

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA REALIDAD DEL NORTE
“De algunas personas dicen que tienen buenas manos’. Actitudes de
los pacientes populares frente a la salud”.
Cuaderno de Investigación Social N°26
Iquique, Chile; 1988.

Canje y Correspondencia:
Casilla 135, Iquique - Chile
Teléfono: (+56) (57) 414461
Página web: www.crear.cl
Correo electrónico: bernardo.guerrero@unap.cl

Comité Editorial:
Yerny González C.
Juan Podestá A.
Juan van Kessel

Distribución:
Biblioteca y Centro de Documentación CREAR

Director y Representante Legal:
Bernardo Guerrero Jiménez

“De algunas personas dicen que tienen buenas manos’. Actitudes de los pacientes populares frente a la salud”.

María de Bruyn

PRESENTACIÓN

Los últimos meses del año 1986, y gracias a un convenio existente entre el Centro de Investigación de la Realidad del Norte –CREAR- y la Sub-Facultad de Sociología No Occidental y Antropología cultural de la Universidad Libre de Amsterdam, nos visitó María de Bruyn quien vino a realizar un estudio sobre medicina en los sectores populares de Iquique.

El trabajo que a continuación editamos es el informe final que María de Bruyn presentó a la Universidad Libre de Ámsterdam para obtener el grado de Drs. en Antropología Cultural y Sociología No Occidental.

El tema es de especial importancia por la sencilla razón que se inscribe dentro de aquella temática de alta relevancia social y académica, pero de escasa atención por parte de los profesionales de las ciencias sociales. Lo anterior pareciera estar indicando que muchos de los científicos sociales han reducido el tema de la salud a la exclusiva competencia de los profesionales de esa área, como son por ejemplo, los médicos, las enfermeras, etc. Sin embargo, al tenor del estudio que presentamos nos daremos cuenta que el tema de la salud y de las actitudes de los actores sociales vinculados a ésta, amerita una atención interdisciplinaria.

Por otro lado, cuando hay una preocupación, desde el punto de vista no médico, casi por lo general, se cae en catastro de tales o cuales remedios, de tales o cuales prácticas, pero todas, cual más, cual menos, tienden a soslayar los elementos interpretativos que permiten dar coherencia al por qué los pacientes prefieren un tipo de tratamiento y no otro.

El presente Cuaderno de Investigación que lleva el número 26, titulado “De algunas personas dicen que tienen buenas manos”, la autora hace una explicitación de las principales teorías sobre el tema, la somete a un análisis crítico, y finalmente opta, por una posición ecléctica, en la que combina diversos elementos de las teorías que discute, para tratar de interpretar el fenómeno. María de Bruyn entrega además valiosos datos y testimonios acerca de las motivaciones de los pacientes para optar por uno u otro tipo de tratamiento. En síntesis, un trabajo equilibrado entre teoría y datos, que nos permitirá valorar mejor la conducta de los grupos populares de la región en función de logro de la salud.

Para el Centro de Investigación de la Realidad del Norte –CREAR- la edición de este valioso trabajo, nos permite ir profundizando el conocimiento de los grupos populares de la región en función del logro de una situación de bienestar orientado precisamente a este colectivo social; nos permite dar pasos concretos para tomar en cuenta el día en que haya que planificar una adecuada política de salud,

diseñada con criterios sociales y no meramente económicos. En fin, nos permite tener una visión más real, y no dogmática ni prejuiciada de estos grupos mayoritarios de la región.

Finalmente no podemos dejar de mencionar nuestros agradecimientos a María de Bruyn por permitirnos publicar este trabajo, y a don Braulio Olavarría quien corrigió la redacción del mismo.

Comité Editorial
CIREN

Iquique, marzo de 1989

PREFACIO

La obtención del grado de Máster en Antropología Cultural y Sociología No Occidental, en la Universidad Libre de Ámsterdam, requiere la confección de una tesis teórica o bien la realización de una práctica de investigación en terreno. Opté por esta última en atención a que la Antropología es, esencialmente, una ciencia basada en el trabajo de campo. En este sentido, decidí efectuar una investigación en Latinoamérica respecto a las elecciones que asumen los pacientes enfrentados a diferentes formas de tratamiento de sus enfermedades.

Mi preferencia por Latinoamérica obedeció a motivos personales: a través de mi amistad con latinoamericanos. Así mismo, mi condición de norteamericana me inclinaba a aprender más de mis “vecinos sureños”.

El sitio específico para la investigación fue elegido por razones prácticas; un profesor de la Universidad Libre conocía a sociólogos que trabajan en el Centro de Investigación de la Realidad del Norte (CREAR) de Iquique, Chile, indicándome que ellos podrían prestarme asistencia práctica. Así fue como emprendí la investigación en la ciudad de Iquique entre el 8 de septiembre y el 30 de diciembre de 1986.

La temática de referencia -elección de tratamiento por parte de los pacientes-, me interesaba por las siguientes razones:

1. Hasta no hace mucho la mayoría de las investigaciones sobre antropología médica se circunscribían a métodos de tratamiento, sanadores¹ y creencias en torno a la salud y a las enfermedades. En tanto que las preferencias y expectativas de los pacientes recibían relativamente poca atención.
2. Las numerosas tentativas en orden a introducir el cuidado biomédico han tenido escaso éxito en los países en desarrollo, debido a que los pacientes continúan utilizando otras alternativas. En consecuencia, resultaba interesante averiguar el por qué.
3. El hecho, finalmente, de que yo también podría ser una paciente, me daba una cierta afinidad con el tema.

Este trabajo es un resumen del informe de la investigación². Comienza con una introducción a la pregunta examinada y a las perspectivas teóricas; después describe el diseño de la investigación y el contexto de ésta. Enseguida presento los resultados y algunas conclusiones. Los apéndices incluyen el cuestionario usado, un glosario y la bibliografía del informe completo.

¹ La palabra “sanadores” se refiere a toda la gente que hace curaciones, es decir, médicos y curanderos tradicionales.

² El informe completo está en inglés y se llama: “They say some people have good hands”. How patients choose treatments for illnesses in Iquique, Chile (161 páginas). Se puede consultar en la oficina de CREAR (Obispo Labbé 1235. Iquique, Chile.

Quiero agradecer a varias personas que me ayudaron. El Dr. J. van Kessel arregló mi estancia en el campo y me dio consejos útiles respecto al trabajo preliminar en Holanda. El Dr. P. Quarles van Ufford me hizo críticas valiosas durante el período preparatorio y mientras estaba escribiendo el informe en Holanda. Juan Podestá y su familia me ayudaron a encontrar alojamiento adecuado en Iquique. Este fue muy importante porque un gabinete tranquilo es muy valioso.

Las siguientes personas me ayudaron a contactar a informantes o me colaboraron en la obtención de datos: Edgardo Barría, Jerny González, Julián González, Víctor Guerrero, Rafael Miquel y Jaime Olivares. Quiero dar gracias especiales a Rina Vicentelo. Ella obtuvo valiosísima información para mí, gracias a las numerosas visitas que hizo a yerbateros y a las charlas que con ellos pudo establecer; sin su ayuda la descripción de estos personajes habría sido mucho menos informativa.

Por fin, y es lo más importante, quiero agradecer a los informantes³. Solamente pude realizar la investigación gracias a su buena voluntad para responder a las numerosas preguntas.

³ He cambiado los nombres de los informantes.

I. INTRODUCCIÓN

Hace 10 años, David Landy anotó que sabíamos relativamente poco de la conducta y de la posición social de los pacientes: las investigaciones en la antropología médica se habían concentrado sobre todo en la perspectiva de los sanadores y la provisión del cuidado (1977: 385). Al mismo tiempo, se reconocía que los proyectos en los países en desarrollo, que tenían el intento de fomentar el uso de la biomedicina como forma dominante de cuidado, a menudo no lograron su meta: los pacientes continuaban eligiendo otros tratamientos alternativos que se usaban en vez de la biomedicina o junto con ésta. El reconocimiento de estos hechos provocó interés en la perspectiva de los pacientes: ¿Qué anima sus elecciones y determina sus expectativas, deseos, satisfacción y conformidad con tratamientos recetados por sanadores?

Pedersen y Baruffati indicaron, en un bosquejo de investigaciones en Latinoamérica, que hay pocos estudios comparativos sobre el comportamiento de los pacientes (1985: 10). Sin embargo, algunos investigadores han dado atención a este tema: Cosminsky y Scrimshaw (1980: Guatemala), Young (1978: México), Young y Young Garro (1982: México) y Hill (1985: Costa Rica). Lo que la mayoría de los investigadores quiere saber es por qué los pacientes no usan el cuidado biomédico. Las razones por qué los pacientes eligen “alternativas” sirven como ilustración de lo que falta a la biomedicina. Se estima habitualmente que si la biomedicina incluyera lo que busca la gente en la medicina alternativa, entonces el uso de los servicios biomédicos aumentaría y el uso de las alternativas disminuiría⁴.

Un tema controvertido es si las alternativas de la biomedicina son efectivas. Aparentemente la OMS (Organización Mundial de la Salud) cree que sí, porque propuso un programa de Medicina Tradicional en 1978. La meta de la OMS es fomentar la incorporación de los curanderos indígenas en los programas de salud oficiales. Se espera que así más gente recibirá atención sanitaria, y más barata. Aunque poco se ha hecho en la práctica (Pillsbury, 1982), algunos investigadores advierten que no se debe intentar esta integración demasiado pronto.

Algunos dicen que no hay pruebas de que los tratamientos no-biomédicos sean efectivos, ya que más de alguno podría ser dañino; otros indican que la integración de los curanderos indígenas significa su subordinación a la biomedicina, con lo que la eficacia de su cuidado podría perderse; otros dicen que hay problemas prácticos, como el desarrollo de criterios para la evaluación de la eficacia de los

⁴ Press, por ejemplo, sugiere que el cuidado biomédico puede mejorarse si el doctor es más sensible a los concomitantes sociales y culturales de enfermedades y a la manera como otros sanadores las tratan (1982: 179).

curanderos indígenas y su medicina, resistencia contra los curanderos por médicos que no quieren trabajar con ellos, etc. (Bichmann, 1979; Pillsbury, 1982; Kleinman, 1978 y Velimirovic, 1984).

Pienso que algunas de las alternativas no-biomédicas pueden ser efectivas; sin embargo para algunas enfermedades prefiero la biomedicina, ya que hay pruebas de su eficacia. No obstante, más importante que mi opinión -y la de la OMS y otros investigadores- es el hecho que siempre habrá alternativas y los pacientes podrán y querrán elegir entre ellas. Deba tenerse en consideración en el diseño de los programas públicos y para hacer eso debemos entender más del comportamiento de los pacientes en su búsqueda de terapias.

1.1. PROPOSICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las consideraciones citadas arriba me hicieron proponer dos partes para mi investigación exploratoria:

“¿Cómo y por qué los pacientes eligen entre los sectores popular, “folk” y profesional buscando cuidado para curar una enfermedad?”

La hipótesis central fue:

“Los pacientes recorren una senda dada para tomar decisiones y los miembros de su red (entorno) social los acompaña (¿cómo?). Tienen también ciertos criterios (¿por qué?) cuando eligen una alternativa terapéutica (sector) para tratar una enfermedad.”

El foco de la investigación fue “émico”, es decir, quise contestar a las preguntas desde la perspectiva de los pacientes.

1.2. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS

Antes de discutir las perspectivas teóricas subyacentes de la investigación, definiré los conceptos centrales.

- **Pacientes:** Pacientes que tienen mala salud. Para la investigación fueron también personas que toman decisiones por los que no lo pueden hacer (por ejemplo, niños).

- **Enfermedad:** En inglés hay dos palabras para enfermedad: “illness” y “disease”. La primera se refiere a la experiencia en que alguien no se siente bien (la perspectiva del paciente). La segunda se refiere a una disfunción del cuerpo (la perspectiva del doctor). Una persona puede tener “illness” sin tener “disease” y viceversa. Me refiero en este estudio a enfermedades desde la perspectiva del paciente.
- **Red Social:** Las personas con las cuales el paciente tiene una relación personal e informal (en inglés se habla de “social network”). Puede incluir a miembros de la familia, amigos, vecinos, miembros de un club, etc. Para esta investigación no se incluye a personas que se consultan formalmente en relación con la salud.

Los sectores populares, “folk” y profesional: Una clasificación de alternativas terapéuticas que se basa en las personas que prescriben y hacen los tratamientos⁵. Aunque cada tratamiento significa una alternativa terapéutica, agruparlos contribuirá a facilitar el análisis. Hago uso de los siguientes conceptos sugeridos por Kleinman (1984: 141-149)⁶. El “sector popular” se refiere a tratamientos hechos por el paciente y miembros de su red social. El “sector folk” se refiere a tratamientos prescritos y realizados por sanadores no-licenciados y que no trabajan en una burocracia. El “sector profesional” incluye terapias dadas por licenciados que trabajan en una estructura burocrática. En otros países, hay sanadores indígenas en el sector profesional; no es el caso de Chile, donde el área indicada sólo reconoce sanadores biomédicos. Por lo tanto, en este país los términos “médico” y “sanador profesional” son sinónimos.

Pienso que esta clasificación es demasiado simple. Primero, si uno reúne todas las opciones no-biomédicas automáticamente en un grupo, no se da cuenta de la diversidad de estas alternativas. Segundo, los límites de estas dos categorías son indistintos si se basan en el contenido del cuidado. Ahora, los sanadores tradicionales a veces usan métodos y tecnología (inyecciones, remedios fármacos) que se asocian con la biomedicina; los doctores también usan métodos asociados con las alternativas tradicionales (por ejemplo, medicina de hierbas y acupuntura). Los remedios caseros también pueden consistir en hierbas, y derivaciones, o en remedios fármacos. Muchas veces sería mejor hablar de cuidado sincrético respecto al contenido. Tercero, pienso que los pacientes eligen entre terapias

⁵ En el pasado, muchos investigadores clasificaban los tratamientos de acuerdo con una dicotomía tradicional (indígena o alternativa) versus biomédica (moderna, cosmopolítica). El cuidado en caso no recibía mucha atención; cuando alguien habló de los remedios caseros fue siempre como “medicina tradicional”.

⁶ Recientemente, Coreil (1983) mejoró la clasificación de Kleinman. Propuso que se compararán los sanadores folk y profesional de acuerdo con el tipo de cuidado que prestan: primario, secundario o terciario. Como se verá en este estudio, una distinción entre sanadores generales y especialistas es realmente valiosa.

alternativas y no entre categorías distintas de “medicina tradicional” y “biomedicina” (ver también Cosminsky y Scrimshaw 1980: 275).

PRIMERA PARTE: PREPARATIVOS PARA LA INVESTIGACIÓN

En los capítulos 2 y 3 de este trabajo, se da información respecto a los preparativos para la investigación. En el capítulo 2, se discuten las perspectivas teóricas subyacentes del estudio. En el capítulo 3, se exponen las variables (factores) examinadas.

2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Según Kroeger (1983: 147-153), los estudios sobre elecciones por pacientes y su uso de tratamientos pueden agruparse en dos categorías: modelos de senda (“pathway models”) y modelos de determinantes (“determinant models”).

Los modelos de senda describen diferentes etapas en el proceso de tomar decisiones. El número de las etapas puede variar, pero normalmente incluye la percepción y evaluación de los síntomas, comunicación sobre los síntomas, empleo y evaluación del tratamiento, además, el paro o la continuación del (mismo u otro) tratamiento. Se enfocan sobre el nivel “micro” y por lo general estos estudios son cualitativos.

Los modelos de determinantes se concentran en variables asociadas con las elecciones de tratamientos; pueden enfocarse en los pacientes (edad, sexo, etnicidad, religión, etc.), factores que fomentan el empleo de varias alternativas (disponibilidad o accesibilidad) y en características de los sectores del cuidado de salud (la estructura del sector profesional, características de los sanadores, etc.). Los estudios que emplean los modelos de determinantes a menudo son cuantitativos; pueden enfocarse en los niveles “micro” o “macro”.

En la práctica los modelos de senda también se enfocan en determinantes específicos; es necesario para explicar qué hacen los pacientes en cada etapa y cómo se pasan de una a otra.

Hay tantos determinantes susceptibles de estudiarse, que el investigador tiene que elegir algunos. Los que se eligen son determinados por la perspectiva teórica y la metodología que se emplean. Mi selección de variables se basó en una evaluación de las perspectivas teóricas planteadas abajo.

2.1. PERSPECTIVAS DE LA ESTRUCTURA SOCIAL:

En las perspectivas de la “estructura social”, como el neo-marxismo y el funcionalismo, se asume que la estructura social en la cual vive la gente restringe sus elecciones entre alternativas. Los investigadores no consideran personas individuales: los neo-marxistas hablan de clases sociales y los funcionalistas se refieren al “papel” (en inglés, “role”) que tiene la gente.

En la perspectiva neo-marxista, se dice que las elecciones posibles de los pacientes son limitadas por factores socioeconómicos. La influencia de factores cognitivos y de percepciones no se ignora pero se dice que éstos son fuertemente influidos por el sistema socioeconómico dominante. Por ejemplo, Elling (1981: 95). dice que una manera en la cual el sector biomédico (considerado como un “pilar” del sistema capitalista) intenta establecer su “hegemonía cultural” es incorporando auxiliares médicos indígenas. A través del sistema educacional se enseña a la gente para que conciba que la biomedicina es la única alternativa válida. La familia se desintegra (porque muchas veces los miembros tienen que migrar por el trabajo) y su influencia en la socialización de los niños disminuye; entonces la escuela adquiere mayor influencia.

Varios estudios han demostrado que los factores socioeconómicos son verdaderas barreras para los pacientes, respecto a sus elecciones de tratamientos: de un lado, porque un buen cuidado no es accesible (Annis 1981: 522; Teller 1973: 220, 224), y de otro, a través de la educación para que la gente piense que las alternativas a la biomedicina no son buenas. Estas explicaciones son necesarias pero no suficientes. Aunque no ocurre frecuentemente, los pacientes pobres en los países en desarrollo emplean el cuidado biomédico particular a pesar de los costos altos (por ej. Teller 1973: 224). Y a despecho de la influencia educacional, los pacientes continúan usando alternativas a la biomedicina.

Los funcionalistas suelen enfocarse en características que se presumen son ingénitas o compartidas por pacientes como grupo. El modelo de Parsons (“el papel del paciente”: “patient role”) es un ejemplo famoso de esta proposición (1973:132). Según personas el paciente: 1) es incapacitado y no puede superarse; 2) no tiene que hacer sus tareas normales; 3) tiene que considerar la enfermedad como algo indeseable y entonces debe probar recuperarse; 4) tiene que buscar ayuda competente (es decir biomédica) para hacer eso. Esta teoría ha sido criticada fuertemente porque es limitada a ciertas culturas y clases (Landy 1977: 387). Se ha mostrado que hay variabilidad entre pacientes de diferentes religiones y culturas; Chrisman dice que las distinciones pueden relacionarse con diferentes expectativas normativas en distintos grupos, con la gravedad de la enfermedad o con la forma de vida del paciente (1977: 356).

Pienso que Chrisman tiene razón: el empleo de este modelo puede omitir factores capaces de cambiar los efectos determinantes relacionados a una “papel”. En algunos casos pueden ser tanto o más importantes, las clasificaciones etiológicas, las creencias religiosas o las costumbres culturales, respecto a lo que eligen hacer los pacientes.

La objeción más importante que tengo respecto a los modelos, empleando determinantes socioeconómicos y determinantes relacionados al “papel” del paciente, es que éstos tratan a las pacientes como personas pasivas: pareciera que ellos no tienen mucho espacio para maniobrar. Aunque los pacientes verdaderamente reconocen que hay límites en lo que pueden hacer para tratar enfermedades, creo que ellos piensan que tienen diferentes posibilidades para decidir cómo recuperar su salud. Los pacientes pueden tomar diferentes decisiones. Para emplear una analogía de deportes: los pacientes no son peones pasivos que se mueven en un ajedrez médico y determinado por factores socioeconómicos. Son más como jugadores de fútbol que inventan estrategias para lograr sus metas entre los límites dados por factores socioeconómicos y culturales. Pero de vez en cuando también pueden romper las reglas, sobresaliendo los límites. Por ejemplo, un paciente pobre que obtiene medicamentos de un amigo farmacéutico es como Maradona que hace un gol empleando la mano. Una perspectiva teórica adecuada tomaría esto en cuenta. A primera vista parece que la teoría de decisiones transaccionalista de una solución.

2.2. LA TEORÍA DE LAS DECISIONES TRANSACCIONALISTA:

Desde esta perspectiva, los pacientes son considerados como individuos que emplean todos los recursos disponibles y sus relaciones personales para asegurar y mantener su salud. La utilidad de los recursos frecuentemente se determina según un análisis de costos y beneficios.

