PIEL%	PIEL%	PIEL%		VR%	PIEL%	CI%	CI%	
	2.28.26	45.22.27	43.18.69	38.25.33	43.21.82	39.18.66	45.18.00		35.15.28	39.18.57	48.20.08	40.17.69	
	PIEL%	PIEL%	PIEL%	CI%	CI%	CI%	CI%		CI%	CI%	PIEL%	PIEL%	
39.21.19	40.19.80	38.16.52	23.15.33	40.20.30	32.15.31	39.15.60		28.12.22	21.30.00	33.13.80	25.11.06		
OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%		OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%		
37.20.10	69.34.15	106.46.08	49.32.66	68.34.51	87.41.62	117.46.80		115.50.21	105.50.00	95.39.74	88.38.93		
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL		TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
184	202	230	150	197	204	250		229	210	234	226		2.326
1987	VR	%	VR%	VR%	VR%	VR%	VR%		PIEL%	PIEL%	VR%	VR%	
	83.30.18	70.31.81	49.24.87	46.22.66	39.18.39	52.26.13	83.35.47		78.38.80	49.20.58	38.22.48	63.34.05	
	CI%	CI%	CI%	PIEL%	CI%	PIEL%	VR%		VR%	CI%	CI%	CI%	
	53.19.27	63.28.63	40.20.30	46.22.66	37.17.45	41.20.60	45.19.23		50.24.87	39.16.38	28.15.56	29.15.67	
	PIEL%	PIEL%	PIEL%	CI%	PIEL%	CI%	CI%		CI%	PIEL%	PIEL%	PIEL%	
31.11.27	26.12.72	31.15.73	35.17.24	31.14.62	28.14.07	20.08.54		32.15.92	36.15.12	23.13.60	19.10.27		
OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%		OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%	OTRAS%		
108.39.27	59.26.81	77.39.08	76.37.43	105.49.52	78.39.19	86.36.75		41.20.39	114.47.89	60.47.33	74.40.00		
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL		TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
275	220	197	203	212	199	234		201	238	169	185		2.333

Atención médica para escabiosis/piodermatitis

1985	508	13.41%	del total de atendidos en el año
1986	430	18.48%	del total de atendidos en el año
1987	447	19.15%	del total de atendidos en el año
TOTAL	1.387	16.42%	del total de atendidos en los 3 años.

Fuente: Idem

Elaboración: Dr. José Sola V.

Comportamientos médicos

Una vez detectado el modelo de comportamiento epidemiológico de la escabiosis/piodermatitis se consideró la necesidad de estudiar la actitud que frente a esta enfermedad asumía la familia en las comunidades indígenas y el manejo terapéutico que hacían de ella.

El continuo seguimiento de casos y la aplicación de entrevistas individuales y familiares, nos permitió proponer algunas hipótesis que explicaran las conductas de las comunidades para enfrentar esta enfermedad de alta prevalencia:

- a. Mientras que el "rascabonito" afectaba a pocas personas en la comuna, las prácticas y recursos médicos tradicionales disponibles en la familia, eran suficientes y efectivos para controlar esos casos aislados.
- b. Cuando el "rascabonito", por condiciones especiales presentes en la zona, se disemina ampliamente, afectando a muchas personas en la comunidad, los recursos terapéuticos domésticos son insuficientes para resolver esta situación de epidemia, pues la medicina andina no desarrolló estas competencias.
- c. La imposibilidad de ofrecer respuestas positivas desde las prácticas médicas tradicionales, activa los mecanismos de adaptación hacia el sistema médico convencional, del que se toman ciertas prácticas y recursos afectivos y se los integra en la propia valoración médica holística común a la zona andina.

