

Manigeh Roosta  
(Coordinadora)

# SALUD MATERNA EN CONTEXTOS DE INTERCULTURALIDAD

Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode,  
Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui

CIDES  
UMSA **30** AÑOS

# Salud materna en contextos de interculturalidad

## Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui



Manigeh Roosta  
(coordinadora)

# Salud materna en contextos de interculturalidad

Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode,  
Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui



Organización  
Mundial de la Salud



Organización  
Panamericana  
de la Salud

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



## **Salud materna en contextos de interculturalidad**

**Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui**  
**COLECCIÓN 30 ANIVERSARIO**

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo es el primer postgrado en la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) especializado en estudios del desarrollo; por su carácter multidisciplinario depende del Vicerrectorado de la UMSA. Tiene como misión formar recursos humanos para el desarrollo y contribuir a través de la investigación y la interacción social al debate académico e intelectual en torno a los desafíos que experimenta Bolivia y América Latina, en el marco del rigor profesional y el pluralismo teórico y político y al amparo de los compromisos democráticos, populares y emancipatorios de la universidad pública boliviana.

Este estudio fue realizado en el marco del Programa Long Term Institutional Development (LID) apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

© Manigeh Roosta, 2013

© CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA, 2013

Primera edición: noviembre de 2013

DL: 4-1-351-13 P.O.

ISBN: 978-99954-1-564-8

Producción:

Plural editores

Av. Ecuador 2337 esq. Calle Rosendo Gutiérrez

Teléfono 2411018 / Casilla 5097 / La Paz, Bolivia

Email: plural@plural.bo / www.plural.bo

*Impreso en Bolivia*

# Índice

Dedicatoria .....	7
CIDES: 30 años de vida institucional .....	9
Presentación OPS/OMS.....	13
Introducción .....	15
CAPÍTULO I	
Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud materna en Bolivia: contextos mundial, latinoamericano y nacional	
<i>Alfredo Luis Fort</i> .....	23
CAPÍTULO II	
Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)	
<i>Yolanda Vargas</i> .....	35
CAPÍTULO III	
Población aymara	
<i>Ineke Dibbits</i> .....	73
CAPÍTULO IV	
“Ahora ya no tienen esa costumbre” Salud, maternidad e interculturalidad en el pueblo ayoreode del oriente boliviano	
<i>Irene Roca Ortiz</i> .....	109

## CAPÍTULO V

Salud materna y sus cambios generacionales en la provincia Velasco

*Daniela Ricco Quiroga* ..... 143

## CAPÍTULO VI

La salud materna en la vida de familias que fueron cautivas  
en el Alto Parapetí*Gaby Gómez-García Vargas* ..... 183

## CAPÍTULO VII

El modelo de salud intercultural en Tinguipaya

*Azucena Fuertes* ..... 241

## CAPÍTULO VIII

Yiti Amobo (Está naciendo el bebé) Percepción y prácticas  
del pueblo Yuqui en torno a la maternidad*Ely Silvia Linares Chumacero* ..... 279

## CAPÍTULO IX

Salud materna e interculturalidad en el horizonte de sociedades  
más inclusivas*Manigeb Roosta* ..... 325

# Dedicatoria



Doctora Lilian Rosario Calderón de Zamora  
15 de diciembre de 1952 - 06 de mayo de 2012

Lilian fue una mujer excepcional que dedicó su vida a mejorar la salud materna y los derechos de las mujeres.

Polifacética en su vida profesional, fue médica y abogada, profesiones que convergieron en su militancia por la salud de las mujeres como un derecho humano esencial, y fue también maestra. Lilian explicaba en quechua, en castellano, en lenguaje sencillo o en lenguaje técnico, porque no podían morir las mujeres en Bolivia por causas prevenibles. Trabajó para reducir la muerte materna y neonatal; para mejorar la salud sexual y reproductiva, principalmente de las mujeres indígenas de nuestro país; para velar por la atención de calidad en los servicios de salud, y para prevenir embarazos en la adolescencia.

Ocupó varios cargos en el Fondo de Población (UNFPA) y en otras agencias de Naciones Unidas, destacándose siempre por la calidad de su trabajo y su calidez humana. La extensión del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) fue uno de los resultados que logró como Senadora, junto a un grupo de parlamentarias y parlamentarios, para lo cual trabajó con ahínco, incansable en explicar las razones por las que este seguro debía ser ampliado y porque las mujeres debían ser consideradas en todo su ciclo de vida.

Hablar de Lilian Calderón es hablar de una mujer íntegra que vivió por una causa y dejó un camino trazado para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres bolivianas. Su recuerdo está presente en las personas que tuvimos el privilegio de conocerla. Su legado fue y sigue siendo grande, coherente y un ejemplo a seguir.

*“La muerte no es verdad cuando se ha cumplido bien la obra de la vida” (José Martí)*



## CIDES: 30 años de vida institucional

El Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés nació en 1984 como resultado de la lúcida iniciativa de autoridades universitarias que dieron cuerpo a la primera unidad académica multidisciplinaria de postgrado en el país, articulada alrededor de la problemática del desarrollo.

A tres décadas de entonces, no es difícil rememorar la importancia fundamental de aquel momento, que evoca una profunda convicción con relación al trabajo académico universitario marcado, a su vez, de un gran compromiso con el destino del país, visto desde los ojos de su intelectualidad.

Uno y otro aspecto son decisivos para una nación que busca comprenderse a sí misma y desplegar sus anhelos en el concierto internacional, sin renunciar a su especificidad histórica y cultural. Con ese propósito, el trabajo académico universitario se ubica en la franja más decisiva de las intermediaciones que ha producido la sociedad moderna, pues implica una forma de producción de sentido que toda sociedad requiere para cohesionarse como comunidad de destino. El conocimiento académico universitario es, así, un factor constitutivo de la nación para que ésta, sobre la base de sus condiciones particulares, trascienda los obstáculos que impiden su consolidación, a partir de una relación suficientemente consistente entre Estado y sociedad.

De ese legado está imbuido el trabajo que realiza la comunidad académica del CIDES. Varios han sido los frutos que hasta ahora se han logrado. El más importante, haber trazado una estructura institucional en la que converge una pluralidad de perspectivas teóricas, imprescindibles para alcanzar una mejor y más completa comprensión de la realidad nacional y regional. El trabajo interdisciplinario es un complemento sustancial que, a partir de las diferentes fuentes explicativas a las que apela, permite producir una mirada cabal de las interconexiones existentes en torno a las problemáticas de la realidad. El objeto del desarrollo exige que ambos componentes –pluralismo e interdisciplina– estén rutinariamente activos

en la reflexión, lo que la institución ha logrado formalizar a través del espíritu participativo que imprime en sus políticas, en gran medida gracias a la gran disponibilidad individual y colectiva desplegada en su seno.

Como resultado de ello, el CIDES se ha convertido en un referente medular para la formación y la investigación en el país, y ha formado un importante contingente de recursos humanos que se desempeñan con solvencia en la gestión pública, el trabajo docente y la investigación. Al mismo tiempo, ha producido un caudal de investigaciones que forman parte fundamental del acervo intelectual nacional. Y, finalmente, con el ánimo de visibilizar el debate, ha puesto a disposición de la colectividad lo mejor de sus logros. Más de 70 libros testimonian ese esfuerzo, refrendado por la persistencia con la que se ha mantenido la revista semestral de la institución (UMBRALES) y las decenas de eventos públicos organizados. En los últimos años, se ha sumado a ello una nueva forma de producir conocimiento, alentando la relación entre investigación y acción, y su derivación en la política pública que es el modo más concreto de la interacción del Estado con la sociedad. Como añadidura, la institución ha contribuido a la construcción de un tejido interuniversitario internacional que nutre la perspectiva del trabajo académico, amplificando sus desafíos y posibilidades.

Dos consideraciones acompañaron este proceso: una, orientada a preservar los pilares que dieron fundamento al trabajo institucional; la otra, a proyectar su horizonte al calor de los desafíos que trae el conocimiento en permanente recreación y los que el propio país se va proponiendo en el curso de sus procesos históricos. En esa dirección, el trabajo del CIDES está basado en un esfuerzo permanente de actualización, lo que significa poner en la palestra los grandes problemas que acechan a una sociedad en movimiento. Desde ese punto de vista, salta a la vista, como contribución sustantiva, la crítica a los modelos de desarrollo cuya única finalidad ha sido expandir las finalidades utilitaristas de la modernización. En consecuencia, la institución trabaja arduamente desde un enfoque comprometido con la emancipación, habida cuenta de las búsquedas en las que están empeñadas las colectividades, hoy por hoy con enorme evidencia simbólica y discursiva.

Ese compromiso está apuntalado por los valores de la democracia intercultural, el pluralismo teórico y la libertad política, soportes con los que es posible construir un pensamiento autónomo. Por eso, el CIDES reivindica su identidad pública y muestra una vocación orientada a los intereses generales de la sociedad exenta—consecuentemente—de sujeciones que no sean las académicas, asumiendo sin embargo el importante significado político que ello entraña.

Lograr ese caudal de objetivos da cuenta de lo que es posible hacer cuando la predisposición para actuar es superior a las circunstancias. En ese sentido, el trabajo colectivo y la capacidad creadora son un legado que la institución también atesora como parte de las evocaciones comunitarias a las que nos remite la historia cultural en el país.

La conmemoración de las tres décadas del CIDES es un buen momento para dar cuenta de todo ello. Sin embargo, además de ser una remembranza, este hecho también reafirma la convicción de esta comunidad académica sobre el valor del trabajo intelectual y el conocimiento para apuntalar a la nación y sus valores democráticos, en el presente y el futuro. Por eso, los 30 años de esta institución son un motivo para honrar a la comunidad académica boliviana, en especial la que se ha involucrado con la universidad pública y con este postgrado. De la misma manera, es un homenaje al esfuerzo que despliegan los estudiantes universitarios de postgrado, con una vocación que no siempre es bien acogida por el país, privado de la enorme energía disponible de la que aquellos son portadores para contribuir a la reforma de la sociedad.

La colección de publicaciones que se recogen en este aniversario es resultado tanto de investigaciones realizadas por docentes-investigadores de la institución como por colegas que han tenido un contacto fluido con los quehaceres que aquí se despliegan. Son producto de la vinculación interinstitucional que el CIDES ha generado para que afloren, se reproduzcan y se ensamblen los fines más nobles que están detrás de todo trabajo intelectual, cuando éste se pone al servicio del bienestar de los pueblos.

En este caso, el libro *“Salud Materna en Contextos de Interculturalidad: Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui.”* representa un trabajo pionero sobre las condiciones en las que mujeres de pueblos indígenas en Bolivia, confrontan sus problemas de salud, en un escenario marcado por carencias institucionales y tratos discriminatorios asentados en los servicios existentes. El libro, producido en el marco de una intensa interacción reflexiva entre las investigadoras, también hace referencia a las formas culturales que le son propias a las poblaciones indígenas y sobre las cuales se han erigido concepciones particulares acerca de la vinculación entre humanidad y naturaleza, en este caso fuertemente enfocada a la salud materna. En ese sentido, el libro ofrece referencias fundamentales para nutrir la visión intercultural, la misma que adquiere connotaciones propias cuando se trata de la salud de las mujeres, atrapadas en el entretejido complejo que supone la relación entre tradición y modernidad y la disyuntiva entre derechos culturales y universalismo.

El libro es resultado del vínculo interinstitucional del CIDES con la OMS y OPS a partir del cual se han generado un conjunto de actividades que, marcadas por una gran dosis de confianza mutua, involucran procesos de formación, de investigación y de interacción social, como soporte de la relación necesaria entre la Universidad y las instituciones que alientan o ejecutan políticas públicas en el país.

Cecilia Salazar  
Directora del CIDES-UMSA



## Presentación OPS/OMS

La Región de las Américas ha alcanzado resultados satisfactorios en cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aunque quedan retos a enfrentar. La disminución de las tasas de mortalidad infantil, la disminución de las muertes por VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, la mayor población con acceso al agua potable y saneamiento, y la mayor esperanza de vida registran logros. Sin embargo, la reducción de la mortalidad materna, pese a los avances, sigue siendo uno de los retos a enfrentar en algunos países de la región de las Américas.

La salud de la mujer en Bolivia es preocupación permanente de las autoridades nacionales, departamentales y locales, situación que ha permitido que desde las más altas esferas gubernamentales y muy especialmente desde el Ministerio de Salud y Deportes se generen leyes, políticas, normas, programas y proyectos en la búsqueda de mejorar los niveles de salud y por ende de vida de las mujeres, niños y niñas y sus familias. La muerte materna todavía representa una enorme discriminación de género, de falta de equidad y una de las epidemias silenciosas en Bolivia, constituyéndose en una de las violencias más sentidas hacia las mujeres.

El reconocimiento de la existencia de 36 naciones indígenas originarias y campesinas en la Constitución Política del Estado y el registro de un porcentaje significativo de población auto-identificada con estas naciones, confirman la diversidad étnica y cultural de Bolivia. Las acciones y estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna en el mencionado contexto son tareas a ser fortalecidas en la agenda de la salud pública en el país.

La investigación sobre “*Salud Materna en contextos de Interculturalidad: Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui.*” dirigida por Dra. Manigeh Roosta, coordinadora del programa *Long Term Institutional Development* (LID) de la Organización Mundial de Salud (OMS), permite profundizar

la complejidad del fenómeno. Los estudios de los diferentes grupos culturales, visibilizan la diversidad étnica cultural de los pueblos tanto de occidente como en el oriente del país. Los relatos y testimonios de las madres indígenas ponen en evidencia que la disminución de la mortalidad materna, además de aspectos médicos y clínicos, requiere considerar los determinantes sociales de salud y las barreras de acceso a los servicios en su relación con el derecho a la salud.

En el presente estudio, la interculturalidad es abordada no como un fin en sí mismo, sino como el requisito y un medio para el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales como el derecho a la salud en el horizonte de equidad y justicia social. De esta manera, el libro contribuye no solo a la discusión de la disminución de la mortalidad materna, sino que evidencia la necesidad de abordar la exclusión social como barrera significativa y la atención primaria intercultural como estrategia y posible fuente de logros.

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OP/OMS) valora la iniciativa del CIDES-UMSA de llevar a cabo estudios que permitan mejorar la salud de las bolivianas y los bolivianos.

Dr. Michel Thieren  
Representante OPS/OMS  
Bolivia

# Introducción

La interculturalidad es una de las características más destacadas de Bolivia. El reconocimiento de la existencia de 36 naciones indígenas originarias en la nueva Constitución Política del Estado, y la autoidentificación de un porcentaje importante de población con ellas confirman la diversidad étnica y cultural del país. Las migraciones rural-urbana y entre diferentes regiones no sólo permiten visibilizar esta diversidad, sino que contribuyen significativamente al carácter intercultural de la población a escala nacional.

Bolivia reporta una de las cifras más altas de mortalidad materna en la región.<sup>1</sup> Mientras en 1989 la razón de mortalidad materna registraba 416 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, en 2003 esta cifra se reduce a 229, aún así es la más alta en comparación con países vecinos, que reportan cifras menores de alrededor de 50 muertes por cada cien mil nacidos vivos (UDAPE, 2010: 88). Se debe resaltar que estas cifras son promedios nacionales y no dan cuenta de la realidad de la población residente en áreas rurales o pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Reducir la mortalidad materna en el país se constituye en uno de los mayores desafíos, especialmente en contextos de interculturalidad.

En este marco, enfrentar el desafío de reducir las altas cifras de mortalidad materna no puede ser reducido solamente a aspectos clínicos o a la oferta de servicios en hospitales y centros de salud. También se debe examinar y analizar las barreras de acceso a estos servicios. La mayoría de las madres pertenecientes a diferentes grupos culturales enfrenta barreras de acceso geográfico por las distancias y carencias económicas. Al mismo tiempo, las barreras lingüísticas y culturales, el trato discriminatorio hacia ellas, la carencia de calidez humana por

---

1 UDAPE (2010). *Sexto Informe de progreso de los objetivos de desarrollo del Milenio en Bolivia*.

parte de los proveedores de servicios en los centros de atención y las prácticas médicas agresivas afectan seriamente la calidad de los servicios de salud. Esto demanda un abordaje culturalmente sensible en el sistema de salud, desde el desarrollo de recursos humanos, la participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones, el monitoreo y evaluación en lo relacionado a las políticas de salud, hasta la adecuación de los ambientes, horarios y otros aspectos logísticos en los centros de atención.

Precisamente, estos son los desafíos que se enfrentan al acceder a la salud materna en contextos de interculturalidad, los que no siempre son discutidos y analizados en ámbitos médicos. Estos aspectos constituyen algunos de los pilares para promover el acceso universal a los servicios de salud, con el fin de consolidar la equidad y justicia social en nuestras sociedades culturalmente diversas.

En este contexto, CIDES-UMSA –durante los años 2010-2012, con el apoyo de la OMS, OPS/OMS y UNFPA– ha llevado a cabo una serie de seminarios sobre el tema *Salud materna, cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (4-6) e Interculturalidad* en La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre. Las ponencias sobre las experiencias de grupos étnicos tan diversos en el oriente y occidente de Bolivia (aymaras, quechuas, guaraníes, yuquis, ayoreodes) han mostrado la riqueza de las prácticas culturales y, a la vez, la complejidad de la interculturalidad en el tratamiento de la salud materna.

La elaboración del presente libro nació al evidenciarse el interés que existe en diferentes regiones del país para discutir la salud materna en contextos de interculturalidad, pero sobre todo para conocer la diversa realidad de los grupos culturales no solamente del altiplano, sino también en los valles y llanos. La participación activa de los asistentes en los diferentes seminarios confirmó la necesidad de profundizar el tema en un libro colectivo, a fin de abrir un espacio para discutir y dialogar sobre la base de las evidencias generadas.

El propósito principal del texto es dar a conocer la complejidad de la salud materna en contextos interculturales. En este sentido, nuestra intención es contribuir a generar espacios de discusión, debate y concienciación sobre el tema; pero en particular a demostrar la necesidad de incorporar factores y variables socioculturales en las estrategias de reducción de la mortalidad materna.

Para abordar cada uno de los aspectos mencionados, este libro se estructura en dos partes que abarcan sus nueve capítulos. La primera consta de dos capítulos en los que se discute el contexto internacional y nacional en cuanto a la interculturalidad en relación a la salud materna. La segunda parte describe en detalle las características generales de cada uno de los pueblos estudiados, sus creencias y cosmovisiones, sus concepciones sobre la salud y enfermedad, para recién analizar la salud materna, enfocándose sobre la interacción de las madres indígenas con el sistema de salud y evidenciar con ello la complejidad, los desafíos; pero al mismo tiempo la necesidad de profundizar aun más la interculturalidad en salud.

En el capítulo I, titulado “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud materna en Bolivia: contextos mundiales, latinoamericano y nacional”, Alfredo Ford nos introduce el propósito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) consensuado por 191 países para combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer; pero a la vez discute los desafíos de lograr el Objetivo Cinco, que consiste en “mejorar la salud materna” por sus características y naturaleza holística. Además demuestra las pautas de las diferencias subnacionales y los contrastes encontrados entre lo urbano y lo rural, niveles de riqueza, educación y grupos étnicos, que son por su lado indicativos de las brechas existentes.

Con el capítulo II, “Salud familiar comunitaria intercultural”, Yolanda Vargas no sólo describe las experiencias de implementación de interculturalidad en el país, sino también analiza las bases y fundamentos de SAFCI y el proceso de su diseño como política pública de salud. La autora hace un registro detallado de la implementación de la interculturalidad, empezando con el hospital Kallaway de Curva, en el departamento de La Paz, donde se construyen espacios de integración de la medicina tradicional y occidental; continúa con la experiencia del hospital de Patacamaya, también en La Paz, y sus tres fases de evolución de la adecuación cultural en dicho nosocomio; luego describe el caso del proyecto del municipio de Tinquipaya, departamento de Potosí, con su abordaje complejo de interculturalidad y el modelo de salud integral; finalmente aborda el caso de desarrollo de salud comunitaria intercultural en Caiza D y Cotagaita, también en Potosí, con sus dos ámbitos de salud y de gestión comunitaria. En este contexto, el capítulo termina con una reflexión sobre el proceso de construcción de SAFCI.

En la segunda parte se inicia con una serie de estudios sobre las experiencias específicas y verídicas de los diferentes grupos culturales. La elaboración de estos capítulos fue el fruto de un proceso de construcción colectiva alrededor de ejes temáticos consensuados. Un taller de discusión de avances permitió conocer y discutir los contenidos, y generar una situación de diálogo entre autoras que provenían de diferentes regiones.

Las retroalimentaciones han generado un espacio de consulta y aprendizaje mutuo, y sobre todo una conciencia respecto a las experiencias y vivencias similares de los diversos grupos culturales en diferentes latitudes del país. Las revisiones posteriores de los capítulos aseguraron el tratamiento equitativo de los ejes consensuados: (i) descripciones generales de los grupos culturales, su cosmovisión, organización y sus territorios, su evolución histórica, la situación y los desafíos actuales; (ii) conceptos y percepciones de salud y enfermedades, su relación con su entorno, el perfil epidemiológico actual y los desafíos en cuanto al acceso a los servicios de salud; y finalmente (iii) creencias y prácticas con relación a la equidad de género, discriminación contra las mujeres, para comprender y discutir la salud materna abarcando embarazo, parto y posparto, tomando en cuenta el uso de la

medicina tradicional y biomédica. La integridad de estos ejes temáticos permitió discutir la complejidad de la interculturalidad en cuanto a la salud materna.