La teoría de decisiones se basa en la suposición de que la gente hace elecciones racionales cuando se enfrenta con diferentes acciones posibles. Se cree que si uno puede descubrir los principios subyacentes en la toma de decisiones, será posible desarrollar modelos para predecir qué decisiones se toman en diferentes situaciones. Varios autores han desarrollado diferentes principios. Por ejemplo, en el principio “minimax” una persona intenta disminuir sus pérdidas máximas (Lee, 1971: 33). La persona considera el resultado más negativo de cada acción posible y entonces elige la acción que tenga los efectos menos perjudiciales (Heath, 1976: 27).

La teoría de decisiones tiene tres suposiciones básicas:

- la toma de decisiones es transaccional, es decir, se enfoca hacia la obtención de algún beneficio;
- es un proceso cognitivo que toma en cuenta creencias, expectativas, experiencias pasadas e información de otros;
- es racional porque es el resultado de un proceso bien pensado y concienzudo.

Algunos han criticado los modelos de decisión que se basan en los principios como “minimax”. Heath dice que se deben desarrollar reglas de decisión más sofisticadas para explicar decisiones en situación de riesgo e incertidumbre (1976: 38). Agrega que los principios son esencialmente normativos y que la conducta de la gente no estaría necesariamente de acuerdo con ellos (Heat, 1976: 32). Mathews dice también que la gente no puede hacer los complejos cálculos matemáticos que requieren los modelos normativos (1982: 173).

Hay otros investigadores que han intentado desarrollar modelos descriptivos en vez de normativos. Ellos también tratan de predecir las elecciones, pero buscan mejorar el valor de sus modelos desarrollando reglas de decisiones inductivas en lugar de deductivas; es decir, suponen los criterios empleados por los encuestados en vez de proponer los criterios que piensan que la gente maneja. El estudio de James Young, en México, es un ejemplo de esto (1981).

Mathews también dice que hay otra manera de simplificar la toma de decisiones; la gente emplea juicios heurísticos (“judgmental heuristics”).

Algunos ejemplos de esos:

- representatividad: si alguien ha visto que un sanador ha curado todas las enfermedades en su familia, asumirá que representa su capacidad de curar la enfermedad presente también;
- disponibilidad: la persona recuerda la última vez en que estuvo enferma; si el sanador le curó, lo elige otra vez, sin tomar en cuenta su tasa de éxito general;
- clasificación de enfermedades: de algunas enfermedades se dice que solamente pueden curarse con ciertos tipos de tratamientos (por ejemplo, la cirugía, las hierbas, o los ritos religiosos); si un sector de cuidado no puede proponer el tipo de tratamiento que considera necesario, éste no puede rotularse alternativo;
- secuencia fija de tratamientos: algunas enfermedades ocurren con frecuencia y la gente desarrolla una secuencia en la cual primero se usa un tratamiento,

entonces un segundo, etc. La sucesión de los tratamientos puede hacerse según el costo, la probabilidad de una curación, costumbres en la familia o tradiciones culturales;

- tratamiento por precedentes: se usa esta estrategia para enfermedades no comunes. El paciente se recuerda la última vez que experimentó la enfermedad y vuelve a emplear la misma terapia;
- tratamiento por analogía: se usa si el paciente se enfrenta a una enfermedad nueva. Se compara con enfermedades conocidas y después se elige tratamiento usado normalmente para tratar el caso más similar;
- empleo simultáneo: los pacientes emplean más de un tratamiento a la vez;
- la heurística social: si el paciente no tiene suficiente información o si el problema es complejo, podría solicitar la asistencia de expertos o de otros que tomen la decisión por él.

La idea de juicios heurísticos es valiosa para la teoría de decisiones transaccionalista: da más atención a los procesos cognitivos y ayuda a explicar cómo se decide en situaciones de incertidumbre. Sin embargo, hay tres problemas en relación con los modelos de decisión.

El primero es que la toma de decisiones se ve como una acción estática y lineal; no se refiere al tiempo (Kapferer, 1976: 17; Stoner, 1985: 44). Por lo general, se habla de una enfermedad cierta durante todo el episodio. Pero, la clasificación de la enfermedad puede cambiar con el tiempo; durante la enfermedad el paciente puede concluir que está aquejado por otra enfermedad y que necesita otro tipo de tratamiento. El segundo problema es que algunas decisiones no pueden predecirse tan fácilmente. Heath afirma que sucede porque algunas conductas no se explican racionalmente (1976: 39). Stoner postula que los modelos no pueden tener un éxito de predicción total porque no toman en cuenta la interacción social (pregunta de consejos) de los pacientes (1985: 45).

Considero que Stoner está en lo correcto y eso nos lleva al tercer problema con los modelos de decisión: muchos no dan atención suficiente a la red social.

Aunque la idea de una heurística social es un intento de tomarla en cuenta, se deduce que la red está involucrada sólo de vez en cuando. Pienso que no es correcto: la red puede jugar un papel importante durante todas las etapas del proceso. Algunos transaccionalistas reconocen este defecto en su teoría y sugieren conceptos desde la perspectiva interaccionalista que pueden ayudar a superar esta falta.

2.3. LA TEORÍA INTERACCIONISTA:

Esta perspectiva presume que la gente siempre reacciona ante estímulos en su ambiente. La gente comunica con otros individuos a través del lenguaje y de los signos. Los otros responden y la gente, a su vez, reacciona. Durante este proceso ellos anticipan qué reacciones pueden provocar sus respuestas en los demás (Schuyt, 1972: 6). El sentido de los acontecimientos se forma entonces a través de la interacción social.

Es bien sabido que la enfermedad es una experiencia social (Helman 1984). La forma como se definen las enfermedades (es decir, si se consideran los síntomas como normales o anormales), como se clasifican (grave o no, solamente curable con ciertos tratamientos, etc.), la manera como los pacientes comunican los síntomas y los viven, etc. Esos y otros aspectos de la experiencia de la enfermedad son influidos por la cultura y aprendidos en la juventud. Los pacientes pueden reaccionar, o no, según las normas aprendidas, pero sus reacciones siempre serán influidas por la manera como se comportan otras personas.

Hay quienes piensan que el transaccionalismo y el interaccionismo son teorías incompatibles. Kapferer (transaccionalista) sostiene, sin embargo, que ambas comparten algunas características:

Las dos consideran que la interacción y la naturaleza de las relaciones formadas así, mantienen y cambian las ideas, los valores y los sentidos que han entrado en el proceso de la actividad social (1976: 12).

La distinción principal entre ellos, es que la teoría transaccionalista considera los valores y sentidos como parte de un ambiente que se usa en interacción para obtener beneficios, mientras que el interaccionismo considera valores y sentidos independientes de tentativas de obtener beneficios (1976: 12). Kapferer recomienda, entonces, que los transaccionalistas pongan atención en su análisis de la estructura, la forma y el contenido de las relaciones sociales y la red social (Kapferer, 1976: 16).

2.4. EL ANÁLISIS DE LA RED SOCIAL:

Bax dice que una red social es esencialmente una colección ilimitada de gente interaccionando que cambia continuamente. Es intermediario entre una categoría social (grupos de gente que comparte ciertas características, o que lucha por las mismas cosas, sin interacción como grupo- por ejemplo padres) y un grupo corporativo que tiene reglas formales para los miembros y un carácter continuo, por ej., un sindicato (1978: 9-10).

Bax hace una distinción entre la red personal y la red social; la primera es parte de la segunda e incluye a todas las personas con quienes alguien (“ego”) tiene contactos o puede contactarse (Bax 1978: 10).

Se puede distinguir características estructurales de las redes sociales (Chrisman 1977: 364; Pilisuk y Froland 1978: 276-277; Bax 1978: 10-15; Muller 1980: 149). Las siguientes son algunas de estas características:

- intensidad: el grado de empeño entre los miembros (emocional u otro);
- densidad: el grado en el cual los miembros mantienen contactos entre ellos, sin referencias al “ego”;
- “multiplexity: los miembros pueden tener los contactos porque comparten una actividad o más (por ejemplo, si “ego” habla con un vecino sobre cosas de la población y nada más, la relación es “uniplex”, si ambos también son miembros del mismo club, y se visitan entre ellos, la relación es “multiplex”;
- distancia geográfica: lugares donde viven los miembros de una red y sus posibilidades para encontrarse;
- homogeneidad: si los miembros de la red tienen las mismas características como clase, religión, etnicidad, trabajo, etc.;
- variedad del contenido de las relaciones: la red puede consistir solamente de familia o amigos, o puede incluir un número igual de familiares, amigos, vecinos o miembros de un club, etc.;
- contenido transaccional de las relaciones: algunas relaciones son más formales, o sea transaccional (por ej. por el trabajo) y otras más informales (amistad);
- continuidad de las relaciones: algunas personas siempre interaccionan con las mismas personas y otras encuentran a muchas terceras personas, pero no con frecuencia.

Chrisman agrega una característica más que consiste en algunos rasgos: insularidad. Se refiere al grado en el cual una red está abierta o cerrada a contactos externos (1977: 365).

Se estudian estas características porque se dice que las redes sociales con diferentes características tienen una influencia diferente sobre el paciente. Por ejemplo, Chrisman dice que pacientes con una red social insular (cerrado a contactos externos) no usan nuevos tratamientos fácilmente, mientras que los

pacientes con una red social no-insular (abierta) prueban una nueva terapia más frecuentemente.

Pilisuk y Froland dicen que se pueden examinar las redes sociales como variables independientes y dependientes. Si la red es independiente, influye en las decisiones que toma el paciente. También se puede considerar la red social como variable dependiente o como un recurso: "capital social". En este caso el paciente puede usar la red para lograr lo que quiere. Por ejemplo, si un paciente quiere visitar a un compositor, tiene que estimar si puede pagarle o cómo contactarlo. Si el paciente no tiene dinero, quizás pueda solicitarlo a un miembro de la familia. Si su red social incluye a un compositor, la decisión de emplear los servicios de este tipo de atención también es más fácil.

Se observa que la red y su influencia pueden investigarse de distintas maneras. La red social puede influir en las decisiones del paciente y puede servir como recurso para que él pueda lograr sus metas.

2.5. UNA PERSPECTIVA ECLÉCTICA:

Dada la evaluación y las críticas citadas arriba, opté por referirme a una perspectiva ecléctica que combina aspectos de la teoría de decisiones transaccionalista con conceptos del interaccionismo desde un punto de vista de redes sociales. Como indiqué antes, observé que ciertas variables socioeconómicas pueden limitar las posibilidades de tomar decisiones. Factores como la educación y accesibilidad a tratamientos son importantes. Sin embargo, se debe considerar la influencia de estos factores en relación con otros que pueden cambiar sus efectos (por ejemplo, la red social).

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Para una investigación respecto a decisiones de pacientes, teóricamente, la población incluye a toda la gente que vive en el sitio del estudio; en este caso, fueron los habitantes de la provincia de Iquique.

Se puede dividir la población en dos categorías: habitantes rurales y urbanos. Debido a que los pueblos rurales son muy pequeños, muchas veces parcialmente habitados, y de difícil acceso, me centré más en los habitantes urbanos. Al

principio quise dedicarme a los habitantes de una población en la ciudad, de preferencia migrantes aymaras⁷. Por eso me decidí a entrevistar también a algunas personas en un pueblo rural: de ellos podría obtener más información sobre la educación juvenil de los migrantes (socialización) respecto a tratamientos, y quizás sería posible encontrar algunas diferencias en la toma de decisiones entre habitantes rurales y urbanos. Sin embargo, no pude concentrarme ni en una población de la ciudad, ni tampoco en migrantes aymaras, por lo que limité la muestra a personas de clase económica baja.

Quise entrevistar a dueñas de casa por cuatro razones:

- según la literatura sobre el cuidado de salud, parece que las mujeres tienen un papel importante en la toma de decisiones respecto a enfermedades;
- muchas veces, en las investigaciones se omite a las mujeres, dando preferencia a los hombres;
- siendo yo mujer, estimé que era más fácil hablar con mujeres;
- porque en Chile -desde hace dos décadas- las campañas de salud pública se han concentrado en programas materno-infantil, las mujeres podrían haber tenido mayor contacto con diferentes alternativas terapéuticas que los hombres (porque tienen relaciones más frecuentes con el sector biomédico).

La muestra no fue estadísticamente representativa. Al principio, tenía contactos con informantes a través de los sociólogos chilenos (mujeres que conocían por medio de proyectos poblacionales y por amistad). Después, los primeros informantes me presentaban a otras mujeres. En un caso hablé con un hombre; su esposa no tuvo el tiempo para hablar conmigo pero él quiso entregarme información.

⁷ Los aymaras son la minoría étnica más grande después de los mapuches, que viven en las zonas centro-sur del país, pero el gobierno chileno no los reconoce así. Hay leyes que han concedido a los mapuches la posición de grupo corporativo con derechos públicos, pero marginan a los Aymaras (van Kessel 1985B: 15). Cuando la prensa se refiere a “los indios” siempre indica a los mapuches, a menos que el artículo se refiere específicamente a los Aymaras. Un problema cuando se identifica a las personas como indios es que ellas mismas a menudo niegan su etnicidad cuando van a la ciudad o logran posiciones socioeconómicas superiores (quieren evitar el estigma asociado con la palabra “indio”). El gobierno no les concede el título de “indios” para no tener que darles ciertos derechos, pero muchos no-aymaras les llaman indios en sentido negativo. Durante mi estancia en Iquique, muchas personas me dijeron que los indios aymaras son analfabetos, feos, perezosos y rudos. Sin embargo, todos los informantes aymaras en esta investigación reconocieron su etnicidad.

Por tal motivo, no se pueden considerar los resultados de la investigación significativos desde el punto de vista estadístico, ni tampoco extrapolarlos a la población en general. Sin embargo, pueden servir para indicarnos qué variables pueden ser importantes en la toma de decisiones entre los tipos de pacientes estudiados.

3.2. VARIABLES:

La proposición de esta investigación se divide en dos partes.

¿Cómo eligen los pacientes entre los sectores populares, folk y profesional?

La meta principal en relación con esta pregunta fue determinar en qué grado la red social es importante durante la toma de decisiones: ¿tiene un papel durante todas las etapas e influye sobre todas las elecciones?, ¿Hay circunstancias en las cuales su influencia es más grande? ¿Sirve como recurso? También puse atención al empleo de los juicios heurísticos durante el análisis de los resultados.

¿Por qué eligen los pacientes ciertos sectores?

Para contestar a esta pregunta, examiné tres grupos de factores.

El primer grupo consistió en factores que pueden limitar o condicionar las elecciones posibles: clase social, educación, conocimientos, edad, religión y etnicidad de los pacientes.

El segundo grupo incluyó las variables que se toman en cuenta según la teoría de decisiones: experiencias pasadas, expectativas y preferencias de los pacientes. Esos están fuertemente interrelacionados.

El tercero representó los criterios que los pacientes consideran significativos. Ya que no tuve mucho tiempo en terreno, no pude conocer los criterios de un grupo en control. Por eso elegí criterios citados por pacientes en la literatura: costo, distancia y fe en la eficacia de tratamientos. Agregué otros criterios al diseño de la investigación en Chile, porque las conversaciones con amigos chilenos me indicaron que podrían ser importantes: el tiempo empleado esperando ver a un sanador y otros trámites.

3.3. METODOLOGÍA:

Recogí información sobre el contexto del estudio -el sitio, características sociodemográficas de la población y de la muestra, detalles de los sectores populares, folk y profesional en Chile- a través de entrevistas, observaciones y literatura. Hice entrevistas para contestar a la proposición de la investigación; las preguntas fueron semi-estructuradas. Todas las entrevistas fueron grabadas.

3.4. RELEVANCIA DEL ESTUDIO:

En el año 1972 McKinlay hizo una revisión sistemática de la literatura respecto al empleo de servicios de salud. Concluyó que hasta esta fecha faltaba un buen trabajo teórico (1972: 115). También sostuvo que el proceso de la toma de decisiones no había recibido suficiente atención en las investigaciones; además, en los estudios que trataron el proceso, el énfasis fue en los individuos sin atención por la influencia de la red social (McKinlay 1972: 26). Dado que la presente investigación dio atención a la teoría y a la red social, pretendo que tiene una relevancia teórica.

En Chile nadie ha hecho estudios sobre la toma de decisiones por pacientes; tampoco hay muchos estudios sobre las alternativas a la biomedicina, aunque existen estas alternativas. Entonces, la investigación que presento aquí tiene una relevancia práctica porque propone algunos datos sobre un tema bastante desconocido en el país.

3.5. ACTIVIDADES SUPLEMENTARIAS:

Un investigador puede hacer un estudio sin preocuparse de si su trabajo tiene una relevancia directa para sus informantes; o bien, puede considerar que su trabajo podría llevar algunos beneficios directos para ellos. Durante las entrevistas que hice, algunas personas aymaras me indicaron que no había nada escrito sobre su medicina en Chile; ellas querían tener algo escrito sobre sus prácticas, por lo que les prometí hacer un librito sobre la materia.

SEGUNDA PARTE: LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 4 presenta alguna información sobre la muestra de la investigación y los sectores popular, folk y profesional en Iquique. Los capítulos 5 y 6 discuten las

respuestas a las preguntas centrales del estudio, y en el capítulo 7 presento algunas conclusiones.

4.1. LOS INFORMANTES:

En total realicé entrevistas a 23 personas: 22 mujeres y un hombre. Diez fueron no-aymaras de la ciudad de Iquique; 13 fueron aymaras, entre los que había 8 migrantes en la ciudad de Iquique, un habitante de un pueblo de la precordillera y 4 habitantes de un pueblo altiplánico.

Algunos de los informantes urbanos vivían en poblaciones antiguas y sus casas tenían electricidad, agua y alcantarillado. Otros vivían en poblaciones nuevas derivadas de tomas de terreno. Aunque sus casas tenían electricidad y agua, faltaba el alcantarillado. Los habitantes rurales tenían que sacar el agua del río y no contaban con alcantarillado en sus casas. Por lo general, no usaban la electricidad dado los altos costos de los generadores en sus pueblos.

Cinco de los informantes mujeres no eran casadas: dos solteras, dos viudas y una mujer separada. Estas mujeres eran dueñas de casa y cuidaban de hijos, nietos o sobrinos. Se ve la edad y el nivel educacional de los informantes en las tablas I y II.

20-29 años	6 personas
30-39 años	6 personas
40-49 años	5 personas
50-59 años	4 personas
60-65 años	2 personas

Nula	5 personas
1°-6° básica	9 personas
Básica Completa	4 personas
1-4 años secundaria	5 personas

Tres informantes completaron además el curso para voluntarias de salud.

Según el sueldo parecía que todos los informantes pertenecían al estrato socioeconómico bajo.

Veinte eran católicos, uno pentecostal, uno Adventista del 7° día y uno no tenía profesión religiosa. Una mujer católica era bailarina de un baile religioso, así como familiares directos de tres informantes, también bailaban.

4.2. LOS SECTORES DEL CUIDADO DE SALUD:

4.2.1. *El sector popular:*

Este sector está vinculado a tratamientos hechos por el paciente o su red social. En Iquique, tiene cuatro categorías.

La primera categoría incluye hierbas y sus derivaciones como las resinas; muchos yerbateros importan hierbas desde otras regiones de Chile, de la cordillera, y de Bolivia y Perú. Se venden frescas y secas en los mercados, y como té en los supermercados y las farmacias. A veces se dan volantes gratuitos sobre las hierbas y sus usos en las farmacias; a menudo también hay instrucciones en los paquetes de hierbas secas. Se puede comprar hierbas solas y compuestas. Muchas veces los habitantes del interior recogen hierbas frescas del campo; los migrantes lo hacen también durante sus viajes al interior.

Se preparan las hierbas de distintas maneras. Para una infusión (té), se echan en agua hirviendo, dejándolas reposar algunos minutos. Para hacer baños se echan las hierbas en un tiesto con agua hirviendo; el paciente se ubica al lado del depósito, sentado o de pie, para que el vapor le envuelva. Después de abrigarse bien y acostarse. También puede lavarse con agua de hierbas. Se hacen sahumeros con hierbas secas y resinas. Para algunas enfermedades se frota el cuerpo con hierbas.

Los aymaras hacen una distinción entre hierbas “frescas” y “cálidas” y entre enfermedades causadas por el calor o el frío. Para ellos es importante determinar si una enfermedad es “cálida” o “fría”; se trata mediante alopátia, es decir, se dan hierbas frescas para una enfermedad cálida y viceversa. Algunos dicen que podría ser dañino dar hierbas cálidas para una enfermedad cálida; por lo general se agrega un poco de limón o sal a los remedios para asegurar que éstos no sean demasiado cálidos.