Esto abrió a las comunidades caminos de acercamiento y "demanda" de atención médica en los dispensarios parroquiales del MSP y SSC, dado que era urgente y prioritario disponer de prácticas y recursos médicos efectivos

que permitieran palear el acoso de la epidemia. Vale precisar que las prácticas médicas tradicionales tuvieron que ser alimentadas por esos recursos y prácticas convencionales, dentro de la propia lógica andina, tratando de incrementar su cobertura desde el efectivismo de los fármacos, y no desde las posibilidades epidemiológicas y preventivas que el cuadro requería. En términos cuantitativos la demanda de atención médica para "rascabonito/sarna" se incrementó; pero esto no es lo más importante ni lo más llamativo; acudían a los dispensarios solo aquellos enfermos con complicaciones graves y discapacitantes, sin salir de la comuna la gran masa de contagiados con distinto grado de ectoparasitosis y/o complicaciones y todos en espera de la fórmula que les permite liberarse de las molestias propias del mal.

Pero en ese proceso de apropiación de las prácticas y recursos recomendados en el dispensario aparecen problemas que ciertamente complicaron el panorama de la cura:

- En cuanto a los fármacos, de elección o específicos para el rascabonito (Bonzoato de Bencilo o similares), las recomendaciones eran extremadamente complicadas, por lo que su aplicación se volvió inadecuada y no ofrecía la efectividad que se quería. El tratamiento con este producto se volvió a la larga en meramente "sintomático" lo que permitió la reinfección del parásito. En los dispensarios, nunca se intentó simplificar el manejo de estos insumos farmacéuticos, a más de que se asociaba su uso a recomendaciones de difícil cumplimiento como aquello de "cambiarse de ropa todos los días", "lavar con detergente toda la ropa", "lavar las cobijas con detergente y plancharlos".
- Respecto al manejo de la complicación piógena, si bien se recetó desde los dispensarios el fármaco adecuado (penicilina benzatínica) (IM), no se tomo cuidado en precisar los casos que aconsejan su uso, por lo que un amplio sector de pobladores de los centros parroquiales y sus comunas adyacentes, demandaban indiscriminadamente este fármaco aun como preventivo lo que de suyo terminaba siendo contraproducente y hasta peligroso.

Sin embargo, la mayoría de familias comuneras, más allá de su recelo manifiesto a las "inyecciones" aceptaron su utilidad específica para tratar la "sarna" acompañada de "fiebre"; este tratamiento fue aceptado por considerarse como un medio "fresco" eficaz para evitar que el calor de la enfermedad se concentre en la sangre.

En virtud de la situación epidémica imperante, coordinamos reuniones con madres y niños para caracterizar la enfermedad en todos sus órdenes y buscar la manera más adecuada para enfrentarla en el seno de la comunidad. Como resultado de estas conversaciones se concluyó en la edición de un modelo terapéutico que reunía los conocimientos, formas de cuidado y manejo que se tiene del rascabonito/sarna, al interno de las comunidades de la parte alta del Toachi:

- Todos recuerdan el verano de 1983 en que comenzó este problema: ese verano se adelantó y encontró a los niños aún asistiendo a clases; la escuela se convirtió en un núcleo primario de infestación, pues cada niño llevó a su casa la enfermedad y la transmitió a toda la familia. Se concuerda que en todos los veranos ha habido esta enfermedad; al estar los niños en vacaciones, el riesgo de contagio siempre fue menor, no así en 1983 donde todos los factores concurrieron a generar un proceso de rápida multiplicación de la escabiosis.
- De "rascabonito" y "sarna" enferma todos, alcanzando su mayor gravedad entre los niños por las complicaciones que trae para los escolares, preescolares, e infantes. Se reconoce al rascabonito como una enfermedad contagiosa, "pasosa", según la gente, ya que si un miembro de la familia del escolar "coge" la enfermedad, el resto a corto plazo también la "cogerá"; sin embargo de esta casi exhaustiva identificación no se reconoce socialmente al agente patógeno parasitario. El apareamiento de la enfermedad se asocia con el advenimiento de la época seca; algunas versiones se ofrecen para explicar el por qué de la enfermedad:
- Los blanco-mestizos de los centros parroquiales y de las comunidades adyacentes, acusan su apareamiento a las deficiencias higiénicas del medio, sobre todo la falta de agua.
- En las comunidades indígenas se argumenta que es un mal cogido por los niños debido a su afición por "chupar cañas", se supone que el mal viene en la mata, especialmente cuando hay complicación piógena y se ha instalado la "sarna". C. Catota de Quinticusig a este respecto dice: "... así como las siembras sufren de males como lancha, halada, gusano, así también nosotros, los guaguas cogen males ...", interesante analogía que lleva implícita la acción de una fuerza externa "sobrenatural" que se introduce en el cuerpo causando desequilibrios, siempre que el individuo presente condiciones o factores que le predisponen: y estos son, según la