En el capítulo III, “Población aymara”, Ineke Dibbits nos invita a escuchar a las mujeres aymaras y descubrir el concepto de la unidad complementaria (*taqpacha*), que es constituido por lo femenino y masculino en todos los aspectos de la vida. Las percepciones de salud y enfermedad, sus estrategias y trayectorias en búsqueda de opciones para curarse de diferentes males. Las madres aymaras cuentan de sus experiencias con la biomedicina. Ellas hablan de las limitantes en el acceso a servicios de salud, sus vivencias y opiniones. Entre estas últimas resalta la desconfianza que tienen hacia los centros de salud y hospitales por la limitada capacidad resolutive que muestran al tratar a las madres enfermas, la carencia de privacidad y confidencialidad de las consultas, el trato poco amable y falta de afectividad en la comunicación con el personal de estos centros. Los cuidados durante el embarazo de las mujeres aymaras, el proceso de preparación para el parto, el rol y acompañamiento del marido durante el parto y los cuidados de posparto son descritos en detalle a partir de los testimonios de las madres. Finalmente, la autora discute las diferencias entre el modelo de atención tradicional y el biomédico.

En el capítulo IV, “‘Ahora ya no tienen esa costumbre’: salud, maternidad e interculturalidad en el pueblo ayoreode del oriente boliviano”, Irene Roca Ortiz presenta un panorama general de la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia, con especial atención a la salud materna, enfatizando el proceso de cambios socioculturales experimentados desde el inicio del contacto permanente con la sociedad nacional (1948). Se evidencian rupturas y recreaciones de las concepciones *tradicionales*, así como cambios e innovaciones derivadas del proceso de evangelización, de la influencia del sistema biomédico y de otros saberes médicos. Aunque la maternidad ahora presenta menos riesgos que antes, los ayoreode enfrentan todavía una serie de barreras para acceder a la atención en salud. La autora, a través de testimonios, describe y analiza la discriminación que las madres ayoreodes enfrentan en los centros de salud y hospitales, hecho que evidencia la clara violación de sus derechos humanos. Los testimonios de las madres ponen de manifiesto cómo las discriminaciones y malos tratos ponen en peligro la vida del bebé y la madre, especialmente en el momento de parto, cuando ellas necesitan con mayor urgencia de la atención oportuna, de calidad y con calidez.

En el capítulo V, “Salud materna y sus cambios generacionales en la provincia Velasco”, Daniela Ricco explora los antecedentes históricos del pueblo chiquitano para luego explicar sus nociones de salud y enfermedad. Las enfermedades “*de dios*” y las enfermedades puestas por maldad o “*mal puestos*” son diferentes y según su creencia, no todas pueden curarse en hospital. En general, existe conocimiento sobre las características curativas de las plantas para enfermedades comunes, aunque el uso de medicamentos de venta libre en mercados y farmacias es una práctica complementaria vigente. Luego la autora explica los cuidados durante el embarazo y el parto, que en algunos casos son sorprendentemente similares a las prácticas vigentes entre las

madres aymaras, pese a las diferencias climatológicas de su hábitat. Sin embargo, las generaciones jóvenes cada vez más acuden a los hospitales y los centros de salud para llevar adelante su embarazo y parto. Pese a su deseo y decisión de llevar a cabo el parto en centros de salud y hospitales, los testimonios de las madres chiquitanas revelan las dificultades que enfrentan en su interacción con el sistema ‘occidental’ de salud y su personal. Finalmente, la autora discute la interculturalidad indicando que “[l]a falta de claridad teórica del concepto de interculturalidad y su aplicación en salud genera poca eficiencia y cambios muy limitados en los servicios de salud”.

En el capítulo VI, “La salud en la vida de familias que fueron cautivas en el Alto Parapetí”, Gaby Gómez García reflexiona sobre la importancia de la libertad y el territorio desde la cosmovisión del pueblo guaraní, para luego analizar su historia en el Alto Parapetí y así poder explicar la actual organización de la nación guaraní, y los desafíos que enfrenta. La salud y concepciones de enfermedad adquieren un significado especial en contextos de pobreza que vive dicho pueblo. La autora, en sus visitas a diferentes comunidades, verifica la existencia de SUMI, SAFCI, Bono Juana Azurduy para identificar los desafíos que se enfrenta en las condiciones de pobreza que experimentan los pobladores de esos territorios. En el análisis de la situación de la mujer guaraní se resalta la prevalencia del embarazo de adolescentes como un fenómeno que requiere de una atención especial. Las madres enfrentan desafíos con el cuidado nutricional necesario durante su embarazo, por la carencia de alimentos en la zona, especialmente en tiempos de sequía. El parto es atendido en la casa por la partera y también en el puesto de salud SAFCI con la asistencia médica. Finalmente, la autora discute el tema de discriminación y violencia contra las mujeres, que es pasado por alto dejando a los agresores en libertad e impunidad.

En el capítulo VII, “El modelo de salud intercultural en Tinguipaya”, Azucena Fuerte describe el proceso de implementación de la interculturalidad en salud entre los pobladores quechuas en Tinguipaya. Este modelo de salud integral contó con la participación comunitaria como elemento crucial, y con estrategias de amplio impacto como el fortalecimiento y capacitación de personal tradicional y biomédico, promoción de diálogo intercultural, construcción de infraestructura con enfoque intercultural, y pasos significativos en la complementariedad para la atención en salud. En este contexto, el capítulo describe casos relacionados con la salud materna, donde los médicos y parteras tradicionales atendieron a la mujer embarazada. Obviamente, los procesos de diálogo y los talleres de capacitación para médicos y parteras tradicionales han contribuido a generar reconocimiento mutuo en cuanto a los alcances y limitaciones de sus conocimientos y habilidades, por lo tanto, a dar pasos significativos hacia una atención integral a las madres. La persistencia de algunas creencias y prácticas plantean desafíos en cuanto a la salud materna que requieren de procesos de promoción de salud en las comunidades.

El capítulo VIII, “YITI AMOBO (Está naciendo el bebé). Percepción y prácticas del pueblo yuqui en torno a la maternidad”, Ely Linares analiza la situación de uno de los pueblos indígenas con apenas 262 habitantes. La historia evidencia que el pueblo

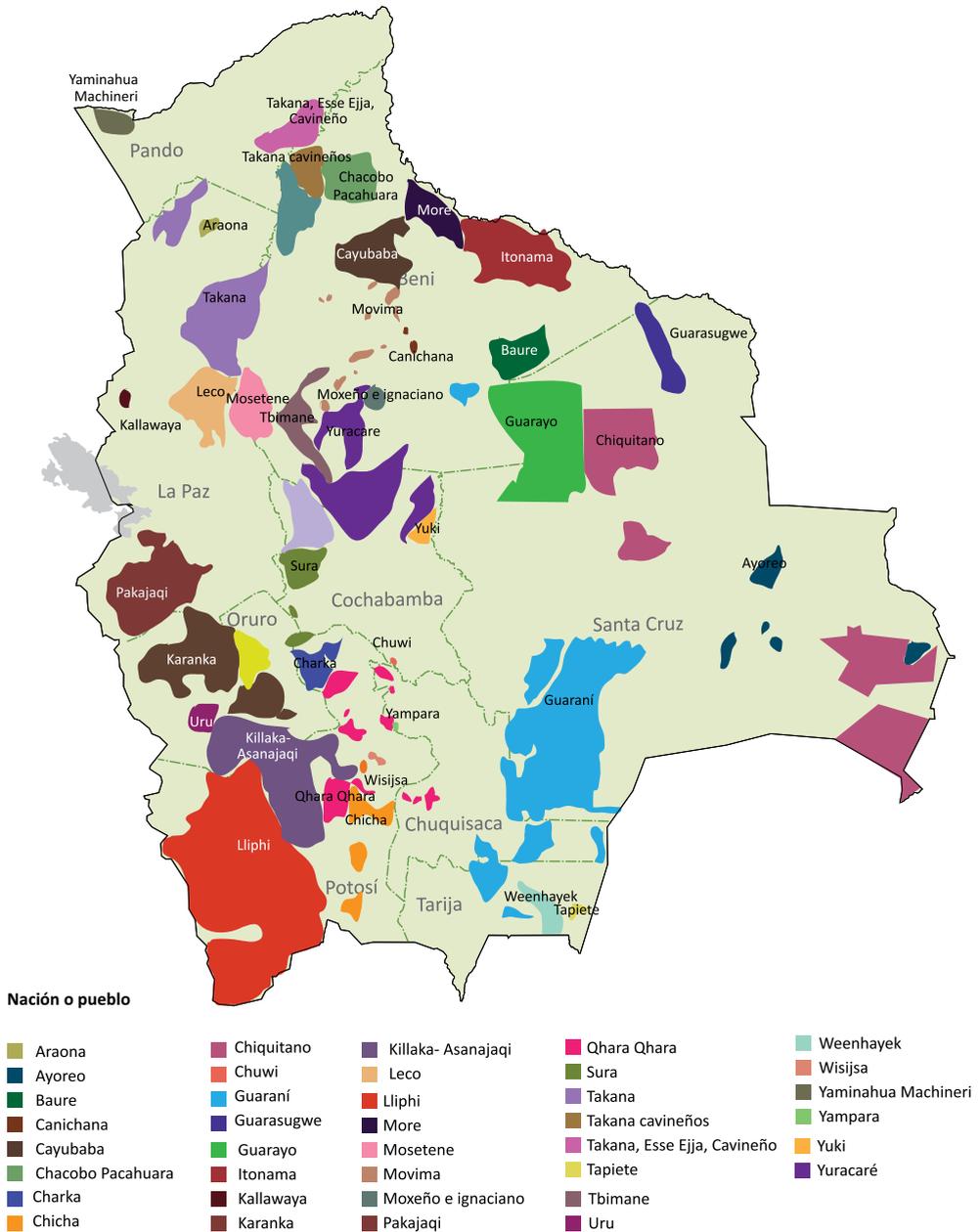
yuqui vivía y se movilizaba en pequeños grupos en el monte, y se alimentaba de la caza y recolección de frutas de la selva. En la actualidad, ellos están asentados en el trópico de Cochabamba, con viviendas y servicios básicos en condiciones precarias; se los identifica como un pueblo indígena altamente vulnerable por la situación de riesgo para su supervivencia. Desde 2006, la comunidad cuenta con posta de salud que implementa los programas de sistema de salud nacional. En general, los hospitales se constituyen en referencias principales para sus problemas de salud, pese a las dificultades enfrentadas en cuanto a maltrato, falta recursos económicos y prohibiciones de ingreso de acompañante. En cuanto a la maternidad, quebradas “las cadenas de transmisión oral en cuanto al conocimiento y prácticas de la atención a la mujer en el embarazo, el parto, el puerperio”, explica la autora, la atención se realiza en el puesto de salud. El parto es asistido por personal de salud y en el caso de que no estén presentes el médico o el auxiliar, el parto es atendido por la madre, tía o esposo, y posteriormente la madre es llevada al hospital.

En el capítulo IX, “Salud materna e interculturalidad en el horizonte de sociedades más inclusivas”, Manigeh Roosta, luego de una reseña de los avances en cuanto a la implementación de la interculturalidad, describe el hecho de pluralismo medicinal, práctica común a todos los grupos culturales estudiados para evidenciar la complejidad de la interculturalidad, para luego discutir las concepciones holísticas de salud y enfermedad de los diferentes grupos étnicos, como potencial aporte significativo a la biomedicina. Al discutir la ‘otredad’, la autora demuestra cómo las madres indígenas enfrentan prejuicios y episodios de discriminación que ponen en peligro la sobrevivencia de su bebé y su propia salud. La interacción de la interculturalidad con los postulados de derechos humanos puede generar tensiones, algunas de las cuales se discuten en este capítulo. La autora concluye que la interculturalidad evidencia la necesidad de reconocer, como versa la Declaración Universal de la UNESCO, “la conciencia de la unidad del género humano”, donde la diversidad cultural es considerada tan crucial para humanidad como lo es la diversidad biológica para los organismos vivos.

El libro pretende contribuir al conocimiento de la situación de la salud materna en contextos de interculturalidad con algunas características particulares. Si bien se han analizado los antecedentes históricos de cada grupo, los avances y desafíos en cuanto a la salud materna reflejan la situación presente de los diferentes grupos estudiados, que puede contribuir al debate actual. Además, la situación de la salud materna ha sido estudiada a partir de las vivencias cotidianas y testimonios de las madres indígenas, usuarias del sistema de salud, como fuente principal de análisis de la interculturalidad. Por último, en un esfuerzo pionero, se ha tratado de reflejar la realidad de grupos culturales tanto de oriente como de occidente del país, ya que la diversidad existente exige un abordaje más inclusivo y equitativo de los grupos culturales que conviven en el territorio nacional, y de esta manera enfatizar que la interculturalidad no se reduce a las relaciones entre dos culturas, sino se refiere a relaciones entre todos los grupos culturales.

Pese a los desafíos registrados, el abordaje intercultural de la salud materna es una de las estrategias más acertadas para reducir los altos niveles de mortalidad materna en el país. A través de los diferentes capítulos de este libro, las vivencias y testimonios de las madres indígenas hablan de sus retos en los escenarios de interacción intercultural; pero estos reclamos en ningún momento deben ser interpretados como un rechazo al enfoque intercultural, sino más bien como un clamor para profundizar aún más su aplicación y fortalecer sus implicaciones en cuanto a construir justicia y equidad social como fundamentos de una sociedad más inclusiva. El estudio pretende contribuir a visibilizar, sensibilizar y posicionar la complejidad de la salud materna en contextos interculturales en agenda pública.

**Mapa 1**  
**Mapa de naciones o pueblos originarios en función a demandas de TCO**



Fuente: bolivia.unfpa.org  
 Estado Plurinacional de Bolivia: Población, Territorio y Medio Ambiente. Análisis de Situación de la Población 2012.

## CAPÍTULO I

# Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud materna en Bolivia: contextos mundial, latinoamericano y nacional

*Alfredo Luis Fort*

### 1. Introducción

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron firmados en setiembre del año 2000 por los 191 miembros activos de las Naciones Unidas (NNUU) para combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM son ocho y usualmente citamos el número 5: *Mejorar la salud materna*, como el concerniente al tema en cuestión. Sin embargo, si reconocemos los factores de riesgo que atentan contra la buena salud de una mujer en el embarazo, parto, puerperio o a lo largo de su vida reproductiva encontraremos que otros ODM también incidirán en el número 5, tales como el 1: *Erradicar la pobreza extrema y el hambre*; el 2: *Lograr la educación primaria universal*; el 3: *Promover la igualdad de género y empoderar a la mujer*; y el 6: *Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades*. Sólo al reparar en esta naturaleza holística de la salud materna podemos vislumbrar cómo las marcadas diferencias socioeconómicas y culturales van a afectar profundamente su progreso y sus resultados.

El indicador inicial elegido para expresar el ODM 5 fue el de “reducir en tres cuartos la razón de mortalidad materna” para el año 2015. Como es sabido, tal indicador no es el más “indicado” para monitorear el progreso pues, en sentido epidemiológico, la muerte materna es un evento de muy baja proporción en la población. El indicador no sólo es de difícil obtención por la necesidad de tener un registro completo y exacto de todas las muertes maternas y nacimientos vivos en una localidad, o una muestra poblacional grande (de varios miles), sino –por su propia naturaleza– sólo los cambios de gran magnitud y

sostenidos en el tiempo pueden indicar si se está cumpliendo la meta deseada. Como corolario a esta aserción diremos que la razón de mortalidad materna tampoco es apropiada para medir cambios en poblaciones especiales, tales como grupos étnicos o lingüísticos menores, o zonas rurales remotas, muy necesario en ámbitos latinoamericanos.

Por tal motivo, la Asamblea de NNUU reconoce que es necesario especificar otros indicadores de naturaleza más “intermedia” para apoyar en el monitoreo del progreso en salud materna. Desde 2005 y 2006 se desarrollan los elementos que conforman la salud reproductiva y se especifican nuevos indicadores para su monitoreo.

En el 2007 se desarrolla la meta específica 5B de alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Sus indicadores son la tasa de prevalencia anticonceptiva, la necesidad insatisfecha en planificación familiar, la tasa de fecundidad adolescente y la cobertura de atención prenatal por personal calificado.

Si bien la adición de tales indicadores no completa el panorama de la salud sexual y reproductiva, ello añade aspectos complementarios: la preocupación por el inicio reproductivo temprano en una población vulnerable como la adolescente; una vez producida la gestación, la capacidad del sistema de salud de lograr el acceso al control prenatal como primer contacto con el sistema formal de salud; y la prevalencia anticonceptiva y la necesidad insatisfecha en planificación familiar como símbolos del acceso a un servicio preventivo y promocional para evitar embarazos no deseados y lograr el tamaño y espaciamiento familiar acorde con una buena salud y capacidad de sostenimiento.

## 2. Progresos en salud materna a escala mundial

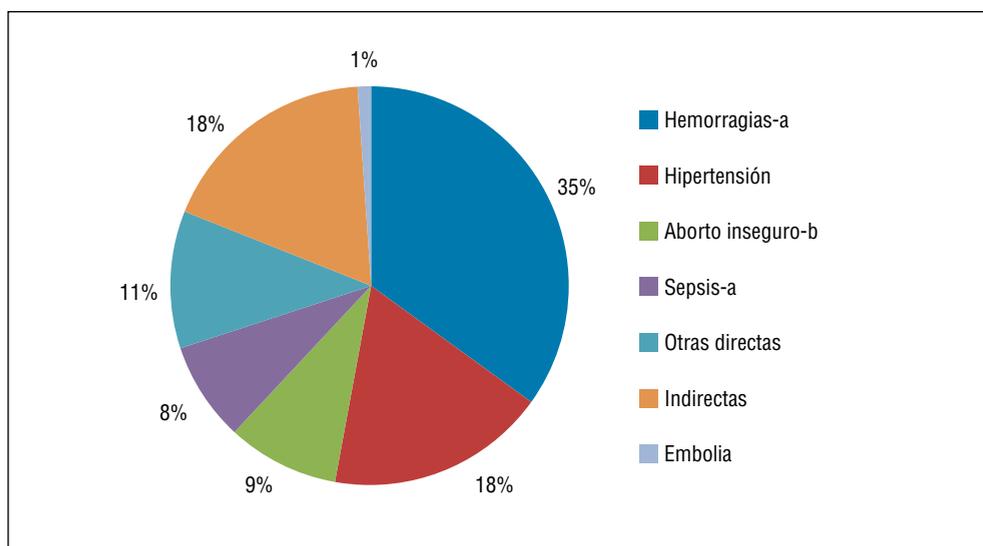
La publicación *Countdown to 2015 (Conteo regresivo al 2015)* revisa las estadísticas a nivel mundial sobre el progreso de la supervivencia de la madre, el neonato y el niño desde la adopción de los ODM hasta su culminación en el 2015. En su versión del 2012 relata los avances en salud materna, indicando que la mortalidad materna declinó dramáticamente, pero que se requiere de un progreso más acelerado. Detalla lo siguiente:

- Las muertes maternas disminuyeron de 543.000 al año en 1990 a 287.000 en el 2010.
- Sólo nueve países dentro del grupo de “Conteo regresivo” están camino a lograr el ODM 5; 25 países lograron poco o ningún progreso.
- La mortalidad materna está concentrada en países del África Subsahariana y del Sur de Asia: el riesgo de muerte de una mujer africana por causas

relacionadas con el embarazo es 100 veces más alta que el de una mujer en un país desarrollado.

- La hemorragia y la hipertensión causan más de la mitad de las muertes maternas (ver gráfico 1).
- La subnutrición materna contribuye por lo menos con un 20% de la mortalidad materna (por baja estatura y trabajo de parto obstruido, anemia y hemorragias, etc.) e incrementa los riesgos para el recién nacido. Un 42% de mujeres embarazadas en el mundo (entre 1993 y 2005) presenta anemia y más de la mitad por deficiencia de hierro. La deficiencia de ácido fólico, también muy prevalente, está asociada con un alto riesgo de defectos del tubo neural.

**Gráfico 1**  
**Estimaciones globales de las causas de mortalidad materna (1997-2007)**



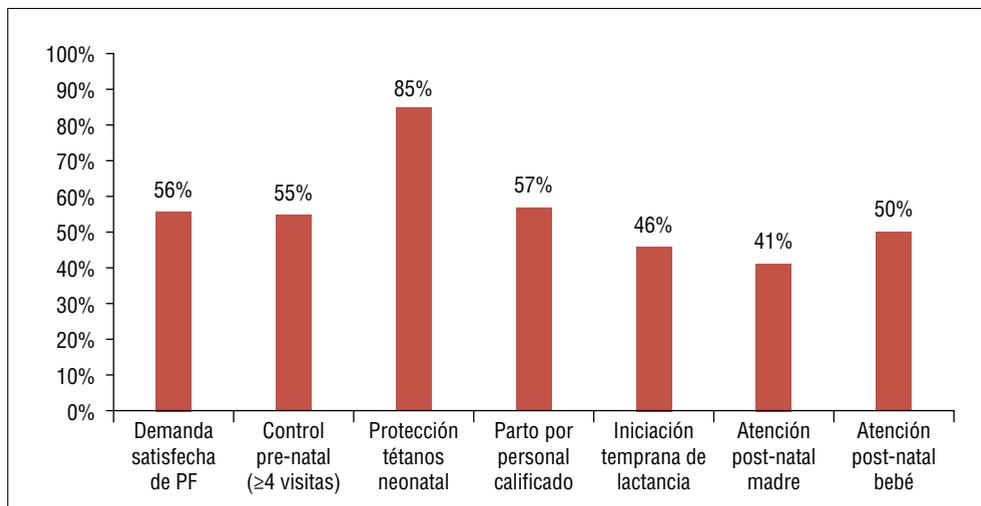
**Notas:** a. Incluyen muertes debidas a trabajo de parto obstruido o anemia.

b. Casi todas (99%) las muertes por aborto son debidas a aborto inseguro.

**Fuente:** datos preliminares de la Organización Mundial de la Salud.

- La cobertura del “cuidado continuo” indica que en promedio sólo la mitad de mujeres (o menos) están atendidas en los servicios más clave, como la atención calificada del parto (ver gráfico 2), cuyo progreso también fue lento (de 49% entre 2000-2005 a 57% entre 2006-2011). Este indicador tiene el rango de *inequidad* más amplio de todos los indicadores, desde aproximadamente 25% entre mujeres más pobres hasta cerca de 90% entre las de mayor riqueza.