La gente no-aymara a veces habla de enfermedades causadas por el calor o el frío; por ejemplo, mucha gente cree que los dolores de la menstruación son resultado de frío o hielo. Sin embargo, por lo general no creen que las hierbas puedan ser dañinas: dicen, “si una hierba no sirve para una cosa, sirve para otra”, es decir, siempre ayuda al cuerpo.

La segunda categoría consiste en remedios de farmacia; frecuentemente se compran en las farmacias o a los yerbateros aspirinas, jarabes, polvos y cremas de sulfa, mentolato, agua oxigenada y yodo. Otros medicamentos que

mencionaron los informantes incluyeron la dipirona, la clorfeniramina, la ampicilina, la niketamida y la aminofenazona⁸. Se usan también junto a hierbas.

La tercera categoría es “miscelánea” y consiste en varias sustancias, incluso alimentos. Por ejemplo, muchas veces se usan frutas en bebidas (muchas gente dice que frutas como naranjas y limones son hierbas). Un remedio común para trastornos gastrointestinales (y el empacho⁹ es un purgante de zumo de papas, aceite de comer, sal y limón. Se trata de la fiebre y el dolor de cabeza con estos remedios:

- papas: se cortan en rodajas, se pican y se marcan en cruz con una cuchilla; a veces se echa un poquito de sal y después se colocan las papas en las sienes;
- claras de huevos: se baten las claras de la misma forma como para una torta; sale un tipo de aceite. A veces se agregan pétalos de rosas y se coloca el aceite en diferentes partes del cuerpo (aplicado a niños);
- harina flor: si un niño tiene mucha fiebre, se cubre el cuerpecito con harina flor para que le refresque y baje la temperatura;
- compresas: se mojan trapos o paños limpios con agua fría y se colocan en la cabeza y otras partes del cuerpo.

Para la tos se hace un remedio común con jugo de cebolla que se deja afuera, “al sereno”; el paciente lo toma en ayunas. Para el dolor de muelas a veces se muerde ajo o se pone una pulsera de alambre al lado opuesto.

La categoría miscelánea también incluye técnicas específicas. Para el dolor de espalda o el llamado “aire”, se usa una ventosa. Se echa un poquito de alcohol en

⁸ Hay que anotar que la mayoría de estos medicamentos solamente se obtiene, en los países desarrollados, con una receta médica. En Chile, su empleo no discriminado y acceso fácil para ser usados en remedios caseros es alarmante. Por ejemplo, la dipirona “está licenciado en los EE.UU. sólo para pacientes con enfermedades malignas terminales, en las cuales la fiebre no puede bajarse con métodos más seguros..... Este medicamento tiene una tasa de mortalidad tan alta como 1 por 200” (Doyal 1979: 268). La gente participante en esta investigación la usó contra el dolor de cabeza, la fiebre, la gripe, la tos y el dolor de muela (!). Los aymaras con quienes hablé en el interior también tenían acceso a medicamentos que se dan en Europa únicamente con recetas. Además, no siempre tenían instrucciones para el empleo de muchos de estos medicamentos.

⁹ El empacho, el aire, el mal de ojo, el mal de vesícula, la agarradura y gentiles, son las llamadas “enfermedades folk” en la antropología médica. Significa que son enfermedades que no reconocen como tales los médicos; dicen que son otras enfermedades somáticas o síntomas de enfermedades psicológicas, o producidos por éstas. Por ejemplo, la gente dice que el empacho se produce cuando algo se “pega” al estómago; los médicos dicen que es un trastorno gastrointestinal. Se encuentran las descripciones de estas enfermedades en el glosario.

un vaso y después se enciende un fósforo; entonces se corre el vaso revuelto sobre la espalda. En vez de alcohol a veces se usa un peso que se calienta con un fósforo; se coloca en la piel y se pone el vaso revuelto encima.

Para el aire en los oídos, se emplea un cambucho. Se hace un cono con un diario; se introduce la punta en el oído y se prende al otro lado con un fósforo. Cuando el aire sale del oído, extingue el fuego. Se usa el cambucho o humo de cigarrillos también para aire en la espalda y en los hombros; después el paciente tiene que abrigarse bien.

Los aymaras del interior emplean varios productos animales, como plumas de buitre y cóndor, sangre y cuero de perro, hígado de zorro, carne de zorrillo y culebra, insectos, cáscara de huevo de ñandú y bosta de varios animales. Por lo general, se usan estos ingredientes en remedios junto con varias hierbas.

La cuarta categoría consiste en tratamientos religiosos o rituales¹⁰. La manda es una promesa a la Virgen o un Santo; los católicos prometen hacer algo si la Virgen o el Santo ayuda en un problema (muchas veces una enfermedad de la misma persona o de un familiar). Hay diferentes tipos de mandas. Individuos pueden hacer una peregrinación; muchas veces hacen un sacrificio también. Por ejemplo, se dirigen a la iglesia o a la capilla en rodillas. Otros hacen una manda bailando tres o cinco años en un baile religioso. Estos grupos bailan para la Virgen o un Santo en su fiesta principal. La mayoría de los grupos baila una vez al año, pero algunos concurren a más fiestas. Si los padres no pueden bailar, muchas veces sus hijos cumplen la manda por ellos. Un bailaror habló así de su motivación para entrar al baile:

“Yo entré al baile pidiendo un favor a la Virgen, que hasta la fecha me lo ha cumplido. Yo tengo una enfermedad que es el asma, que hasta la fecha no me ha dado {más, y por eso le bailo a la Virgen. A los 7, 9 y 12 años la enfermedad fue crítica a los 15 años tenía que cumplir la manda y le seguí bailando, no la he entregado -la manda- porque le tengo fe a ella. Cada año que pasa más favores le voy pidiendo, a la vez le voy respondiendo con las danzas que tiene el baile.

¹⁰ Debe considerarse que las creencias religiosas de los aymaras católicos son sincréticas, es decir, mantienen muchas creencias de su tradición, como creencias en los espíritus del ambiente. La Pachamama (Madre Tierra) y los Malkus (espíritus poderosos de los cerros) son más importantes. Los aymaras protestantes niegan creencias en estos espíritus en teoría, pero encontré a algunos que todavía creen en enfermedades causadas por espíritus, como la agarradura y gentiles. Aunque no es fácil discutir las creencias aymaras indígenas en esta tesis, sería tema muy interesante para investigaciones futuras: ¿En qué grado mantienen los católicos y los protestantes creencias indígenas en relación con su salud?

A mí no me ven los médicos, antes de entrar al baile usaba remedios, inyecciones, tenía que ir a la Guardia. Una vez que empecé a bailarle a la Virgen dejé todo eso y hasta la fecha no me ha vuelto a dar. No me ahogo nada, antes saltaba y me ahogaba; ahora le bailo a la Virgen y le bailo "impeque", en ningún momento me enfermo, ninguna cosa. Ahora no veo médico.

Mi hijo bailó desde un año y cuatro meses en la Diablada, tiene una manda por la misma enfermedad mía; padecía de asma, hay veces que le da el asma, pero después se le quita inmediatamente, en la Tirana no le pasa na'." (Guerrero C. 1986: 4).

Otro tratamiento religioso que emplean los católicos es el milagro; es una placa metálica pequeña que muestra una parte del cuerpo, por ejemplo, un brazo, el pecho, las piernas, etc. Durante la fiesta de la Virgen de las Peñas se venden los milagros en puestos cerca de la capilla; los peregrinos los dejan en el altar, rezando y pidiendo la ayuda de la Virgen para la enfermedad. Se usan los milagros como prevención también; cuando visité la fiesta de las Peñas, una vendedora me preguntó qué hacía. Le dije que era estudiante y me recomendó que me comprara un milagro con un brazo o con ojos para que siempre pueda escribir y leer sin dificultades.

Muchos católicos piden ayuda a animitas para enfermedades. Un animita es el espíritu de una persona que murió por un accidente o un crimen. Se dice que las animitas tienen una gracia y un poder especial y pueden pedir ayuda a Dios. Una mujer a la que entrevisté me contó de un animita en su población: fue un joven que fue asesinado y quemado. La gente de la población le hizo una capillita y la mantenía limpia y linda. Muchas personas dejan placas al lado de una animita, dándole gracias para su ayuda.

Muchas veces se emplean la manda, el milagro y el animita junto con otros tratamientos; se piensa que ellos mejoran la eficacia de éstos.

Los aymaras del interior hacen rituales para varias enfermedades. Para la enfermedad causada por gentiles (los antepasados ancianos de los aymaras, quienes son enterrados en el campo), un miembro sabio de la red social del paciente puede hacer una ceremonia ritual para curarlo. Los gentiles entran en

una persona y se enferma; su ánimo se va del cuerpo. Durante el rito se llama al espíritu del paciente y se ofrece una comida a los gentiles para que se vayan.

La enfermedad “mal de ojo” se trata también en el sector popular; se pinta la frente o la cara del niño en forma de cruz (con la hierba palque, con sal o con lápiz labial) y se ruega a Dios que lo sane.

Los miembros de las iglesias protestantes participan en un ungimiento. El pastor u otra persona apropiada de la iglesia impone las manos sobre la persona enferma y ruega a Dios que lo mejore. A veces grupos de fieles visitan a los enfermos en casa y ruegan por su recuperación; allí también se ungen.

Los católicos y los protestantes también rezan cuando hacen remedios caseros. En los remedios que se hacen a base de papas u otras sustancias sólidas, estas últimas son muchas veces marcadas en cruz, para que los remedios tengan más poder. La cruz es “contra el mal”.

4.2.2. *El sector folk:*

Este sector incluye a los tratamientos prescritos y hechos por sanadores no-licenciados y que no trabajan en una estructura institucional organizada y burocrática. Es difícil estimar el tamaño del sector porque es informal. Algunos de los sanadores ponen anuncios en los diarios o distribuyen folletos en las calles. La mayoría de los pacientes visitan a sanadores folk porque alguien le ha recomendado un curandero específico o porque ya conoce a tal sanador.

En Iquique hay dos categorías de sanadores folk: los generalistas y los especialistas. Los especialistas tratan un tipo de enfermedad; figuran en esta categoría cuatro distinciones: la quebradora de empacho, el compositor, la partera y el santiguador.

La quebradora es una mujer que ha aprendido el tratamiento de una persona mayor (hay también quebradores pero parece que la mayoría de estos sanadores son mujeres).

Por lo general, el tratamiento que hacen es el siguiente: se pone el paciente boca abajo y se frota la espalda y la colita, muchas veces con ceniza. Después se tira la piel en la cintura tres veces, si suena significa que el paciente está empachado. Dado que las guaguas son delicadas, algunas quebradoras no tiran de ellas o solamente tiran con mucha suavidad. Después el paciente recibe agüita de paico.

La alimentación tiene que ser muy ligera (por ejemplo, solamente arroz) durante los tres días siguientes. (Cuando se da un purgante para empacho en el sector popular, también se da agüita de paico y alimentos suaves después.) La mayoría de las quebradoras hace el tratamiento gratuitamente, pero muchas veces la gente les paga algo.

El compositor trata torceduras, zafaduras, fracturas y quebraduras; aprende los tratamientos mirando el trabajo de compositores mayores y ayudándoles. Se practica trabajando con animales como burros, caballos, cabras, llamos y perros.

Los tratamientos de los compositores de distintas regiones pueden ser diferentes. Uno del centro del país con quien hablé en Iquique trató zafaduras solamente con masajes, empleando una crema, hierbas o aceite de comer. Una compositora aymara me informó que practica masaje y después emplea un parche hecho con la resina de la hierba yareta. El primer compositor trató quebraduras así: al principio limpió bien con agua hervida (algunos agregan sal, me dijo, pero él no porque éste “quema la sangre”). Después arregló los huesos con las manos y puso una tablilla; la vendó después. Me dijo que la recuperación dura unos quince días. La compositora aymara también limpió y arregló los huesos. En vez de una tablilla, empleó un parche que es así: primero se muele un poquito de trigo. Entonces se cortan las orejas de uno (o más) perro (s). Se recoge la sangre rápidamente y se mezcla con el trigo. (No se deja enfriar la sangre.) Se agregan hierbas a la mezcla de sangre y trigo y la coloca; se venda después. Se tiene que cambiar el parche diariamente al principio, y más tarde cada tres o cuatro días. Se sana entre cuatro a ocho semanas.

Los compositores tienen sus precios por los tratamientos aunque algunos aceptan pago a voluntad. En la ciudad los compositores se conocen y remiten sus pacientes a otros, sino pueden ayudarles. Muchas veces los compositores conocen bien las hierbas y a veces aconsejan a sus pacientes su empleo para otras enfermedades.

La partera gana sus conocimientos ayudando en partos y a través de instrucciones de parteras mayores. Se dice que algunas son más expertas que otras: pueden asistir en partos muertos y/o complicados. Las otras ayudan solamente, con partos normales y no complicados. Parece que el número de parteras está disminuyendo; se encuentran por lo general en el interior. Las parteras tienen una reputación mala entre los no-aymaras en la ciudad que no han vivido en el campo; dicen que las parteras solamente practican abortos ilegales.

El santiguador es especialista para la enfermedad “mal de ojo”. Da el mismo tratamiento que en el sector popular; sin embargo, se dice que el santiguador tiene mayor poder y conocimientos respecto a las oraciones apropiadas y por eso puede tratar mejor. Una mujer me contó que cuando una santiguadora curó a su guagua, la sanadora se enfermó después porque la enfermedad se pasó a ella. Gracias a que la santiguadora era adulta y muy fuerte, pudo recuperarse en algunos días.

Los sanadores folk generalistas incluyen a yerbateros, espiritistas, mentalistas, curanderos y acupunturistas.

Se da el caso que ciertos yerbateros solamente venden las hierbas, es decir, no actúan como sanadores. Pero muchas veces aconsejan a sus pacientes. Los pacientes describen sus síntomas y piden sugerencias respecto a las hierbas apropiadas y los yerbateros recetan varios remedios. Muchos yerbateros aymaras recogen las hierbas en el campo y conocen sus aplicaciones por experiencia práctica. La mayoría de los yerbateros no-aymaras hacen recomendaciones empleando volantes y libros sobre hierbas. Los yerbateros a menudo venden otros remedios junto con o en lugar de las hierbas: vitaminas, jarabes y cremas, aspirinas, sahumeros, bebidas, amuletos, etc. Algunos tienen buen número de pacientes y una reputación considerable. Por ejemplo, informantes aymaras y no aymaras muchas veces me recomendaron un cierto yerbatero en el Mercado Central.

Una revisión de los yerbateros en Iquique en abril de 1987 mostró que al menos 34 tenían puestos fijos en uno de los mercados de la ciudad; otros 12 trabajaban como vendedores ambulantes. Algunos trabajaban en el Mercado Central y en el Terminal Agropecuario, pero no se vieron los mismos yerbateros en ambos sitios los días investigados.

Tabla III: Yerbateros trabajando en Iquique los dos mercados los días 18 y 19 de abril de 1987.

Sitio	Forma de ubicación comercial	N°	Lo que vende	Etnicidad
<i>El Terminal</i>				
interior	puesto	6	hierbas y otros remedios	aymara
	puesto	4	hierbas y otros remedios	aymara
	puesto	4	hierbas y otros remedios	no-aymara
	puesto	4	solamente hierbas	no-aymara
	puesto	1	remedios peruanos	no-aymara
<i>Mercado Central</i>				
interior	puesto	4	hierbas y otros remedios	aymara
<i>Mercado Central</i>				
en frente	ambulante	4	hierbas y otros productos ¹¹	aymara
	ambulante	3	solamente hierbas	peruano
<i>Mercado Central</i>				
calle	puesto	1	solamente hierbas	no-aymara

Yerbateros aymaras dijeron que no envían pacientes a los médicos; los que hicieron curaciones contaron que solamente las hacen para familiares. La entrevistadora les preguntó si aconsejan curanderos a los pacientes. Al principio muchos le dijeron que no conocían a curanderos. Más tarde, cuando ella se hizo amiga, los yerbateros admitieron que tenían abuela, suegra o tío que sabía las curaciones.

La entrevistadora (que tiene madre aymara) dijo que fue difícil obtener esta información; por eso pienso que pocos pacientes llegan a los curanderos por

¹¹ Tres de estos vendedores eran familiares: abuela, hija y nieta. Aquellas estaban sentadas en el suelo y la nieta vendía en un carretón.

medio de yerbateros. Probablemente ocurre sólo cuando el yerbatero conoce bien al paciente.

Los precios de las hierbas son bajos: desde 50 hasta 150 pesos por una bolsita de hierbas secas; los pronósticos de los yerbateros no cuestan nada al paciente, así como tampoco las consultas formales de éste a aquéllos.

Los espiritistas y los mentalistas son muy similares. Ambos dicen que pueden trabajar por medio de poder especial. Algunos viven en Iquique y otros vienen cada mes. Algunos de mis informantes o sus familiares habían consultado a un espiritista que venía a Iquique de Arica cada mes. Un informante me dijo que ella trabajaba dos días desde las 07:00 hasta las 24:00 horas, tratando a alrededor de 300 pacientes en este lapso. Sus métodos varían. Un informante consultó a una mujer que predijo la diagnosis empleando los naipes. Otro había sido tratado por un espiritista que le tocó la espalda para curar la pena. Este paciente nunca vio al sanador porque éste estuvo escondido tras una cortina cuando el paciente entró; después, el paciente tenía los ojos vendados durante el tratamiento.

Los espiritistas recetan remedios con hierbas que los pacientes tienen que comprar en otro lugar; algunos también hacen cirugía “invisible”. El paciente tiene que acostarse a cierta hora; a veces tiene que ayunar también. A la hora, el sanador (que puede estar en otro lugar) opera con ayuda sobrenatural. Varias personas me contaron de otras que conocían y que habían sido tratadas de esta manera. Me dijeron que los pacientes tuvieron marcas en la piel, indicando donde se hicieron las incisiones.

Aunque los espiritistas tratan todo tipo de enfermedades, tienen una especialidad: curan la brujería. El precio puede ser muy alto: un informante había consultado a una espiritista que le pidió 70.000 pesos.

Las consultas normales cuestan entre 300 y 500 pesos.

Por lo general, son los aymaras lo que consultan a curanderos. Pero hay muchos no-aymaras que reconocen saber de ellos. En el pasado, muchos curanderos practicaban en el interior pero parece que ahora no hay muchos en esa zona rural del norte de Chile. Una razón es que los jóvenes no quieren ser curandero¹². Otra

¹² Parece que hay dos factores que contribuyen al desinterés: la influencia de la enseñanza formal y la modernización tendiente en la ciudad. Estos factores actúan contra la transmisión de conocimientos tradicionales. Cuando pregunté a una mujer aymara si hay jóvenes empleando las hierbas y aprendiendo de los curanderos (ella misma quiso ser compositora), me contó: “La mayoría de la gente joven prefiere olvidarse, yo creo, de eso. Porque hace un tiempo, cuando yo estuve en el colegio, mi profesor siempre me decía que hay que olvidarse de costumbres, de todas estas cosas, porque teníamos que ser como la gente de la ciudad.” Otra mujer joven, que vivía en el interior, me dijo: “Yo pienso que es porque piensan ellos que han venido a la ciudad, que aquí está todo mejor, lo más bueno, que allá arriba está lo que no sirve, lo que no vale. Entonces no aprecian las hierbas y las cosas buenas que hay allá. Entonces dicen que las hierbas y

razón es que muchos curanderos se han ido a las ciudades; los esposos de las curanderas encuentran trabajo allá y/o ellas quieren que sus niños vayan a la escuela allá.

Antes habían muchos diferentes tipos de sanadores folk aymaras; por ejemplo, el yatiri, que hacía diagnósticos; el paq'o, que trataba enfermedades causadas por espíritus, etc. Ninguno de mis informantes habló espontáneamente de yatiris pero dos me afirmaron conocerles; también sabían de cavilderos (sanadores que hacen diagnósticos y curaciones) que se encuentran en Bolivia y Perú. Por lo general, ahora se usa la palabra "curandero" para la mayoría de los sanadores folk aymaras.

Se dice que ellos hacen tanto los diagnósticos como las curaciones¹³.

Los curanderos emplean varios métodos para hacer sus diagnósticos. Algunos toman el pulso; otros miran a la persona o adivinan con la coca o naipes. Muchas veces emplean una piedra que se llama millo. La queman y la piedra cambia de forma. Si una persona padece de agarradura, el millo quemado forma la imagen del lugar donde fue agarrado el paciente; si es brujería, la piedra forma la imagen de una persona y el curandero puede determinar qué es ésta a través de preguntas al paciente y su familia. Si el millo forma una calavera significa que el paciente tiene gentiles.

