



Desacatos

ISSN: 1607-050X

desacato@ciesas.edu.mx

Centro de Investigaciones y Estudios

Superiores en Antropología Social

México

Mendoza González, Blanca Zuanilda

Reseña de "Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí" de
Susana Ramírez Hita

Desacatos, núm. 29, enero-abril, 2009, pp. 185-190

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13913244014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Saberes médicos, tradicionales y religiosos en interacción permanente

Blanca Zuanilda Mendoza González

SUSANA RAMÍREZ HITA, 2005

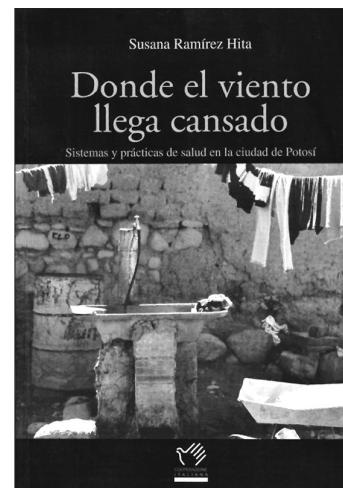
*Donde el viento llega cansado.
Sistemas y prácticas de salud en
la ciudad de Potosí*

Cooperazione Italiana, La Paz (Biblioteca Salud Intercultural, I).

Es éste el primer volumen de la Biblioteca de Salud Intercultural, creada en el marco de la política de apoyo al desarrollo del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí por parte de la Cooperación Italiana, en colaboración con la Fundación Angelo Celli. El texto propone el análisis de la relación entre las políticas públicas gubernamentales de un país como Bolivia con las formas cotidianas de vida en su realidad local. Hace evidente

la permanente interacción y síntesis de diferentes saberes médicos presentes en su medicina doméstica.

La información surge de un proyecto de intervención educativa en la ciudad de Potosí que, como primer paso, realizó un diagnóstico de salud y una detección de necesidades formativas del personal sanitario. Este trabajo de indagación brinda una perspectiva de la situación actual de la población, pone el acento en las condiciones de pobre-



► 185

za, marginalidad y etnicidad como determinantes macro y microsociales que repercuten en la salud/enfermedad de una población predominantemente indígena y hablante del quechua.

La autora nos ofrece datos de la CEPAL que hacen evidente la condición étnica indígena como objeto de marginación y devaluación social en Bolivia. Las cifras muestran elevadas tasas de mortalidad infantil, una de las más altas de Sudamérica, y una situación socio-

Traditional and Religious Medical Knowledge in a Permanent Interaction
BLANCA ZUANILDA MENDOZA GONZÁLEZ: Universidad Nacional Autónoma de México, México-Distrito Federal
zuanilda@hotmail.com.mx

Desacatos, núm. 29, enero-abril 2009, pp. 185-190.

Gabriela Zamorano



El Alto, Bolivia, 2007.

sanitaria precaria que condiciona importantes riesgos a la salud, aunado esto al hecho de tratarse de zonas endémicas de enfermedades infectocongiosas como las chagas, la malaria, el cólera y la tuberculosis, fundamentos que justifican un proyecto de intervención en salud.

El planteamiento del que surge la investigación y el objetivo que guía el trabajo son identificar la articulación de saberes biomédicos, tradicionales y religiosos en la construcción que madres

y abuelas quechua elaboran de los padecimientos, a la par de determinar las líneas de intervención sanitaria necesarias para mejorar los índices de morbi-mortalidad.

El estudio se desarrolló en la ciudad de Potosí con grupos domésticos quechua de estrato socioeconómico bajo, con personal de salud, terapeutas tradicionales y pastores evangélicos. Los ejes de análisis son la marginalidad, la pobreza, la etnicidad y la identidad étnica, a través de los cuales pretende

acerarse a los sujetos sociales, los saberes médicos y los modelos de atención, con base en un reconocimiento del pluralismo asistencial en el que los saberes médicos se articulan. Utiliza una metodología cualitativa con grupos focales, entrevistas a profundidad y observación, así como recopilación de información epidemiológica y demográfica en el sector salud y políaco.

