

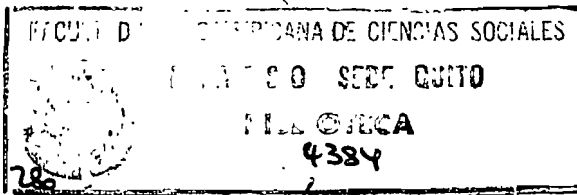
POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



cuadernos de
discusion
popular N°5

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

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



CAAP: Editores

REG. 113224
CUT.
BIBLIOTECA - FLACSO

PRIMERA EDICION

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

INDICE

<i>Presentación</i>	5
<i>Editorial</i>	7
<i>Introducción</i>	
<i>Carlos Coloma</i>	11

REFERENTES

<i>Marginalización de la Medicina o Medicalización de la Marginalidad: José Sánchez - Parga</i>	21
<i>El Proceso de Morbimortalidad en la Comunidad Andina: Documento CAAP</i>	39

EXPERIENCIAS

<i>Los Caminos de la Cura José Sánchez - Parga</i>	121
<i>La Soba de Cuy Claudio Barahona</i>	139

<i>Fitoterapia en Medicina Tradicional: Guantualó</i> <i>José Sánchez - Parga</i>	155
<i>La Odontología en el Sistema No Formal</i> <i>Oswaldo Flores</i>	179

ALTERNATIVAS

<i>Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular</i> <i>Galo Ramón</i>	197
<i>Concepción y Metodología del Proceso Salud- Enfermedad en la Comunidad Andina</i> <i>Raúl Harari</i>	255
<i>Aproximación Transcultural al Problema de Salud Mental en Ecuador</i> <i>Allan P. Castelnuovo</i>	281

SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO Y PODER POPULAR*

Galo Ramón

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

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

CONTENIDO

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

El Sistema de salud comunitario: una alternativa vigente

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

4.- CONCLUSIONES

1. INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. INTEGRACION _ RESISTENCIA COMUNITARIA AL SISTEMA DE SALUD ESTATAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. PROCESOS DE DIFERENCIACION CAMPESINA:

Fenómenos de integración—resistencia.

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

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

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

Economía Campesina Comunera:

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

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

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

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

Economía Campesina Familiar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

su cuota de poder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a.- Oferta estatal de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. LA MEDICINA TRADICIONAL

a.- Aproximación Teórica.-

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

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

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

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

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

2.— La profesión médica:

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

3.— El estudio para la dominación:

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

4.— Enfoques para un debate esclarecedor:

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

Sin pretender hacer escuela de ninguna de ellas, puesto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Por qué es un Sistema de Salud?

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

— Cómo denominaremos a este Sistema de Salud?

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

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

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

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

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

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

— **Carácter Regional:**

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

cos, por tanto a recursos naturales y culturales complementarios.

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

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

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

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

Los procesos de restricción del Modelo Nor—Andino de

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

— **Redes Sociales y Estructura:**

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

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

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

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

— **Prácticas Sanitarias:**

Enfermedades:

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

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

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

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

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

— **Carácter general de la Curación:**

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

— **Terapias:**

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

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

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

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

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

— Poder y conflictos de los agentes de salud:

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

— El control comunal:

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

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

3. SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO Y PODER POPULAR

Curiosamente, en la discusión sobre el problema de la

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL SISTEMA DE SALUD COMUNITARIO: Una alternativa vigente:

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

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

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

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

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

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

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

gión demanda en función de su sistema.

a.— Recursos Diagnósticos y Terapéuticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b.— Recursos humanos y Ciencia Campesina—popular:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué conocimientos tiene la población?

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

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

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

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

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

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

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

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

c.— Discurso preventivo—persuasivo del Sistema:

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

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

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

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

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

d.- Organización popular e institucionalización del Sistema:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CONCLUSIONES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Existen alternativas comunitarias viables?

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

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

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

Tradicional Andino.

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