Los tratamientos de los curanderos incluyen remedios con hierbas, dietas, masajes, y ritos. Son expertos en el tratamiento de gentiles y solamente ellos pueden curar la agarradura porque otras personas no tienen la fuerza para enfrentarse a los espíritus del ambiente. Estos pueden intentar apoderarse del curandero durante el rito. Por eso el sanador tiene que ser muy fuerte. Se dice que muchos curanderos pueden curar la brujería; se dice que algunos también la hacen. Estos tienen mala fama por eso, al punto que si los pacientes se enteran que un curandero hace brujería, pueden evitarle o dicen que no quieren saber nada de eso.

Los precios que piden los curanderos son variados. Para familiares y amigos el pago muchas veces es a voluntad. Otros tienen que pagar un precio fijo (por lo general), en dinero o mercaderías, dependiendo de lo que prefiera el curandero.

todas esas están cosas antiguas y que son cosas pasadas, y no es lo moderno, y lo bueno es lo moderno. Y lo moderno está aquí en la ciudad, entonces ellos tiran por acá y para allá, no les tienen ningún aprecio a lo que es de ellos ¿no? . Lo que es nuestro. Bueno, así es."

¹³ En el norte parece que la mayoría de los curanderos son aymaras; no obstante debe señalarse que la gente no-aymara (por extensión, no-indígena) del campo en otras regiones de Chile también habla de curanderos y puede ser allá, la palabra curandero se refiere a todo tipo de sanadores folk.

Una curandera de Iquique pidió alrededor de \$300 para tratamientos rutinarios y \$500 para remedios empleando masajes. Trató a una joven en su casa por tres días (la madre dijo que la curandera diagnosticó la enfermedad como brujería; la hermana dijo que su hermano estaba muy empachado). Este tratamiento costó 7000 pesos. También pidió 7000 pesos para sacar otras formas de maleficios. Un curandero boliviano que trató a uno de mis informantes (tuvo gentiles) le pidió 8 kg. de maíz y 5 kg. de trigo.

Parece que los acupunturistas no son muy conocidos; la mayoría de los informantes dijo no conocerlos. Un acupunturista puso anuncios en el diario, pero mucha gente pobre no pudo enterarse. Conocí a tres personas que consultaron a un acupunturista. Le conocían a través de su red social. Estos sanadores usan agujas y masajes en sus tratamientos. Parece que recomiendan al menos dos tratamientos para curar una enfermedad. El precio de un tratamiento para dolores en la espalda que pagó una amiga mía fue de 700 pesos.

Me pareció que, por lo general, los sanadores folk en Iquique no tienen opiniones totalmente negativas sobre sus colegas profesionales; reconocen la eficacia y el valor de los tratamientos biomédicos para varias enfermedades. Sin embargo, a veces piensan que estos tratamientos no pueden curar algunas enfermedades y que determinadas terapias de los doctores son largas, incómodas y molestosas (por ej. el yeso para quebraduras).

4.2.3. *El sector profesional:*

En Chile este sector está compuesto por los sanadores biomédicos que han recibido una enseñanza formal. Incluye a médicos generales, especialistas (como ginecólogos, neurólogos, etc.), matronas, enfermeras, practicantes, auxiliares, psicólogos, dentistas y voluntarias de salud.

El sector consta de tres partes: el cuidado institucional público, el sistema de libre elección (SLE), que es semi-particular, y el área particular. El cuidado público y el SLE pertenecen al SNSS (Servicio Nacional de Servicios de Salud).

El sistema público en la provincia de Iquique consiste en un hospital (en la ciudad de Iquique), cinco consultorios (tres en Iquique, uno en Pica y uno en Pozo Almonte) y algunas clínicas de la Cruz Roja en Iquique. En el interior hay seis postas médicas rurales (en Colchane, Camiña, Pisagua, Huara, Mamiña y Huaviña). También hay una ronda médica que visita cada dos, tres o cuatro meses los pueblos rurales. La ronda completa incluye a un médico, una

enfermera, una matrona y un auxiliar. Por lo general, el médico no acompaña la Ronda. Cuando va él, la Ronda no visita todos los pueblos.

En el SLE los médicos se clasifican en los niveles 1, 2 ó 3. Los de nivel 1 tienen los precios más bajos y los de nivel 3 los más altos. Los pacientes tienen que comprarse un cheque-bono para visitar a un médico del SLE y el precio del cheque-bono depende del tipo de servicio que necesita el paciente (consulta, examen, tratamiento). El cheque-bono cubre una parte del costo médico, el estado paga la otra parte. Aunque el SLE es semi-particular y subsidiado, los pacientes pobres lo llaman "cuidado particular". La Tabla IV muestra la distribución de los médicos del SLE en Iquique según los niveles en diciembre de 1986.

Tabla IV: Médicos del SLE en Iquique en diciembre de 1986.

Nivel	Médicos	Kinesiólogos	Matronas
1	11	5	1
2	35	24	0
3	37	1	26

Es posible recibir atención realmente particular a través de las ISAPRES (Instituto de Salud Previsional). Muchas veces los ISAPRES cubren porcentajes más altos de los costos médicos que el SLE, es decir, los pacientes de los ISAPRES pagan menos por la prestación de servicio que los pacientes del SLE. Sin embargo, las primas de los ISAPRES son más altas que el 7% que se paga al estado si uno pertenece al SNSS; además, los ISAPRES solamente aceptan a pacientes con sueldos bastante altos (el sueldo promedio de los miembros de los ISAPRES fue de 60.000 pesos por mes: Goic C. 1986: 91). Un director de un ISAPRE me informó que el 8% de la gente es miembro de un ISAPRE y el 92% recibe cuidado de salud a través del SNSS (atención estatal o del SLE). Un médico me dijo que, por lo general, el empleo de los servicios de salud corresponde a las clases socioeconómicas de esta forma:

- clase baja : cuidado público
- clase media : SLE
- clase alta : ISAPRES

En la práctica, parece que esta estimación no es justa. Pacientes con derecho a adquirir cheque-bonos de atención también lo hacen para traspasar este beneficio a familiares cesantes, pudiendo éstos visitar médicos del SLE también.

Concluí que los sanadores biomédicos tienen opiniones muy negativas de los sanadores folk y/o no saben mucho de ellos. Durante una entrevista con un jefe del Ministerio de Salud, me dijo que los curanderos son “médicos brujos”. Un siquiatra con quien hablé había tenido contactos con curanderos mapuches cerca de Santiago, ¡pero me dijo que no había curanderos en la provincia de Iquique! (solamente sabía de los sanadores folk que ponen anuncios en los diarios).

Medina y otros autores (1986) hicieron un estudio estadísticamente significativo sobre las actitudes del sector biomédico hacia los sanadores folk. Encontraron que molestaban más o menos al 75,1% del personal de los hospitales cuyos pacientes acudieron a sanadores folk. Las cifras correspondientes al personal de los consultorios y del sector particular fueron 74,9 y 76,3% (1986: 92). Las opiniones más favorables de la muestra de Medina y otros, fueron respecto a yerbateros, santiguadores y compositores: el 70,3% de los sanadores profesionales (médicos, enfermeras, etc.) tenían ideas favorables o neutrales sobre yerbateros; las cifras correspondientes a santiguadores y compositores fueron 46,6 y 33,5 % (1986: 94).

4.2.4. Tacna

Durante el trabajo en terreno encontré que los pacientes en Iquique tienen acceso a una cuarta posibilidad para su cuidado de salud. Esta alternativa es realmente parte del sector profesional, pero no es parte del sistema chileno. Consiste en cuidado biomédico propuesto por médicos particulares en Tacna, Perú. Una funcionaria de la oficina de estadística del hospital en Tacna me dijo que los chilenos consultan sobre todo a pediatras, internistas y dentistas peruanos. Cuando las consultas son particulares, no manejaba estadística alguna sobre eso, pero me dijo que ocurre muy a menudo. El día que visité Tacna, tres de las seis personas que viajábamos en el mismo taxi iban a consultar a un médico allá. Los informantes muchas veces nombraron Tacna durante las entrevistas también. Es importante anotar que la mayoría de la gente va a Tacna a consultas médicas, es decir, no va al médico sólo porque se encuentra en dicha ciudad, sino porque es especialmente favorable verlos allá.

5. ¿CÓMO ELIGEN LOS PACIENTES ENTRE LOS SECTORES PROFESIONALES, POPULAR Y FOLK?

5.1. LA “SENDA” DE LA ENFERMEDAD:

En esta parte discuro sobre las varias etapas de enfermedades y lo que hacen los pacientes durante las etapas.

Cuando pregunté a los informantes cómo identifican una enfermedad al comienzo, fue muy difícil para ellos explicarlo. Advertí que solamente de vez en cuando dan nombres específicos a las enfermedades en la primera etapa. Se evalúan los síntomas por aproximación o adivinación. La mayoría asociaba los síntomas con partes del cuerpo y/o categorías de enfermedades generales. María dijo:

“Yo noto inmediatamente si es de la garganta o del pechito porque ella sufre de eso. Entonces me doy cuenta inmediatamente porque la niña me deja de comer. Deja de tomar la mamadera por la garganta... o si es dolor de cabeza también, porque estas partes por acá [las sienes] empiezan a palpar.”

Norma me explicó:

“Por ejemplo, si es del estómago, [hay] vómitos, fiebre y mal al vientre. Si es de la cabeza, es así como... que le dan ganas a dormir”.

Y Juana indicó como se mira el paciente:

“O sea, cuando el niño tiene algo asentado, es muy conocido porque se le pone como una sombra así, como la vista se le hace por dentro.”

Aparte de la observación, se usaba otros métodos. Julia, por ejemplo determinó la temperatura tocando al paciente:

“Por ejemplo, cuando la guagua tiene ya mucha presión, que respira entrecortada, entonces le toca por ahí y tiene demasiado caliente. Entonces, eso tiene mucho calor, eso tiene mucha fiebre. [Se le da] cualquier remedio que haya fresco.”

Los aymaras del interior muchas veces toman el pulso:

“Porque si tiene un pulso acelerado, así fuerte, la persona no está tan bien. Es un poco grave. Pero si no, entonces no es grave.”

Otros informantes usaron un termómetro, buscaron los síntomas en un libro o preguntaron a los pacientes lo que hicieron recientemente. El resultado de este

proceso es que no se dieron nombres definitivos a las enfermedades, las trataron en base a sospechas. Por ejemplo, el esposo de Ana estaba enfermo cuando la visité, me contó:

“Mira, en este momento, en el caso que tengo, nosotros suponemos que es del estómago porque está con vómitos y dice que hace mal el estómago, pero no sabemos si lo que es realmente; ¿entiendes?”

La familia eliminó la posibilidad de un mal de vesícula, solamente porque los dolores no fueron tan fuertes. José también usó este método:

“Claro, uno no sabe por qué le duele el estómago y le da esos [remedios] pero a lo mejor está otra enfermedad; uno no sabe. Pero más o menos uno cree es esa enfermedad, el dolor de estómago.”

La consecuencia de este método de adivinación fue que todo los informantes trataron todas las enfermedades en casa, al principio. Admitieron que por ciertas enfermedades siempre recurrían a los sectores folk o profesionales, pero no eligieron estos sectores, al principio, porque no tuvieron que nombre dar a los síntomas para hacer la elección. Su primera decisión -¿qué significan los síntomas?- se basó en las generalizaciones y no fue bien deliberada. La siguiente decisión -¿qué sector debemos usar?- fue casi automática: el sector popular. En la tercera etapa, elección del remedio casero, se consideraban el pro y el contra de varios remedios.

Si los informantes creían que una enfermedad era grave, dijeron que recurrían a los sectores folk o profesional. Normalmente se asociaba la gravedad con síntomas alarmantes (dolores muy fuertes, fiebre muy alta, heridas grandes, etc.). Tales síntomas no ocurren con frecuencia; entonces por lo general, se tomaron decisiones sobre la gravedad, solamente en etapas posteriores a la enfermedad.

Muchas veces cuando la enfermedad continuaba, los pacientes comenzaron a formular ideas más claras sobre lo que podría ser. Cuando un remedio no hizo efecto, descartaron enfermedades y consideraron otras. Deduje que este método de “eliminación” era una regla, especialmente cuando la enfermedad se diagnosticó finalmente como un mal causado por espíritus o brujería. Los síntomas de estas enfermedades son muy parecidos a síntomas de otros tipos de enfermedades. Ante ello los pacientes, normalmente, clasifican los síntomas en otra categoría.

En algunos casos se identificó la enfermedad solamente cuando se pasó: por ejemplo, si el paciente murió, los familiares indicaron que había sido mal de ojo o alguna enfermedad causada por espíritus. Por ello, entonces a veces la identificación de una enfermedad puede ser menos importante durante el trance que después. Después como una forma de justificar el que no haya podido ser curada oportunamente, se da el nombre de una enfermedad. Más aún en el caso que se hubiese sabido que la enfermedad era fatal a menos que se usara una terapia ritual específica.

Normalmente parecía que los informantes usaron una serie de remedios caseros antes de ir a otro sector de atención. Concluí que el número de remedios usados fue influido por tres factores:

- los conocimientos de los informantes y los miembros de su red social.
- el número de personas consultadas
- el tiempo que los informantes consideraron como indicador de la gravedad¹⁴.

Una vez usados todos los remedios caseros o cuando la enfermedad persistía hasta el tiempo considerado como indicador de gravedad, todos los informantes dijeron que recurrían a un sanador. La elección de sanador dependió de una interacción de la influencia de la red social y las variables mencionadas en el capítulo 6. Había dos excepciones. Resulta fácil predecir las elecciones de tres informantes porque tenían opiniones negativas acerca de sanadores folk o profesional; la otra excepción se relacionó con algunas enfermedades folk, de las cuales se dice no tienen curación con tratamientos biomédicos.

Cuando pregunté qué harían si el primer tratamiento de un sanador no sirviera, seis informantes me contaron que nunca había ocurrido que no sabrían qué hacer. (En caso, descubrí más tarde que una mujer que consultó a un médico fue donde un compositor después). Cuatro dijeron que regresarían al mismo sanador, y nueve que consultarían a otro (quizás del otro sector). Una mujer me dijo que

¹⁴ Los tiempos variaban por informante; dependían del número de remedios conocidos, el tipo de síntomas y el tipo de paciente (el tiempo fue más corto para los niños en muchos casos). A veces estos tiempos fueron más o menos "fijos" y cuando se pasaron sin mejoría, el informante acudió a un sanador aún cuando no había usado todos los remedios caseros conocidos. Por ejemplo, algunos informantes dijeron que esperan 2 ó 3 días, tratando la enfermedad en casa; si no se pasa la enfermedad se acude al sanador. Otras veces, el tiempo se limitó por el número de remedios caseros, es decir, los informantes emplearon todos los remedios que conocían tanto ellos como los miembros de su red social. Solamente cuando no hubo más remedios caseros, consultaron a un sanador.

consultaría a otro sanador o emplearía remedios caseros otra vez, y tres que emplearían remedios caseros.

5.2. INFLUENCIA DE LA RED SOCIAL:

La influencia más básica de la red social se ve en la socialización juvenil de la gente. Algunos investigadores creen que hay una tendencia creciente hacia la “socialización biomédica” en los países en desarrollo; dicen que sustituye la socialización a través de la vía familiar y la red social con la resultante que los conceptos médicos populares se pierden.

Esta investigación indicó que se aprecia esta tendencia en Iquique. Por ejemplo, cinco informantes que habían cumplido la enseñanza básica o algunos con estudios secundarios me dijeron que recibían información sobre enfermedades y tratamientos del hospital y/o de sanadores biomédicos. (Al contrario, los otros informantes mencionaron de inmediato a sus madres, abuelas, tías, etc.). Parece que la exposición de estos informantes a las ideas científicas que se enseñan en las escuelas tenía efecto sobre su pensamiento y acción. Sin embargo, no se puede desmerecer la influencia contrapesada de la red social.

Tres de los cinco tenían opiniones favorables o neutrales hacia los sanadores folk, y dos ya los habían visitado. Los otros dos me dijeron que nunca habían visitado a los sanadores folk porque éstos no tenían estudios. No obstante, ellos mostraban pruebas de la influencia de ideas más tradicionales. Una mujer coleccionaba libros sobre hierbas y consideró las hierbas y los remedios fármacos tienen una eficacia igual. La otra mujer estaba protegiendo su guagua contra el mal de ojo por influencia de su red social:

“Mire... de mi primer niño no creía mucho, es que nunca me pasó, pero acá en el Norte, uno en todo caso escucha cosas que han pasado a las guaguas. Nunca he visto así, ¿ah? Pero escuchaba no más. Y de repente sí creí, pero más o menos no más; creo pero más o menos, no mucho. No estoy muy convencida. Pero porque la gente habla.”

Siguiendo los consejos de sus vecinas, esta mujer también había puesto la mitad de una nuez moscada en la camiseta de la guagua porque se dice que protege contra el aire. Ella también me dijo que otras personas le contaban que los compositores son buenos y que quizás tengan razón.

Estimo que ni el nivel de la enseñanza ni la etnicidad de los informantes tenían una influencia sobre la consulta a la red social, en cuanto a la primera evaluación de los síntomas o la elección de un remedio casero. Al contrario, la influencia la ejercen la edad, los conocimientos y la experiencia.

Ningún informante de 36 años o más pidió consejos durante las primeras etapas de una enfermedad porque ellos tenían bastante experiencia y conocimientos. No pude encontrar un patrón homogéneo respecto a eso entre los informantes jóvenes. De un lado fue porque la experiencia y los conocimientos se relacionan con oportunidades de tratar enfermedades: parece que las oportunidades dependen de la presencia de niños jóvenes en el hogar. Dos mujeres ciudadinas con cuatro niños chicos me contestaron igual que los informantes mayores; no pidieron consejos. Las otras mujeres urbanas con menos o ningún niño muchas veces consultaron a sus madres, amigas, vecinas y familiares, tanto respecto a la evaluación de síntomas como a la elección de un remedio. Las tres mujeres jóvenes del interior dijeron que podrían evaluar bien los síntomas y hacer tratamientos; sin embargo, muchas veces consultaron a sus tías al comienzo de una enfermedad porque dicen que estas mujeres son más expertas para hacer tratamientos; como dijo una mujer: “De algunas personas dicen que tienen buenas manos”.

En la vida rural los habitantes se interaccionan mucho respecto a varias actividades, entonces, en los pueblos chicos, el pueblo entero puede ser una gran red social, en la cual las relaciones tienen las características de densidad, “multiplexity” y un alto grado de empeño emocional. El respeto hacia la gente mayor también tiene mucho valor. Por eso puede ser que haya una norma que dice que los jóvenes tienen que consultar a los mayores cuando hay problemas, a pesar del hecho que los jóvenes tienen suficiente experiencia y conocimientos.

Casi todos los informantes dijeron que consultarían a su red social si el primer remedio casero no surtió efecto: solamente una mujer no pidió consejos. Los miembros de la red social consultados incluyeron a familiares (15 casos), amigos, compañeros de trabajo y vecinas.

Constaté que la red social y/o sanadores folk jugaron un papel muy importante en la diagnosis (y el tratamiento) de enfermedades folk como mal de ojo, brujería, agarradura y gentiles. Como he mencionado antes, la brujería, la agarradura y gentiles tienen síntomas parecidos a los de otras enfermedades; entonces no se identifican de inmediato. Normalmente, se identifican sólo por otras personas (es decir, no por el mismo paciente). En cuanto al mal de ojo son miembros de la red social quienes muchas veces dan la diagnosis. Por ejemplo, Leticia me contó de un caso en que una persona miró e hizo cariños a su guagua; el niño se puso a

llorar y a gritar. Una amiga suya vino y le dijo “es ojo” y Leticia trató a la guagua con palque. Justina tuvo una experiencia similar. Fue a la iglesia en colectivo y una mujer en el coche le hizo cariños a su niña. En casa la niña comenzó a vomitar y a sufrir indigestión. Una vecina vino, y le preguntó: ¿qué le pasa a la guagua? Justina le dijo que no lo sabía. La amiga puso la lengua en las sienes de la niña y dijo que estaban saladas; era mal de ojo. Justina recurrió a una santiguadora, quién curó a la guagua.

Supuse que las opiniones y relatos de la red social respecto a sus experiencias con sanadores influirían en las opiniones y decisiones de los informantes. La influencia de la red social fue menor de lo que yo pensaba. Si otras personas confirmaron las ideas y experiencias de los informantes mismos, éstos aceptaron sus consejos. Si los informantes no tenían experiencia propia también consideraron las recomendaciones de familiares y amigos. Por ejemplo, Ana, que no tenía niños, me dijo que iría donde una quebradora de empacho para sus hijos en el futuro porque su madre y tío habían tenido buenas experiencias con tales sanadores (y no con médicos para el empacho). Cuando Dorotea buscaba un pediatra del SLE, consultó a uno recomendado por su prima.