La autora señala una redefinición actual en Bolivia de sus vínculos con la

economía mundial, la reorganización de su estructura productiva, la profundización de la vida democrática y la reorientación del papel del Estado, hechos que se dan en forma simultánea con una crisis del empleo y del ingreso económico de la población, que se manifiesta en la insatisfacción de sus necesidades básicas (vivienda, insumos energéticos, educación y salud), así como una feminización de la pobreza. Al respecto, se destaca que Potosí es una de las regiones con los índices más bajos de desarrollo del país.

Las políticas de salud en Bolivia se enfocan a aspectos como la salud materno-infantil por medio de un Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), gratuito a toda la población. Los Directores Locales de Salud son las máximas autoridades en toda el área territorial y se enfocan en la promoción, la prevención y la atención a través de la participación comunitaria. El Plan Estratégico de Salud es el instrumento de gestión actual, cuyo pilar es el seguro básico de salud, la medicina familiar y comunitaria, y los programas sanitarios, en un marco de interculturalidad, equidad de género e inclusión social.

En el departamento de Potosí funcionan 385 servicios de salud del servicio público, organizados en diez redes de salud, 110 centros de salud y 289 puestos sanitarios, dos hospitales de tercer nivel y un hospital de segundo nivel. Los programas especiales del Servicio Departamental de Salud de Potosí son el programa ampliado de inmunizaciones, chagas, malaria, zoonosis, tuberculosis, salud ambiental, atención al menor y nutrición. Para la autora resulta evidente la necesidad de profundizar

en las estrategias locales para incidir en infinidad de problemas de salud y no sólo en las referidas a la madre/niño, ya que se deja de lado aspectos relevantes para mejorar la salud integral de la población.

Potosí es uno de los departamentos donde la población rural supera a la urbana. Más de la mitad de sus habitantes son jóvenes y los idiomas más hablados son el quechua, el aimara y el castellano. La tasa de analfabetismo es elevada, su fecundidad es de 7.2 hijos por mujer, prevalece una alta tasa de desempleo y una deficiencia en la distribución y acceso a los servicios sanitarios básicos.

Una forma importante de organización social son los *ayllu*, estructura tradicional propia del periodo incaico, establecidos con base en el parentesco y designados por miembros de la comunidad.

La ciudad carece de una industria desarrollada y es eminentemente minera. La esperanza de vida es de 57 años. La tasa de mortalidad infantil es de 11.5 por 1 000 nacidos vivos; 80% de su población subsiste en situación de pobreza con un ingreso *per capita* de 438 dólares al año. Estas cifras nos muestran el fuerte deterioro de las condiciones de vida de la población potosina debido a la falta de una infraestructura social.

Existe una creciente economía informal. La estructura económica suele estar a cargo del varón y de la mujer del grupo familiar, pero en ocasiones se incluye el trabajo infantil. La explotación minera se caracteriza por ser improvisada y precaria, y llevada a cabo con recursos técnicos rudimentarios y una inversión débil.

La movilidad entre campo y ciudad es constante. Las familias campesinas que llegan a la ciudad habitan en cuartos únicos que cubren todas las funciones y con un elevado nivel de hacinamiento. La autora muestra como ejemplo la vida cotidiana de la familia Gómez, de origen rural, ahora residentes en Potosí. Ellos conviven en casa de los padres, y en total suman alrededor de una treintena. La familia está integrada por los padres y 11 hijos con su respectiva descendencia. Comparten el espacio de la casa paterna, el patio, el grifo de agua, el cuidado de los hijos. En el libro se hace hincapié en las dificultades de la convivencia doméstica, el trabajo femenino diversificado, las limitaciones del espacio y el apoyo a la actividad escolar. Se menciona la presencia de abonados, inquilinos de forma permanente o estacional, que son apoyados por la madre por ser de su región de origen y con quienes establece lazos de reciprocidad, lo que incrementa el hacinamiento, el alcoholismo y la violencia doméstica.