**Gráfico 2**  
**Cobertura mediana de intervenciones seleccionadas de salud materna para el año más reciente desde el 2006 (en %)**



Fuente: WHO-UNICEF (2012). Countdown to 2015.

### 3. Progresos en salud materna en Latinoamérica y en Bolivia

En Latinoamérica se evidenciaron progresos importantes en la salud materna en las últimas décadas. La mortalidad materna es de 69 por 100.000 nacidos vivos, más de una cuarta parte de la tasa a nivel global. Al mismo tiempo, las tasas de coberturas son altas:

- 66% de mujeres en unión usan un método anticonceptivo.
- 94% de mujeres embarazadas tienen por lo menos un control prenatal.
- 92% de nacimientos atendidos por un proveedor entrenado.

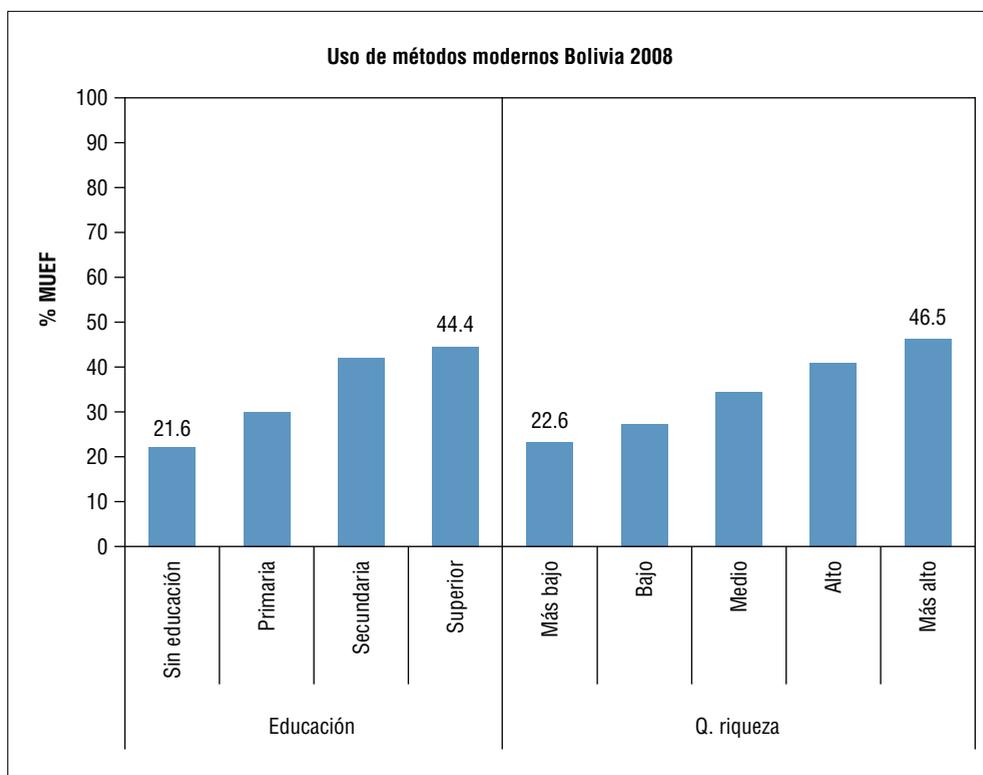
Sin embargo, como es ya conocido, en Latinoamérica existen entre las más expandidas tasas de desigualdad de ingreso (ej., índices Gini superiores a 55%) y de acceso a servicios del mundo.

### 4. Prevalencia anticonceptiva

Por ejemplo, un incremento de 23% en el uso de anticoncepción moderna en Latinoamérica (de 53% a 65%) entre 1990 y 2004 oculta unas disparidades abismales.

En Guatemala durante el año 2002, sólo el 18% de las mujeres no educadas usaba un método moderno. En Bolivia su uso aún es bajo (35%) y no presentó variación desde el 2003, pero tal uso de métodos se duplica entre las poblaciones de mayores recursos o educación, comparadas con las menos pudientes o menos educadas (ver gráfico 3). También es importante resaltar el uso de métodos tradicionales en el país, el que se mantiene en niveles altos (26%), aumentando aún desde el 2003, lo que probablemente está ligado a factores culturales así como de acceso restringido a servicios.

**Gráfico 3**  
**Tasa de prevalencia anticonceptiva por métodos modernos entre mujeres unidas (%)**

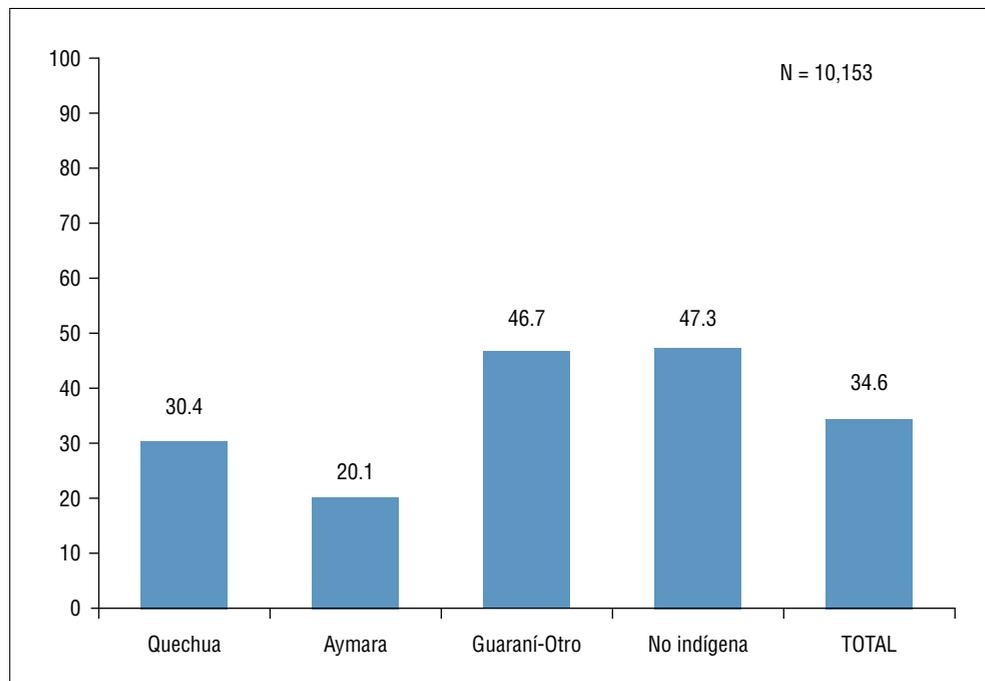


**Notas:** Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF). Q. Riqueza: quintiles (20%) de riqueza.

**Fuente:** Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

Igualmente contrastante es el caso del uso de métodos modernos dependiendo si la mujer pertenece a un grupo indígena o no. El gráfico 4 muestra que una mujer quechua usa más de un tercio menos y una mujer aymara usa menos de la mitad de anticoncepción moderna, que una mujer no indígena.

**Gráfico 4**  
**Tasa de prevalencia anticonceptiva de métodos modernos de acuerdo a si la mujer pertenece a un grupo indígena (Bolivia 2008)**



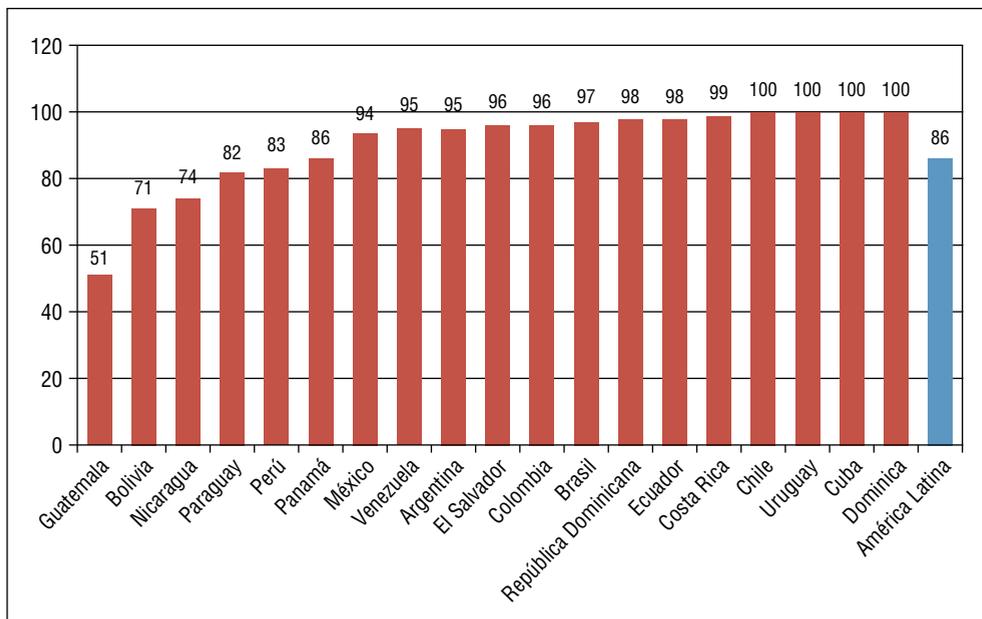
Fuente: Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) 2008.

## 5. Coberturas de parto calificado o institucional

Al analizar la situación del parto por personal calificado (médico o enfermera), Bolivia aumenta la proporción de 61 a 71 por ciento entre el 2003 y 2008, y aunque ello es un progreso se encuentra aún “a la izquierda” en el conjunto de naciones latinoamericanas con respecto a este indicador (ver gráfico 5).

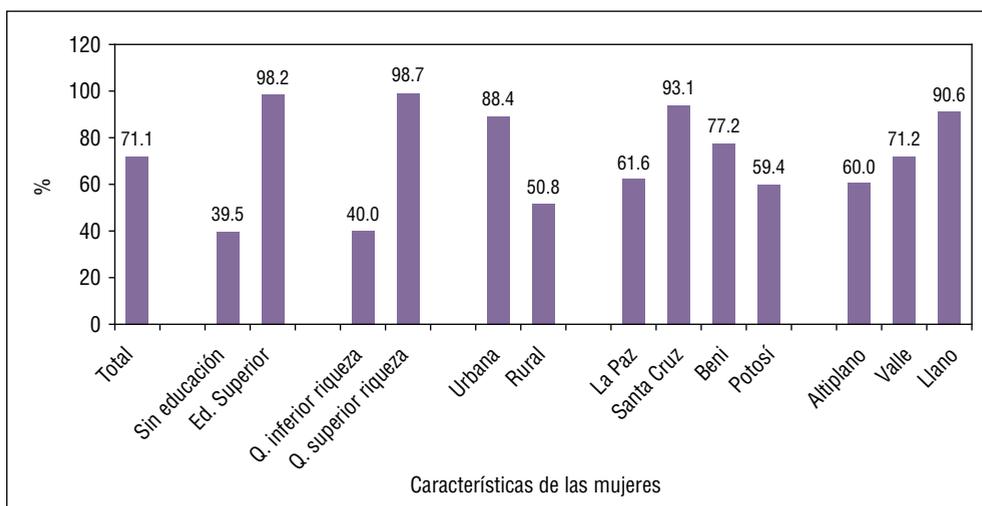
Ese nivel es fuertemente afectado por desigualdades socioeconómicas o aún de residencia (ver gráfico 6). Así, vivir en zona rural baja a 51%, en Potosí a 59%, en el altiplano a 60% y, curiosamente, en La Paz a sólo 62%. Esto último parecería indicar la existencia de una red de personal de menor nivel (ej.: auxiliares) o de parteras tradicionales que estarían brindando atención, probablemente a nivel de El Alto y otras localidades periféricas. Sin embargo, los mayores contrastes se ven con los niveles de educación y de riqueza, donde entre los extremos hay dos y media veces de diferencia y menos de una de cada dos mujeres menos favorecidas tiene su parto atendido por personal entrenado.

**Gráfico 5**  
**Proporción de partos atendidos por personal calificado (2009 o más reciente)**



**Fuente:** adaptado de CEPALSTAT, Comisión Económica para la América Latina. Fecha de acceso: 17 de diciembre de 2012 en <http://www.eclac.org/estadisticas/>.

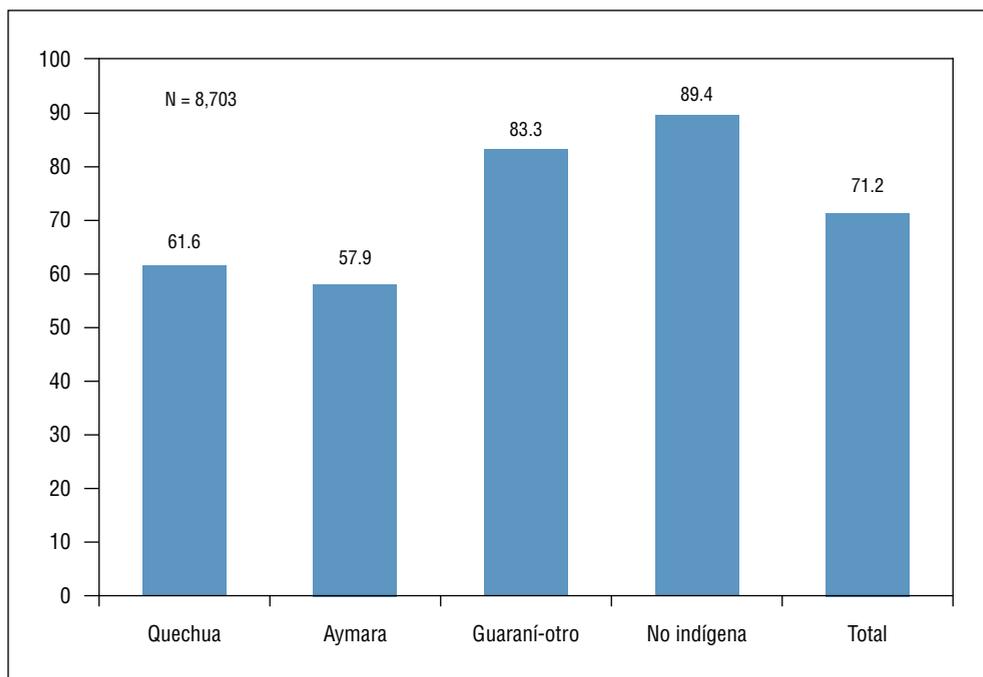
**Gráfico 6**  
**Atención de parto por médico o enfermera**



**Fuente:** Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

El 71% encontrado en el 2008 nuevamente se ve contrastado dependiendo del grupo étnico con que la entrevistada se considera perteneciente. El gráfico 7 claramente muestra que si la mujer pertenece al grupo Quechua o Aymara, la proporción de sus nacimientos en los últimos cinco años fue menos atendida por un personal calificado, que si la mujer no se considera indígena.

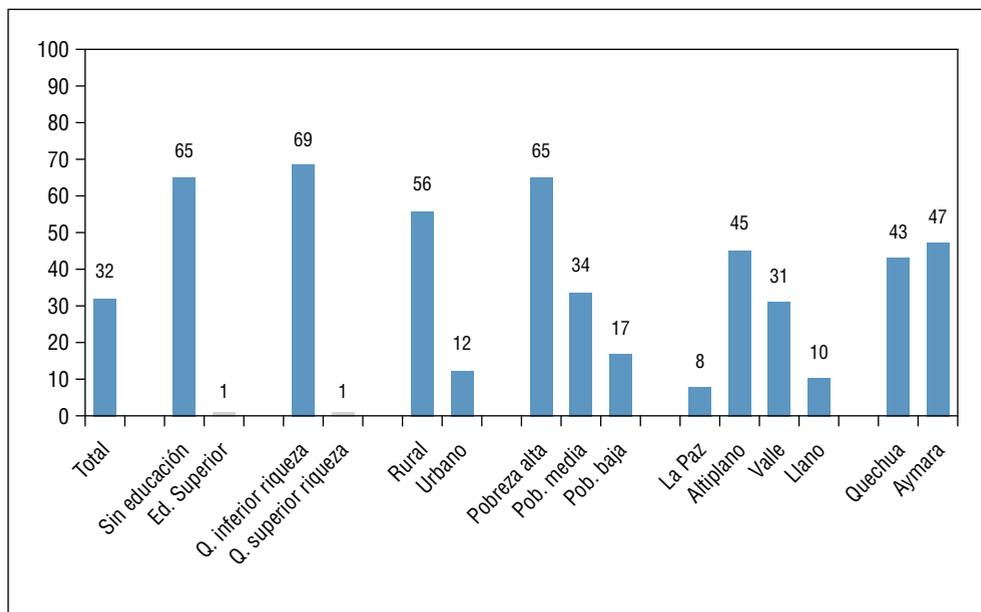
**Gráfico 7**  
**Proporción de nacimientos en los últimos cinco años, atendido por médico o enfermera de acuerdo a grupo indígena de la mujer**



**Fuente:** Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

Sin embargo, el hallazgo más confrontante se encuentra con la proporción de mujeres cuyo último parto fue atendido en domicilio en lugar de un establecimiento de salud (ver gráfico 8). La diferencia entre las parturientas con educación o de mayor riqueza, y aquellas sin educación o en el quintil inferior de riqueza es de casi 70 veces. ¡Es probable que esta sea una de las mayores desigualdades en una estadística de salud del mundo entero! El ser quechua o aymara también se relaciona con altas proporciones de parto domiciliario.

**Gráfico 8**  
**Proporción de mujeres cuyo último parto fue atendido en su domicilio**



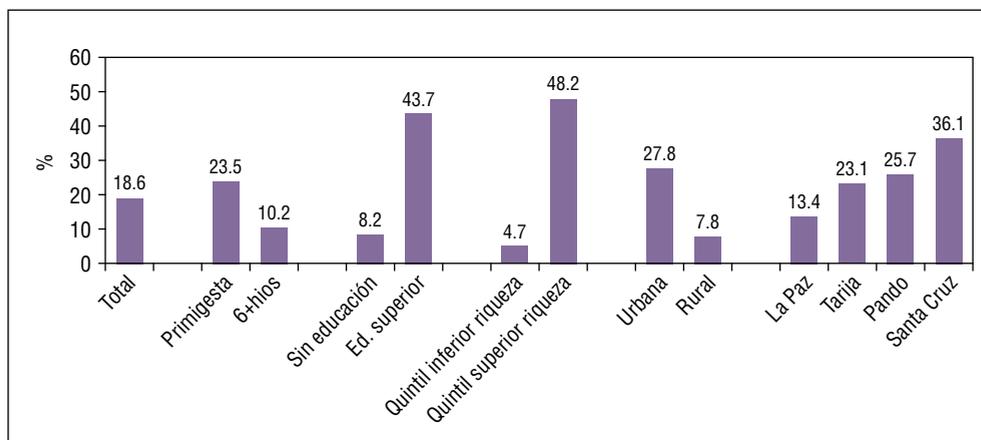
**Fuente:** Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

## 6. Parto por cesárea

Hacia el otro extremo tenemos indicadores cuyo incremento puede revelar una falta de uso racional de los recursos, tal es el caso del parto por cesárea. Aunque no existe un consenso universal sobre los niveles más apropiados, se estima que tal servicio debe darse entre el 5% y 15% de la población, considerando las tasas de complicaciones obstétricas. En Bolivia, desde el año 2003 cuando la tasa era del 15%, subió hasta 19% en la última encuesta. Sin embargo, cuando se desagregan los datos por las conocidas condiciones socioeconómicas y de residencia se encuentran perturbadoras diferencias, tanto a nivel absoluto como relativo. Por ejemplo, a nivel rural la tasa no alcanza el 8% y en La Paz sólo llega a 13%, mientras que en Santa Cruz alcanza a 36%.

Nuevamente, lo más llamativo es el enorme contraste de más de cinco veces en la realización del procedimiento entre las mujeres sin educación (8%) y con educación superior (44%), o más aún, en más de 10 veces entre las mujeres sin recursos económicos quienes a duras penas llegan al mínimo estimado necesario (5%), y las mujeres más pudientes, en quienes casi la mitad (48%) se someten a una cesárea en su último parto (ver gráfico 9).

**Gráfico 9**  
**Porcentaje de partos por cesárea**



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

La probabilidad de que muchas de estas intervenciones hayan sido realizadas sin indicación médica (sino con criterios de conveniencia o ventaja económica) puede estar reñida con las mejores prácticas médicas y atentar contra la calidad de servicios. Una encuesta global de salud materno-perinatal, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2004-2008 en 24 países, encontró que las cesáreas sin indicación médica están relacionadas con mayor riesgo materno (muerte, admisión a cuidados intensivos, transfusión de sangre, histerectomía) o perinatal (muerte fetal, muerte neonatal hasta el día siete, más de siete días en cuidados intensivos) comparadas con el parto vaginal espontáneo. Tal aumento del riesgo es de cuatro veces en el anteparto, pero de 14 veces si se da en el intraparto (Souza *et al.*, 2010).

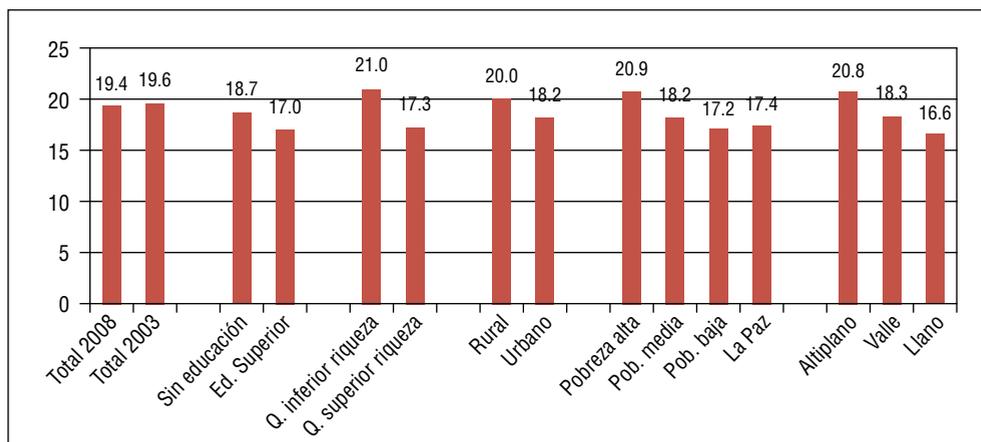
## 7. Lactancia materna

Curiosamente, existe una práctica de salud pública que se da en forma similar en diferentes ámbitos y cualquiera que sea la condición socioeconómica de la mujer. Tal es la situación de la lactancia materna, la que se practica en la sociedad boliviana en todos los estratos, más o menos en la misma proporción (ver gráfico 10).<sup>1</sup> Es interesante anotar que tal práctica tiene fuertes raíces culturales y se puede hipotetizar si el avance de la “modernidad” en el país pueda erosionar esta práctica

<sup>1</sup> Los porcentajes de mujeres que nunca dieron de lactar también son extremadamente bajos (2,4%) y no varían por característica alguna, incluyendo pertenecer a algún grupo étnico o no.

ancestral, y si el sistema formal de salud tendría la capacidad de promoverla para evitar su rápida disminución y efectos deletéreos en la madre y recién nacido.