Nueve informantes (uno del interior, cuatro migrantes y cuatro no-aymaras) fueron a Tacna porque familiares y amigos se lo habían recomendado. Cinco otros también habían escuchado hablar a otras personas respecto a que Tacna es conveniente y pensaron que sería una alternativa válida en caso de necesidad.

Si los informantes tenían actitudes ambivalentes respecto a una alternativa, o si ya no tenían confianza en un tipo de sanador, también a veces hicieron lo que les recomendaron miembros de la red social. Por ejemplo, Georgina visitó a un médico por un control; le dijo a ella que tenía un pequeño quiste que necesitaba operación. Tuvo miedo por la cirugía y regresó a casa llorando; caminando encontró a un amigo que le preguntó qué le ocurría. Le explicó. El le preguntó si tenía dolores: “no -le dijo- y puedo comer todo sin problemas”. El le dijo que no se necesitaba la operación y Georgina no regresó al doctor. (Dos veces más, cuando fue al doctor para un control, le dijo lo mismo y nuevamente ello no hizo caso. Más tarde acompañó a su esposo a Tacna. El fue para tratarse contra la alergia. Allí Georgina decidió visitar a un médico peruano y éste le dijo que tenía un quiste del tamaño de una naranjita, que además estaba creciendo. Decidió operarse en Tacna. Pero no se sometió a la operación allá porque tuvo cirugía de emergencia en Iquique después de dos ataques de dolor fuerte: resultó que tenía dos tumores.) La hija de Olivia se enfermó gravemente y los doctores del sistema público le dijeron que sufría una hepatitis. La niña continuaba sufriendo mucho a pesar de varios tratamientos biomédicos y no podía comer. La hermana de Olivia

le recomendó el tratamiento de un curandero y lo hizo; me contó que él curó a la niña.

Si hubo una discrepancia entre las experiencias de los informantes y las de su red social, las opiniones y los consejos de ésta no me parecían tener mucho valor para los informantes. Concluí que no impidieron que los informantes emplearan una alternativa discutida. Olivia, por ejemplo, me contó que otras personas dicen que los curanderos son malos, pero como ella había tenido una buena experiencia tenía una opinión favorable respecto a estos sanadores. El rechazo hacia el cuidado biomédico público, reflejado en las opiniones de la red social, fue impresionante. El concepto que maneja la mayoría de la gente, incluso muchos de los informantes, es que el cuidado público es malo y deficiente. Cada vez se reitera este concepto durante conversaciones sobre el cuidado de salud, y los informantes mencionaron muchas veces las opiniones negativas de su red social respecto a eso. No obstante, los informantes desmintieron la “norma” cuando no estuvo de acuerdo con sus propias experiencias. En algunos casos, no contradijeron directamente a la red social, pero me dijeron que quizás ellos habían tenido suerte:

Myriam: “A veces acá [los doctores] atienden bien también. Depende de suerte”.

Alma: “Me atendieron bien. Al menos yo tuve suerte porque otros me han contado que algunos no le atienden bien, las enfermeras son antipáticos, dicen algunos. Pero yo no, yo tuve suerte porque me tocaba una enfermera bien cariñosa, bien buena.”

María: “Me atendieron bien. Tengo nada que decir. No lo sé si será porque muchas enfermeras me dijeron que tenía un genio muy agradable, que es muy adaptable, que me adapté a todo. No sé si es verdad eso o tengo la suerte de que me atendieron bien.”

Irina: “Sí, yo tuve suerte, sí; me atendieron bien pero dicen que es mal atendido, no sé.”

Otros sin embargo, contradijeron explícitamente a los miembros de su red social:

Georgina: me dijo que otros se quejan del hospital pero “No hay que opacar al hospital porque me atendieron bien, y bien limpiecito, no hay nada que decir.”

Juana: “Bueno, yo estuve una sola vez en el hospital y no tengo nada que decir del hospital.... Pero hay mucha gente que dice que el hospital es malo, que es mal atendido..... yo no fui mal atendida.”

Dorotea: “Me atendieron bien. Como hay otras personas que se quejan... de los almuerzos, de la atención, del desayuno, almuerzos malos, pero no, a mí no. Estaba bien.”

Entonces, parece que la influencia de la red social se limita a la confirmación de las opiniones ya tenidas de los informantes o las indicaciones para buenas elecciones si los informantes no tienen experiencia adecuada o si se muestran indecisos.

El papel de la red como recurso se notó de verdad en la investigación. Muchos informantes recibían hierbas y a veces remedios de farmacia, de parte de familiares y amigos.

Deduje que los migrantes aymaras tienen un acceso mayor a las hierbas que los no-aymaras porque tienen contactos regulares con sus familiares en el interior; los familiares les dan hierbas o bien los migrantes las cortan durante sus viajes allá. Los informantes también recibían dinero de parte de miembros de su red social para comprar medicinas.

La red como “capital social” no tuvo mucha importancia respecto a consultas sobre los sanadores biomédicos con la excepción de los practicantes: porque se administra inyecciones fuera de las clínicas, la gente tiene que buscar las personas que puedan hacerlo. Las personas que conocían a practicantes a través de familiares, vecinos, etc. tenían un acceso más fácil a estos sanadores.

Al otro lado, la red fue un recurso significativo en cuanto a las consultas sobre sanadores folk: quizás eso pueda ayudar a explicar el empleo diferente de este sector entre los informantes en la ciudad. Postulé que los migrantes conocerían mejor a los sanadores folk y les consultarían más que los no-aymaras porque habían tenido menos contacto con el sector biomédico, y más contactos con el sector folk durante su socialización juvenil. Me sorprendió que no fue así el caso: concluí entonces que los no-aymaras habían visitado más a los sanadores folk que los migrantes. Hay diferentes explicaciones para eso y discuto dos de ellas en el capítulo 6; una tercera explicación concierne a la red social.

Basándome en las observaciones y entrevistas, me atrevo a decir que las redes de los migrantes son más intensas, más insulares, más esparcidas (es decir, tanto en la ciudad como en el interior) que las de los no-aymaras. Determiné finalmente

que las redes de los migrantes ofrecen menos oportunidades de contactar a sanadores folk en la ciudad; los no-aymaras tienen más oportunidades porque sus redes, más heterogéneas, ofrecen más sendas para descubrir dónde están estos sanadores. Esta conclusión es muy especulativa; puede ser que la muestra de la investigación no fue bien randomizada y que encontré a no-aymaras con una familiaridad sobremediana con sanadores folk, o a migrantes con menos conocimientos que el promedio. No obstante, puede ser un tema interesante para investigaciones futuras.

5.3. ESTRATEGIAS DE SIMPLIFICACIÓN Y HEURÍSTICAS:

Las influencias de creencias relacionadas con la salud y las enfermedades se vio en dos heurísticas de “clasificación”. Una se relacionó con enfermedades y la otra con sanadores.

Todos los informantes que creyeron en gentiles, agarradura, mal de ojo y brujerías me dijeron que los médicos no pueden tratar estas enfermedades¹⁵. Solamente, cuatro informantes me dijeron que los médicos pueden tratar el empacho pero tres de ellos lo trataron por sí mismos en vez de ir al doctor. Los otros me dijeron que los médicos no lo reconocen, entonces debe tratar en casa o por medio de una quebradora. Ana me dijo, por ejemplo:

“No saben qué es el empacho. Ellos tratan por otras cosas, ¿me entiendes? Y la guagua sigue empachada última. Entonces, esas viejitas [las quebradoras] saben quebrar el empacho y bota la guagua lo que tiene asentado en el estómago.”

Norma también dijo:

¹⁵ Por lo general, solamente se identifican estas enfermedades (es decir, da el nombre de una enfermedad folk) después de un tiempo, cuando los remedios caseros o los remedios no-rituales no llevan a una mejoría. Se dice que hay un gran riesgo de que al principio se emplearan tratamientos “no adecuados” o “no apropiados”, porque los síntomas se parecen a los de otras enfermedades. El fracaso de los tratamientos biomédicos y/o populares sirve para reforzar el sistema de clasificación: se dice que la enfermedad no puede curarse con estos remedios. Si el remedio “apropiado” no resulta y el paciente muere, se dice que es porque no se diagnosticó la enfermedad a tiempo y se aplicó demasiado tarde el remedio apropiado. A veces el paciente ni muere ni mejora después un remedio “apropiado”. Muchas veces los remedios son rituales son complejos y por eso es fácil también explicar su “fracaso”. Por ejemplo, si se usa un remedio ritual, y el paciente sigue sufriendo, se dice que no se aplicó el remedio de manera justa, por ejemplo, no a la hora. De esta manera el sistema de clasificación de las enfermedades “folk” también se mantiene a pesar del fracaso de los remedios “apropiados”.

“O sea, que los médicos, uno lleva al niño con empacho, él le dice, o sea, la reconoce como infección intestinal, así [es] como le explica. Pero no [la] reconoce como empacho. Uno dice, 'doctor, mi guagua está empachada'... él no sabe. Le dice que es infección intestinal. Por eso casi que las madres no llevan hijos al hospital, le hacen en casa los remedios.”

Otras enfermedades mencionadas como no-curables por tratamientos biomédicos incluyeron el reumatismo, el asma, el aire, las heridas, las diabetes, el cáncer y SIDA. Con excepción de la última enfermedad, al menos algunos informantes creyeron que se puede curar estas enfermedades con remedios caseros o tratamientos de sanadores folk.

Como se dijo antes, se consideró que no es posible tratar enfermedades graves en casa; algunos me dijeron que tampoco pueden tratarlas los sanadores folk. Tales enfermedades incluyeron partos difíciles y operaciones. (No todos los informantes estuvieron de acuerdo con eso. Los dos informantes aymaras mayores del interior me dijeron que sus parteras pueden asistir partos complicados y Olivia (no-aymara) me contó que los espiritistas pueden hacer operaciones).

No todos los informantes clasificaron las enfermedades de la misma manera pero quedó en claro que hay clasificaciones en las cuales se dice que hay ciertas enfermedades que no se pueden tratar en un sector u otro.

La otra heurística de clasificación se relacionó con los sanadores. Por lo general, se consideró que los médicos como grupo son generalistas; si un tipo de médico no puede curar una enfermedad, hay otro tipo que puede hacerlo. Al contrario, tres tipos de sanadores folk (compositores, santiguadores y quebradoras) solamente pueden tratar un tipo de enfermedades: porque son especialistas uno no puede elegirlos si se trata de otra enfermedad. Algunos informantes también asociaron a los curanderos y espiritistas (en teoría sanadores generalistas) con tratamientos de brujería. Constaté que la mayoría de los informantes solamente consideraron a los yerbateros como verdaderos generalistas.

Cuando estaban decidiendo qué remedio casero se deber usar, los informantes usaban otras heurísticas. Una fue el tratamiento por precedentes; se recordó que remedios caseros habían usado antes para los mismos síntomas. Otros empleaban una secuencia fija de tratamientos para síntomas más comunes como resfríos, tos, empacho, aire, dolor de estómago, etc.

Otra heurística que empleaban los informantes fue la consulta de libros de hierbas. Estos informantes fueron no-aymaras; los aymaras conocían mejor las hierbas y por lo general no necesitaban ayuda con eso.

5.4. CONCLUSIONES:

Las decisiones con respecto a tratamientos en Iquique dependen, de una parte, de consideraciones individuales y de otra parte de la influencia de la red social. Se toma decisiones más individuales cuando hay una situación poco incierta y/o el paciente tiene bastante experiencia y conocimientos. Hay una excepción: en los pueblos pequeños donde las relaciones de la red social son más intensas y la gente comparte más aspectos de su vida, la gente joven siempre pide consejos a los mayores, a pesar de sus propios conocimientos.

Si los informantes tenían experiencias diferentes de las de la red social, no tomaban en cuenta las opiniones y recomendaciones de ésta. Cuando había más incertidumbre o los pacientes tenían opiniones ambivalentes, el papel de la red social fue más importante.

Comprobé también que la influencia de la red social se aplica a diferentes etapas del proceso de la toma de decisiones.

Las heurísticas más usadas fueron clasificaciones de enfermedades y de sanadores y el uso de tratamientos por precedentes.

6. ¿POR QUÉ ELIGEN LOS PACIENTES CIERTAS ALTERNATIVAS?

6.1. FACTORES LIMITANTES:

Muchas veces se dice en la literatura que la situación socioeconómica baja impide a los pacientes el uso de ciertas alternativas porque éstas cuestan mucho. Sus recursos económicos escasos impiden la elección. Solamente fue el caso por una parte de la muestra en esta investigación. Algunos de los informantes solamente acudieron a los médicos públicos cuando necesitaron un doctor, pero 16 habían visitado a médicos particulares o peruanos también.

Algunos de estos informantes pobres me dijeron que siempre consultan a doctores particulares (del SLE). Estos informantes “rompieron la barrera socioeconómica” por varios medios: con la ayuda de familiares, empleando dinero ahorrado para este fin, usando los recursos de CEMA (Centro de Madres), etc.

Respecto a la religión, postulé que los católicos emplearían muchas veces mandas y animitas; las usaron menos de lo previsible. Puede ser que se usa estas alternativas más para enfermedades crónicas o para crisis en la salud, que para enfermedades simples. La otra suposición que yo barajaba era que los aymaras católicos emplearían otros tratamientos religiosos, distintos de los no-aymaras católicos. Fue justo por una parte; los aymaras, sin excepción, no participaban en algún baile religioso y cuando hicieron mandas fueron más “particulares” (es decir, visitaron a una iglesia en el interior, pero no durante la fiesta).

Aunque la muestra solamente incluyó a dos protestantes, diríase que hay una diferencia entre los tratamientos religiosos de los protestantes y de los católicos. Los católicos hacen sus mandas a la Virgen o un Santo sin intermediarios; parece que los pentecostales han formalizado los tratamientos religiosos porque el ungimiento se hace por medio del pastor u otra persona “apropiada”. Parece entonces que ahora hay un nuevo sanador folk: el que hace los ungimientos.

Mucha gente entra en las iglesias protestantes y algunos dicen que hay una continuidad entre los pastores pentecostales y los curanderos aymaras.

Guerrero Jiménez, por ejemplo, dice que aunque la religión pentecostal refuta absolutamente la cultura aymara, llamándola pagana, viciosa e idolátrica, tanto el pastor pentecostal como el yatiri emplean métodos extra-técnicos para tratar enfermedades (1986: 16-17). El habla de “La metamorfosis del Yatiri en Pastor mediante una nueva ideología religiosa” (Guerrero 1986: 18). Si sus especulaciones son justas, quizás no vemos un nuevo tipo de sanador folk sino la transformación parcial de un tipo antiguo¹⁶.

En esta investigación la variable “conocimientos” significa familiaridad con remedios caseros y tratamientos dados por sanadores. Esperé que los informantes con más conocimientos de remedios caseros recurrieron a ellos para tratar más enfermedades y que la gente que sabía más de sanadores folk tendiera a consultar más de ellos. La variable “etnicidad” se relacionó mucho con “conocimientos”: supuse que los aymaras sabrían más de tratamientos en los sectores popular y folk y entonces los usarían más que los no-aymaras.

La situación fue más complicada. Los informantes que conocían más remedios caseros también me dijeron que los usarían para más enfermedades. Los aymaras tenían más conocimientos sobre hierbas. Sin embargo, eso no se reflejó

¹⁶ Quizás esta conclusión vale más para los pentecostales en el interior que en la ciudad. En el interior, la similitud del pastor al yatiri puede fomentar la entrada de los aymaras en estas iglesias. En la ciudad, sin embargo, no todos los pentecostales son aymaras; para estos la identificación con los sanadores aymaras no sería un factor importante.

en los tipos de remedios caseros que usaron los migrantes. Por otra parte, sus conocimientos sobre hierbas tenían una influencia negativa sobre sus elecciones en cuanto al empleo de sanadores folk.

Usé una lista con 11 síntomas/enfermedades comunes para recoger los datos: el resfrío, la gripe, la tos, la diarrea, la estitiquez, el dolor de estómago, el dolor de cabeza, la fiebre, los dolores de la menstruación, las heridas y el dolor de muela. Constaté que los migrantes y los no-aymaras tenían patrones de empleo muy parecidos, a pesar de los mayores conocimientos sobre hierbas de los migrantes. Los aymaras del interior dijeron que usan hierbas solas en el 62% de los casos; las cifras para los migrantes y los no-aymaras fueron 44% y 42% respectivamente. Los porcentajes para el uso de hierbas combinadas con remedios de farmacia también mostraron similitud entre los dos grupos urbanos: aymaras rurales, 27%; migrantes, 18% y no aymaras, 19%. La gran diferencia entre los dos grupos aymaras para el empleo de remedios de farmacia solos fue sorprendente: aymaras rurales, 2%; migrantes, 20% y no-aymaras, 24,5 %. (El porcentaje bajo de los aymaras rurales no se relacionó con un acceso bajo a los remedios fármacos porque los informantes vivían en pueblos con postas médicas que tenían muchos de estos remedios. Al contrario, probablemente, se explica por el hecho de que hay “normas” sociales muy fuertes en el interior sobre el gran valor de las hierbas).

Estos porcentajes no tienen importancia estadística porque la muestra fue muy pequeña y no representativa, pero llevan a preguntas interesantes. Aunque los migrantes tuvieron una socialización temprana que propone acentuadamente el empleo de tratamientos con hierbas, su residencia actual en la ciudad pueda contrapesar esta influencia. La moda de vida urbana pueda fomentar el empleo de tratamientos considerados “más modernos” (remedios de farmacia) de los cuales los migrantes piensan son los que usan los no-aymaras.

Por otra parte, vi una tendencia opuesta entre los no-aymaras. Aunque no tengo información sobre sus patrones de empleo en el pasado, tengo la impresión que ahora recurren más a remedios en base de hierbas. La prensa, la televisión y la radio hablan de estudios científicos sobre hierbas y de los efectos negativos de las pastillas. Parece que estos informes tienen influencias sobre los no-aymaras. Si esta tendencia sigue entre los no-aymaras, quizás la tendencia “opuesta” entre los migrantes se detendrá, porque sus conocimientos “tradicionales” reciben una validación externa. Por supuesto, estoy especulando; solamente más investigaciones y el paso del tiempo pueden dar indicaciones sobre si es justo o no.

En cuanto a las elecciones entre sanadores folk y profesionales, advertí que las variables educación y lugar de habitación¹⁷ tenían influencia; la variable “etnicidad-conocimientos” tenía una influencia parcial.

Las dos mujeres aymaras mayores del interior no tenían ni enseñanza formal ni muchos contactos con sanadores profesionales. Los habitantes rurales menores tenían al menos 5 años de educación y habían visitado a sanadores biomédicos en relación con sus niños, los partos y la anticoncepción. Aunque las mujeres más jóvenes consultaron a sus tías muchas veces, me pareció que fue en su condición de miembro de la red social en donde adquirieron conocimientos (en vez de su papel de sanadores folk). Las jóvenes continuaban con los remedios caseros para períodos muy largos, pero cuando consultaban a un sanador, fue por lo general el médico. Las mujeres mayores prefirieron los curanderos.

Los migrantes mostraron una tasa alta de consulta a los sanadores biomédicos; les visitaron tanto como los no-aymaras. Sin embargo, constaté que los no-aymaras tendieron a consultar a los sanadores folk más que los migrantes.

La mayor consulta a los médicos que hacia los sanadores folk por parte de los migrantes puede ser consecuencia de la misma tendencia de “modernización” como en su amplio empleo de remedios fármacos. Pero también puede estar relacionado con sus conocimientos mayores de hierbas, que usan muchos sanadores folk. Por ejemplo, sólo dos migrantes habían consultado a yerbateros; otros me dijeron que conocían los remedios para el empacho y el mal de ojo; una consulta a sanadores folk no sería necesaria en estos casos. Al contrario, los no-aymaras recurrían más frecuentemente a los yerbateros; comprobé que tenían menos confianza en sus propios conocimientos de hierbas.

La educación (sobre todo la enseñanza secundaria) parece estar relacionada con elecciones respecto a remedios caseros. Los informantes de mayor nivel educacional emplearon más remedios fármacos solos y menos hierbas solas como primer tratamiento contra los síntomas de las lista. (Los habitantes rurales jóvenes fueron una excepción parcial. Emplearon remedios fármacos junto con hierbas con mayor frecuencia que las mujeres rurales mayores, pero pocas veces emplearon remedios fármacos solos.) Los sin educación formal usaron hierbas solas en 67% de los casos; los con alguna educación básica en 47%. Las cifras correspondientes a informantes con enseñanza básica completa y enseñanza secundaria fueron 36 y 34,5 %.