Una aportación del texto es presentar un panorama epidemiológico sociocultural de la población, ya que los datos de los servicios de salud institucionales no contemplan ni diferencian la enfermedad por grupo étnico y pierden de vista a otros sistemas de atención con modelos interpretativos diferentes.

Los datos cuantitativos epidemiológicos de Potosí, aun con sus limitaciones, nos muestran un panorama de altas tasas de mortalidad materna y de muerte infantil, la más alta en Bolivia —las causas de muerte en menores de 5 años son la diarrea y la neumo-

nía—, que coexisten con un creciente número de homicidios, accidentes viales y suicidios entre los jóvenes. Las principales causas de muerte general son de origen materno-infantil, enfermedades intestinales y cardiorrespiratorias.

Los diferentes actores sociales reconocen distintos problemas de salud como los causantes de la mortalidad, dependiendo del sistema médico al que pertenezcan, sin embargo, se hace evidente en las madres de familia el reconocimiento de una combinación de patologías populares y biomédicas. Quedan identificados por todos los sistemas médicos los accidentes laborales, la enfermedad relacionada con las minas, el alcoholismo, la tuberculosis y la silicosis, al igual que la muerte por parto, la diarrea y la neumonía. Las patologías populares no son reconocidas por todos los sistemas médicos y el sistema religioso, por su parte, reconoce algunas causas de mortalidad pero otras no.

Acerca de la morbilidad se reconoce la presencia de malaria, tuberculosis, sida, dengue, infecciones intestinales, diarrea, neumonías, infecciones respiratorias agudas, alcoholismo y violencia. Entre las enfermedades tradicionales, el susto, el viento, el amartelo, el orejo, el embrujo y el estómago vacío son las principales.

La autora sugiere considerar que los problemas más relevantes sobre los que habría que trabajar con programas concretos en las políticas socio-sanitarias para la ciudad de Potosí son el alcoholismo, los accidentes, el suicidio en adolescentes, la violencia doméstica, el embarazo no deseado en

adolescentes y la desnutrición en el anciano.

Una parte sobresaliente del texto es el análisis que hace de los diversos sistemas médicos. Para el caso del sistema de autoatención nos muestra las representaciones y prácticas de las madres ante las enfermedades más frecuentes que ellas identifican, principalmente las que tienen que ver con la salud infantil. Describe medidas de protección ante el racismo, como es la de hacer que sus hijos nazcan "blanquitos"; la protección de los animales domésticos; técnicas diagnósticas como la interpretación de los sueños, la observación de la orina, la lectura de la coca y el pulso. Señala el basto conocimiento de la medicina doméstica con relación al uso de medicamentos, plantas medicinales y alimentos, así como la influencia que tienen las generaciones mayores por su experiencia y los varones en la toma de decisiones. Hace referencia a los problemas para tener acceso a la biomedicina por la organización del sistema sanitario, sus bajos recursos económicos y la desconfianza. Muestra la existencia de una constante articulación de los diversos saberes realizada por las madres, apoyándose en datos, y demuestra que la autoatención es el primer nivel en el cuidado de la salud. Despues del reconocimiento de patologías como el estómago vacío, el orejo, el amartelo, éstas recurren a terapeutas tradicionales, así como al uso de terapias y terapeutas biomédicos, rituales y herbolarios.

El estudio hace evidente los cambios en los saberes de las madres a partir de su adscripción religiosa al evangelismo, la forma en cómo este proceso de auto-

atención adquiere características particulares entre la población de Potosí en condiciones de pobreza y ante la existencia de una institución médica deficiente.