**Gráfico 10**  
**Lactancia total (en meses), por características de la mujer**



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud (Endsa) 2008.

## 8. Conclusiones

Las estadísticas de salud materna que hemos revisado nos indican pautas hacia las diferencias subnacionales en Bolivia. Los contrastes encontrados entre lo urbano y rural, de niveles de riqueza, educativos o étnicos, nos señalan la existencia de subgrupos al interior de estas diferencias, que en algunos casos son abismales y son motivo de preocupación. Si existe población que no tiene acceso a servicios de salud materna, en algunos casos con capacidad de salvar vidas, y tal ínfimo acceso está contrastado con un acceso amplio y hasta excesivo por poblaciones más favorecidas, esa disparidad mantendrá estadísticas inaceptables e impedirá el desarrollo parejo del país.

Dado que hemos utilizado mayormente datos de una encuesta estándar de naturaleza internacional, la muestra poblacional no hizo posible desagregar los datos a niveles más finos, por ejemplo, de grupos étnicos minoritarios (ej.: Aymara, Guaraní, Yuqui). Sin embargo, es obvio que un análisis más inclusivo debiera considerar a estos grupos y su relativo acceso a –y uso de– los servicios. En Bolivia, el 60% de la población se identifica como perteneciente a algún grupo indígena y dentro de ellos la mitad (51%) es quechua, el 42% es aymara, el 40% es guaraní, el restante 0% es del conjunto de otros grupos nativos (ENDSA, 2008). Tal panorama de diversidad amerita que se realicen otras pesquisas sobremuestrando

grupos étnicos pequeños, con el fin de conocer mejor su situación y necesidades de salud. Lanzo y queda tal desafío para futuras investigaciones en el área.

## Bibliografía

- World Health Organization y Unicef  
2012 Building a Future for Women and Children. The 2012 Report. Countdown to 2015: Maternal, Newborn & Child Survival. Washington, DC.
- Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)  
2012 Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2012. Health Information and Analysis Project (HSD/HA). Washington, DC.
- Ministerio de Salud y Deportes, Programa Reforma de Salud, Instituto Nacional de Estadística  
2009 Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008. La Paz.
- CEPAL  
Información Estadística de la CEPALSTAT, en sitio web <http://www.eclac.org/estadisticas/>.
- Souza, J.P., Gülmezoglu, A., Lumbiganon et al y *la WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group*  
2010 “Caesarean Section Without Medical Indications Is Associated with an Increased Risk of Adverse Short-term Maternal Outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health”. *bmc Med.* núm. 8 (Nov. 10): 71.

Alfredo L. Fort. Ph.D. en Demografía Medica y Salud Reproductiva. Maestría en Salud Comunitaria (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Medicina (Universidad Cayetano Heredia, Perú). Tiene una experiencia de trabajo en salud reproductiva de más 30 años en 20 diferentes países. Trabajó como científico responsable del área Américas del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Publicaciones: Fort, A., Kothari, M. y Abderrahim, N. 2008. “Association Between Maternal, Birth, and Newborn Characteristics and Neonatal Mortality in Five Asian Countries”, *DHS Working Papers, No. 5.*; Fort, A and Fapohunda, B. 2008. “Flow Chart of Steps to Conduct a Health Facility Assessment”. International Health Facility Assessment Network (IHFAN), MEASURE Evaluation, Chapel Hill, NC. [alfredoluisfort@gmail.com](mailto:alfredoluisfort@gmail.com)

## CAPÍTULO II

# Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

*Yolanda Vargas Quiroga*

### **1. Antecedentes**

En el recorrido por el tema relacionado a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) enfatizaremos en la Salud Comunitaria Intercultural porque en estas áreas se realizaron experiencias locales previas a la política SAFCI en diferentes regiones del país, algunas de las cuales fueron recuperadas como insumos en la elaboración de la SAFCI. También es importante reconocer la existencia de experiencias locales en salud familiar, como el caso de Tupiza-Potosí, que aún no fue recuperada por el Ministerio de Salud.

#### **1.1. Municipio de Curva, departamento de La Paz**

Curva es la capital del municipio del mismo nombre, situado a 285 kilómetros de la ciudad de La Paz y a 3.700 metros sobre el nivel del mar. Perteneció a la provincia Bautista Saavedra y tiene una ubicación fronteriza con la República del Perú.

Cuenta con una población de 2.666 habitantes, de los cuales 1.093 son menores de 14 años; los idiomas que hablan son el aymara y el quechua. Su economía está basada en la agricultura y la ganadería.

Las cuatro primeras causas de enfermedad son las siguientes: rinofaringitis aguda (resfriado común), trastornos odontológicos, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. El índice de necesidades insatisfechas está calificado como de “mayor necesidad”. El índice de desnutrición general de menores de dos años es de 66%, calificado como de “alto riesgo”; la desnutrición severa en niños

menores de dos años es de 38% y en menores de cinco años 48%. La cobertura de control prenatal antes del quinto mes de embarazo es 50%.<sup>1</sup>

El municipio de Curva cuenta con un centro de salud con seis camas y un puesto de salud con dos camas. Los recursos humanos constan de un médico, un odontólogo, una enfermera y un auxiliar de enfermería.

La relación de habitantes por médico es de 2.666. La cobertura de atención de parto en servicios es de 2%, la de atención de parto institucional llega al 33% y la atención de parto por partera capacitada llega al 31%.

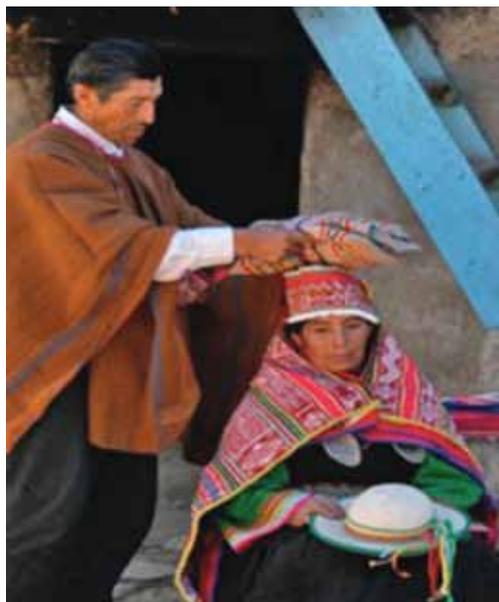
### 1.1.1. *El hospital kallawaya de Curva*

Se conoce como kallawayas a los indígenas de la región de la provincia Bautista Saavedra que practican una medicina ancestral basada en rituales, ceremonias, masajes, brebajes, y la utilización de plantas, animales y minerales. Su práctica es itinerante, se trasladan de una región a otra y de un país a otro. Los kallawayas hablan un idioma utilizado sólo por ellos, que es el *machaj juyai*. Actualmente lo hablan únicamente los religiosos-médicos kallawayas en ocasiones ceremoniales, durante las curaciones o simplemente para comunicarse secretamente entre los miembros de los *ayllus*.

Es difícil precisar su origen en el tiempo, cronistas de la Colonia afirman que eran los médicos de la realeza incaica y que el nombre de Kollasuyo (hoy Bolivia) se debería precisamente por la ubicación espacial de los kallawayas.

En febrero de 2004, el Ministerio de Salud y Deportes entregó al municipio de Curva el Hospital Kallawaya Boliviano Español, construido por la cooperación española con un costo de 60 mil dólares. Según el Ministro de Salud de entonces fue:

...el inicio de la integración de la medicina tradicional con la occidental, como una demostración de interculturalidad e incorporación de la medicina tradicional como



Ritual de la cultura kallawaya.

Fuente: Erick Bauer. Disponible en: [www.foto-andes.com/banco-fotos/6/index\\_1.html](http://foto-andes.com/banco-fotos/6/index_1.html).

1 Servicio Departamental de Salud de La Paz (Sedes La Paz). *Anuario estadístico 2006*. La Paz, Bolivia.

parte de la universalización de la salud (...). Un hospital en el que un 50% por ciento está destinado a la medicina tradicional y el otro 50% a la medicina occidental (...). El parto de las mujeres originarias se realizará en el ambiente y posición como parte de su cultura, pero con los cuidados, la higiene y asepsia que deben tener este tipo de situaciones, con el objetivo de reducir los índices de mortalidad materna y neonatal.<sup>2</sup>

Además del hospital de Curva, en la localidad de Amarete, perteneciente al mismo municipio, fue instalado un centro de salud con características similares, donde prestan atención kallawayas y personal de salud formado en la medicina académica.

## **1.2. Estrategia de salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya (La Paz)**

La capital del municipio de Patacamaya se ubica sobre la carretera La Paz-Oruro (a 100 kilómetros de la ciudad de La Paz) y la carretera norte de Chile-Bolivia, y se constituye en un nudo estratégico de comunicaciones para el sur del departamento de La Paz y los departamentos de Oruro, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz.

Patacamaya, municipio situado en la quinta sección de la provincia Aroma, se ubica en el altiplano sur del departamento, que incluye dos pisos ecológicos: la pampa y la serranía, a una altura que va desde los 3.700 a 4.200 msnm, con una temperatura media anual de 9°C.

La población de este municipio es de 20.039 habitantes: 9.852 mujeres y 10.187 hombres. El 57% es bilingüe, 18% castellanohablantes y el 15% aymara hablantes (Censo, 2001).

Por otro lado, la tasa de analfabetismo en la población mayor de 19 años es de 16,8%, lo que muestra una brecha de género, ya que 5,8% corresponde a varones y 27,1% a mujeres.

La red de salud municipal de Patacamaya cuenta con un hospital de segundo nivel y cinco puestos de salud, el hospital se ubica en la capital del municipio y está acreditado como un servicio de primer nivel, aunque funciona como si fuera de segundo por las especialidades básicas que ofrece. Los puestos de salud cuentan sólo con un/a auxiliar de enfermería.

El hospital cuenta con médicos/as generales, cirujano, gineco-obstetra, licenciados/as en enfermería y auxiliares, odontólogos, bioquímica, trabajadora social, médicos/as residentes con especialidad, además de médicos tradicionales y parteras.

Durante la anterior década, en este municipio distintas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) trabajaron en el tema de salud, entre ellas Save The Children, Plan Internacional Bolivia y Médicos del Mundo. Las dos últimas aún

---

2 El Diario, 29 de febrero de 2004.

se mantienen en la región hasta el día de hoy, la primera desde hace 12 años y la segunda con más de seis años de trabajo.

La estrategia de salas de parto con adecuación cultural se desarrolla en tres momentos: el primero data de comienzos de la década del 2000 y finaliza alrededor del 2007, periodo en el que se instala la primera sala de parto con adecuación cultural que funcionó sólo por un tiempo. El segundo momento de la experiencia comprende los años 2008 a 2011, en este periodo se destacan dos sucesos: por un lado, la construcción y funcionamiento de una sala de partos con adecuación cultural y, por otro lado, el ingreso de parteras al hospital. En tanto que el tercer momento 2011-2012 se caracteriza por la construcción de dos nuevas salas de partos con adecuación cultural, de manera que se dispone de un total de tres salas culturalmente adecuadas.

La experiencia tiene como objetivo fortalecer los procesos de articulación y complementariedad entre prestadores de salud biomédicos y parteras, con la finalidad de mejorar la calidad de atención con enfoque intercultural que se oferta a la población.

El eje de interculturalidad en salud es la adecuación cultural de espacios físicos, la sensibilización al personal de salud y la complementariedad en la atención, en el marco de la calidad con pertinencia cultural en la atención de la maternidad.

Veremos qué se hizo en cada momento y cuál fue la participación de los actores sociales e institucionales en el proceso.

### ***1.2.1. Primer momento de la interculturalidad en salud en el hospital de Patacamaya***

En este periodo se construye la nueva infraestructura del hospital de Patacamaya, como resultado del convenio entre el gobierno municipal y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), de allí su denominación: Hospital Boliviano Español de Patacamaya. Uno de los consultorios de la nueva infraestructura, que se había planificado para el/la cirujano/a, cambió de rumbo por decisión de la AECID y se destinó como consultorio de medicina tradicional.

Los médicos tradicionales iniciaron la atención organizados por turnos, la retribución económica provenía, y aún proviene, del pago de los/as pacientes por los tratamientos y medicamentos naturales recibidos. De cinco médicos tradicionales que empezaron a atender en aquel consultorio actualmente se mantienen tres.

En el año 2006 una sala de internación del hospital se transformó a sala de partos culturalmente adecuada, que cuenta con ventanas amplias, un catre de metal, un colchón de paja, además una escalerilla de madera que servía para que la paciente se ayude en el momento del parto y una colchoneta de lona acomodada en el piso. En este espacio físico, culturalmente adecuado, la atención del parto

implicaba que la mujer podía estar acompañada de un familiar, vestir sus propias prendas, beber alguna infusión durante el primer periodo del parto, elegir la posición de su preferencia para el momento del parto y la devolución de la placenta.

Durante la última parte del 2007 y 2008 la atención de partos en la sala con adecuación cultural se paralizó, las causas se atribuyen a desacuerdos de autoridades de salud, además que el Gobierno Municipal de Patacamaya no apoyaba la iniciativa.

### ***1.2.2. Segundo momento de la interculturalidad en salud en el hospital de Patacamaya***

Esta etapa de la experiencia se inicia el 2008 y finaliza en mayo del 2011, periodo en el que destacan dos sucesos; por un lado, la construcción y funcionamiento de una sala de parto con adecuación cultural y, por otro, el ingreso de parteras al hospital.

En agosto del 2008, con el financiamiento de la ONG española Médicos del Mundo se construye la primera sala de partos con adecuación cultural. Las características del espacio físico de la sala de partos fueron acordadas en reuniones del director del hospital, el gerente de la Red y Médicos del Mundo. Aquí se recuperan investigaciones realizadas por los internos del nosocomio (2006 y 2007) y los aprendizajes de la experiencia de atención de partos con adecuación cultural. La idea central fue construir un espacio cálido y familiar, donde las mujeres aymaras y sus familias se sintieran cómodas al momento del parto.

La sala culturalmente adecuada se sitúa muy cerca de la sala biomédica, tiene paredes pintadas en tono terracota, el piso de madera, dos ventanas amplias cubiertas con cortinas de tela gruesa que no permiten pasar la luz del sol, cuenta con un baño privado, un mesón de cerámica donde se ubican los instrumentos necesarios para pesar y medir a el/la recién nacido/a. Hay un espacio para la cocina y el menaje, que pueden utilizar el esposo y/o familiar/es de la parturienta para preparar los mates o alimentos que se requieran. La sala tiene camas de madera, sistema de barras en la cabecera que permiten a la mujer sujetarse y hacer fuerza al momento del parto, también presenta una escalerilla de madera ubicada contra la pared y una colchoneta en el piso.

Con la finalidad de realizar seguimiento cuali-cuantitativo a las atenciones que se brindaban en la sala de partos culturalmente adecuada, el personal de salud del hospital, la Red de Salud N° 12 y Médicos del Mundo diseñaron el *cuaderno de registro de sala de parto con adecuación cultural*. La información del cuaderno de registro se complementaba con otros datos registrados en instrumentos de información como, el cuaderno de control prenatal, parto y puerperio, la historia clínica de internación, el carnet de control prenatal del Consejo Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y otros.

El registro del cuaderno presentó dificultades en el llenado, ya que no se llenaba de acuerdo al proceso del parto; por otro lado, el/la profesional responsable del registro no lo hacía, delegando la responsabilidad a terceros, generalmente era un/a auxiliar de enfermería o la/el licenciada/o de enfermería. El cuaderno de registro mostraba que en un año se atendieron en la sala de partos (abril de 2010-marzo de 2011) a 114 mujeres, que en su mayoría eran menores de 26 años (59%).

En el proceso del parto muchas parturientas fueron acompañadas por sus esposos (61%); las posiciones preferidas por ellas fueron la semisentada (36%) y horizontal (27%), siendo la cama el medio más utilizado (70%). Los partos fueron atendidos sobre todo por personal de salud (80%), y hubo poca atención conjunta de personal de salud y partera (17%).

En mayo de 2009, por convocatoria del director del hospital y con el apoyo de Médicos del Mundo, se reunieron en Patacamaya alrededor de 15 parteras y parteros, sólo de la capital del municipio. Cada quien indicó el número de partos que atendió en un mes antes, lo que permitió reconocer que las atenciones domiciliarias únicamente de los/as parteros/as convocados/as alcanzaban a 10 en un mes, y el hospital no tenía conocimiento de ello. Luego de varias reuniones posteriores las/os parteras/os conformaron el Directorio de la Red de Parteras y Médicos Tradicionales del Municipio de Patacamaya, la directiva obtuvo su personería jurídica en abril del 2011.

Las parteras junto a autoridades de salud del hospital acordaron realizar su trabajo en la modalidad de turnos rotativos de 24 horas. El gobierno municipal se comprometió a reconocer su trabajo con un monto de Bs 500, compromiso que no se cumplió. Este hecho generó desmotivación en las parteras, hecho que se reflejó en el no cumplimiento a cabalidad de los turnos, en algunos casos hasta abandonaron por largas temporadas el hospital.

En tanto que la atención a domicilio era retribuida por las pacientes, ya sea económicamente o en productos comestibles, este fenómeno se repite en el hospital, en acuerdo con las pacientes.

La integración de las parteras en el hospital llevaba consigo sus propias prácticas y procedimientos de atención como la posición de la parturienta, hecho que para los/as médicos/as fue difícil aceptar. Hubo situaciones en las cuales el director tuvo que obligar a los/as médicos/as a cambiar de planes y atender en la sala culturalmente adecuada.

### ***1.2.3. Tercer momento de la interculturalidad en salud en el hospital de Patacamaya***

Esta última fase de la experiencia se inicia en junio de 2011 y se prolonga hasta la fecha, el periodo se destaca por la construcción de dos nuevas salas de partos con adecuación cultural.



Patacamaya: atención en la sala de partos culturalmente adecuada.

Hacia finales del año 2010, personal de salud sensibilizado del hospital advirtió la necesidad de una nueva sala de partos con adecuación cultural. Un año después, en reuniones sostenidas entre el personal de salud del hospital, la red de salud N° 12, el Gobierno Municipal de Patacamaya y Médicos del Mundo se acordó la construcción de dos salas de partos con adecuación cultural, además de un jardín de plantas medicinales. Las nuevas salas se ubican cerca de la sala biomédica; su diseño y los elementos que disponen se

diferencian de la primera en los siguientes aspectos:

- No cuentan con mesón.
- Para la atención del parto no disponen de escalerilla de madera ni de colchoneta, ya que las mujeres prefieren la cama, además que cuando eligen la posición de cuclillas no requieren la escalerilla.
- No tienen ventanas, sino tragaluces en el techo, que iluminan y dan calor a las salas, estos disponen de puertas corredizas que permiten regular la entrada de luz, proporcionando oscuridad cuando se lo requiera. Los tragaluces causaron algunos cuestionamientos ya que en la “cultura aymara es contraproducente (...) al contacto con la luz, la luna (...) es para que el espíritu se vaya (...).”<sup>3</sup>

#### ***1.2.4. Algunos hechos destacables***

- En la actualidad forman parte del equipo del hospital tres médicos tradicionales y cinco parteras, cada uno/a de ellos/as cumplen un día de turno, no tienen ítem, su trabajo es remunerado de manera directa por los/as usuarios/as a quienes atienden.
- Las parteras consideran que los/as médicos/as no reconocen ni valoran sus saberes sobre el parto, porque ellas no estudiaron en la universidad. Existe la percepción del personal de simplificar el rol de las parteras y pensar que

3 Zuazo, Susana. *Sistematización del proceso de implementación de la estrategia de salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya “Dra. Nila Heredia Miranda*. Inédito, La Paz, 2012.

sus procedimientos y su forma de atender aportan sólo psicológicamente en la atención del parto, dejando de lado la complejidad de su oficio.

- Las parteras que actualmente están en el hospital son cinco, con edades que van desde los 38 a los 61 años; ellas deberían atender 24 horas, sin embargo, esto no sucede, las parteras vienen el día que les corresponde durante algunas horas y alguna vez no asisten el día del turno, fenómeno que se atribuye a la ausencia de remuneración de parte del Estado.

### 1.3. Salud intercultural en el municipio de Tinguipaya (Potosí)<sup>4</sup>

El municipio de Tinguipaya se ubica en la región norte de Potosí, a 100 kilómetros de la ciudad. Tiene una población de 25.000 habitantes indígenas quechuas que residen en 168 comunidades dispersas, preponderantemente rurales, sólo el 11,5% vive en el poblado urbano del municipio. El 43% de la población tiene menos de 14 años.

La ocupación predominante es la agricultura de autoconsumo, la utilización de tecnología ancestral, el uso de semillas producidas por los agricultores y la falta de agua para riego originan baja productividad e inseguridad alimentaria.