¹⁷ “Lugar de habitación” no significa solamente el lugar físico de la casa. Representa una combinación de factores que se puede denominar también “modo de vida”. La residencia urbana incluye mayor acceso a la prensa, la televisión y la radio, más informantes sobre tratamientos biomédicos, más oportunidades para educación formal, etc. Las influencias de la “modernización” se encuentra más en la ciudad.

Las cifras para el empleo de remedios fármacos sólo fueron: sin escuela, 5%; algunos años de escuela básica, 19%; enseñanza básica completa, 16%; enseñanza secundaria, 31%. La tendencia mostrada por estos datos es que más educación formal propone más socialización respecto a la eficacia de tratamientos biomédicos y entonces un mayor empleo de éstos.

Como he dicho en el capítulo 3.2., postulé que las experiencias pasadas, expectativas y preferencias estarían fuertemente relacionadas con las elecciones. Sorprendentemente los informantes no siempre emplearon los remedios caseros preferidos, por razones de costos y comodidad.

También postulé que las opiniones de los informantes (y entonces sus ganas de consultar o no) respecto a los sanadores serían fuertemente influidas por sus experiencias y satisfacción con los tratamientos en el pasado. A veces me sorprendieron los resultados.

Si los informantes habían tenido experiencias positivas con sanadores folk y profesionales también tenían opiniones bastante positivas y me dijeron que les consultarían a ellos otra vez. Si habían tenido experiencias negativas con sanadores folk, desarrollaban opiniones negativas, como esperé, y me dijeron que no les consultarían otra vez. No obstante, experiencias negativas con sanadores profesionales no llevaron a la misma reacción. En vez de desarrollar opiniones completamente negativas, los informantes llegaron a ser más incrédulos: dijeron que irían otra vez al doctor pero tendrían más cuidado con los tratamientos.

Algunos ejemplos pueden mostrar estas reacciones. Leticia le tenía miedo a las quebradoras porque una le quebró la columna a su guagua, que murió. Entonces, nunca recomendaría a una. Julia y José habían tenido experiencias negativas con una curandera y un espiritista en casos diagnosticados como brujería. Me dijeron que nunca más visitarían a estos para tal enfermedad a futuro. Julia dijo: "No importa, pero nunca más voy a gastar plata de esta manera". Georgina consultó a un espiritista pero no le curó y ella concluyó que estos sanadores solamente quieren ganar dinero; ¡no quiso darles más!

Julia había tenido varias experiencias negativas con doctores. Me contó, por ejemplo de un caso del cual su prima y sus niños habían sido quemados en el interior. Les trasladaron al hospital en Iquique donde, según Julia, les trataron con un "agua amarilla" sin vendas. Su prima murió. Julia decidió retirar a su sobrina del Hospital porque se empeoraba. Los doctores le dijeron que no era posible hacerlo y que en caso contrario podrían encarcelar a Julia. Julia siguió, insultó a los doctores y por fin llevó a la niña a su casa. Allí trató a la niña con hierbas y,

me dijo, le salvó la vida. La consecuencia de sus experiencias negativas con los doctores fue que ellas tenía opiniones aparentemente muy negativas:

“Yo tengo odio a los médicos porque mucha familia mía que venía del interior, que han bajado, se han enfermado grave y siempre salen en cajón, salen muertos del hospital. Por eso yo no, yo odio el hospital, odio al médico... cuando yo me voy a enfermar, yo me muero aquí en mi casa.”

Más tarde agregó:

“Antes, antes los médicos antiguos eran buenos. Eran buenos. Sí. Ahora no, ahora los médicos son asesinos.”

Sin embargo, su opinión verdadera fue ambivalente. No quiere los médicos públicos, pero dijo: “El doctor particular, aunque sea caro, pero más bien salva”. No obstante, a pesar de su opinión negativa hacia los doctores públicos se los recomendaron de vez en cuando a sus familiares.

Fidelia tenía una guagua que murió porque el doctor le dio un inyección con una dosis demasiado alta de medicamento; me dijo respecto a los doctores: “A veces tengo confianza, a veces no tengo confianza”. Aunque murió su hija, por fin me dijo que consultaría otra vez a un médico si fuese necesario, pero que tendría cuidado con las recetas. A Lydia le molestó que los doctores en la clínica nunca examinaron a su hija. Solamente le preguntaron qué síntomas tenía y le dieron recetas. No tenía una buena opinión de ellos: “Es gente no más, no me gusta ir”; pero si sus remedios caseros no surtieron efecto, les visitó.

Probablemente se puede explicar la discrepancia entre las reacciones negativas por el hecho de que se considera los doctores como sanadores generalistas mientras se clasifica a la mayoría de los sanadores folk como especialistas. Por lo general, hay alternativas para los sanadores folk en los otros sectores: remedios caseros o los doctores. Si uno tiene que buscar una alternativa para un médico, puede ser más difícil porque tantos tipos de sanadores folk son especialistas y no tratan a todos tipos de enfermedades.

La única excepción se relaciona con la brujería; no hay alternativas para los sanadores folk. En este caso puede ser que el paciente soluciona el problema por incredulidad. Por ejemplo, cuando José consultó a un espiritista por un caso de aire, le dijo a éste que fue el resultado de una brujería. El sanador le dijo que podría curarlo por 70.000 pesos. José no quiso pagar eso. Me contó que eso ocurrió hace cinco años: todavía vive y nunca había tenido relaciones malas con nadie; entonces no había sido brujería. Por fin, ahora duda que existe realmente la

brujería. Otra posibilidad es que el paciente va a “olvidar” la brujería. Una curandera le dijo a Julia que alguien le hizo un mal; Julia recibía un tratamiento, pero empeoraba. Después su hermano le contó lo siguiente: tenía un vecino curandero; un día el curandero estaba borracho y le contó que a veces él hace mal a una persona (si alguien se lo pide). Después, le saca el mal al mismo afectado; gana dos veces, haciendo y sacando el mal. Este relato reforzó la opinión negativa de Julia respecto a curanderos. Ella estaba pensando entrar a una iglesia pentecostal porque:

“Ahí no voy a pensar, cuando voy a entrar en un evangélico no voy a pensar más, ni en curanderos, ni en médico, porque... voy a pensar en Dios no más”.

Se debe anotar que, por un lado, la popularidad creciente de las iglesias pentecostales puede deberse al hecho de que se considera a los pastores como sanadores generalistas, es decir, pueden reemplazar tanto a los doctores como a los sanadores folk.

6.2. CRITERIOS CONSIDERADOS IMPORTANTES POR LOS PACIENTES:

Los costos parecían no representar un criterio muy importante respecto a consultas a sanadores folk porque por lo general sus tratamientos son baratos. Debido a que los médicos públicos dan consultas gratuitas, los costos tampoco son un factor de decisiones para consultarles. Pero los costos fueron importantes en cuanto al empleo de recetas de los médicos públicos. Muchas veces las medicinas resultan muy costosas para pacientes de la clase baja y a menudo éstos no las compran. Entonces no tratan la enfermedad o usan remedios caseros nuevamente.

A veces, el costo impidió a informantes consultar a médicos del SLE. Por ejemplo, Norma dijo:

“Particular [SLE], la consulta a mí me piden \$1.250 para pura consulta pero desgraciadamente ya no tenía, entonces no ve a mi chica”.

Por lo general, se consideró los médicos en Tacna más baratos (nadie tomó en cuenta los costos del viaje en sus cálculos). Por eso, algunos viajaban hacia allá en vez de visitar a los doctores del SLE.

Por otra parte, detecté que para los informantes que consultaron a médicos del SLE, los costos más altos funcionaban como factor fomentario; por ejemplo, Ana me dijo:

“Porque siempre dicen [los doctores públicos] 'ya está listo la cosa'; atienden así no más, ¿me entiendes? Pero el médico particular, uno está pagando para que le atienda bien.”

Entonces se asocian los costos más altos con un cuidado mejor y así los costos altos llevan a decisiones de consultar a “médicos particulares”.

Muchas veces se dice en la literatura que “distancia” (o costos en tiempo) es un factor importante en decisiones; si uno tiene que viajar lejos, no va fácilmente. Para los informantes en la ciudad, la distancia no fue un criterio importante porque se encuentra todo tipo de sanador en Iquique. Aunque se creyera que la distancia sería factor significativo respecto a la decisión de ir a Tacna, no fue el caso; nadie mencionó la distancia como factor molesto.

Aparentemente fue también así para los habitantes rurales porque un informante del interior me contó que la mayoría de la gente que conocía allá y fue a Tacna ante la necesidad de doctor.

Para los habitantes rurales la distancia fue un problema en caso de emergencias, necesitando el cuidado del doctor, pero no porque ellos no quisieron viajar; fue porque los viajes son difíciles por falta de vehículos, buenas vías, etc.

No pregunté directamente sobre “la fe” como factor, pero 14 de los informantes la mencionaron durante la entrevista, tanto en relación con tratamientos religiosos como para otros remedios. Algunos ejemplos de sus comentarios:

Emilia G: “[A veces] se dicen mejor llevarlo al médico, también podría ser pero unas veces no tengo tanta confianza en el médico... no tengo confianza”.

Irina: (respecto a los curanderos y yerbateros, a los que nunca visitaría). “Es que la gente de más edad cree...uno va donde cree... No creo mucho pero ellas sí; la gente de más edad nunca van a los médicos, jamás. Van siempre, recurren a los yerbateros, para cualquier cosa, porque he visto yo.”

Georgina: “Uno cree que a uno le quita el dolor de cabeza tomando las pastillas. No es cierto porque las pastillas quedan pegados ahí; se demora pasar esa. Y uno dice tomar pastillas, se me quitó el dolor. Y no, es una creencia que

tiene uno. Cree que es pero no es así, las pastillas se quedan pegado ahí. Y ahí van criando heridas, se hacen úlceras y uno tiene que tomar llantén, matico, para curar”.

Norma: (respecto a remedios caseros). “Yo creo que más vale la fe de uno. Porque si a uno con tanta fe le dan los remedios y le hacen efecto. Entonces uno cree en los remedios. Porque como está dicho, la fe mueve montañas.”

Juana: (respecto a animitas). “Pero vale la fe, tiene que tener fe. Si no tiene fe, no pasa nada”.

Dos de los criterios principales que tomaron en cuenta los informantes en relación a consultas a médicos públicos fueron tiempo perdido esperando y trámites. Muchas veces un paciente tiene que esperar toda la mañana para ver a un médico público; también hay muchos trámites que realizar. Por ejemplo, Leticia me contó:

“Porque allá en el hospital hay que hacer tantas colas. Hay que ir a una parte, a otra... primero para sacar número por el doctor, después hay que ir a hacer el chequeo, hay otra cola... a la otra hay una enfermera para que la anote en el libro para que atienda el doctor.”

Ella como otras informantes, prefirió evitar todo eso y se compraba cheque-bonos para médicos del SLE, a pesar de los gastos adicionales. Otros consultaron a un farmacéutico, como Justina:

“Puede ser que al niño le da colitis, uno consulta qué malestares tiene, para que no pierda tiempo en el hospital. El viene, le receta una receta.”

Un curandero también puede ser alternativa por esta razón; Alma consideró a curanderos y doctores por igual, pero me dijo:

“Yo prefiero ir a un curandero primero porque uno no tiene tanto tiempo para sacar número para el médico, y hay que estar a una hora exacta. En cambio, el curandero, uno conoce la casa y va a cualquier hora.”

Los trámites y los retrasos asociados también impidieron a los informantes emplear los servicios que puedan ayudar en la compra de medicinas o en la obtención gratuita de medicamentos. Mercedes necesitaba una medicina cara para su hija pero no tenía el dinero; le pregunté porqué no fue donde una asistente social que pudiera ayudarla en la obtención gratuita de la medicina. Me dijo:

“Pero demoran mucho. Sí. Porque yo la otra vez traté de conseguir un remedio, cuando conseguí el remedio la enfermedad se había pasado. Se demoran como tres meses... porque investigan, ahora investigan mucho.”

Ana también me contó:

“Pero por eso tú tienes que moverte harto, tienes que caminar... Cuando tú no puedes comprar, tienes que tramitar mucho para que te den, ¿me entiendes?”.

Para los habitantes rurales los trámites son todavía más molestos. Muchos no obtienen sus tarjetas para el cuidado público porque:

- 1) no les emplean muchas veces, y
- 2) tienen que viajar a otro pueblo (lejos del suyo) para eso.

No pueden obtenerlas en la ciudad cuando visitan al doctor. Además, aunque es posible dar tarjeta con una validez de dos años, muchas veces las autoridades dan tarjetas para tres meses a fin de que los pacientes deban obtener tarjetas nuevas frecuentemente. Por eso Emilia no consultó a los médicos públicos:

“Le mandan por allá, tiene que hacer esto, tiene que [hacer] el otro, y le mandan por el otro...”.

Los informantes me contaron que se debe esperar una o dos semanas para consultar a un doctor público y los habitantes rurales no pueden esperar tanto tiempo en la ciudad. Tenía la impresión de que muchas veces los habitantes rurales consultan a los médicos del SLE o de Tacna, a pesar de su derecho a cuidado gratuito, por culpa de los trámites y el tiempo perdido.

El tiempo ido esperando ver a un médico especialista del sistema público también fue excesivo y se consideró todavía más molestos; Norma me dijo:

“Por ejemplo, yo tengo problemas con la chica, por la vista, porque es corta de vista. Los números le dan por un año para otro. Los números que dan ahora, los ven el otro año. Por ejemplo, el médico, o sea la asistente da 100 números y son 10 números mensuales que atiende el médico... o sea son 10 números para los asegurados. Y después particular atiende él, aparte. Entonces no alcanza el tiempo.... Me tocaba para diciembre, el 4 de diciembre tiene que ir el médico y en septiembre me daba número.”

La gente prefiere los médicos especialistas de Tacna y del SLE porque ven a los pacientes el mismo día y no debe esperar tan largo para la consulta o en la oficina. (Al principio me pareció que los comentarios respecto a menos tiempo esperando en el consultorio en Tacna eran incongruentes porque el tiempo que se pasa durante el viaje a Perú es más largo que el tiempo que pasa en la sala de espera de un médico público. Concluí que el tiempo viajando se considera agradable y entonces ello no constituye problema alguno).

Otros tres factores que tomaron en cuenta los informantes o que afectaron sus decisiones emergieron durante las entrevistas: el miedo, la comodidad y la calidad de los tratamientos.

A veces los informantes no consultaron a doctores o no hicieron caso a sus recomendaciones por miedo. Una razón al porqué las mujeres del interior no dan a luz en el hospital es el miedo; sin embargo, parece que algunas mujeres están superándose, especialmente si sus partos en casa habían sido dificultosos. Fidelia me contó que la madre y la guagua podría morir “arriba” y Emilia también dijo:

“Yo tenía miedo ir al hospital la primera vez cuando estuve embarazada con mi niño, tenía miedo. Pero ahora digo no, digo yo mejor, prefiero el hospital antes de arriba para tener guaguita porque es muy arriesgado, hasta puede morir uno... Es mejor acá [en la ciudad]. Le salva a uno el niño”.

Un factor significativo fue el miedo a las operaciones, según mención de los informantes. El esposo de Carola tenía un mal de vesícula; el doctor le dijo que necesitaba una operación. Una amiga suya le recomendó un tratamiento con el fruto de un cactus y lo tomó. Cuando meses después acudió al doctor para que éste le tomará rayos “X” “todo era sano y limpio; no habían cálculos”. Me dijo que este tratamiento le salvó de “la cuchilla”, expresión que explica bien la razón del miedo. Norma me contó de una experiencia parecida; su cuñado tenía problemas con el hígado y tuvo un ataque en dicho órgano. El doctor le recomendó una operación:

“Y como él es hartito miedoso para las operaciones, entonces compró hierbas. Tomó como 15 días las hierbas, después se presentó al médico y no tenía nada... Entonces, se libró que se le recurrían a una cuchilla.”

La comodidad fue un criterio que llevó a elecciones de remedios fármacos sobre hierbas, aún cuando el paciente consideró que éstos son mejores; por ejemplo, Juana me dijo:

“Pero ahora actualmente yo me medico más con pastillas. La flojera me han dicho. Porque es más cómodo... si yo tomo esa pastilla, listo. No tengo nada que....buscar al monte, no tengo que hervir... más cómodo no más así pero es peor.”

Por supuesto, la comodidad también está relacionada con decisiones tendientes a evitar trámites; se considera más cómodo consultar a médicos particulares y a sanadores folk porque no hay trámites.

El criterio final que consideraron importante los informantes fue la calidad. Es un concepto ambiguo porque su definición varía de persona a persona. Para los que prefirieron hierbas en la preparación de remedios caseros, la calidad se asociaba con seguridad:

Emilia: “Hierbas; yo no pienso que no le hacen nada mal”.

María: “Las hierbas no hacen mal para nada.... [un remedio de farmacia] le puede envenenar la sangre no más; si es demasiado fuerte se puede reventar una guagüita o una persona adulta.”

Georgina: “Porque eso [las hierbas] es sano, pura la sangre, al organismo, todo, y las pastillas no. Como Ud. toma las pastillas y se toman enteras y se les pegan en el estómago. Y de ahí va una herida porque se va pegando y pegan ahí.... Después de eso vienen las úlceras y tienen que operarlas.”

Juana: “Yo prefiero las hierbas..... Ahora los mejorales no están haciendo bien. Porque Ud. se toma un mejoral sin agua, eso le produce heridas. Ud. tiene que tomarse una pastilla pero tiene que tomarse harto líquido. Porque si Ud. toma la pastilla y Ud. no toma líquido, la misma pastilla le produce úlceras dentro. Y puede ser cáncer también. Porque se queda pegado ahí, le va haciendo heridas porque contiene ácido. Eso es malo.”

Norma: “Las hierbas no hacen daño... Antes teníamos aspirinas, mejorales, distintas que vienen acá, pero en la tele

salió que sea malo... [La aspirina] es malo porque se pegan en el estómago y empiezan a comer.”

José: “[las hierbas son] mejores porque estas cosas no hacen daño... En cambio, los medicamentos del farmacéutico hacen daño, o sea daño a otros órganos.”

Para los que prefirieron remedios de farmacia, la calidad se relacionó con el tiempo. Por ejemplo, Ana dijo que las hierbas son buenas pero:

“En cosas que cuestan, las hierbas son más largas. En cambio, un remedio de farmacia es más eficiente, es más rápido.”

Justina dijo:

“A veces los remedios que le da la farmacia son mejores que las hierbas, más rápido”.

Estimaciones de la calidad de tratamientos de sanadores incluyeron varios factores: dos fueron rapidez y comunicación. Se consideró los tratamientos de compositores mejores, por ejemplo, porque la persona no está inmovilizada tanto tiempo. Con yeso, el tratamiento es más largo. Por otro lado, el tiempo con lo cual los médicos públicos tratan a los pacientes es considerada insuficiente; también dificulta la comunicación. Los informantes dijeron que los médicos públicos no explican bien; cuando preguntaban acerca de sus familiares hospitalizados siempre recibían una respuesta estándar: “todo va bien”, sin más detalles. Las estimaciones de la calidad también se asociaban con la manera en la que se trata al paciente: si el sanador es amable y agradable, se le considera bueno. Algunos comentarios de los informantes al respecto:

Mercedes, respecto a médicos públicos:

“Bueno, por una parte son buenos, por otra parte no. Porque a veces no atienden al paciente como deben atenderlo.”

Dorotea: “Es que lo que pasa es que el médico, si uno va al hospital, ahí no le atienden como, un médico particular. Entonces, cuando nos dicen las cosas en el hospital porque tienen que atender hartas personas, el médico atiende rápido no más. Dice “dale esto”. Entonces, muchas veces no le hace bien. Yo compraba con mi hija y estaba bien enfermita. Le hace de las bronquitis, del pechito. Allá en el hospital, le daba un jarabe y no le hizo bien. Sigo el mismo: entonces yo

voy al médico particular. Claro. Entonces, le hice exámenes, entonces allá, por allá la chica en cambio se mejoró.”

Olivia: “O sea, para mí los compositores. Al menos, por ejemplo, yo soy de una idea que para una quebradura mejor [es] un compositor. Porque el médico le saca una radiografía y le pone yeso, nada más. Y a veces los huesos soldan mal. Y el compositor no, no los enyesa, sino que los arregla, los acomoda, los huesos que quedan bien.”

(Respecto a doctores públicos): “Y a uno le duele la espalda, le da una aspirina; para el estómago le da aspirina y puras cosas así no más.”

(Respecto a Tacna): “Siempre he escuchado que los médicos eran mejor: dan mejores remedios. Y cuando estuve enferma yo ahí me dí cuenta que era verdad.”

Justina: “Igual que uno tiene plata va a Tacna. Hay mejores especialistas.”

Ada: “Los medicamentos de nuestros médicos también son buenos, son excelentes, pero [lo] que pasa es que tenemos medicamentos del formulario así, qué sé yo, nacional. Entonces y en cambio en Tacna tienen medicamentos que son extranjeros y salen excelentes, son buenísimos.”