Acerca del sistema médico religioso, la autora centra su descripción y diferenciación en el caso de la Iglesia evangélica pentecostés, ya que es la que posee un discurso sanitario amplio, eje de su doctrina. Resalta sus representaciones acerca de la conformación del ser humano y las clases de enfermedad en las que los conceptos de cuerpo, alma y espíritu son sustanciales. La intervención del médico, el psicólogo o psiquiatra es reconocida para hacer frente a las patologías del cuerpo y el alma, pero en el caso de las enfermedades espirituales, en las que el concepto de brujería es central, la única terapia efectiva es la intervención del pastor.

Este sistema tiene un reconocimiento de la capacidad diagnóstica, preventiva y terapéutica de la biomedicina, pero siempre complementada por la oración, la fe y una vida sana de vicios y adicciones, incluida la coca. El médico es visto como un mediador entre el poder divino y el enfermo. Se reconocen otras técnicas terapéuticas como la imposición de manos y la unción de aceite, realizadas por el pastor, así como la oración individual y colectiva. En él persisten algunas representaciones populares como la interpretación de los sueños, acompañadas de la lectura de la Biblia o las revelaciones.

La relación que tiene el sistema médico religioso evangélico con los dioses y espíritus de la religión andina es de persecución, pues les asigna un origen

diabólico. Para los pastores todo trato con los terapeutas tradicionales es un trato con el Diablo. El uso de las plantas es aceptado, pero no el ritual terapéutico. Reconoce las enfermedades tradicionales, pero les adscribe otro significado que surge de sus propias nociones. En cambio, con la biomedicina existe reconocimiento, pero se interpreta como intermediaria de Dios y se resignifican sus conceptos.

Respecto del sistema médico tradicional, en la ciudad de Potosí existen numerosos terapeutas tradicionales. Ahí funciona desde 1991 la Sociedad Boliviana de Médicos Tradicionales (Sobometra). Para la medicina tradicional el hombre está conformado por tres almas en constante conexión e interacción con la naturaleza y sus dioses, con los que debe mantener un equilibrio para conseguir la salud. Al quebrarse el equilibrio, llega la enfermedad. Se reconocen enfermedades corporales, aquellas en las que se altera la relación frío/caliente; y enfermedades espirituales, originadas por un castigo, por faltar a ofrendas, faltar al respeto a la deidad o a los lugares sagrados como los *chullpas*. Las enfermedades corporales pueden curarse con plantas y las espirituales requieren de ceremonias, pero ante casos quirúrgicos la medicina tradicional reconoce limitaciones.

Prevenir una enfermedad se logra al cumplir con las normas sociales, pero también al usar ciertas plantas o agua bendita, así como la ingesta de ciertos alimentos. El diagnóstico se obtiene por la lectura de la coca, los sueños, pulsar, ver la orina y los ojos. La terapéutica puede ir desde el uso de



Potosí, Bolivia, 2005.

plantas, masajes, baños, alimentos, ofrendas, ceremonias rituales, sacrificios de animales que puede realizarse en días y horarios específicos. Se describen enfermedades como el embrujo, la mancharisa o el susto, la gloria asociada con el trueno, la *gayqasqa* y la diarrea.

La relación con la biomedicina es de complementariedad. Para los terapeutas tradicionales primero hay que curar el espíritu y si es necesario enviarán al paciente con el médico. No obstante, se saben minimizados. Aunque ellos

diagnostican problemas que los médicos no reconocen ni tratan, han adoptado y resignificado conceptos biomédicos; su práctica está subordinada a la biomedicina y a la Iglesia evangélica.

Las representaciones y prácticas del personal sanitario respecto a su sistema de salud reconocen que la mayoría de la atención se centra en el programa SUMI, con muy poca concurrencia de varones a los servicios médicos. Ellos identifican a la pobreza y la falta de empleo como el principal problema

de Potosí. Otra problemática reconocida es la deficiente infraestructura y recursos humanos ante una demanda creciente de la población, así como la infinidad de trámites administrativos que deben cubrir; la limitada comunicación entre el primero y el segundo nivel de atención; la falta de capacitación del personal y los problemas de abasto de medicamentos, así como la deficiente motivación y el escaso énfasis en la promoción y la educación para la salud.