La provisión de agua para beber y cocinar por cañería alcanza únicamente al 50% y no existe saneamiento básico, factores que inciden en la desnutrición y morbilidad sobre todo infantil. El año 2002, fecha de inicio de la actividad de salud en Tinguipaya, la mortalidad infantil era de 234 por 1.000 n.v., uno de los niveles más altos de Bolivia y Latinoamérica, mientras que la prevalencia de desnutrición global en menores de dos años es de 7,07%. En tanto que la morbilidad se caracteriza por presentar alta frecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y anemia infantil, entre otras patologías. Perfil epidemiológico que refleja la pobreza y/o acaso insuficientes acciones de prevención y promoción de la salud en el municipio.

La red de salud municipal Tinguipaya es de primer nivel y está formada por 16 establecimientos de salud, de los cuales siete son centros de salud y nueve puestos sanitarios.

La relación de personal de salud por 1.000 habitantes alcanzaba a 0,64%; mientras que el número de camas por 1.000 habitantes al 0,37. Esta capacidad instalada tuvo una cobertura de parto institucional de 35,39%, cifra que muestra que la mayoría de los partos son atendidos en casa por familiares o parteras. La

---

4 Este acápite ha sido elaborado a partir de los datos de Ingrid Tapia y Juan Carlos Delgadillo. "El modelo de salud intercultural del municipio de Tinguipaya". En: Citarella, Luca y Zangari, Alesia. *Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. PROHISABA, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, Bolivia, 2009.

medicina tradicional tiene representatividad y credibilidad, dado que las familias asisten a este servicio como primera alternativa, luego de acudir al autotratamiento. El sistema biomédico tiene poca aceptabilidad y es considerado como última alternativa curativa.

### ***1.3.1. El proyecto de salud integral e intercultural implementado por la ONG de Cooperación Italiana (Coopi)***

La ONG Coopi, en su accionar en Tinguipaya, propuso la articulación entre el sistema biomédico y el tradicional a través de un programa sanitario integral e intercultural, interviniendo desde diferentes perspectivas: calidad brindada por el sistema biomédico, capacitación y valorización de la medicina tradicional, articulación con el sistema oficial y adecuación cultural de la infraestructura. Desde su punto de vista, el proyecto ponía en práctica la interculturalidad en salud, esta experiencia fue financiada por la Cooperación Italiana y la cooperación descentralizada de la región Lombardía de Italia, en coordinación con el Sedes Potosí.

La ONG inicialmente realizó un diagnóstico participativo para identificar las prácticas tradicionales del embarazo, parto y puerperio. Paralelamente, se hicieron encuentros de reflexión entre médicos tradicionales y personal de salud biomédico, cuyos temas fueron: relaciones comunidad-centros de salud, propuesta intercultural de atención del parto, características del hospital intercultural, herbolaria y medicamentos tradicionales. El resultado de este primer proceso de reflexión fue la elaboración de un modelo de salud intercultural basado en la participación comunitaria y la aplicación del enfoque intercultural de naturaleza integral, con las siguientes estrategias: fortalecimiento y capacitación al personal tradicional y biomédico, diálogo intercultural, complementariedad en la atención de salud entre el sistema tradicional y biomédico.

La implementación del proyecto de salud intercultural en el municipio se realizó entre los años 2004-2005, a través de las siguientes actividades:

- Elaboración de material didáctico: en cuya producción participaron las mujeres del municipio. Los temas versaron sobre embarazo, parto y puerperio, representando en los materiales la manera de vestir, algunos rituales y prácticas de las mujeres de Tinguipaya. Los materiales tenían como finalidad el acceso a los mensajes educativos por parte de las mujeres de Tinguipaya, contribuyendo a la generación de prácticas de protección de la maternidad o inducir a cambios de prácticas negativas.
- Capacitación a médicos tradicionales: se generaron espacios de intercambio entre el personal de salud y los médicos tradicionales, cuyo objetivo era el diálogo, confrontación e intercambio de experiencias, además del conocimiento sobre los procesos de atención de la enfermedad y cuidados de la

salud. El personal de salud biomédico explicó la importancia de enviar a los pacientes oportunamente al puesto de salud, así como las situaciones en las cuales era necesaria su intervención. En estos espacios, los médicos tradicionales aceptaron sus limitaciones y manifestaron la necesidad de una mejor atención para la población, ya que ésta reclamaba por el maltrato, discriminación y rechazo. Se capacitó a los médicos tradicionales en temáticas de anatomía, enfermedades frecuentes en la zona y algunos procedimientos de prevención.

Los médicos tradicionales se organizaron en el Consejo de Médicos Tradicionales del municipio de Tinguipaya (Cometrat), el cual cuenta con estatutos y reglamentos, ellos están acreditados.

- Estudio de plantas medicinales y laboratorio artesanal: el proyecto de Coopi facilitó la realización de la investigación sobre la herbolaria de Tinguipaya. Posteriormente se procedió a la construcción y equipamiento de un laboratorio artesanal para la elaboración de medicamentos a partir de hierbas.
- Construcción e infraestructura con enfoque intercultural: el municipio de Tinguipaya cuenta con infraestructura culturalmente adecuada en 11 establecimientos de salud, de un total de 16 establecimientos de la red municipal. Para tomar esta decisión realizaron un diagnóstico que detectó barreras arquitectónicas culturales que limitaban la accesibilidad para la atención de la salud. El diseño arquitectónico consistió en un equilibrio entre los enfoques biomédico y tradicional, se pensó en patios centrales en el área de internación y espacios cerrados en el área de consulta externa. Los espacios de la medicina biomédica y tradicional tienen la misma jerarquía, se cuenta con dos salas de parto, una de ellas adecuada culturalmente, existen espacios para la transformación de medicamentos tradicionales y un espacio para la farmacia, que es mixta. El pintado de paredes se realizó con tonos cálidos y naturales, a su vez se incluyen motivos florales típicos de la zona.

### ***1.3.2. Hechos significativos en la operatividad de la interculturalidad en salud***

Entre ellos destacamos los siguientes:

- Involucramiento de autoridades municipales y originarias en el desarrollo del proyecto a través de la firma de un convenio con Coopi. En el inicio del proyecto el municipio cumplió con el convenio incrementando establecimientos de salud, contrato de personal médico de enfermería y cancelando honorarios a médicos tradicionales, situación que cambió debido a la inestabilidad política del gobierno municipal y el alejamiento de las autoridades tradicionales.
- Parteras informan al servicio de los partos atendidos, reconocen y refieren las complicaciones obstétricas, ocasionalmente atienden en forma conjunta

con el personal de salud. Las cartillas de referencia son poco utilizadas, se trata de un instrumento ajeno a la práctica cotidiana de la partera.

- La referencia del personal a las parteras fue mínimo. Según informes del Sedes, en el año 2006 la cobertura de parto domiciliario atendido por partera fue de 11,3%, mientras que en la gestión 2007-2008 la cobertura fue de 9,7%.
- La organización de médicos tradicionales funcionó en tanto existía apoyo económico.
- Durante su funcionamiento, el laboratorio de medicamentos elaborados a partir de plantas tradicionales produjo jarabes, pomadas y gotas que fueron distribuidos a todos los establecimientos de la red municipal. El laboratorio cesó su trabajo por dificultades económicas, de gestión y sobre todo escaso personal capacitado en el manejo de laboratorio.
- Infraestructura de salud adecuada culturalmente.
- Integración de terapeutas tradicionales al espacio del centro de salud, hecho que se dio al inicio del funcionamiento del centro; los médicos tradicionales atendían pacientes y trabajaban en el laboratorio de forma rotatoria, recibiendo por ello una contribución económica. Durante cierto tiempo la atención en el centro de salud fue realizada por los dos sistemas, donde la población elegía los servicios de acuerdo a su preferencia. Se pudo evidenciar que después de dos años de compartir espacios hospitalarios entre los dos sistemas aún existen actitudes y prácticas de subordinación del personal biomédico.

#### 1.4. Salud comunitaria intercultural en Caiza “D” y Cotagaita (Potosí)<sup>5</sup>

El Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj es una Organización No Gubernamental que trabajó más de 15 años en los municipios de Santiago de Cotagaita (provincia Nor Chichas) y Caiza “D” (provincia José María Linares) del departamento de Potosí. El territorio de intervención comprende 11 ayllus, 55 comunidades, cuatro cantones con 2.157 familias y 8.994 personas, de las cuales 4.717 son mujeres y 4.277 son hombres (Causananchispaj, 2001).<sup>6</sup> La principal organización en esta zona es el ayllu, las comunidades cuentan con una estructura organizativa tradicional: *jatun jilakatas*, *juchuy jilakatas*, *originarios* y *otros*; también existen organizaciones funcionales como las asociaciones de productores.

El municipio de Caiza “D” es parte de la provincia José María Linares del departamento de Potosí. Su capital se encuentra en el pueblo de Caiza “D”, a

5 Este acápite fue construido sobre la base de los datos del Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj. *La construcción de una vida digna desde la cosmovisión de los ayllus quechuas en Potosí*. Causananchispaj, Ayuda en Acción Bolivia y Unicef, Potosí, 2010.

6 Aunque en el tema de salud, la intervención se ha extendido a la totalidad de los dos municipios.

una hora y 20 minutos aproximadamente de la ciudad de Potosí. La superficie presenta una topografía de tres pisos ecológicos: puna, subpuna y cabeceras de valle, cuya altura varía entre los 2.701 y 3.600 msnm.

Para el año 2009 la población total del municipio asciende a 9.637 habitantes. El grupo etáreo más importante de personas es de 6 y 18 años, 3.070. Las personas que tienen entre 19 y 39 años también representan un número importante: 2.334 habitantes.

Su economía gira en torno a la actividad de la agricultura y la pecuaria. La producción agrícola tiene como sus principales productos el maíz, haba, papa, durazno, uva y hortalizas. Los principales ganados en el municipio son: el caprino, ovino y camélidos, los cuales se consumen o comercializan en la zona, directamente o en sus derivados.

El municipio cuenta con una red de salud de 12 establecimientos, entre centros y puestos de salud de primer nivel de atención, su capacidad instalada se considera buena, existe una relación de un médico por 2.900 habitantes. En cuanto a los indicadores de salud, al 2008 no se informó sobre mortalidad infantil ni materna, la desnutrición aguda en el menor de dos años es de 5,8% y la crónica es de 10,5% (Ayuda de Acción y Causananchispaj, 2008). El municipio cuenta con una red de médicos tradicionales en un número de 60, ellos tienen diferentes especialidades.

En tanto que el municipio de Cotagaita es parte de la provincia Nor Chichas del departamento de Potosí. Su capital se encuentra en el pueblo de Cotagaita, a tres horas aproximadamente de la ciudad de Potosí, se ubica sobre la carretera que une la ciudad de Potosí con el poblado de Villazón.

El municipio de Cotagaita tiene una superficie de 6.910 km<sup>2</sup>. El 0,3% de esta superficie está destinado a la producción agrícola a secano o riego, la superficie no utilizada y la que está cubierta por forestación constituyen el 5,9% y el 1,1%, respectivamente. El 92,7% restante son tierras en descanso, las superficies no cultivables y la superficie destinada al pastoreo (PDM, 2004-2008). La topografía del municipio presenta tres pisos ecológicos: puna, cabeceras de valle y valles, que oscilan entre los 2.200 y 3.200 msnm.

El municipio de Cotagaita cuenta con una población de 24.025 habitantes. El grupo etáreo más importante está entre las personas que tienen entre 6 a 18 años de edad, al igual que el municipio de Caiza "D". El de segunda importancia está constituido por las personas que tienen entre 19 y 39 años de edad (PDM, 2004-2008).

Los pobladores del municipio de Cotagaita tienen como principales actividades de la zona tienen un manejo y cuidado tradicional del ganado y de la producción agrícola.

Respecto a la organización político-administrativa del municipio, existen diferentes autoridades, de diverso origen, en algunos casos su grado de representación son el ayllu o la comunidad.

El municipio cuenta con una red de salud de 32 establecimientos, entre centros y puestos de salud de primer nivel de atención, cuenta con un hospital en camino a segundo nivel, su capacidad instalada se considera como regular y tiene una relación medico/población de un médico por 3.100 habitantes.

En cuanto al estado de salud presenta una tasa de mortalidad infantil de 24 por 1.000 n.v. (Ayuda de Acción y Causananchispaj, 2008) y se informó de una muerte materna en la gestión 2008; en cuanto a la desnutrición aguda en el menor de dos años es de 1,0% y la crónica es de 30,0%, entre los principales indicadores de salud.

El municipio dispone de una red de médicos tradicionales en un número aproximado de 120, ellos tienen diferentes especialidades, están organizados y disponen de un pequeño centro de atención y producción de medicamentos tradicionales básicos. Los médicos tradicionales del centro de medicina tradicional coordinan algunas patologías con el personal del hospital Cotagaita, si es que lo requiere el usuario. En el área rural esta coordinación es menos fluida.

#### ***1.4.1. La salud comunitaria intercultural en Caiza “D” y Cotagaita***

Causananchispaj trabajó con 55 comunidades de los dos municipios, en su inicio consideró dos ámbitos de acción: salud y gestión comunitaria, destinados a construir y fortalecer capacidades y destrezas de los actores locales orientadas a la mejora de la calidad de vida de la población.

En salud se planteó los componentes de apoyo a la oferta del servicio de salud (infraestructura, equipamiento, suministros) y educación en salud participativa.

Años más tarde, por necesidad y demanda de la comunidad, el proyecto de salud y gestión comunitaria ampliaría su intervención al ámbito de producción y educación, construyendo colectivamente el Plan de Desarrollo Integral de largo plazo.

Los tres componentes<sup>7</sup> de salud cambiaron constantemente con el paso del tiempo, a partir de procesos de reflexión y análisis con los actores sociales; así, el apoyo a la oferta de servicios de salud en un establecimiento se amplió a fortalecimiento de la red de salud, transformándose luego en salud intercultural; educación en salud evolucionaría a promoción de la salud; y participación comunitaria a gestión comunitaria en salud, y finalmente se ampliaría a gestión participativa municipal.

---

7 Estos componentes han interactuado constantemente con los de otros ámbitos de acción: educación, dinamización de economías locales, organización y movilización social.



Encuentro análisis de información  
Causananchispaj



Reunión planificación de actividades de salud  
Causananchispaj

Los enfoques y contenidos de cada componente del sector salud se puntualizaron basados en la reflexión de los actores, la sistematización de las lecciones aprendidas y la investigación, contribuyendo a la madurez del enfoque y las líneas de acción de la propuesta. Veamos estos tres componentes con mayor detenimiento.

Primero, al empezar la intervención el fortalecimiento a los servicios de salud sólo buscaba la consolidación de las capacidades técnico-clínicas (solución de problemas de salud) e instaladas (infraestructura y equipamiento) para la prestación de salud con calidad, de manera que se satisfaga a las/los usuarias/os en sus problemas de salud, que aún se comprendía como la ausencia de enfermedad.

A pesar de ello, los adultos y las mujeres demandaban muy poco el servicio (especialmente en la maternidad), desde su lógica la salud no sólo significa la ausencia de enfermedad, sino además el equilibrio de la persona con la familia, con la comunidad, con el mundo espiritual y con la naturaleza. Había que plantear un enfoque de atención más integral de carácter intercultural. Se trataba de que el personal de salud comprendiera la realidad sociocultural y ello se reflejara en la relación médico/a-usuario/a. Así, el fortalecimiento de las capacidades técnico-clínicas e instaladas se complementó con procesos de sensibilización y capacitación al personal de salud biomédico, con el fin de que incorporen en el proceso de atención variable de aceptación-respeto de la cosmovisión del usuario/a, valoración de los conocimientos médicos locales e implementación de procesos de comunicación fluidos.

Se trataba de *atención de calidad con pertinencia cultural*, en este marco se trabajó en las áreas de:

1. Estructura, a) recursos físicos: fortalecimiento de infraestructura, equipamiento hospitalario, comunicación, y suministros médicos; b) adecuación

cultural de espacios físicos como la sala de partos;<sup>8</sup> c) recursos humanos y fortalecimiento de las capacidades técnicas; d) relación personal de salud o médico/usuario, respeto a la cosmovisión del usuario, reconociendo y aceptando sentires, saberes y prácticas; comunicación fluida, horizontal en el idioma local, tratando de comprender las relaciones del usuario/a consigo mismo/a, con su entorno familiar, comunal y naturaleza.

2. Procesos, se trabajó en la adecuación de los procedimientos biomédicos de salud sexual y reproductiva, en los puntos de desencuentro en concepciones de personal de salud y del usuario.
3. Resultados, el modelo de atención en salud comunitaria intercultural se origina en acuerdos de los actores institucionales (el personal de la red de salud pública), sociales (comunidad), medicina tradicional.

Paralelamente se trabajaba para fortalecer el sistema médico tradicional,<sup>9</sup> tratando de consolidar sus conocimientos en cuanto a algunas patologías (por ejemplo, en el caso de las complicaciones del embarazo). Complementariamente se apoyaba sus procesos de organización y transformación de plantas medicinales tradicionales, con la finalidad de que el sistema biomédico tenga un interlocutor con una estructura organizativa fortalecida y con capacidad de respuesta.

El trabajo con los dos sistemas de salud tuvo el fin de que ambos reconozcan sus limitaciones y fortalezas,<sup>10</sup> y puedan avanzar hacia la articulación y complementariedad, este proceso se realizó mediante espacios de interacción donde participaron prestadores de salud de ambos sistemas, que compartieron experiencias, y de esa manera fortalecieron mutuamente conocimientos y prácticas.

Segundo, a partir del reconocimiento de que la modificación o formación de actitudes y conductas de protección en el nivel individual y colectivo impulsadas por la educación en salud no eran suficientes en la realidad de las comunidades de trabajo, donde las familias consumían agua del río en más de un 70%,<sup>11</sup> la presencia del monocultivo de maíz y otras necesidades en la alimentación cotidiana eran condiciones negativas para la salud; sin duda que la educación en salud en

---

8 En la adecuación se consideró el color de paredes y pisos de preferencia oscuros, luz horizontal y escasa, equipamiento que evite lo metálico, indumentaria de color oscuro, colchoneta y gradilla incrustada a la pared.

9 Aunque se debe reconocer que la intervención en este sentido es menos “fuerte” que la intervención sobre el sistema biomédico.

10 En el caso del sistema biomédico, sus limitaciones p.e. se refieren a su incapacidad para solucionar en enfermedades culturales como el *susto*, *mara* o *amartelo*. Estas enfermedades son patologías psíquicas, explicadas desde lo andino por falta de armonía con la naturaleza o el mundo espiritual, que se puede dar por encuentros sorpresivos con animales o el paso por lugares *sajras* (maléficos, donde la tierra está abierta y da paso a los seres del mundo de abajo).

11 Información Plan de Largo Plazo Causananchispaj, 1999-2008.

esta realidad sólo quedaría en conductas de protección. Es así que se optó por profundizar y ampliar la mirada hacia la modificación de las condiciones de salud con acciones intersectoriales, construcción de sistemas de agua, iniciativas económicas, mejora de caminos, medio ambiente y cobertura educativa, entre otras; lo que significaba trabajar en promoción de la salud, con la participación de los actores sociales e institucionales con presencia física en las comunidades.

La dinámica de la promoción de la salud se basaba en la educación en salud reflexiva, analítica, de identificación de problemas y causas, con toma de decisiones sobre ellos; sin duda que este proceso gestaba una gestión participativa de la salud, en principio local, para luego convertirse en el instrumento metodológico de construcción de la política y modelo de salud comunitario intercultural.

Tercero, la experiencia parte con la premisa de que la participación social en la toma de decisiones hace más eficiente las iniciativas de desarrollo, les da un carácter intersectorial y permite su sostenibilidad; el sector salud no está exento de esa lógica (Alemán, L; Delgadillo, J.C.; Vargas, Y., 2006. Mimeo). Se trabajó fortaleciendo las capacidades de los Comités de Salud en cuanto a gestión, planificación, la administración y control social, de manera que la estructura social en salud se involucre en la gestión de los servicios de salud.

Más tarde el proceso trascendió al nivel de gestión municipal (Directorio Local en Salud) para que éste, a través del gobierno municipal, con prefectura y gobierno nacional, responda a las necesidades relacionadas con la salud planteadas por la comunidad, para ello se construyó colectivamente el Plan Municipal de Salud, cuya principal propuesta estratégica fue la atención de la salud con pertinencia intercultural, que en el primer quinquenio profundizó la atención materna culturalmente adecuada.

### **1.4.2. Hechos destacables**

A partir de la participación comunitaria en el proceso de gestión se concibió un *Modelo de Salud Comunitario Intercultural*, que enfatizó la *calidad en la atención con pertinencia cultural*, la promoción de la salud como estrategia de fortalecimiento a la *gestión participativa a nivel local y municipal*. Este modelo hoy es política local y principal referencia en la construcción de la política y modelo de SAFCI (DS 29601), del Estado Plurinacional.

La construcción del modelo comunitario intercultural fue facilitada por la promoción de la salud en procesos reflexivos-analíticos de educación, información, con autoridades, líderes naturales, promotores y comunidad; se realizaron alianzas, movilización para el abordaje a las necesidades. Estos procesos se articularían posteriormente a la gestión participativa local y finalmente a la gestión participativa municipal en salud.

Una línea fundamental de la estrategia fue la reorientación del servicio de salud en el marco de la calidad intercultural, y el desarrollo de vínculos de articulación y complementariedad entre prestadores de salud biomédicos y tradicionales.

Con relación al sistema tradicional, se fortaleció su organización generando espacios de encuentro entre médicas/os tradicionales y parteras/os, donde se reconocieron mutuamente y compartieron conocimientos.<sup>12</sup> Los médicos tradicionales coordinan con los biomédicos desde su propio espacio.

Se elaboraron dos normas nacionales: los “protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados” y los “procedimientos de atención adecuados a principios SAFCI en la atención de enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino-PAP y planificación familiar”.

En los municipios y zona de trabajo directo se observa modificación de indicadores como: la mortalidad materna en Caiza “D” llegó a cero, empero se denunció una muerte en Cotagaita, en el área de intervención es cero y la mortalidad infantil bajó de 220 a 78 por 1.000 nacidos vivos en la gestión 2006 y a 24 por 1.000 nacidos vivos en la gestión 2009.