visión indígena, la "la falta de fuerza", "la debilidad de la sangre", "el mal humor" y ciertas transgresiones individuales o familiares". Respecto a las costumbres comunitarias, todo esto explicable desde la cosmovisión holística. Pero esta es la versión que explica la enfermedad cuando esta se presenta en casos aislados; más cuando su presencia es epidémica, la visión indígena pierde capacidad orientadora; en este caso, frecuentemente se dice: "el doctor ha de saber qué es bueno, por eso es doctor" (mujer de 30 años, Quinticusig), lo que de hecho califica el mal como una "enfermedad de Dios", según la nosografía tradicional andina.

- Respecto a la identificación y diagnóstico del complejo escabiosis/piodermatitis, no parece existir problema alguno para los comuneros, pues la convivencia diaria de la gente con esta enfermedad (por más de 4 años) les ha dado la posibilidad de reconocerla con propiedad en todas sus fases: a saber primer brote, generalización, resolución o complicaciones y reinfección

En efecto, todos saben esta patología empieza con el brote de "granitos" entre los dedos, pliegues de las muñecas, codos, rodillas, nalgas y en la cintura y genitales, para luego extenderse a todo el cuerpo bajo la forma más desarrollada de lesiones que causan prurito y que al rascarse mucho dan lugar a la tan temida sarna. El cuadro se pone grave cuando la sarna afecta la cara y aparece la fiebre, punto crítico que designa el momento de llevar al enfermo al dispensario médico a pedir que se le administre "la inyección".

- En lo concerniente al tratamiento, hasta antes de la instauración de los brotes epidérmicos del verano, se ha venido tratando a los enfermos de rascabonito y sarna con baños de cocimiento de plantas cálidas/amargas y la bebida de aguas "frescas" o "temperadas", siendo los resultados muy satisfactorios; una suerte de traducción por decirlo así farmacodinámica parece indicar que el cocimiento de plantas cálidas/amargas estas actúan como repelentes y "matan el mal"; estas plantas además cicatrizan las lesiones y fortalecen la piel. Por otro lado, las plantas frescas ingeridas en cocimiento evitan que el mal penetre, lo expulsa y actúan como purificadoras, como anti-inflamatorias. Las plantas usadas en este tenor son:

Cocción para baño

Marco:	Franseria artemisiodes
Sauco:	Cestrum auriculatum
Hierba	mora: Solanum nigrum
Matico:	Piper angostifolium

Cocción para beber

Llantén: Plántago mayor Linasa: *Linum usitatissimum* o límón
Malva blanca: *Althea officinalis*

Los “curanderos” de la zona recomendaban uno, o a lo mucho dos baños de una cocción que combinaba las plantas anotadas, más la ingesta de la fórmula “limpiadora” una o dos veces al día, por un máximo de tres días, a más de las recomendaciones de evitar situaciones que la predisponen a la “debilidad”, lo que facilita el “coger” las enfermedades.

Estas acciones fitoterapéuticas tienen una notoria efectividad sintomática; es decir, eliminan el escozor, cicatrizan las lesiones purulentas y anulan el alza térmica, pero sin que en muchos casos elimine al agente patógeno; de ahí que cuando aparece la epidemia, la cadena o espiral de contagio o infestación recurrente, anula la efectividad de estos recursos. que además son insuficientes en volumen para dar solución a estos casos. Esto explica el por qué existen personas y familias enteras que sufren este mal dos o más años y que al decir de A. Cofre (50 años, La Provincia) “... hemos acostumbrado a vivir con este mal...”