La percepción del usuario es que se da un servicio de mala calidad por ser gratuito, con un horario de atención inadecuado. La carente infraestructura, incluso sanitaria (deficiente abasto de agua), en los centros de salud, condiciona una falta de calidad en la atención. Un problema referido al trato con la comunidad es la poca conciencia en el cuidado de su salud, los problemas de nutrición que impactan a niños y ancianos, las dificultades en la comunicación por el idioma, la migración constante que genera un limitado seguimiento. Existen infinidad de quejas sobre la atención hospitalaria, la mayoría por descuido médico, por ello la gente prefiere acudir a la medicina privada, incluso en otras ciudades.

En el discurso del personal de salud su cultura está separada de la de los pacientes. Para ellos el fracaso de los programas sanitarios se debe a la cultura de la población: sus costumbres y tradiciones son vistas como una barrera para el mejoramiento de la salud. Se asocia el elevado índice de mortalidad con el uso de la medicina tradicional, a la que se considera costosa.

La autora concluye que hace falta

una visión global de los sistemas médicos para articularlos más eficazmente. Si bien algunos actores reconocen la medicina tradicional, otros sistemas médicos son dejados de lado.

El estudio señala los problemas estructurales de esta población como sustanciales: la pobreza, la marginalidad, la economía, la migración, así como las relaciones interétnicas, que ponen de manifiesto situaciones de desigualdad, en las que se califica al indígena como ignorante y culpable de sus condiciones de salud. Hace evidente, asimismo, las relaciones y transacciones entre la biomedicina y el sistema médico religioso: ambos combaten a la medicina tradicional, a la que consideran atrasada y como un obstáculo para mejorar, aun cuando la biomedicina se enfrente también a limitaciones en su práctica.

Se reconoce a las mujeres quechua como conocedoras del saber doméstico, ellas resignifican, sintetizan y articulan los distintos saberes médicos. No obstante, las condiciones de salud de la población siguen siendo deplorables. Existe un pluralismo asistencial dominante; se reconoce a la biomedicina como la más eficaz, pero no existe un reconocimiento ni la observación de otros saberes para integrarlos a los programas educativos, de promoción y atención a la salud.

Un aporte central del trabajo es mostrar la diversidad de interpretaciones, recursos y terapeutas que intervienen para hacer frente a las condiciones de salud/enfermedad de la población. Partir de un panorama epidemiológico sociocultural permite dar cuenta de la complejidad de este proceso, así como

de los diferentes sistemas médicos que entienden y atienden, desde diferentes perspectivas, los problemas. Cabe señalar que la autora analiza un sistema poco trabajado: el médico religioso, que ofrece un saber diferenciado, con cada vez mayor influencia en cierto tipo de población, y que genera enfrentamientos y alianzas con los otros sistemas médicos.

Una temática que considero podía haber sido más desarrollada a lo largo del libro es el análisis de las políticas públicas de ese país, que si bien son mencionadas, no es posible relacionarlas de una forma más profunda con los diversos sistemas médicos y la resolución cotidiana de los problemas de salud de la población.

El texto es un excelente ejemplo del pluralismo médico que existe en las sociedades latinoamericanas actuales, como Bolivia, así como de la relación que se establece entre los diversos sistemas médicos, que ponen en evidencia la desigualdad, estigmatización e infravaloración de aquellas prácticas populares que durante siglos han permitido a la población quechua y aimara resolver sus problemas de salud. Las condiciones de pobreza y limitación de recursos para la atención de la enfermedad son, de forma indiscutible, variables que le dan a esta población características particulares en la manera de comprender y atender el proceso salud/enfermedad, con un vasto conocimiento de las madres de familia como responsables del cuidado de la salud familiar y en el que se observa un proceso de síntesis y resignificación de su saber.