Myriam: “Sí, bien buena la atención, atienden bien en Tacna.”

Irina: “Si uno tiene plata, uno lleva al particular. Entonces ellos explican bien... si uno va al hospital, le hacen una receta y no explican nada, lo que tiene el niño... incluso que no dicen para qué es el remedio....Pero particular cambia mucho las cosas porque uno está pagando.”

Lydia: “El médico [público], yo le digo qué le pase esa [a la hija], le pasó esto otro y el médico no examina, queda que me da una receta.”

Por lo general, se consideró los médicos particulares (del SLE y de Tacna) y los sanadores folk mejores que los médicos públicos.

6.3. CONCLUSIONES:

El papel de los criterios limitantes es complejo porque están interrelacionados. Las elecciones respecto al tipo de remedio casero son influidas por la religión, la educación, el lugar de habitación (en cuanto a los aymaras) y hasta cierto punto por la prensa, la televisión y la radio (respecto a los no-aymaras). Me pareció que los conocimientos sobre remedios caseros eran menos importantes que la preferencia misma: los informantes que prefirieron las hierbas pidieron consejos y datos sobre ellas si no tenían suficientes conocimientos. Los que prefirieron remedios fármacos lo hicieron aún cuando tenían suficiente conocimiento sobre hierbas.

Respecto a elecciones entre sanadores folk y profesionales, concluí que las siguientes variables (parcialmente) limitan las alternativas tomadas en cuenta: educación, lugar de habitación y etnicidad/conocimientos. El papel de las experiencias y opiniones variaba: experiencias positivas orientaban a los pacientes hacia los sanadores; si las experiencias fueron negativas respecto a sanadores folk, los pacientes los evitaron y si fueron negativas respecto a sanadores biomédicos, los pacientes todavía continuaban consultándolos (quizás menos frecuentemente).

Los informantes consideraron los costos de tratamientos, pero éstos no siempre les impidieron consultar a sanadores más caros. Los criterios de calidad, tiempo de espera y trámites (comodidad), a veces tenían más importancia que los costos. Sin embargo, los costos fueron muy importantes respecto a la conformidad con tratamientos recetados por los médicos.

Aunque consideraciones de comodidad (en relación con el tiempo y los trámites) impidieron a los pacientes buscar ayuda para la obtención gratuita de medicamentos recetados por los médicos, a veces fomentaron el empleo de medicamentos en vez de hierbas en la preparación de remedios caseros.

La conclusión general tiene que ser que los pacientes eligen diferentes tratamientos por muchas razones. Las elecciones varían según la enfermedad. Para enfermedades folk que no se consideran curables con tratamientos a biomédicos, sería bastante fácil predecir qué harían los pacientes: remedios caseros o la consulta al sanador folk apropiado. Para las otras enfermedades no sería tan fácil predecir las elecciones.

7. CONCLUSIONES

Para concluir, mencionaré algunos temas que pueden ser interesantes para investigaciones futuras y algunas cosas que se pueden tomar en cuenta en programas relacionados con el cuidado de salud. En seguida discutiré algunos puntos teóricos.

7.1. INDICACIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS:

Cuando se consideran las influencias sobre las decisiones de pacientes en Iquique, deben tomarse en cuenta ideas respecto a la “socialización biomédica”. Las personas con mayor educación formal emplearon más remedios fármacos; los aymaras jóvenes del interior más educados, consultaron en mayor proporción a los sanadores biomédicos que los otros habitantes rurales. Parece que el modo de vida urbano también tiene un papel de socialización similar para los migrantes. No obstante, hay algunas tendencias opuestas entre los no-aymaras. Entonces, debe tenerse cuidado con las predicciones al respecto. Estudios futuros pueden determinar si los migrantes utilizan más al sector profesional, en tanto que los no-aymaras recurren más al sanador folk que en el pasado. El papel de la prensa, la televisión y la radio es interesante.

La OMS recomienda que se integren sanadores folk en los programas de salud pública. Basándome en esta investigación, diré que la idea no es buena, menos todavía para un país como Chile donde el sector público ya tiene muchos problemas. Si la meta en esta integración es mejorar el acceso de pacientes a los sanadores, la incorporación de sanadores folk puede tener el efecto opuesto. Algunas ventajas de los compositores, curanderos, yerbateros, etc., son: consultas con poco tiempo de espera, sin trámites, el paciente no tiene que estar “a la hora”, las consultas son más lentas y con mayor dedicación al paciente. Si los sanadores folk tuvieran que someterse a las mismas reglas que los sanadores profesionales, sería más difícil consultarlos.

Los resultados de esta investigación muestran que la red social tiene de verdad un papel importante en el cuidado de la salud. En investigaciones futuras se tendría que poner mayor énfasis en las características de las redes sociales de los diferentes grupos: también es interesante saber qué miembros de la red tiene la mayor influencia. Si las redes de los aymaras son diferentes a las de los no-aymaras, se puede tener eso en cuenta en el diseño de programas de educación sobre la salud.

Por ejemplo ahora hay personas en el Ministerio de Salud que creen que los aymaras del interior no van al hospital para tener a sus guaguas porque son perezosas y no quieren tanto a sus niños. Realmente, es porque las mujeres no

conocen el hospital y le temen. Otras razones que se argumentan son: el hospital está muy lejos y las mujeres están alejadas de sus familias esperando el parto en la ciudad; las mujeres mayores desconfían de los hospitales y disuaden a las más jóvenes. Dado que los aymaras sienten mucho respeto por las personas mayores, tal vez sería provechoso invitar a las mujeres de más edad a visitar el hospital, para que vean como se realizan los partos y preguntarles qué cosas les han parecido positivas y qué otras negativas. Si se puede darles a ellas más confianza en los hospitales, tal vez lleguen a recomendarlos a las jóvenes. (En realidad, no estoy segura si esta idea resultará factible en la forma planteada; puede que sea difícil convencer a las mujeres mayores sobre la utilidad de una visita al hospital. Lo que quiero demostrar es que se debe pensar en diferentes tipos de programas educacionales según el grupo en cuestión).

También tiene que atenderse el factor tiempo en relación con las redes sociales, ya que éstas pueden cambiar. Por ejemplo, los migrantes mayores en la muestra no tenían mucha educación, pero sí sus hijos. Sus redes, aunque insulares, pueden estar abiertas a las nuevas ideas que aportan los jóvenes. La red social siempre influirá sobre las decisiones, pero la dirección de la influencia puede cambiarse, según las características de los miembros y la posición de éstos.

Si el gobierno chileno quiere que los pacientes usen bien los servicios públicos, tiene que tomar en cuenta sus deseos y preferencias. Lo que los pacientes consideran como deseable puede ser diferente de lo que proyectan los planificadores. Un ejemplo de esto se encuentra en el programa Lácteo Nacional. El gobierno da leche gratis a todos los niños hasta la edad de seis años. Las guaguas reciben la leche Purita y los niños la leche Purita Cereal, que contiene vitaminas y nutrientes adicionales. El gobierno piensa que la leche tiene una buena calidad; las madres saben que la leche Purita Cereal contiene nutrientes adicionales, pero muchas la venden o regalan. Emplean el dinero en comprarse otra leche (Raczynski y Serrano lo encontraron en Santiago de Chile, también; 1985: 225). Las madres lo hacen porque asocian los nutrientes con efectos negativos. Por ejemplo, una mujer dijo: “Tiene muchas vitaminas, qué se yo; entonces a la guagua le cae mal”. Otra me contó: “Claro, dicen que es mucho mejor porque trae de todo, trae fierro, qué sé yo, vitaminas, pero nunca le doy a mis niños porque yo he empezado a dar y como [la guagua] era bien enfermiza, así que no le gustó la leche”.

Otras madres me contaron que sus niños se enferman cuando toman la Purita Cereal.

Las autoridades saben que las madres no dan esta leche a sus hijos; la solución suya es que los nutricionistas y las asistentes sociales tienen que convencer a las

madres que se debe dar la leche. Pero las madres no hacen caso. En vez de solamente “convencer” a las madres quizás sería mejor considerar sus objeciones. Parece que las asistentes sociales estiman que estas madres son “estúpidas” o ignorantes, pero tal vez tienen razón en cuanto a que la leche tiene un sabor desagradable y por eso no les gusta a los niños. Si se cambiará el sabor de la leche o se entregará otra nutritiva en el programa, quizás las madres las prepararían a sus hijos. En todo caso, algo tiene que cambiar en el programa ya que ahora no funciona bien. En vez de buscar el fracaso en los beneficiarios, los planificadores deberían hacer modificaciones siguiendo las opiniones de las madres.

Otra tarea para los trabajadores sociales puede ser la educación e información de los pacientes; por ejemplo, a través de boletines que se distribuyen en las poblaciones, programas radiales o charlas informales con grupos de pobladores. En esta investigación constaté que los pacientes usan a menudo medicamentos que pueden ser peligrosos si no se adoptan las normas específicas (es decir, según una receta dada para un período preciso de la enfermedad.) No es problema fácil de solucionar. Parece que los médicos chilenos no tienen toda la información exacta respecto a los medicamentos. Es bien sabido que las farmoquímicas no les entregan la misma información que a los médicos de los países desarrollados. Pero los trabajadores sociales podrían buscar la información en la fuente misma. Por ejemplo, primero pueden preguntar a la gente qué remedios de farmacia usan. Después se puede pedir información a la OMS sobre estos medicamentos (sus efectos secundarios y especificaciones); luego se puede publicar la información en los boletines para conocimiento de los pacientes.

Por último, pueden ser valiosas más investigaciones sobre tratamientos de los sanadores folk. Si se encuentra que ellos emplean remedios eficaces (y más baratos que los fármacos) se les puede dar un reconocimiento “oficial” como alternativa viable. Mi opinión es que no debe incorporarse los sanadores folk en programas públicos; no obstante, ellos podrían agruparse en organizaciones profesionales si se les otorga reconocimiento. Por ejemplo, en Bolivia los curanderos se han organizado en el Instituto Nacional de Medicina Natural y Cultural Qullu Aymara (INMENAQUBOL). Estas organizaciones pueden servir contra los charlatanes.

7.2. REVISIÓN DE LA TEORÍA EN BASE A LOS RESULTADOS

Después de hacer la investigación, tuve que cuestionar algunas de mis suposiciones básicas. Un supuesto principal era si una persona admite que está enferma hará todo lo que pueda para recuperarse. Supe que la salud no siempre tiene primera prioridad para la gente, pero pensé que si alguien tiene otras prioridades más importantes y no quiere hacer algo para tratar la enfermedad, eso se reflejaría en una negación del estado de enfermedad (“No estoy verdaderamente enfermo”). Pensé que si una persona admite que está enferma, siempre hará algo para tratarse. No fue siempre el caso entre mis informantes. Varias personas me contaron que en su casa alguien estuvo enfermo; pero nadie lo trató porque sería molesto o significaría tiempo. De lo que se desprende que la buena salud no se considera necesariamente como algo que hay que mantener o recuperar. Quizás esto parece obvio. Hay mucha gente que bebe y fuma en demasía, a pesar que estos factores se asocian con altas tasas de enfermedades hepáticas y cardiovasculares. No obstante, se pasa por alto este hecho en muchos estudios sobre la toma de decisión de los pacientes. Los modelos siempre se basan en la hipótesis que pacientes eligen entre varios tratamientos, pero se omite la alternativa de no tratarse, lo que los hace incompletos.

Tengo la sospecha que también hay otra consideración importante que se olvida en muchos modelos. Se dice que la consulta a un sanador implica el empleo del tratamiento que receta. Los resultados de esta investigación muestran que no son iguales; un buen número de pacientes que consultan a un sanador no sigue el tratamiento de acuerdo con sus consejos.

La idea de heurísticas y estrategias de simplificación es buena y puede ayudar a explicar cómo se toma las decisiones. También muestra el proceso a veces como algo no tan bien pensado y deliberado como se sostiene. Algunas decisiones son más “intuitivas” y a veces se emplean los conocimientos -“después del hecho”- (After the fact) para explicar las cosas. No significa que el proceso no es racional sino que la racionalidad no sirve para pesar cuidadosamente los pro y contra de una cuestión. Muchas veces un paciente no tiene el tiempo para hacer eso pero sus decisiones más “intuitivas”, empleando las heurísticas, también tienen una lógica. Sin embargo, hay una crítica de las teorías de simplificación: A veces se omiten decisiones importantes del análisis del proceso porque no se toman en cuenta algunas influencias importantes, como la red social.

Finalmente, los resultados indican que los conceptos de los sectores popular, folk y profesional pueden ser valiosas para el análisis, pero hay otras distinciones más importantes desde el punto de vista de los informantes. Por ejemplo, en esta investigación, la distinción entre público y particular pareció a veces tanto o quizás más importante para los pacientes que la diferencia entre folk y profesional. La

distinción entre generalistas y especialistas (no solamente respecto a médicos, sino también para sanadores folk) también fue muy importante. Entonces, quizás sería mejor examinar el cuidado de salud empleando las ideas de cuidado primario, secundario y terciario junto a los conceptos folk y profesional.

APÉNDICE I

Glosario de enfermedades folk**Agarradura**

Se dice que esta enfermedad solamente ocurre en el interior; similar a lo que se llama “el susto” en otras partes de Latinoamérica. Es causada por espíritus del ambiente que se encuentran en (o pasan por) ciertos lugares. Si una persona pasa o se para en uno de estos lugares (especialmente “a la mala hora”), puede asustarse de un momento a otro, por ejemplo, por un ruido o por el viento. Su ánimo se va del cuerpo y los espíritus le entran, haciéndolo enfermarse. Se dice que afecta más a los niños; en ellos los síntomas incluyen sueños malos e intranquilidad al dormir, llanto y malestar. Los adultos pueden sufrir una pérdida de apetito y sueños malos e intranquilos también. Si no se trata, la enfermedad puede ser fatal. Solamente los curanderos pueden tratar la agarradura porque sólo ellos tienen un ánimo tan fuerte como para poder enfrentarse con los poderosos espíritus del ambiente. (Es porque los espíritus tratan de apoderarse del sanador durante el tratamiento).

Se llama al tratamiento “coyar” (se usa la hierba coya para eso). Se coloca un paño y encima se colocan coya, coca, carne de llamo, kopala (una resina), un poquito de azúcar y a veces alcohol. Si el curandero sabe donde se agarró el paciente (ya sea por relatos del paciente o porque se vio en el millo quemado) lleva el paño con su contenido al lugar en cuestión. Allá se hace un brazo de carbón y se queman el paño y las otras cosas, mientras la reza a la Pachamama (Madre Tierra). Un informante me contó que la ceremonia parece un brindis que se hace a la Pachamama y los Mallkus (espíritus poderosos de los cerros). Se puede usar también un llamo en el tratamiento; los espíritus se trasladan a éste.

Aire

Esta enfermedad es causada por una corriente de aire del exterior. Si uno tiene aire en los oídos, se sienten como tapados. Aire en la cara puede causar una parálisis si no se trata; varias personas me contaron que pacientes que no trataron la enfermedad a tiempo se habían quedado con la boca chueca. Un informante mío tenía su boca así y me dijo, que la parálisis fue resultado del aire. También afecta espalda y hombros.

Los tratamientos en el sector popular incluyen el uso de un cambucho, las frotaciones con ruda, los masajes (al lado opuesto de la parte afectada) y el humo

de un cigarro (se aplica el humo a la parte afectada y después se venda para que se mantenga el calor).

Brujería

Una persona puede solicitar a un curandero o a un espiritista que haga un mal a otra persona; ésta se enferma y no puede curarse con los tratamientos habituales para los síntomas que manifiesta. (Los síntomas se parecen a los de otras enfermedades. Por ejemplo, uno tiene dolor de muela y va al dentista pero el dolor sigue, aún cuando el dentista le saca la muela.) Solamente los sanadores folk pueden sacar el mal. Algunos creen que hay protección previa contra la brujería (pero nadie me contó cómo).

Empacho

Se dice que es una enfermedad que afecta sobre todo a los niños hasta la edad de 4 años, pero algunos dicen que también los adultos pueden sufrirla. En los niños, ocurre porque comen cosas como chicles, papeles, tierra, leche en polvo no bien disuelta, leche de mujer embarazada, etc. En el caso de los adultos, es el resultado de una comida con mucha grasa. Se dice que la substancia ingerida se pega al estómago y causa dolores, diarrea o estitiquez.

Remedios caseros incluyen purgantes como zumo de papas con unas gotitas de limón, aceite de comer y sal. Las quebradoras también tratan el empacho (ver pág. 25-26).

Gentiles

Gentiles es la palabra aymara que denomina a los espíritus de los ancestros; la palabra también recrea la enfermedad que causan estos espíritus. Si una persona pasa alguna vez por un lugar donde son enterrados los gentiles, éstos pueden entrar en ella a través del estómago, haciéndola enfermar gravemente. Ocurre más a menudo en los niños; lloran, tienen fiebre, diarrea y dolores de estómago, y no pueden dormir bien. Los adultos experimentan dolores de estómago, de muela, debilidad y pérdida del apetito; un informante me dijo que tenía las manos secas y frías como cadáver.

Los curanderos o personas que han aprendido el tratamiento de ellos pueden curar la enfermedad. Se utiliza un método similar al coyar. Para obtener el diagnóstico definitivo se puede utilizar el millo (una piedra).

Se envuelven cuatro pedazos en lana o algodón blanco y tres en lana o algodón negro; se colocan en el pecho del paciente. Cuando se saca y quema al millo, forma la imagen de una calavera, confirmando la existencia de la enfermedad.

Se prepara la coya del mismo modo que en el tratamiento para la agarradura, pero además se prepara una comida. Esta incluye muy pequeñas cantidades de quiñua negra cocida con ají (grano que comían los gentiles), un poco de guano de burro o llamo mojado, grasa y varios tipos de mercaderías. Un informante me dijo que la comida se parece a un fiambre; la coya representa el condimento y la carne al asado. Se colocan la coya y la comida en el pecho o el estómago del paciente (donde están los gentiles) y se retira cuando se está poniendo el sol, o en la mañana cuando aparece. (Otros informantes me dijeron que la comida tiene que ser sin sal y que la ceremonia debe realizarse un sábado o un domingo a las 23:00 ó 24:00 horas.) Luego de ser retiradas la coya y la comida se queman. Se reza y el sanador habla con los espíritus: “Ándate tranquilo, ya acompañaste al enfermo, ahora ándate.”

Mal de ojo (ojeadura)

Solamente afecta a los niños chicos y animales; algunos dicen que también afecta a las plantas. Se dice que cuando una persona de mirada o sangre “pesada” o “fuerte” mira a la guagua, ésta se enferma si no está protegida. Si no se trata pronto, la enfermedad es fatal. (Un informante me contó de su sobrino de tres meses; su madrina le miró un día a las 17:00 horas y la guagua murió a la una de la madrugada. Otra persona me dijo que es fatal si se pasa un martes o viernes sin tratamiento; eso le ocurrió a su hermana, muerta al no tratarse antes de un martes.) La persona con sangre fuerte no tiene la intención de enfermar al niño y cada persona puede tener sangre fuerte sin saberlo. Es sabido que todo el mundo al mirar a los niños chicos les dice “Dios te bendiga” o “Dios le guarde”. Se puede proteger a la guagua poniéndole la camiseta al revés o colocando una cinta roja con una medallita de plata en la camiseta. (Algunos dicen que el color rojo desvía la mirada pesada).

El niño enfermo puede reaccionar de distintas formas. Por lo general, comienza a llorar y llorar, se debilita y deja de comer. Se puede confirmar el diagnóstico poniendo la lengua en las sienes o la frente; si es salada, es mal de ojo. (Se dice

también que otra forma de manifestación se produce cuando el niño muere; a menudo los ojos se revientan).

Se trata en casa o por un santiguador. Se frota o “pinta” la cara (y a veces el cuerpo) con la hierba palque, sal, o lápiz labial en forma de cruz; después se reza. Algunos informantes también dijeron que uno debe decir garabatos al aire (destinados a la persona que miró a la guagua).

Mal de vesícula

Los informantes usaban este término para denominar enfermedades y malestares asociados con “cálculos”. Algunos lo relacionan con la vesícula pero otros dijeron que afecta al hígado y a los riñones. En todos los casos, me dijeron que los síntomas principales son el orinar con dolor y desalojo de cálculos (granos) en la orina.

APÉNDICE II

Cuestionario empleado en la investigación

Conversación sobre el cuidado de salud con_____

Núm_____

Hombre_____ Mujer_____ Edad (años)_____

Estado Civil: casado/a _____ soltero/a _____ separado/a_____ viudo/a_____.

¿Cuántas personas viven en esta casa? (¿Cómo están relacionadas?)