Esta incompetencia de los recursos médicos tradicionales, ha obligado a la gente a buscar la forma aparentemente más apropiada para enfrentar ese mal. En los casos graves y avanzados, especialmente niños se buscó ayuda (y se lo sigue haciendo) en la medicina oficial: en uno casos se pidió consejo sobre fármacos efectivos a los tenderos de Sigchos, que ya habían enfrentado la epidemia en la cabecera parroquial y tenían ya alguna experiencia en el manejo de los antiparasitarios. Sin embargo, ésta vía no fue suficiente, pues la casuística se ampliaba y los casos complicados eran cada vez numerosos, por lo que se acudió a los centros de salud, con los resultados que esbozamos anteriormente, resultando a la larga también incompetentes para enfrentar la epidemia, y esto en los siguientes rubros:

- Carencia de líneas programáticas y operativas para intervenir sobre una epidemia que se vislumbra como un problema regional.
- Ausencia de una política de protección sanitaria;
- Falta de recursos humanos y materiales para ofrecer una cobertura adecuada;

- Ausencia de un discurso terapéutico adaptado a las necesidades de las comunidades indígenas, pues el ofrecido fue complicado, confuso, sin considerar las particularidades con que se presentó y difundió esta enfermedad. Las recomendaciones ofrecidas o no se impartían de una manera que fuera fácilmente comprendida, o en su defecto, eran imposibles de cumplirse. Esto impidió una correcta asimilación de esta práctica curativa, y solo se incluyó aisladamente el fármaco de elección para la escabiosis (Benzoato de bencilo, Scabiolán Sarconyl, etc.) siendo usados estos de manera general y subterapéutica o simplemente con una mala aplicación, quedando el tratamiento de las complicaciones piógenas, a la exclusiva competencia del médico, al que se terminaba solicitando "la inyección que cura la sarna".

Una propuesta paliativa

Distrayéndonos del enfoque antropomédico y centrando nuestra atención en la perspectiva de la salud pública, situamos el problema de la escabiosis/piodermatitis, (a sabiendas que la escabiosis es una ectoparasitosis contagiosa y que se presenta como una endemia y/o epidemia como resultado de un la intervención de varios factores predisponentes y desencadenantes:

- La carencia crónica de vitaminas, proteínas y demás elementos protectivos de la piel y sus anexos, posibilita su parasitación y la consiguiente infección piógena secundaria, a más de que el proceso mórbido se presenta con mayor rapidez y virulencia.
- Hay en el fondo, un claro sustrato de desnutrición.
- La labilidad de la piel se incrementa en el verano ya que está sometida a permanentes injurias: viento, sequedad, calor. Esto redundo en explicar la razón de los picos de exacerbación en el verano.
- La ausencia o insuficiencia de cuidados protectivo- higiénicos de la piel, aseguran el terreno para la parasitosis, lo que se potencia por la carestía de agua. A esto se debe añadir los poco frecuentes baños y cambios de ropa. Todo esto posibilita la proliferación desmedida del *Sarcoptes scabies*.
- El hacinamiento garantiza el contagio masivo (el índice de hacinamiento general para el sector rural de esta zona está entre 4.7 y 5 personas por cuarto/dormitorio).

Todo esto abona a que aproximadamente el 70% de las personas en el verano de 1986 estuvieran con escabiosis y de ella, la mitad adolecieran de complicaciones piógenas. En la evaluación clínica hecha a los niños de las escuelas de la zona, se obtienen estos niveles de infestación.

**Evaluación clínica escolares
junio 1986**

Comuna	No escolares examinados	Escol. con escabiosis		Escol. con piodermitis	
Quinticusig	56	48	85.71%	29	51.78%
La Provincia	66	51	77.27%	22	33.33%
Guantuloma	36	32	88.88%	18	50.00%
Tunghiche	53	29	54.71%	14	26.41%
Gausumbiní A	21	16	76.19%	6	28.57%
Taxojaló	27	15	55.55%	8	29.62%
TOTAL	259	191	73.74%	97	37.45%

Fuente: Diarios de campo de los médicos
Elaboración: Dr. José Sola Md.