Ambos municipios viabilizaron la elaboración del plan estratégico de salud municipal, que luego fue incorporado en su PDM como programa de acciones y asignación de recursos económicos. Lo sobresaliente es que el tema de salud fue incorporado en el plan estratégico con el enfoque de interculturalidad, intersectorialidad y participación social. La coordinación con los gobiernos municipales se tensionó por el incumplimiento de los compromisos referidos a la asignación y desembolsos de recursos económicos de contraparte.

## 1.5. Reflexiones sobre las experiencias

Las cuatro experiencias desarrolladas en los departamentos de La Paz y Potosí nos muestran que fueron iniciativas de ONG locales, internacionales y de cooperación; al parecer, sólo Curva fue una decisión de los médicos kallawayas. Recordemos que estas experiencias se inician en algunos casos como Causananchispaj en la década de los 90 y las otras tres en el primer quinquenio del 2000.

Encontramos que el Estado, a través del Servicio Departamental de Salud o el propio Ministerio, se involucra una vez iniciada la experiencia; de hecho que en ese periodo las políticas públicas carecían de un enfoque claro de salud intercultural, ignorando el carácter multiétnico del país.

Un problema de salud pública muy difícil de superar es la razón de mortalidad materna: 229 por 100.000 n.v. (Endsa, 2003), cuyo indicador es el más alto de la

---

12 El proceso de homogeneización de conocimientos consiste en transmitir los conocimientos de una generación a otra en estos espacios y socializar los diferentes procedimientos utilizados para determinadas patologías.

región de las Américas, esta situación crítica de la maternidad sin duda que fue uno de los elementos que motivó a las ONG y la cooperación a contribuir en el abordaje de esta problemática.

Estas interesantes iniciativas optaron por acercar el servicio de salud a la comunidad, pudiendo o no involucrar al personal y comunidad en la toma de decisiones respecto al “cómo hacerlo”. Al parecer, el proyecto o la acción de interculturalidad fue decisión externa en dos de estas experiencias, en tanto que en otra de ellas encontramos una propuesta inicial de atención primaria de salud con un componente dinámico de participación comunitaria, que influyó en la mutación de las líneas de acción en el transcurrir de la experiencia. Así, del fortalecimiento de la red de salud en su capacidad técnica e instalada se transformaría en atención de la salud con pertinencia intercultural.

Las iniciativas y el fin de ellas es bueno ponderarlas, siempre que el camino de operativización en la comunidad o barrio fuera decisión acordada por los actores sociales e institucionales, ya que las necesidades son de la población y qué mejor si ella participa en la decisión del “cómo hacer desde su cosmovisión”, probablemente disminuiría el margen de error y los impactos podrían ser más sostenibles.

Las experiencias, fundamentalmente de Curva, nos muestran que la medicina tradicional está vigente. En algunos casos la población tiene mayor preferencia por ella si esta es la realidad local, ¿por qué hacer que ella se integre al servicio de salud? Al contrario, debería ser decisión de los/as médicos/as tradicionales y la comunidad. La integración de la medicina tradicional en el centro de salud biomédico acarrea consigo la subordinación y subestimación del saber comunitario, ello será muy difícil de superar en el personal de salud ya que conlleva factores culturales, sociales y hasta económicos que no sólo superaremos con la formación académica.

La adecuación de los espacios físicos, el equipamiento y sensibilización del personal de la salud, de hecho, es una necesidad, ellos son algunos de los elementos insertos en la calidad de atención no sólo en la maternidad, sino también en la atención de las personas en el continuo de la vida. Por ello, la atención de calidad adecuada culturalmente está presente en los tres niveles de atención, claro está que las dimensiones del enfoque intercultural difieren según el nivel de atención.

## **2. El proceso de construcción de la SAFCI y sus avances**

### **2.1. Algunos hechos históricos**

El alto grado de marginación de la población en el acceso al servicio de salud trajo consigo problemas de salud pública como la mortalidad materna e infantil,

además de la desnutrición, siendo estos indicadores más acentuados en la población periurbana migrante, campesina e indígena.

Siguiendo la historia de nuestro país, el proceso de inclusión fue largo y complejo. Existieron periodos como la Colonia, en los que la salud de la población fue privilegiada para sectores muy cercanos a la Corona; de hecho, en este periodo la población indígena fundamentalmente del sur del país fue la mano de obra en la explotación minera, vulnerable a constantes accidentes que causaron la disminución de mano de obra, hecho que constituyó un problema económico para la Corona española.

De esta manera se crearon los primeros hospitales en la región andina, con el fin de rehabilitar a los indígenas heridos e incorporarlos nuevamente a la explotación de mineral. Este sistema de salud preveía la reproducción del sistema de explotación minera en los Andes, dentro del cual la población mayoritariamente indígena era percibida como un recurso del sistema de explotación.

Este panorama cambió poco en la época republicana. Recién en 1952, con la llamada Revolución del 52, se ven algunos intentos por desarrollar políticas de salud pública que permitieran el acceso a la salud para poblaciones vulnerables. En este periodo entró en vigencia el Código de Seguridad Social, que otorgaba prestaciones de salud en las áreas de seguros a corto plazo como las de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales; además de los seguros diferidos, que comprenden las rentas de invalidez, vejez, derecho habiente y funerales. Sin embargo, el vaciamiento cultural provocado por la campesinización de los indígenas no permitía develar los problemas de salud en los niveles comunales, dejando a una gran parte de la población fuera de este sistema de seguros sociales.

Por otro lado, los procesos religiosos ocurridos durante la historia de nuestro país relegaron y marginaron continuamente los conocimientos, las prácticas y las creencias curativas de nuestros pueblos indígenas; no obstante, la medicina tradicional se reprodujo continuamente en el paso de generación en generación, desde la clandestinidad de las prácticas de los aysiris o chamanes, hasta el conocimiento cotidiano de las mujeres adultas respecto a las propiedades curativas de las plantas. Al igual que la religiosidad indígena, la medicina tradicional constituyó espacios de reproducción y legitimación propios.

Algunas experiencias con pueblos indígenas nos muestran la situación de la medicina, pudiendo ser amargas como lo sucedido con el pueblo Ayoreo, que al entrar las misiones "...perdió relativamente rápido sus propias prácticas de defensa sanitaria y curación de enfermedades..." (Recidencia Médica SAFCI; 1996: 168). Sin embargo, en la mayoría de los pueblos indígenas, tanto amazónicos como andinos, la medicina tradicional continúa vigente y se constituye, en muchos de ellos, en la única forma de brindar salud a la población dispersa.

También existieron hitos en la historia de la salud pública en el ámbito internacional, que cambiaría el enfoque de la salud, siendo el más importante el de

Alma Ata de 1978, conferencia internacional de salud que plantea el paradigma de la atención primaria en salud, como estrategia para llegar a cumplir el desafío “salud para todos en el año 2000”.

Si bien el desafío propuesto “salud para todos el año 2000” no fue alcanzado, Alma Ata visibiliza la atención primaria como un nuevo paradigma de la salud a escala internacional, que terminó por convertirse en el paraguas teórico para la implementación de programas de medicina social en poblaciones olvidadas por los sistemas nacionales de salud de Latinoamérica.

Bajo este paraguas, durante el gobierno de la Unidad Democrática y Popular (UDP), entre 1982 y 1985, la promoción de la salud asumió un rol importante en las políticas nacionales de salud. Desde el Estado se impulsó la participación popular y se promovió la creación de una organización de base: el Comité Popular de Salud, que incluía en su seno a representaciones de organizaciones barriales como juntas de vecinos, asociaciones de mujeres receptoras de alimentos donados y otras, dicha organización logró representatividad ante la Central Obrera Boliviana (COB).

Sobre la base del paradigma de atención primaria en salud se desarrollaron experiencias locales que se constituyeron en la base práctica material para el desarrollo de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Con el apoyo de diferentes organizaciones no gubernamentales, Iglesia Católica y la cooperación internacional se desarrollaron experiencias locales en salud que lograron implementar parcialmente la atención primaria en salud, consiguiendo diversos e interesantes resultados en la mejora de la salud de la población beneficiada.

La riqueza de estas experiencias obligó a que los gestores políticos fijen sus miradas en ellas y den inicio a sus procesos de institucionalización. Para ello se generaron modelos relativamente homogéneos para su implementación en otros territorios y con otras poblaciones del país.

Actualmente, algunas de estas experiencias locales en salud constituyen la guía metodológica para la implementación de la política SAFCI.

Entre otros hechos de la historia que contribuyen a formar el contexto para la construcción de la SAFCI están las políticas de participación popular y de descentralización municipal desarrolladas en la década de los 90, que establecieron las estructuras y los canales a través de los cuales se dinamizó la participación de la población, por lo cual las decisiones en la gestión municipal y local se hicieron más representativas. Este contexto jurídico y organizativo facilitó la construcción de la política y modelo sanitario de SAFCI.

No podemos dejar de lado los procesos políticos de la década del 2000, que influyeron positivamente en el desarrollo de esta política. Los movimientos sociales que ocurrieron durante los primeros años de esta década y los consecuentes procesos políticos que desataron motivaron la reconducción política del Estado, hecho que determinó el desarrollo de nuevas políticas gubernamentales en los

diferentes campos de acción estatales, lo que culminó con la promulgación de la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Estos procesos políticos influyeron en las determinantes estructurales de la salud en nuestro país, generando voluntad política en los espacios gubernamentales de gerencia pública para el desarrollo de políticas de beneficio a las poblaciones más excluidas del país.

Son estos hechos históricos de la salud pública los que poco a poco generaron el contexto social, legal y organizativo, tan esperado por los excluidos fundamentalmente los indígenas durante décadas; fueron estos hechos los que facilitaron la construcción de una política inclusiva que permitiera mejorar el acceso a la salud de las poblaciones más vulnerables, siendo ella la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural (SAFCI)

## **2.2. La construcción de la política de SAFCI**

Sin duda que a partir del año 2006 el contexto político, jurídico y organizativo en el país brindaba las condiciones para el diseño de una política inclusiva, capaz de romper la marginación, fundamentalmente la barrera cultural. Construirla fue un camino complejo, existieron diferentes eventos nacionales e internacionales realizados con la finalidad de recoger lecciones aprendidas, uno de estos fue el encuentro internacional en Cochabamba, organizado por el Ministerio de Salud en el 2006 y que contó con la participación de diferentes países de la región, cuyas experiencias mostraban la organización del sector y el sistema, algunos mecanismos de promoción de la salud, así como experiencias de interculturalidad, de hecho que estas últimas fueron las menos; este evento sin duda dejó lecciones aprendidas.

Pero el país requería de su propio paradigma que responda a la realidad plurinacional, que se acercara a aquella población que lo había reclamado en las calles, en los campos y hoy vibran esperanzados... había que pensar en todos ellos.

La Constitución aún se encontraba en proceso de gestación, pero se disponía del Plan Nacional de Desarrollo y se encontraba en su fase final la construcción y publicación del Plan Sectorial de Salud, pues se contaba con las líneas legales y organizativas para diseñar el enfoque de la SAFCI. Éste debería ser integral, intercultural, intersectorial y participativo, elementos que luego se constituirían en los cuatro principios de la SAFCI y se aplicarían en la atención, promoción y prevención de la salud, con la persona, con la familia y comunidad. Por lo tanto, se trataba de un paradigma integral de la salud pública, esperado por la población y me animaría afirmar que hasta por el sector salud. En aquella fase el equipo técnico del Ministerio de Salud y Deportes probablemente aún no vislumbraba el laberinto de la operatividad, sumado a la necesidad de contar con el compromiso político del personal, la comunidad y la voluntad política de las autoridades de salud, gobernaciones y municipios.

El paradigma requería su operatividad, para ello deberíamos definir los marcos conceptuales de los principios y a partir de las categorías de aquel concepto construir los mecanismos operativos. Entonces la operatividad del enfoque se realizaría a través de la estrategia de promoción de la salud, que en esencia sería participativa, en alianzas con otros sectores y diferentes actores para el abordaje intersectorial a las determinantes sociales. Una de las primeras tareas fue la conceptualización de los principios y posteriormente se trabajó en sus mecanismos operativos. Los principios se aplicarían en la atención, prevención y promoción de la salud, con la persona en el servicio de salud, con la familia en el domicilio y en la comunidad.

Sin duda que la bibliografía nos brindó conceptos teóricos muy válidos e interesantes relacionados al paradigma, ellos fueron la referencia; pero había que definir los principios y los mecanismos operativos a partir de nuestra realidad, he ahí el gran desafío, se trataba de responder con pertinencia a esa realidad plurinacional; en un contexto político, legal, organizativo histórico único, de hecho había que responder con alta responsabilidad. En aquel momento y en todo el proceso nos acompañaría la experiencia del aprendizaje, que era necesario profundizar recuperando las experiencias locales realizadas por la Iglesia, la cooperación internacional y las ONG, cuyos lineamientos políticos y metodológicos se acercaban al planteamiento del enfoque.

Estas experiencias locales fueron varias, ellas están situadas en diferentes regiones del país, en el oriente encontramos la experiencia del municipio de Gutiérrez, apoyado por la Iglesia a través de la escuela Tekobe Catu; en Chuquisaca está el municipio de Yotala con la experiencia de la ONG Cardenal Maure; en La Paz la experiencia de Curva; en Oruro la experiencia de Challapata apoyada por la cooperación del Reino Unido. Por otro lado estarían las experiencias del departamento de Potosí, Tupiza con la Salud Familiar y Comunitaria desarrollada por más de 10 años con el apoyo técnico financiero de la OPS/OMS; Tinguipaya con los aportes de interculturalidad, y sobre todo recogeríamos a través de la sistematización el Modelo de Salud Comunitaria Intercultural desarrollado en los municipios de Caiza “D” y Cotagaita, que fue apoyada por Causananchispaj y su alianza con ONG inglesa, irlandesa y española.

### **2.3. Los principios de la SAFCI**

Es bueno reconocer que en aquel momento descuidamos la profundización de las raíces filosóficas del paradigma, había que responder a la presión del nivel político y a su vez entregar estas bases al sector, a las organizaciones sociales de salud y a los niveles de gestión departamental, municipal, pues para buscar consenso en estos ámbitos los marcos conceptuales y metodológicos deberían ser claros y sencillos,

comprensibles por los actores clave, el personal de salud, la organización social y las autoridades de los diferentes niveles de gestión.

En el primer semestre del 2012, la dirección de promoción de la salud del MSyD organizó un equipo multidisciplinario para completar los marcos teóricos del paradigma de la política de la SAFCI, en el equipo se contó también con apoyo técnico para la sistematización del proyecto Comunidades Saludables de Prosalud. En este acápite trataremos de recuperar los aportes trabajados por el equipo.

Veamos cómo se concibieron conceptualmente los principios y la estrategia de promoción de la salud.

### *2.3.1. La participación social*

La suma de procesos políticos, la acumulación de experiencias y lecciones aprendidas posibilitaron avanzar en la construcción de marcos teóricos, modelos metodológicos y pasos prácticos para la implementación de la política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, que además se nutre de un contexto político favorable para su desarrollo, ya que son las organizaciones sociales, la población movilizada en los departamentos, los municipios, las comunidades y los barrios quienes dirigieron los procesos políticos a través de su decidida incidencia en las políticas del actual Estado Plurinacional de Bolivia. Una relación que se institucionaliza desde la aprobación de la Constitución Política del Estado, que en su título IV:

...determina que la relación de la sociedad civil con el Estado se plasma en: ‘el diseño de las políticas públicas, y en el control social a la gestión pública en todos los niveles del Estado, a las empresas e instituciones públicas, mixtas y privadas que administren recursos fiscales y a los servicios públicos’, e implica además: ‘Apoyar al Órgano Legislativo en la construcción colectiva de las leyes, generar un manejo transparente de la información y del uso de los recursos en todos los espacios de la gestión pública, formular informes que fundamenten la solicitud de la revocatoria de mandato, denunciar ante las instituciones correspondientes para la investigación y procesamiento, colaborar en los procedimientos de observación pública para la designación de los cargos que correspondan, y apoyar al Órgano Electoral en transparentar las postulaciones de los candidatos para los cargos públicos que correspondan.

Este paso de transformación jurídica a nivel constitucional supone un esfuerzo intencional en busca de lo que el propio García Linera menciona como la auto-transformación de la democracia contemporánea, para articular el desbordante flujo de participación e igualación social que viene de la sociedad (García Linera, 2005: 25). Son procesos históricos de profundización de la democracia y la participación social en los espacios de decisión política los que dirigen las políticas del Estado Plurinacional, entre ellos la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI).

En este marco, la participación social como uno de los principios de la política de SAFCI debe entenderse como:

Es la capacidad de las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afrobolivianas, para participar directamente en la toma de decisiones, de manera efectiva y real, sobre la planificación, ejecución –administración, seguimiento–control social de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizativa (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 22).

Es así que la política de SAFCI se enmarca dentro del paradigma de la atención primaria en salud, propuesta en la reunión de Alma Ata en 1978; aprovecha las lecciones aprendidas de las experiencias locales y los estudios realizados por ellas. En este sentido, se recoge la metodología aplicada por Causananchispaj en los municipios de Caiza “D” y Cotagaita, donde la participación de las autoridades locales, representación de mujeres, jóvenes y el servicio de salud toman decisiones respecto a la priorización de sus necesidades y los caminos de solución; entonces la participación se dio desde el inicio de la intervención en tres momentos de la gestión comunitaria: planificación, administración y seguimiento-control (Causananchispaj, 2009). Estas tres fases de la gestión de naturaleza participativa, validadas en los dos municipios, fueron recuperadas en la construcción del principio de participación del paradigma de SAFCI.

Este es el avance que propone la política de SAFCI a través de su principio de participación social: reconocer las posibilidades sociales y culturales que tiene nuestra sociedad compleja para la toma de decisiones en la gestión de la salud, y así ellos definan sus determinantes de la salud y desarrollen estrategias para su abordaje.

En este marco, el principio de *participación social* en la política de SAFCI está íntimamente relacionado con los principios de *interculturalidad*, *integralidad* e *intersectorialidad*. La participación social en la gestión de la salud facilitará a los actores sociales e institucionales encaminarse hacia la operatividad del enfoque integral e intercultural del modelo de atención local, dándole pertinencia local.

### **2.3.2. La interculturalidad**

Los derechos y obligaciones de la población y el Estado, enfatizados en la Constitución Política del Estado, exigen la construcción de un paradigma con principios de interculturalidad, que en la operatividad se encuentra vinculado a la participación social. En este sentido, la SAFCI debe necesariamente “...abordar el reto de la multiculturalidad y de la construcción de una ciudadanía plural” (Citarella, 2012: 4). Para ello propuso su principio de interculturalidad sobre la base del análisis

de estudios realizados sobre la medicina tradicional en el país, fundamentalmente la cultura kallawayaya del altiplano boliviano en La Paz (Jose Luis Baixeras. En: Fernández, 2006). Por otro lado, se recuperan los modelos médicos de Menéndez en un análisis ideológico donde están los elementos relacionados con las concepciones vida, muerte, enfermedad y el sistema de clasificación de enfermedades.

No se dejan de lado las experiencias de interculturalidad locales, así como la integración de las dos medicinas en Curva; el fortalecimiento de la medicina tradicional, la sensibilización del equipo de salud, adecuación cultural de espacios físicos y su consecuente articulación y complementariedad de Caiza “D”, Cotagaita; el acercamiento y la integración de las medicinas en Tinguipaya, así como de sus perspectivas teóricas sobre el tema.

Entonces, desde la SAFCI se concibe la interculturalidad en salud como:

...la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y afro bolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud (MSD-DGPS, 2012).

En ese marco, a partir del reconocimiento de la inequidad es que el reconocimiento de la diversidad cultural deja su sentido filantrópico y cobra un sentido político, que de por sí supera posturas multiculturalistas que propugnan una sociedad diversa sin cuestionar las desigualdades existentes en su seno; así, más allá de sólo observar el diálogo entre diferentes (con sus culturas, cosmovisiones, formas de atender la salud, enseñar, aprender y otras), observa las condiciones en las que este diálogo se da y sus resultados, con el fin de articular y complementar recíprocamente a todos los actores involucrados (Delgadillo, 2011).

En este sentido, en el cuidado de la salud este principio está presente en el procedimiento de la atención y la prevención de la enfermedad, así como en la promoción de la salud. En la atención y prevención está integrada la calidad con pertinencia cultural en sus diferentes áreas, donde sin duda que la relación personal de salud/usuario/a tiene un rol fundamental en la aplicación de la interculturalidad. Siguiendo la atención del servicio de salud, también se consideró la adecuación física de la infraestructura hospitalaria, la adecuación de normas y procedimientos de la atención al contexto sociocultural y la satisfacción del usuario, aspectos vistos como las principales características de la atención y prevención dentro del establecimiento de salud. Estas características tienen diferentes dimensiones según el nivel de atención del sistema de salud.

Por otro lado se ubica la articulación y complementariedad de la medicina biomédica y la tradicional, cuya viabilización requiere de estrategias de fortalecimiento

tanto en la medicina tradicional relacionada a su organización y funcionamiento, así como en la biomedicina relacionada con la formación de los profesionales y sus competencias, que facilite la comprensión del enfoque de la política, la visión de la salud en los líderes políticos sindicales y en la propia población, facilitando la interacción de actores. Probablemente esta interacción, que debería ser horizontal, es un mecanismo muy complejo de alcanzar por la posesión privilegiada que de historia tenemos los médicos, a lo que se suma la subestimación del saber de la medicina tradicional.

En este contexto, la promoción de la salud –cuya esencia es participativa, movilizadora para la transformación de las determinantes sociales– al parecer es el camino que facilita la ruptura de la barrera cultural, al menos en este momento del proceso de aplicación de la SAFCI.

### ***2.3.3. La integralidad e intersectorialidad***

A lo largo de la historia se reflexionó sobre la relación de la salud y el desarrollo social, político, económico y cultural de la humanidad. Fruto de esta reflexión surge el concepto de medicina social, que se plantea como marco general de las políticas públicas en salud para la toma de decisiones colectivas sobre la gestión pública.