¿Cuántas personas componen su grupo familiar (¿Edades?)

Nombre de la población/pueblo_____

Tiene su casa: ¿agua?
¿un baño o letrina?
¿alcantarillado?
¿electricidad?

¿Cuántos años vive Ud. en Iquique?

¿De dónde llegó Ud. a Iquique?

¿De dónde es?

¿De dónde son sus padres?

¿De dónde son sus abuelos?

¿Hasta qué curso estudió Ud.?

¿Qué religión profesa Ud.?

¿Participa Ud. (u otras personas en la familia) en alguna organizaciones o grupos? ¿Cuáles?

¿Trabaja su esposo/a _____ ¿Qué hace?_____

Mujer: ¿Hace Ud. algún trabajo además del dueña de casa? ¿Qué hace?

¿A cuánto asciende el ingreso mensual? (Aproximadamente.)

¿Tiene Ud. y su familia algún tipo de previsión? ¿Cuál?

¿Reciben sus niños leche y alimentación de parte del gobierno? ¿Es bueno?

¿Va Ud. muchas veces con los niños al control? ¿Va Ud. mismo al control?

¿De dónde o cómo obtiene Ud. información o conocimientos sobre enfermedades y tratamientos?

¿Cómo llegó Ud. a conocer el uso de los remedios caseros?

¿Quiere aprender más remedios caseros? ¿Por qué?

¿Quién es la persona en la familia que sabe lo más sobre enfermedades y tratamientos?

¿Quién en la familia decide qué debe hacerse si algún miembro se enferma?

Cuando Ud. o algún miembro se enferma ¿Qué hace ante todo?

¿Cómo reconoce Ud. de qué enfermedad se trata?

¿Con quién habla Ud. sobre la enfermedad y el tratamiento al principio?

Si Ud. no la reconoce, ¿Cómo identifica la enfermedad entonces?

Si una enfermedad no se termina con el primer remedio casero, ¿Qué hace Ud. después?

¿Con quién habla Ud. si el primer remedio casero no da resultado?

¿Cuánto tiempo espera Ud. antes de hacer algo distinto si la enfermedad no se supera con el primer remedio casero?

¿Por qué emplea a veces remedios caseros y a veces va al doctor o curandero?

¿Emplea Ud. más de un tratamiento a la vez para tratar ciertas enfermedades? ¿Por qué sí o no?

Si una enfermedad no se supera con ninguno de los remedios caseros ¿pide Ud. consejos de otras personas? ¿De quiénes?

A veces una enfermedad no se termina con el primer tratamiento que da un médico u otra persona que la trata. ¿Qué hace Ud. entonces?

¿Con quién habla Ud. entonces sobre lo que debe hacer?

¿Cuánto tiempo espera Ud. para ver si el tratamiento del médico/curandero es bueno antes de hacer algo distinto?

¿Cómo reconoce Ud. si un tratamiento es bueno?

¿Siempre cumple Ud. con el tratamiento prescrito? ¿Por qué no?

Una vez que sanó, ¿le interesa a Ud. conocer la causa de la enfermedad?

¿Hay ciertas enfermedades que Ud. siempre se trata solo/a? ¿Por qué y con qué tipo de tratamiento?

¿Tiene Ud. un botiquín medicinal, remedios de farmacia o hierbas en casa? ¿Cuáles?

¿De dónde obtiene Ud. las hierbas?

¿De dónde obtiene Ud. los remedios de farmacias?

¿Cuáles son más caros, remedios de farmacia o hierbas?

¿Cuáles son, en su opinión, mejores, remedios de farmacia o hierbas - son iguales? ¿Por qué?

Tengo una lista de enfermedades y quiere saber si usted las reconoce, ¿A quién consultaría Ud. por esas enfermedades? ¿O las trata Ud. mismo/a? ¿Cómo?

dolor de cabeza	fiebre	asma
diarrea	tos	gripe
estitiquiez	dolor de estómago	alergias
cólico	hemorragia	hernia
el empacho	aire	dolor de menstruación
zafadura	mal de ojo	dolor de muela
mal de vesícula	heridas	gentiles
resfrío	dolor de pecho	para cuidarse
corazón	quebradura	reumatismo
brujería	agarradura	

¿Hay otras enfermedades comunes que no he mencionado?

¿Ha consultado Ud. a algunas de estas personas en el pasado? ¿Fue satisfactorio el tratamiento?

yerbatero	practicante
médico	médico particular
farmacéutico	especialista
santiguador	dentista
compositor	acupunturista
quebradora de empacho	mentalista/espiritista
curandero	matrona

¿Ha visitado los baños termales? ¿Por qué?

¿Hay enfermedades que los médicos no pueden tratar? ¿Cuáles y por qué?

¿Hay enfermedades que ellos (nombre de un sanador folk) no pueden tratar?
¿Cuáles y por qué?

¿A cuales es más fácil consultar: médicos o (nombre de un sanador folk)?

¿En general, cuánto tiempo debe esperar Ud. para que se le atienda en el consultorio?

¿Cuánto tiempo debe Ud. esperar para que le atienda el (nombre de un sanador folk)?

¿Preguntan los médicos particulares el pago al contado de inmediato? ¿o puede usted pagarlos más tarde?

¿Preguntan los (nombre de un sanador folk) el pago al contado de inmediato? ¿o puede pagarlos más tarde?

¿Puede pagar a veces (a los sanadores folk) con mercaderías, en vez de dinero?

¿Ha habido situaciones en que su hijo, esposo/a, o Ud. mismo/a se enfermó y no pudo contar con atención médica por falta de dinero? ¿Qué hizo Ud.?

¿Debe Ud. pagar los medicamentos por sí mismo/a, o los recibe del médico?

¿En el pasado, no ha podido comprar medicamentos o cumplir recetas dadas por el médico? ¿Qué ha hecho Ud.?

Si Ud. fuese rica y pudiese emplear el tratamiento que prefiriese, ¿qué haría Ud. para tratar las enfermedades?

¿Conoce Ud. personalmente (en relación de amistad, familia o vecindad) a alguna persona con muchos conocimientos médicos?

¿Ha estado Ud. o miembros de su familia en el hospital? ¿Por qué y por cuánto tiempo? ¿Le atendieron bien?

¿Qué piensa Ud. de los médicos y enfermeras en general?

¿Qué piensa Ud. de los (nombre de un sanador folk) en general?

¿En general, cuán lejos viajó Ud. para consultar a alguien en caso de enfermedad?

¿Hay muchos trámites que hacer en relación con consultas? ¿Son molestos o no?

¿Explican bien los médicos y enfermeras lo que hacen y por qué?

¿Preguntan si Ud. está de acuerdo con el tratamiento? Si no, ¿piensa Ud. que sería conveniente, o que no sería necesario porque ellos son los expertos?

¿Preguntan su opinión sobre la enfermedad?

¿Explican bien los (nombre de sanador folk) lo que hacen y por qué?

¿Preguntan su opinión sobre la enfermedad?

¿Preguntan si Ud. está de acuerdo con el tratamiento?

Algunas organizaciones internacionales dicen que sería buena idea incluir a personas como compositoras, yerbateros, etc., en el sistema de salud. ¿Qué piensa Ud. de esta idea?

(católicos) ¿Ha hecho Ud. una manda para pedir ayuda para una enfermedad?

(católicos) ¿Ha pedido Ud. ayuda de una animita para curar una enfermedad?

(protestantes) ¿Hay ungimiento en su iglesia? ¿Recorre Ud. al ungimiento?

(aymaras) ¿Hay problemas con el cuidado de salud en el interior? ¿Cuáles?

(aymaras) ¿Cómo puede hacerse mejor el cuidado de salud en el interior?

¿Cómo podría mejorarse el cuidado de salud por los médicos y en el hospital?

¿Qué significa "buena salud" para Ud. ? ¿Es solamente una cosa del cuerpo o algo más?

¿Qué enfermedades hubo en su familia las dos o tres últimas semanas? ¿Qué hizo Ud.?

¿Quiere Ud. decirme algo sobre el cuidado de salud o mencionar algo que he olvidado y que es importante?

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1983 Atlas de la República de Chile.
Instituto Geográfico Militar de Chile.
- 1986 Nueva Ley de Prestaciones de Salud. Ley N° 18.469, D.O 23-11-1985. Editora Cumbres Limitada: Santiago.
- 1986 "Alimentos subieron 1,6% en agosto", en: La Estrella, (Iquique) p.22. (15 de Septiembre de 1886)
- Annis, Sheldon
1981 "Physical Acces and Utilization of Health Services in Rural Guatemala", Soc. Sci. Med. 1981 15D: 515-523.
- Bax, Mart
1978 Jaap-Joop-Mies: Leesplank van de Netwerkanalyse. Van Gorcum: Assen/Amsterdam.
- Bichmann, Wolfgang
1979 "Primary Health Care and Traditional Medicine-Considering the Background of Changing Health Care Concepts in Africa", Soc. Sci. Med.,13B: 175-182.
- Chavez, Leo R.
1984 "Doctors, Curanderos, and Brujas: Health Care Delivery and Mexican Immigrants in San Diego", Med. Anth. Quart., 15/12: 31-37.
- Chrisman, Noel J.
1977 "The Helath Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness", Cult. Med. Psychiat., 1: 351-377.
- Collados Nuñez, Modesto y Winston Chinchon Bunting
1985 "Arancel de Prestaciones del Sistema de Libre Elección de Medicina Curativa (Ley 16.781). Ministerio de Salud: Santiago.

Coreil, Jeannine

1983 "Parallel Structures in Professional and Folk Health Care: A Model Applied to Rural Haiti", *Culture, Med. Psychiat.*, 7: 131-151.

Cosminsky, Sheila y Mary Scrimshaw

1980 "Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation", *Soc. Sci. MEd.*, 14B: 267-278.

Currier, Richard L.

1966 "The Hot-Cold Syndrome and Symbolic Balance in Mexican and Spanish-American Folk Medicine", *Ethnology*, 5/3: 251-263.

De Jager, H. y A.L. Mok

1983 *Grondbeginselen der Sociologie. Gezichtspunten en Begrippen*. H.E. Stenfert Kroese B.V.: Leyden/Antwerp.

Delvecchio Good, Mary-Jo y Byron J. Good

1982 "Patient Requests in Primary Care Clinics" en: Chrisman, N.J. and Maretzki, T.W. (eds.), *Clinically Applied Anthropology*, D. Reidel Publishing Company: Dordrecht, p.p. 275-295.

De Waal Malefijt, Annemarie

1975 *Beelden van de Mens*. Ambo: Baarn.

Doyal, Lesley

1979 *The Political Economy of Health*. Pluto Press Limited. Londres.

Elling, Ray H.

1981 "Political Economy, Cultural Hegemony, and Mixes of Traditional and Modern Medicine". *Soc. Sci. Med.*, 15A: 89-99.

Finkler, Kaja

1981 "Comparative Study of Health Seekers or, Why Do Some People Go to Doctors Rather than to Spiritualist Healers?", *Med. Anth.*, 5/4: 383-424.
1981

Flap, Hendrik Dirk

1981 "De Theorie van het Sociale Kapitaal", *Antro. Verkenningen*, 6/1: 14-27.

Geertsen, R. et al.

1975 "A Re-examination of Suchman's Views on Social Factors in Health Care Utilization", *J. Hlth Soc. Behav.*, 16: 226-237.

Goic C., Alejandro

1986 "Salud: ¿Qué pasa en Chile?". *Revista Mensaje*, 547: 89-93.

- González, Sergio
1985 Salitre: Reencuentro, Añoranza, Realidad. CIREN: Iquique.
- Guerrero C., Victor (ed.)
1986 "Salud y Religiosidad: La Virgen de la Tirana: Médica del Pueblo", Boletín Poblacional, N° 12 (CIREN: Iquique), p. 4.
- Guerrero Jiménez, Bernardo
1986 Medicina Andina y Medicina Evangélica en Altiplano Chileno. Fotocopias, 20 páginas.
- Hall, Edward T.
1984 The Dance of Life: the Other Demension of Time. Anchor Press: Garden City.
- Heath, A.F.
1976 "Decision Making and Transactional Theory" en: Kapferer, B. (ed.), Transaction and Meaning. Institute for the Study of Human Issues: Filadelfia, pp. 25-40.
- Helman, Cecil
s/a Culture, Health and Illness. Wright: Bristol.
- Henríquez, S. y A. Monreal
1984 "Estudio Preliminar de la Población Consultante al Sistema de Medicina Tradicional Urbana" en: Medina C., E. (ed.), Seminario Medicina Tradicional. Universidad de Chile: Santiago, pp. 114-137.
- Hill, Carole E.
1985 "Local Health Knowledge and Universal PHC: A Behavioral Case from Costa Rica", Med. Anth., Invierno 11-23.
- Igun, U.A.
1979 "Stages in Health Seeking: A Descriptive Model", Soc. Sci. Med., 13A: 445-456.
- INE
1986 Boletín Estadístico Mensual (Cifras Disponibles al 30 de Junio y 31 de Julio de 1986). Dirección Regional de Tarapacá: Iquique, Chile.
- INE/Universidad de Tarapacá
1985 Informativo Estadístico Regional: I Región de Tarapacá, Segundo Semestre 1985. INE/Universidad de Tarapacá: Arica/Iquique.

Irárazaval, Diego

1985 "Potencialidad Indígena-Andina", Estudios Aymaras, 21: 4-19. (IDEA: Puno).

Janzen, John M.

1978 "The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems", Soc. Sci. Med., 12: 121-129.

Jiménez de la Jara, Jorge

1982 "La Salud Estabilizada". Revista Mensaje, 309: 253-258.

Kapferer, Bruce

1976 "Introduction: Transactional Models Re considered", en: Kapferer, B. (ed.), Transaction and Meaning, Institute for the Study of Human Issues: Filadelfia, pp. 1-22.

Kleinman, Arthur

1984 "Indigenous Systems of Healing: Questions for Professional, Popular and Folk Care", en: Slamon, J.W. (ed.), Alternative Medicines, Tavistock Publications: Nueva York, pp. 138-164.

___ 1980 Patients and Healers in the Context of Culture. University of California Press: Berkeley.

___ 1978 "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems", Soc. Sci. Med., 12: 85-93.

Kroeger, Axel

1983 "Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in Developing Countries", Soc. Sci. Med., 17/3: 147-161.

Landy, David

1977 "The Position of the Afflicted in Society", en: Landy, D (ed.), Culture, Disease, and Healing. Macmillan Publishing Co.: Nueva York, pp. 385-388.

Leslie, Charles

1980 "Medical Pluralism in world Perspective", Soc. Sci. Med., 14B: 191-195.

Lee, Wayne

1971 Decision Theory and Human Behavior. John Wiley & Sons: Nueva York.

Llanque, Domingo

1985 "Sacerdotes y Médicos Aymaras", Boletín del Instituto de Estudios Aymaras, 20: 10-31 (IDEA: Puno).

Locker, David y David Dunt

1978 "Theoretical and Methodological Issues in Social Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care", Soc. Sci. Med., 12: 283-292.

Mathews, Holly F.

1982 "Illness Classification and Treatment Choise: Decision Making in the Medical Domain", Rev. Anthro., Primavera: 171-186.

McDonald, Catherine A.

1981 "Political-Economic Structures: Approaches to Traditional and Modern Medical Systems", J. Hlth Soc. Behav., 13: 115- 152.

Medina, Eduardo; Prado, María Teresa y Vitriol, Verónica

1986 Estudio Sobre Conocimientos, Con- tactos y Actitudes de los Agentes de la Medicina Oficial hacia la Medicina Tradicional o Popular. Fotocopia. Santiago.

Mendoza C., Santiago

1981 "Los Espíritus y las Enfermedades". Boletín del Instituto de Estudios Aymaras Series 2, N°9, pp. 9-17 (IDEA: Puno).

Molina Silvia, Sergio

1985 "La Pobreza Extrema: Un Drama Nacional. Mensaje, 343: 411-414.

Mueller, Daniel P.

1980 "Social Networks: A Promising Direction for Research on the Relationship of the Social Environment to Psychiatric Disorder", Soc. Sci. Med., 14A: 147-161.

Ochoa Villanueva, Víctor

1975 Medicina Popular en la Cultura Aymara. Boletines Ocasionales N°s. 23-24, Junio-Agosto. IDEA: Chucuito.

Parsons, Talcott

1979 "Definitions of Health and Illness in the Lighr of American Values and Social Structure", en: Jaco, E.G. (ed.), *Patients, Physicians, and Illness*. The Free Press: Nueva York, pp. 120-144.

P'axi, Rufino et al.

1986 "Religión Aymara y Cristianismo", Fe y Pueblo, 3/13: 6-13 (Centro de Teología Popular: La Paz).

Pedersen, Duncan y Verónica Baruffati

1985 "Health and Traditional Medical Culture in Latin American and the Caribbean", Soc. Sci. Med., 21/1: 5-12.

Pilisuk, Marc y Charles Froland

1978 "Kinship, Social Networks, Social Support and Health", Soc. Sci. Med., 12B: 273-280.

Pillsbury, Barbara L.K.

1982 "Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in National Health Care Systems", Soc. Sci. Med., 16: 1825-1834.

Podestá Arzubiaga, Juan

1985 Estado, Espacio y Educación: El Etnocidio de los Aymaras en Chile entre 1974-1985. Vrije Universiteit: Amsterdam.

Press, Irwin

1982 "Witch Doctor's Legacy: Some Anthropological Implications for the Practice of Clinical Medicine" en: Chrisman, N.J. y Maretzki, T.W. (eds.), Clinically Applied Anthropology. D. Reidel Publishing Company: Dordrecht. pp. 179-198.

___ 1980 "Problems in the Definition and Classification of Medical Systems", Soc. Sci. Med., 14B: 45-57.

Raczynski, Dagmar y Claudia Serrano

1985 Vivir La Pobreza. Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica: Santiago.

Ruiz-Tagle P., Jaime

1986 "Los Ingresos de los Pobres y la Recuperación Económica", Mensaje, 354: 473-477.

Scarpaci, Joseph L.

1985 "Restructuring Health Care Financing in Chile", Soc. Sci. Med., 21/4: 415-431.

Schuyt, C.J.M.

1972 Recht, Orde en Burgerlijke Ongehoorzaamheid. Universitaire Pers: Rotterdam.

SERPLAC, 1ra. Región

1980 Chile, I Región: Atlas del Desarrollo Regional. SERPLAC: Santiago.

Stoner, Bradley P.

1985 "Formal Modeling of Health Care Decisions: Some Applications and Limitations", Med. Anth. Quart., 16/2: 41-46.

Televizier (AVRO)

1986 "Alternatieve Geneeswijzen", Programa de Televisión. 21/3/1986

Twaddle, Andrew C.

1969 "Health Decision and Sick Role Variations: An Exploration", J. Hlth Soc. Behav., 10/2: 105-115.

Van den Berg, Hans

1985 Diccionario Religioso Aymara. CETA/IDEAS: Iquitos.

Van Kessel, J.

1985a "Medicina Andina". Cuadernos de Investigación Social N° 13. CIREN: Iquique. (Julio)

___1985 b "Los Aymaras Contemporáneos de Chile (1879/1985): Su Historia Social". Cuadernos de Investigación Social N° 16. CIREN: Iquique. (Diciembre)

___1984 "Theoiatrie en La Tirana", en: van Kessel, J., Syllabus Religieuze Dansers van Noord Chili. Vrije Universiteit: Amsterdam, pp. 31-39.

___1982 Cultane, Onderontwikkwling en Overleven van een Andesgemeens chap. Instituut voor Ontwikkelingsvra gstukken: Tilburg.

___1980 Holocausto al Progreso. Los Aymaras de Tarapacá. Incidentele Publicaties 16. CEDLA: Amsterdam.

Velimirovic, Boris

1984 "Traditional Medicine is not Primary Health Care: A Polemic", Curare, 7: 61-79.

Young, Allan

1983 "The Relevance of Traditional Medical Cultures to Modern Primary Health Care", Soc. Sci. Med., 17/16: 1205-1211.

Young, James C.

1981 "Non-use of Physicians: Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models", Soc. Sci. Med., 15B: 499-507.

___1978 Health Care in Pichátaro: Medical Decision Making in a Tarascan Town of Michoacán, Mexico. Dissertation, University of California at Riverside. University Microfilms International: Ann Arbor.

Young, James C. y Linda Young Garro
1982 "Variation in the Choice of Treatment Two Mexican Communities", Soc.
Sci. Med., 16: 1453-1465.

Cómo citar:

Bruyn, María de

1988 "De algunas personas dicen que tienen buenas manos'. Actitudes de los
pacientes frente a la salud". En: Cuaderno de Investigación Social, N°26.
Centro de Investigación de la Realidad del Norte; Iquique, Chile.