Definido el problema y sus componentes y señalados los límites tanto de las prácticas médicas tradicionales como de la medicina oficial, en una segunda fase de reuniones con madre y niños, se discutió la situación, quedando claro que en las actuales circunstancias era imposible disponer de los medios apropiados par romper la cadena de contagio y difusión masiva de la escabiosis, pues estos tienen que ver con la implementación de servicios de saneamiento ambiental, disponibilidad de agua apta para el consumo humano, mejoras en la vivienda, la dieta, el vestido, etc.

Lo urgente era disponer de elementos concretos que permitiesen al menos sedar la gravedad de la endemia y sus picos epidémicos. Bajo esa idea orientadora se encontraron la fórmula más adecuada tanto por la disponibilidad de sus insumos cuanto por la facilidad de su manejo.

El tratamiento consiste en combinar el efecto repelente y calmante, anti-inflamatorio de la fórmula fitoterapéutica tradicional a las que se añadió una sola y amplia aplicación de un escabicida potente: hexacloro ciclo hexano o lindano (Davesol) y en el caso de la "sarna" acompañada de alza térmica o sintomatología urinaria, se recomendó la aplicación de una dosis única de 1.200.000 UI de penicilina benzatínica L.A. vía I.M., siempre bajo la supervisión de una persona con experiencia, por los peligros que lleva su uso inadecuado.

Añadimos una variante al baño de hierbas: con las hojas cocidas debía friccionarse el cuerpo del enfermo, para luego aplicar la loción escabicida. Se realizaron jornadas demostrativas de la aplicación de este tratamiento cuyos efectos se notaron rápidamente.

La persona de este tipo de tratamiento que combina la efectividad de la fórmula fitoterapéutica y el efecto escabicida del fármaco, se inició en el segundo semestre de 1987 y continuó hasta 1989. Si bien se han detectado al momento familias en los que se ha asumido este modelo curativo el tiempo todavía es demasiado corto para evaluar su grado de incidencia real en el índice de prevalencia de la escabiosis. Sin embargo, la aceptación manifestada en las reuniones y jornadas demostrativas, nos hacen pensar que es una respuesta útil pues, si bien no rompe la cadena de contagio, distancia al menos la llegada del momento de reinfección.

Conclusiones

Para el caso de Ilumán hay que relevar de manera importante la utilización de los espacios naturales organizativos para discutir y problematizar los asuntos referentes a la salud- enfermedad. De la información vertida en las reuniones familiares e interfamiliares, se pudo armar de manera prolija y precisa el cuadro patológico: su etiología, reconocimiento, tratamiento y ciclo anual. Pero la mayoría logro unificar en una sola fórmula fitoterapéutica, lo mejor de la experiencia curativa herbolaria tradicional.

Recomendación terapéutica practicada y verificada en esas mismas reuniones de participación libre, donde las madres curaban a sus hijos afectados de esta afección epidémica. El trabajo en este espacio fue intenso, con una convocatoria que no decayó debido al interés por obtener soluciones. Eventos de esta naturaleza hablan de la posibilidad de autocapacitación comunal vista como la síntesis de conocimiento y prácticas

que son socializadas y convalidadas en la medida que se muestran efectivas y viables. En un medio en el que la medicina convencional no ofrece respuestas acordes a las necesidades de la población, el choque cultural en este rubro es evidente, o mejor la resistencia a la incorporación de los elementos convencionales tiene que pasar por un largo camino de adaptación.

Nos atrevemos a calificar a esta conducta médica como una clara defensa de la identidad del grupo étnico, frente al caso de la medicina oficial, que tampoco dispone de las mejores formas para combatir cuadros epidémicos.

Pero los logros del trabajo con este tipo de grupos, no se limita a proponer la fórmula curativa sino que insinúa ya ciertas prácticas preventivo-persuasivas, producto del reconocimiento y experiencia ganada luego de haber soportado varios períodos epidémicos, sobre una base endémica y de haber reconocido los factores predioponentes y desencadenantes de la escabiosis.

El trabajo no se limitó a los grupos familiares e interfamiliares, sino que se pasó al nivel comunal e intercomunal, espacios en los que se precisaron las líneas de manejo de la enfermedad, se organizó el trabajo y se discutieron permanentemente los resultados.