De esta manera, el concepto de salud se amplía hacia el análisis de otros elementos que son externos al sistema de salud, pero que influyen directamente en éste y la calidad de vida de los actores sociales.

...el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna (Vélez, 2007: 66).

Desde esta perspectiva planteada por la medicina social, el Plan Sectorial de Desarrollo 2011-2014 sostiene que “la salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad...”. Esto significa que la concepción de salud planteada por el Estado Plurinacional de Bolivia identifica los aspectos sociales, económicos, culturales, ambientales, políticos, jurídicos, educativos y de género como las determinantes de la salud, los cuales deben ser abordados desde nuevos valores (igualdad, accesibilidad, gratuidad, equidad y armonía con la naturaleza) que incluyan responsabilidades personales y sociales, privilegiando el derecho a la salud y la vida de la sociedad en su conjunto (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 21).

Este es el horizonte bajo el cual se desarrollan relacionalmente los conceptos de integralidad e intersectorialidad en salud.

La identificación de la relación entre salud, sistema económico y sistema social supone una apertura en el enfoque de la salud, en el cual no sólo interesa el individuo y su enfermedad, sino también la familia, la comunidad, su entorno físico y espiritual. Estos elementos hacen del análisis de la salud algo integral.

El abordaje de las determinantes de la salud conlleva justamente este análisis integral, que toma en cuenta los factores políticos, económicos, históricos y culturales para la planificación participativa de la salud. Es en este marco que la política de SAFCI concibe la integralidad como:

El sentir, conocer y practicar la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, comunidad, Madre Tierra, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 21).

Este enfoque abre la posibilidad de que las determinantes “estructurales” de la salud, como las condiciones económicas de pobreza, desempleo, educación u otras demanden ser abordadas, lo cual supondría una apertura también de los espacios políticos colectivos. Entonces, se plantea realizar el abordaje a las determinantes sociales desde la SAFCI a través del principio de intersectorialidad, que conlleva la participación y alianzas de los actores sociales e institucionales.

Estos procesos de relación política con la población son complejos, por tanto, poco comprendidos por el personal de salud, lo que disminuye su convicción para establecer estas relaciones.

Los caminos en la mejora de la salud pública son políticos o bien responden a una voluntad política que identifique la estrecha relación de las diferencias sociales y la salud; en este contexto, las políticas públicas internas deben mantener coherencia, interrelación y sinergias institucionales que permitan atacar las determinantes de la salud desde la lógica intersectorial. En este sentido, la intersectorialidad en la SAFCI es definida como:

Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afro bolivianas con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.

Entonces, si se entiende la integralidad como el enfoque holístico de la salud y la intersectorialidad como la capacidad necesaria de los diversos actores sociales para abordar las determinantes de la salud, se establece que ambos conceptos están estrechamente vinculados y no deben trabajarse de manera separada. Se

deben tomar en cuenta las interdependencias y complementariedades de cada sector desde sus experticias, reconociendo la sectorización sólo como método de trabajo ordenado que permite alcanzar objetivos micro dentro de espectros macro, como alcanzar la vida digna de las personas, camino señalado por el proceso de cambio.

Hasta aquí la concepción de los principios de la SAFCI, sin duda que su comprensión por parte del personal, la organización social y autoridades en los diferentes niveles de la gestión de la salud será heterogénea, según los intereses de los actores. De hecho, el sector tiene la responsabilidad de que los principios puedan ser aplicados en los diferentes niveles de gestión, sin dejar de lado la gestión local, en la comunidad, en el barrio, dado que la población es la que siente las necesidades, siendo jerarquizadas desde sus valores y principios. He aquí la complejidad de proceso y la comprensión del personal.

Sin embargo, los actores sociales locales demandan el cambio del enfoque biologicista del sector, hecho que inquieta al personal de salud, ya que no comprende ni cuenta con respuestas a este fenómeno social. Estas demandas tienen un mensaje de reclamo de interacción de actores sociales e institucionales para ponerse de acuerdo en las respuestas concretas a la realidad local, ¿será posible existiendo enfoques de la salud diferentes? Sin duda que se debe trabajar en la formación del personal desde el pregrado.

En este marco, la política de SAFCI entiende a la *promoción de la salud* como la estrategia que facilita la delimitación de los mecanismos de operatividad de los principios en el hacer salud con la persona, con la familia y con la comunidad, dentro del establecimiento y fuera de él.

## 2.4. Promoción de la salud, estrategia de la SAFCI

La *promoción de la salud* como enfoque integral de la salud pública se desarrolla desde la década de los 40, cuando Henry Sigerist planteó en 1946 cuatro funciones de la medicina:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Restablecimiento de los enfermos
- Rehabilitación

Para ello empleó el término “promoción” por primera vez, con un enfoque amplio que trascendía la curación de la enfermedad, mirando hacia el contexto y la influencia de este en el proceso salud-enfermedad. Concluía una de sus aseveraciones manifestando que “la salud no es sencillamente la ausencia de

enfermedades; es algo positivo, una actitud hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona”.<sup>13</sup>

Como historiador de la medicina, Sigerist se refirió a la evolución histórica del concepto de salud como algo valioso por derecho propio y que debe promoverse; así, menciona la concepción de los griegos, para quienes la salud (para las personas libres) era uno de los ejes de la existencia humana y representaba la condición de perfecto equilibrio. La atención que le dedicaban a su régimen alimenticio y al ejercicio para mantener un perfecto estado de salud “hoy parecería narcisista”, expresa Alleyne.<sup>14</sup>

El dominio romano de la cultura helénica desplazó su sentido hacia un enfoque más pragmático y utilitarista, y en el mundo cristiano la concepción de la salud se diferenció del enfoque aristocrático de los griegos por una visión abarcadora de la salud, que con altibajos en los siglos XVIII y XIX se refirieron a los orígenes de la enfermedad a la falta de higiene de las clases desfavorecidas, identificando la ingeniería social y sanitaria como los medios de prevención de la enfermedad.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología, y la verificación de la enfermedad causada por agentes patógenos dejaron al rezago las medidas sanitarias de promoción y prevención, y se fortaleció la atención medicalizada, para lo cual se definieron políticas de salud a partir de principios biologicistas.

El Informe de Lalonde, titulado “A New Perspective on the Health of Canadian” (1974), constituye uno de los hitos en el desarrollo de la promoción de la salud, pues aborda la salud de la población y los factores que influyen en ella. En él se construye el concepto de “campo de la salud” con cuatro componentes:

- Características biológicas
- Medio ambiente
- Modo de vida
- Organización de la asistencia sanitaria

El concepto, que no se modificó con el transcurso del tiempo, fue el de que existen factores que influyen en la salud o que la determinan más allá de los límites de la capacidad de los servicios de asistencia sanitaria. Se destaca en este informe que los campos de medio ambiente y estilos de vida amplían el enfoque biologicista, centrado en el fortalecimiento del servicio, hacia el medio ambiente y las formas o modos de vida de la población, elementos fundamentales en el logro de una vida saludable de los pueblos.

---

13 Alleyne, George A.O. *Informe anual de actividades de la Organización Panamericana de la Salud /OMS 2000-2001*. OPS/OMS, 2001.

14 *Ibíd.*

*La Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud*, donde se formula la *Carta de Ottawa*, es reconocida como la base fundamental del paradigma de promoción de la salud vigente en el presente. Postula como bases de la agenda:

- Construir políticas públicas saludables
- Crear un ambiente favorable de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Adquirir aptitudes personales
- Reorientar los servicios de salud

En el país, siguiendo los postulados de la atención primaria de la salud, se aplicó la promoción de la salud tejida a la educación para la salud, desde el Estado, cooperaciones, ONG e Iglesia. Fenómeno que nos muestra que la promoción de la salud aún continúa en proceso de construcción.

Veamos cómo concibe el Estado Plurinacional la estrategia de la política de la SAFCI:<sup>15</sup>

...un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes sociales de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien.

En este sentido, la promoción de la salud es un proceso político de movilización y alianzas, encaminado a la transformación del contexto de la persona, familia y comunidad; pero que es poco comprendido por el personal de salud, lo que debilita su aplicabilidad desde el sector.

Es así que la promoción de la salud se comprende como la estrategia que facilita la implementación del paradigma de la SAFCI, siendo ella de naturaleza participativa e intersectorial, y tiene como fin la transformación de los determinantes sociales de la salud. Para facilitar la operatividad es que el MSyD plantea cuatro medios de promoción de la salud.

#### ***2.4.1. Educación para la vida***

Concebida como el proceso de intercambio de sentires, saberes-conocimientos y prácticas que permiten la protección de la vida y la salud de la persona, familia, comunidad y Madre Tierra, sobre la base de la reflexión e identificación de problemas, sus causas y soluciones mediante la toma de decisiones.

Entonces, la educación para la vida se aplica en el servicio con la persona, en el marco de la calidad de atención con comunicación horizontal, con respeto al

---

15 MSyD, Dirección General de Promoción de la Salud, “Reglamento de la SAFCI”, 2012.

saber del otro, diferenciación de género y buen trato. En tanto que en la familia y comunidad tiene como principales elementos la comunicación dialógica, la educación participativa de construcción de nuevos saberes, generando compromisos de los actores sociales e institucionales en la transformación de las determinantes sociales. En este sentido, la promoción prepara a la comunidad para el abordaje a las determinantes de la salud y al personal para su apertura a la participación social en la construcción del modelo de atención pertinente al contexto sociocultural local.

#### ***2.4.2. Movilización social***

Es comprendida como el proceso por el cual la población organizada asume el ejercicio de su derecho a la salud mediante acciones comunitarias que permiten la gestión social en la toma de decisiones que contribuyen a la transformación de las determinantes y los servicios de salud, a partir de la utilización de sus recursos (materiales y no materiales), donde el personal de salud se constituye en el facilitador de estos procesos, brindando información adecuada, oportuna, pertinente de manera continua y en los espacios propios de la población, generando la reflexión sobre la problemática en salud.

Sin duda que se constituye en un medio clave en la aplicación del paradigma integral de la promoción de la salud, facilitando en la operatividad la concurrencia intersectorial e intercultural. La movilización social es aplicada fundamentalmente por el colectivo, a través de la gestión participativa en sus diferentes niveles. Es así que este medio permite la construcción consensuada del modelo sanitario local.

#### ***2.4.3. Alianzas estratégicas***

Entendida como la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, educación, saneamiento básico y otros), instituciones públicas y privadas, dirigidas por la población organizada para el logro de objetivos comunes en salud, a partir de la complementariedad de sus capacidades y destrezas reunidas en trabajo de equipo, lo que permite aumentar las posibilidades de transformar las determinantes y los servicios de salud.

El abordaje participativo de determinantes requiere de las alianzas de los diferentes sectores, actores para el logro del objetivo trazado, este medio es aplicado concurrente a la movilización social en la comunidad.

#### ***2.4.4. Reorientación de los servicios de salud***

Concebida como el proceso de reorientación en la atención, organización y funcionamiento de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la interculturalidad, mediante la educación permanente, investigación pertinente

e idónea, contextualización sociocultural del servicio; respetando y valorando las concepciones de las personas, familias y comunidades, con buen trato. La reorientación de los servicios de salud trasciende los servicios restringidos a lo asistencial a partir de la participación y control social.

En este sentido, la reorientación del servicio hacia la promoción de la salud conlleva varios elementos, la reorganización del servicio desde las redes de salud para facilitar la adecuación de la atención a las necesidades locales; de hecho que esta reorganización involucra a los actores institucionales y sociales, para ello se requiere de comprensión del paradigma de la promoción de salud. En este marco es que se demanda nuevas competencias del personal de salud, para ello se hace necesario el acercamiento y coordinación con las instituciones formadoras del recurso humano, concertando la transversalización de los principios de la SAFCI y fundamentalmente la promoción de salud en el currículo educativo.

Es así que la reorientación del servicio requiere mantener un equilibrio de prioridades en su presupuesto, donde se visibilicen las necesidades de fortalecimiento de la capacidad instalada, así como las necesidades de promoción, educación, movilización y prevención; de hecho que el presupuesto es responsabilidad de los diferentes niveles de gestión de la salud.

### **3. La aplicación de la salud intercultural y sus aprendizajes**

En el 2002, trabajando en las comunidades de los ayllus Kollana y Qhorqa, en el municipio de Caiza “D”, hicimos una evaluación sobre los avances del programa de salud y encontramos que las coberturas de atención al niño/a, adolescente, adulto/a habían mejorado, la sorpresa fue que la atención a la mujer fundamentalmente en la maternidad tenía poca demanda. Es más, la posta de salud Huichaca, que se encuentra en el centro de la comunidad, había sido construida por hombres y mujeres, empero, luego de 10 años de vida no tenía referencia de atención de partos.

Realizamos un pequeño sondeo con dos señoras del lugar, a Cecilia le preguntamos: “¿Por qué no vino a la posta de salud para la atención del último parto?”, ella respondió: “¿Cómo voy a ensuciar el piso de la posta con mi sangre, si es tan limpiecito, prefiero que mi parto lo atienda mi mamá y la partera en mi casa”.

Yo, médica de formación, no encontraba lógica entre esta respuesta y mi accionar cotidiano, ya que mi trabajo habitual estaba enfatizado en la educación con la persona, familiar, comunidad, a ello se sumaban las actividades intersectoriales y la atención en el servicio o comunidad. Por otro lado, la posta se había construido de forma conjunta, ¿por qué la desconfianza?

Frente a este escenario, Causananchispaj emprendió un proceso de investigación sobre las percepciones de las mujeres con relación a la maternidad (2003),

resultados que permitieron diseñar una estrategia de atención materna que responda a las necesidades de las usuarias, subrayando que el personal de salud acepte, respete y valore los sentires, conocimientos y prácticas de la usuaria, parteras/os, pues la estrategia estaba dirigida a reorientar el servicio de salud buscando una atención de calidad adecuada a la realidad local.

Esta estrategia tuvo el objetivo de reorientar el servicio de salud en el marco de la calidad intercultural, y desarrollar vínculos de articulación y complementariedad entre prestadores de salud biomédicos y tradicionales para mejorar la calidad de la atención materna y así prevenir riesgos obstétricos, por lo tanto, disminuir la morbi-mortalidad materna en los municipios de Caiza “D” y Cotagaita.

Este objetivo se lograría a partir de:

- a) La adecuación cultural de protocolos biomédicos y de espacios físicos, equipos e indumentaria de atención materna neonatal.
- b) El fortalecimiento de la organización de prestadores de salud tradicionales (medicas/os, parteras/os y otros).
- c) Acciones de promoción, educación y comunicación sobre salud materna neonatal.
- d) El fortalecimiento de capacidades técnico-clínicas en el personal de salud biomédico y la relación de dialogo horizontal médico/a-usuaria/o.

La experiencia de Caiza “D” y Cotagaita nos muestra que la salud intercultural es construida desde la comunidad, en procesos participativos e intersectoriales de promoción de la salud en la comunidad, acciones que conducen a los actores sociales e institucionales a diseñar la calidad de atención adecuada a su realidad sociocultural. Es así como la población considera al servicio de salud como suyo y por ello está vigilante de la calidad, eficiencia y eficacia.

Este requerimiento de calidad contextualizada obliga al personal de salud a encontrar los caminos que le permitan comprender el contexto, las percepciones de salud de la población y adecuarse a ellos; sin duda que aquí están los requerimientos de nuevas competencias de promoción de la salud, interculturalidad, sumadas a la eficiencia, eficacia en la resolución de los problemas, con comunicación dialógica, de respeto a la concepción del usuario/a, de trato diferenciado de género y concluyendo en una relación médico/a /usuaria/o de buen trato y satisfacción.

En este marco, debemos recuperar la lección de Caiza “D” y Cotagaita como la participación de la comunidad en las acciones de salud planificadas y evaluadas conjuntamente. Por otro lado, la investigación como instrumento diferenciador de lo que realmente espera la población del servicio y lo que piensa el servicio sobre la atención de calidad percibida y de las acciones de promoción de la salud. Estos

elementos reorientaron el Programa y contribuyeron en concebir un modelo de atención contextualizado a los ayllus de aquella región del sur del país.

Por otro lado, tenemos las experiencias de Tinguipaya y Patacamaya, que nos muestran que las decisiones de la salud intercultural de inicio fueron dadas por el servicio de salud, siendo éste personal de salud del Estado, de las ONG o de la cooperación internacional. No podemos dejar de valorar el interés por mejorar la salud, sin embargo, la experiencia puede visibilizarse como imposición a la población, ya que ésta puede sentirla como necesidad o no.

En este contexto, la interculturalidad es construida desde los procesos de promoción de la salud, con educación participativa, vinculada a la gestión de salud participativa. De hecho, escuchar a la comunidad en la planificación, seguimiento y evaluación son procesos fundamentales de la promoción de la salud, pues en este proceso la comunidad toma decisiones respecto a la calidad de atención adecuada a su realidad, en busca de la satisfacción del usuario/a, la confianza en el servicio y su posterior involucramiento en la transformación de determinantes, en busca del tan ansiado Vivir Bien.

## Bibliografía

- Alleyne, A.O. George  
2001 *Informe anual de actividades de la OPS/OMS 2000-2001*. OPS/OMS.
- Alemán Vargas, Luis  
2012 *No nos dan nuestro lugar*. La Paz: Procosi.
- Alvarsson, Jan-Ake  
1993 *Yó soy weenbayek. Una monografía breve de la cultura de los Mataco-Noctenes de Bolivia*. La Paz: Museo Nacional de Etnografía y Folklore (Musef).
- Aguiló, Federico  
1982 *Enfermedad y salud según la concepción Aymaro-Quechua*. Sucre: Editorial Qori llama.
- Blanes, José  
2009 “Juntas vecinales y comités de vigilancia en las grandes ciudades: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz”. En: Villa Libre, N° 4, *La descentralización en las ciudades*. Cochabamba: CEDIB.
- Buck, Carol  
1985 “Después de Lalonde: la creación de la salud”. En: Canadian Journal of Public Health; 76 (suppl. 1, May/June).
- Castellón, Iván  
1997 *Abril es tiempo de kharisiris: campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas*. Cochabamba: Serrano.

CDC Causananchispaj

2010 *La construcción de una vida digna desde la cosmovisión de los ayllus quechuas en Potosí*. Potosí: CDC Causananchispaj, Ayuda en Acción Bolivia y Unicef.

El Diario, 29 de febrero de 2004. Castellón, Iván

2006 Abril es tiempo de kharisiris. Cochabamba: Serrano.

EPP Jake

“Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud”. En: Health Canadá, 1986.

Feo Isturiz, Oscar

2009 *Las políticas en salud en América Latina y la vigencia de la atención primaria en salud en el contexto latinoamericano*. Encuentro de los pueblos por la salud y la vida, Facultad de Ciencias Médicas de Cuenca, Ecuador, Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Fernández Juárez, Gerardo

1999 *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. Cuadernos de investigación Cipca 51. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social, Cipca, ESA, OPS/OMS.

Flacso

2011 *Análisis, marco normativo, institucional y políticas estatales sobre control social*. Ecuador: Programa de Desarrollo Local y Territorial.

García Linera, Álvaro

2005 “Los retos de la democracia en Bolivia”. En: *Democracia en Bolivia: cinco análisis temáticos del segundo estudio nacional sobre democracia y valores democráticos*. 1ra ed. La Paz: Unidad de Análisis e Investigación del Área de Educación Ciudadana de la CNE.

Hofman, Renata; Pérez, Martín

2009 *Participación ciudadana en el proceso de descentralización de Bolivia*. Chile: Programa Capacidades, Flacso.

Kickbusch, Ilona

1986 “Promoción de la salud: una perspectiva mundial”. En: *Canadian Journal of Public Health*; 77 (9-10).

Lalonde Marc

1983 “El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense”. *Boletín Epidemiológico* 4 (3).

Ministerio de Salud y Deportes

2010 *Plan sectorial de desarrollo 2011-2015: movilizados por el derecho a la salud y la vida*. La Paz: Estado Plurinacional de Bolivia.

Peña Claros, Claudia; Boschetti, Alejandra

2008 *Desafiar el mito cambia-colla. Interculturalidad, poder y resistencia en el oriente boliviano*. Serie de investigaciones: Identidades Regionales de Bolivia. La Paz: Fundación UNIR Bolivia.

## Organización Panamericana de la Salud

1993 *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: la participación social en el desarrollo de la salud*. Washington DC: OPS.

1994 *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y desarrollo de la salud*. HSS/HSD-HED.

1995 *La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas*. Washington DC: OPS.

2004 *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*. La Paz: OPS/OMS.

## Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud

2010 *Determinantes de la salud*. OPS/OMS.

## Ramírez Hita, Susana

2005 *Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Plural Editores, Cooperación Italiana.

2010 *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. 1ra ed. 2009. La Paz: Organización Panamericana de la Salud.

## Rivera, Silvia

2006 “*Cbhixinakax utxiwa*. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores”. En: Yapu, M. (Comp.) *Modernidad y pensamiento descolonizador*. La Paz: IFEA, PIEB.

## Saignes, Thierry

2007 *Historia del pueblo chiriguano*. Compilación, introducción y notas de Isabelle Combès. La Paz: Dirección General para la Cooperación Internacional (Dgis), Instituto de Investigaciones para el Desarrollo (Ird), Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA), Plural Editores.

## Santander Oblitas, Franklin

2012 *Monitoreo ciudadano a la calidad de los servicios de salud*. La Paz.

## Servicio Departamental de Salud de La Paz

2006 *Anuario estadístico 2006*, La Paz.

## Talavera, Martha

2006 *Evolución del concepto de salud*. Bogotá.

## Tapia, Ingrid; Delgadillo, Juan Carlos

2009 “El modelo de salud intercultural del municipio de Tinguipaya”. En: Citarella, Luca; Zangari, Alesia. *Yachay Tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: PROHISABA, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común.

## Terris, Milton

1992 “Journal of Public Health Policy”, 13(3).