En suma, podemos afirmar que el modelo de trabajo generado en la dinámica de las comunidades de Ilumán y coordinados por el equipo de salud del CAAP se mostró expedito para responder con una alta cobertura a problemas epidémicos críticos, además de que sus espacios organizativos permitieron discutir y evaluar los alcances y límites de las prácticas tradicionales. En el caso que haga falta el ingreso de algún insumo a las prácticas médicas tradicionales, la reflexión permitirá su adaptación profunda y funcional, con esas prácticas que no pierden vigencia y que son parte vital en la reproducción del grupo étnico.

Para el caso de las comunidades indígenas de Sigchos-Isiliví en Cotopaxi, la situación fue un tanto distinta: por un lado, las prácticas médicas tradicionales se encuentran muy deterioradas mostrándose inoperantes en unos casos y poco efectivas en otros. En esta zona indígena, la medicina tradicional persiste, pero no con la agilidad y permanente revitalización que la nutre en Ilumán. Aparte de este gran límite, las prácticas médicas tradicionales no lograron desarrollar en la historia

respuestas para enfrentar problemas epidémicos. En estas circunstancias, las comunidades de la parte alta del río Toachi se vieron abocadas a demandar atención médica en los dispensarios estatales, pero siempre bajo el intento de apoderarse, de asumir esas respuestas curativas dentro de su propia lógica terapéutica. En cuanto a la participación de los dispensarios, se redujo a una tarea simplemente curativa pues carecía de líneas de acción definidas para enfrentar una epidemia.

Las condiciones de gravedad de la epidemia obligaron al equipo de salud del CAAP en Cotopaxi a coordinar reuniones con las dirigencias comunales para discutir el problema de manera urgentes, convocadas a través del cabildo o la escuela, espacios y grupos si se quiere muy formales, donde la fluidez de la reflexión no siempre fue la mejor. Sin embargo, con los grupos de las madres de los escolares de grados superiores, se consiguió establecer con claridad, cuales eran las condiciones predisponentes y desencadenantes de la escabiosis, su cuadro clínico y complicaciones, a más de definir una fórmula fitoterapéutica, que se evidenció después, era un efectivo sintomático; a esta fórmula, luego de la debida ponderación de sus cualidades curativas, se añadió el escabicida hexacloro ciclo hexono. Esta combinación curativa, elimina rápidamente las molestias y primordialmente disminuye las posibilidades de reinfección.

Esta recomendación que es más un "paliativo" ha sido promocionada en jornadas demostrativas prácticas, donde las madres han empleado dicha fórmula con sus hijos.

En estas experiencias con mecánicas diversas, (por tratarse de comunidades con realidades distintas), pero enrumadas a un mismo fin (enfrentar el rascabonito), los efectos de las propuestas terapéuticas realizadas revelan una buena aceptación y eficacia. Sin embargo, desde la necesidad de un impacto sostenido, estos productos no son significativos, haciendo falta considerarse un mayor período de tiempo en su aplicación, sobre una muestra poblacional representativa.

Por lo que ahora debemos resaltar y en particular para el caso de Ilumán, es reconocer la valía del modelo capacitador propuesto, pues utiliza los espacios y redes sociales del grupo étnico.

Fuentes consultadas

La información aquí presentada fue obtenida de las observaciones de campo en las comunidades de la parte alta de la hoya del río Toachi y de las reuniones, cursos y talleres de salud en esas comunidades durante los años 1985 y 1986.

En particular, colaboraron con el equipo: Vicente Ronquillo, Elsa Ati, Pedro Pablo Timbila de las comunidades del sector de la "Montaña". En Sigchos el Sr. Pompilio Arguello, Matilde Arguello y Luz de Guanotasig.

Para la comparación con comunidades fuera de Cotopaxí nos valimos de los estudios levantados por:

Harvey Paredes Md. CAAP en Licto, Punín y Flores;

Bosco Silva Md. CAAP en Cangahua;

Fausto Terán Md. CAAP en Cotacachi