- Torres-Goitia, Javier  
2000 “Factores y procesos de la movilización por la salud: la experiencia boliviana”. En: *Movilización comunitaria para la salud*. Bolivia: Ed. Leticia Sainz.
- Vargas, Y.; Delgadillo, J.C.; Alemán, L.  
2006 “Participación comunitaria en la gestión de la salud. El caso de dos comunidades potosinas”. Potosí: Centro de Desarrollo Causananchispaj.
- Vargas, Y.; Alemán, L.  
2002 La maternidad en mujeres indígenas quechuas. Caso de diez ayllus de los municipios de Caiza “D” y Cotagaita. Potosí. 1ra ed. La Paz: Imagen y Color.
- Zizek, Slavoj  
1998 “Multiculturalismo o lógica cultural del capitalismo multinacional”. En: F. Jameson/S. Zizek Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo. Buenos Aires: Paidós. 137-188.
- Zuazo, Susana  
2012 *Sistematización del proceso de implementación de la estrategia de salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya “Dra. Nila Heredia Miranda*. La Paz: inédito.

Yolanda Vargas Quiroga es Médico Cirujano (Universidad Mayor de San Andrés), Magister en Salud Pública con Mención en Educación para la Salud (Universidad Nacional de Chile). Trabajos: Ministerio de Salud y Deportes: Directora General de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud y Deportes: Jefe de Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Coordinación en la elaboración del Modelo Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, ONG CAUSANANCHISPJ. Dirección del Modelo de “Salud Comunitaria Intercultural” en los municipios de Caiza D y Cotagaita, Potosí. Publicaciones: “No nos dan nuestro Lugar. Conciencia médica y participación social en Potosí” PROCOSI-SEDES Potosí (2011); “La construcción de una vida digna desde la cosmovisión de los Ayllus Quechuas en Potosí. El modelo de Salud Comunitaria Intercultural de Caiza D y Cotagaita”, Causananchispaj, AenAB, UNICEF, (2010). yolivargasquiroya@hotmail.com



## CAPÍTULO III

# Población aymara

*Ineke Dibbits*

### 1. Información general

El término “aymara” se refiere desde tiempos coloniales a los hablantes del *aymararu* o lengua aymara: los habitantes indígenas de la meseta del Collao, descendientes de alguno de los numerosos “reinos” o señoríos que se repartieron en la región desde épocas preincaicas. Hacia 1450 estos señoríos fueron anexados al Tawantinsuyo por los ejércitos Inca, convirtiéndose en parte de la “provincia” meridional incaica, el *Qullasuyu*. A partir de 1535, el español Diego de Almagro dio inicio a la conquista del altiplano boliviano, que terminó de ser incorporado al Virreinato del Perú en 1542.

En el periodo colonial (siglos XVI-XVIII) hubo varios levantamientos aymaras, entre ellos el de Julián Apaza Nina (Tupac Katari), su mujer, Bartolina Sisa, y su hermana menor, Gregoria Apaza. Tras poner un cerco y asediar La Paz en dos ocasiones, Tupac Katari fue apresado en 1781 y ejecutado de igual manera que José Gabriel Condorcanqui (Tupac Amaru): descuartizado por cuatro caballos. La tradición oral pone en su boca, dirigiéndose a sus verdugos, una frase que se ha vuelto célebre: “Hoy me matan, pero mañana volveré y seré millones”.

Tras tres siglos de régimen colonial, de saqueos y robos, de humillación y pobreza, el periodo de la República no deparó mejor suerte a los aymaras. Se vieron obligados a soportar explotación económica, denigración y aculturación forzada a manos de terratenientes y autoridades.

En la actualidad, la población Aymara se concentra en la cuenca del lago Titicaca (Perú y Bolivia) hasta el norte de Chile. En Bolivia la población aymara suma alrededor de dos millones; en el Perú se suman 400 mil y 50 mil residen en el norte de Chile. De manera que más del 75% de la población aymara se encuentra en Bolivia.

De la población boliviana que afirmó en el censo de 2001 pertenecer a algún pueblo indígena, el más representativo es el quechua con 50%; le sigue en orden de importancia el aymara, con el 41,2%. El departamento de La Paz es el bastión de los aymaras, ya que se concentran en una gran mayoría (80,2%) en este departamento. Luego, hay más población aymara en el departamento de Oruro (7,3%) y Cochabamba (5,1%) (Naciones Unidas, 2005: 47).

Cabe destacar, sin embargo, que hoy en día ya no podemos asociar lo aymara solamente con la comunidad y el paisaje altiplánico. El proceso de urbanización de la población, especialmente aquella del departamento de La Paz, se inició después de la Revolución Nacional (1952) dando lugar a una indigenización de esta ciudad. Muestra de esto es que en el censo del año 2001 el 50% de la población paceña se identificó como aymara. Asimismo, es conocida la formación y rápida expansión de la ciudad de El Alto, pues por los datos del mismo el 74% de su población se consideraba aymara. Cabe mencionar que en 1954 El Alto era un barrio semirural de la ciudad de La Paz con alrededor de tres mil habitantes y que en 2006 había llegado a tener cerca de 870 mil habitantes, mayormente procedentes de las provincias del departamento.

### 1.1. Aymaras urbanos y rurales

Sobre el total de la población aymara, el 59,3% vive en el área urbana (principalmente en la ciudad de El Alto y La Paz). De esta manera, muchos autores y autoras señalan que no es posible hacer una distinción estricta entre los aymaras urbanos de El Alto y los de las provincias rurales, porque la mayoría de los aymaras urbanos todavía tienen casas y terrenos en sus lugares de origen y regresan periódicamente para sembrar, cosechar, para las fiestas anuales e, inclusive, muchos/as cumplen con su obligación de ocupar cargos de autoridad.

Por otra parte, los aymaras rurales viajan regularmente a El Alto por razones comerciales o administrativas y aunque carecen tal vez de una casa propia en esta ciudad, siempre hay parientes donde se pueden alojar (Burman, 2011: 50). Timmer opina que “por una parte se puede hablar de una ‘urbanización del campo’ y por otra, se reconoce una ‘ruralización de la ciudad’. La urbanización comprende el proceso en que se incorporan elementos occidentales en la cultura rural, mientras que la ruralización significa que el migrante rural conserva determinadas estructuras mentales procedentes de su propia tradición” (*Ibidem*, 2011: 57).

Según Van Kessel (1992), con la Conquista y la posterior creación de los Estados nacionales, se produce la desmantelación de la estructura política aymara y de sus autoridades mediante la atomización de los ayllus en pequeñas unidades administrativas. Otros autores, sin embargo, sostienen que, a pesar de esta situación, en el imaginario de los aymaras persiste la idea de compartir un origen, un territorio y una misma lengua. De esta manera, aunque se constata

un cambio profundo de las estructuras organizativas, se han ido elaborando otras formas de participación social y política, con lo que las colectividades aymaras no se disuelven sino que se “adecuan” a contextos socioeconómicos cada vez más diversos, con dinámicas –por ejemplo, en El Alto– desruralizadas, que mantienen prácticas de reciprocidad (*ayni*) y ayuda mutua. Así, por ejemplo, en los contextos urbanos podemos observar diversas formas en que sigue operando lo comunal, como por ejemplo el compadrazgo, las ceremonias de bautizo y de matrimonio, que establecen y refuerzan redes sociales que se extienden más allá de la comunidad territorial misma.

De modo que coincidimos con Albó cuando sostiene que:

(...) cada grupo cultural es como un ser vivo que con el tiempo se va transformando por crecimiento y adaptación, sin perder por ello su identidad. (...) Por evolución interna y por los contactos entre diversos pueblos y grupos culturales, lo que fue fundamental en un momento pierde relevancia en otro y surgen en cambio otros factores que pasan a un primer plano. Por factores internos y externos, se rechazan unos elementos mientras se crean o asimilan otros (2002: 86).<sup>1</sup>

Igualmente, cabe puntualizar –ya que hay mucho debate al respecto–, que las transformaciones culturales no solamente se dan de forma pasiva o por imposiciones de la cultura hegemónica.<sup>2</sup> Al respecto, compartimos la apreciación de Fornet-Betancourt (2001: 378), quien señala:

El ser humano vive en su cultura y tiene derecho a ella; pero tiene derecho a ella no meramente como su reproductor mecánico sino justo como su creador y posible transformador. Pues la cultura no anula la libertad. De esta suerte las culturas se hacen y rehacen sobre el trasfondo de indeterminación o de libertad humana que permanece en sus creaciones concretas como posibilidad histórica de innovación, de transformación, de corrección.

---

1 Lozada Pereira (2007: 84) afirma, asimismo, que “la cosmovisión andina, hoy en día, no es privativa del *jaqi* (la persona) en la comunidad rural del altiplano, no opera sólo en los emigrantes que han producido una explosión demográfica en El Alto los últimos años, no es sólo el modo como ven el mundo, los sectores populares, la muchedumbre empobrecida, la población dedicada a labores de la economía informal; los elementos de tal cosmovisión están presentes también en varios segmentos de clase media, en capas sociales con un mestizaje más o menos evidente, e inclusive en sectores oligárquicos que se han apropiado de ciertas creencias. Así, en el fluir de las identidades persisten elementos, pautas y contenidos de una visión que se afirma y rehace”.

2 Restrepo (2007), en base a aseveraciones de Foucault, sostiene que “debemos tener presente que las relaciones de poder y las de resistencia están estrechamente imbricadas. De ahí que cualquier identidad no es una entidad monolítica de puro poder o de pura resistencia”.

## 1.2. Organización social

El *ayllu* es el concepto más afín a la idea de comunidad, que constituye aún en la actualidad la base organizativa de las comunidades aymaras; es la organización social, jurídica, económica, cultural, territorial y política básica, que corresponde a un grupo de familias circunscritas a un territorio, unidas por lazos de parentesco, de reciprocidad y ayuda mutua.

A las autoridades se les suele llamar *mallkus* o *jilakatas*, pues, según cada región se emplean diferentes denominaciones; a sus esposas se les suele llamar *mama t'allas* o *mama taykas*. Estas autoridades son identificadas a través de símbolos que en el caso de los hombres, son el poncho y el chicote; en el caso de las mujeres el aguayo y el tari (Chuquimia, 2007; Ticona y Albó, 1997).<sup>3</sup>

El cargo de autoridad es rotativo y es considerado como un servicio a la comunidad; el cumplimiento garantiza el acceso a los terrenos o *sayañas*. Las responsabilidades consisten principalmente en dar solución a problemas internos, representar a la comunidad de manera adecuada en los espacios políticos (sub-central y cantonal), cumplir con la actividad ritual y religiosa y construir obras sociales (Quisbert *et al.*, 2006: 19).

## 1.3. El principio de complementariedad

En la visión aymara del mundo, todos los aspectos de la vida tienen un componente femenino y otro masculino. Ambos constituyen una unidad complementaria (*taqpacha*), puesto que no se consideran elementos en conflicto. Ninguno, por tanto, puede ser excluido o subordinado porque se rompería el equilibrio (*tinku*) que permite la continuidad de la existencia. Es en estos términos como se comprende la producción agrícola, la reproducción humana y las relaciones sociales. Como otros/as autores/as, Rösing (2003: 636) subraya:

El género (biológico y simbólico) es el principio de la organización social y del orden cosmológico. La máxima es que “todo debe estar pareado, casado” -cada cosa con su contraparte: ofrendas, chacras, aguas, rituales, dirigentes, etc.- para que sea completa, estable y equilibrada, operativa, eficiente y fértil. Sin su contraparte, las cosas no tienen sentido y no SON realmente.

Este aspecto de la cosmovisión aymara se encuentra hoy en día en tensión por las transformaciones que se están dando, tanto en la ciudad de El Alto como en el área rural. Más adelante profundizaremos al respecto.

---

3 La palabra *tbakbi*, que significa camino, usos y costumbres, normas y procedimientos, describe el rol que cada persona adulta debe asumir de forma progresivamente diferentes cargos de autoridad y servicio dentro de la comunidad. El *tbakbi* se inicia una vez que el hombre y la mujer se casan, porque con el matrimonio las personas se vuelven *jaqi*, que significa persona, adulta o mayor. En aymara al hombre soltero y joven se le llama *yuyalla* y a la mujer joven *imilla*.

## 2. Salud

En nuestro contexto, la población utiliza potencialmente varios recursos de atención de la salud y no solamente para diferentes problemas, sino también para un mismo problema. De este modo, se debe tener presente que si bien la enfermedad es universal en la experiencia humana, es particular a cada cultura. “En todas las sociedades humanas y en todos los tiempos y lugares, las enfermedades han generado alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión, la enfermedad o la muerte” (Pedersen, 1989).

El conjunto articulado de representaciones y creencias con las que cada pueblo o colectivo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del ser humano, se llama sistema médico. Consiste en conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales, símbolos y prácticas relativos al ámbito de la salud-enfermedad (*Ibid.*). De modo que las medicinas son funcionales para quienes las sustentan y han sido validadas por sus usuarios/as.

En resumen, cada sistema médico posee una explicación sobre la causa de las enfermedades (etiología), una clasificación de las enfermedades (nosología), procedimientos para diagnosticarlas, procedimientos para tratarlas (terapéutica) y mecanismos para prevenirlas. Tratándose de un espacio geográfico en que coexisten diversos sistemas, es fundamental que se entiendan los conceptos en base a los cuales se ha desarrollado cada uno; aunque en la práctica no exista esta “pureza” en ninguno.

Desde esta perspectiva es pertinente la definición que dan los chilenos Oyarce e Ibacache (1996) respecto a la interculturalidad en el ámbito de la salud:

Podemos pensar la interculturalidad en salud como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas.

En el caso de la población aymara<sup>4</sup> está en primer lugar el sistema médico “andino” o “tradicional”, que es funcional y efectivo en la resolución de variedad de problemas de salud. No solamente cuenta con especialistas, sino que la medicina casera o la autoatención, como lo denomina Menéndez (2003), está muy desarrollada. A grandes rasgos se diferencia de la biomedicina, por su visión integral u holista: la salud es un estado dinámico de equilibrio interno entre el cuerpo, la mente y el espíritu, que depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

---

4 El artículo se basa en experiencias de trabajo en la ciudad de El Alto (de 1989 a 1995) y varios estudios sobre la temática (2001-2002 y 2008-2009). Asimismo, se “alimenta” de un estudio realizado en la provincia Ingavi entre 2011 y 2012.

Por otra parte, la medicina occidental, con su sistema biomédico, aunque conceptúa la salud como un estado de completo bienestar bio-psico-social, pone en la práctica su foco de atención en la salud física, considerando la salud de un individuo como el resultado del correcto funcionamiento del cuerpo. En las últimas décadas se han desarrollado diversas corrientes al interior de esta medicina que han planteado que el enfoque mecanicista, que durante varios siglos ha tenido vigencia, ha alcanzado sus propios límites y, por tanto, la denominan “medicina convencional”. Sostienen que no se debiera abandonar el estudio de los aspectos biológicos de las enfermedades, en el que la ciencia médica occidental se ha destacado, sino que se tendrían que relacionar estos aspectos con las condiciones físicas y psicológicas generales de los seres humanos en su ambiente social y natural (Capra, citado en Dibbits, 1994: 56).

El análisis y el debate intracultural, por parte de los/as que se identifican con la medicina occidental, va permitiendo aperturas y el reconocimiento de las limitaciones de su propia visión. Inclusive, en este momento se está discutiendo la incorporación del aspecto de la espiritualidad en la definición de salud.<sup>5</sup> En el texto de la Reunión de Consulta Internacional sobre la salud de los pueblos indígenas, que la OMS llevó a cabo en 1999, se señala que los pueblos indígenas: “nos enseñan sobre el abordaje holístico a la salud que busca fortalecer las redes de tejido social entre individuos y comunidades, mientras los conecta con el entorno en el cual viven, y nos enseñan sobre la importancia de la dimensión espiritual en el proceso de sanación” (Bruntland, en Cunningham: 2002).

Pero cabe subrayar que el acceso a los servicios de salud del sistema oficial no solamente es determinado por el contexto de pluralidad médica, sino que también se deben considerar factores socioeconómicos, que necesariamente influyen en los procesos de salud/enfermedad y en el tipo de atención que se elige para solucionar los problemas de salud.

## 2.1. Concepto de salud

Como ya mencionamos, la base de la cosmovisión andina constituye la experiencia y la percepción del universo como una totalidad. Dentro de esta realidad, todos los elementos o componentes están en una relación mutua, que se caracteriza por la reciprocidad: un dar y recibir que se extiende a todas las dimensiones del universo. La base del principio de reciprocidad es el orden cósmico como un sistema balanceado de relaciones. Cada unidireccionalidad de una acción (y por lo tanto de una relación) trastorna este orden y lo desequilibra. Por eso cada relación

---

5 En la Sesión 101 de la Junta Directiva de la OMS, en enero de 1998, se solicitó hacer una enmienda a la definición de la OMS sobre la salud para incluir el aspecto de la espiritualidad.

tiene que ser bidireccional, es decir: recíproca. Una relación en la cual uno sólo da (activo), y el otro sólo recibe (pasivo), no es imaginable para la filosofía andina/aymara, si se trata de una relación perdurable (Van Kessel, 2003).

Es así que un trastorno en el orden social, es decir, en las relaciones de reciprocidad, afecta los demás niveles individual y cosmológico; en este sentido, todas las fuerzas de la naturaleza son representadas como fuerzas espirituales, materializadas en lluvia, granizo, viento, nieve, trueno, relámpagos, etc., porque la naturaleza participa, en la visión aymara, de la reciprocidad.

De esta manera, el desajuste, el desequilibrio de las interrelaciones y la acción unilateral perturban la armonía y causan daños. Es así que desastres naturales o las enfermedades se relacionan mayormente con el equilibrio perdido en relación a algún elemento del entorno. Cuando preguntamos a una mujer o un hombre aymara cómo se ve o cómo se siente una persona que goza de buena salud, se nos suele responder: “alegre”, “feliz”. Luego, en concordancia con lo que mencionamos sobre el principio de la existencia como interrelación, se suelen mencionar características que reflejan la importancia de la sociabilidad:

(...) se ríe, comparte, así, con sus amigos o con sus hermanos, con sus papás, así goza de buena salud. En otras formas, cuando está medio enojado, serio, ¿no?, pasa un poco triste, o sea, se aleja de las personas, parece que ya está un poco enfermo (entrevista a adolescente mujer, El Alto, 2009).

(...) los que están sanos son más sociables, todo eso, para mi parecer es eso (entrevista a adolescente hombre, El Alto, 2009).

Sobre la base del estado de ánimo que se percibe en las personas se puede suponer algo sobre su estado de salud. De este modo, la salud se asocia también con la suerte pues la mala suerte, desgracias continuas, son signos de enfermedad.

En resumen, se manejan parámetros sustancialmente distintos al concepto hegemónico de salud de la biomedicina, enfatizando la importancia de lo que desde nuestra óptica llamaríamos el estado psicosocial de la salud.

## 2.2. Diagnósticos y terapias

En su generalidad, se delibera ampliamente en las familias aymaras cuál será el diagnóstico de los síntomas de enfermedad que presenta uno de sus miembros, de modo que a partir del autodiagnóstico se decide dónde acudir:

Tenemos que saber de qué está enfermo, ¿no ve?, entonces, ahí cuál estará bien, ir al doctor, ir al curandero (...) más antes eso sería; entonces, recién, pues, hacer algo y eso, ¿será para doctor?, ¿será para curandero? Eso (grupo focal mujeres adolescentes, El Alto, 2009).

En la literatura correspondiente (Dibbits, 94: 60) se menciona que en la región se suele manejar este criterio para elegir entre terapeutas de la medicina tradicional u oficial, clasificando las enfermedades. Sin embargo, dado el crecimiento de las iglesias cristianas, tanto en el área urbana como rural, no podemos pasar por alto que las personas que se adhieren a las iglesias cristianas suelen rechazar determinantemente las prácticas de la medicina tradicional.

Pero se resalta en muchas ocasiones que no solamente se trata de realizar un diagnóstico acertado, sino que la sanación depende en gran medida de la confianza que la persona y su familia tenga en una terapia o en un terapeuta. Pues, en la cultura andina se da mucha importancia a lo que en la biomedicina se llama el efecto placebo,<sup>6</sup> es decir, al rol de la mente en los procesos de curación.

De este modo, todas las opciones pueden ser válidas para restablecer la salud, pues no existe una censura muy pronunciada respecto a los recursos que se emplean, aunque a nivel personal pueda haber un rechazo claro respecto a una u otra terapia. Así, por ejemplo, aquellas personas que “se han convertido” y profesan alguna religión cristiana, como mencionamos, rechazan o se sienten obligadas a rechazar la curación mediante los rituales de la medicina tradicional. Como señala Ramírez (2005: 152): “Para la iglesia evangélica todo trato con los terapeutas tradicionales supone trato con el diablo”. De este modo, consideran que no son vulnerables ante las enfermedades que necesitan de una curación mediante algún ritual de esta medicina, porque ya no creen ó, porque no deben creer, en la existencia de las mismas:

Bueno, depende de la creencia, de la fe de los vecinos debe ser. Yo, particularmente, no creo en eso, ni en el susto, ni en el..., no, no, nunca he tenido, ni ajayu, de todo lo que dicen, no, no. O sea, cuando uno no cree, pues, yo creo que tampoco le pasa nada y cuando uno tiene más o menos esa, esa susceptibilidad, yo creo que ocurre, pero no, conmigo no (entrevista a hombre adulto, El Alto, 2009).

### 2.3. La medicina tradicional

En primer lugar, se suelen utilizar recursos basados en la medicina tradicional en casa, a veces con las recomendaciones de familiares, vecinos/as, chifleras,<sup>7</sup> etc.

6 El efecto placebo se asienta principalmente en la confianza. La esperanza y la seguridad respecto a la eficacia del tratamiento y del terapeuta, impulsan mecanismos de curación espontánea. Se sabe que el efecto placebo *está relacionado con una disminución de la ansiedad del/la paciente, por ejemplo, cuando se responde a sus expectativas y creencias*. La biomedicina presta poca atención al impacto de la relación terapeuta/paciente en los procesos de curación. Pero en los últimos años la neurobiología ha demostrado que el cuerpo y la mente forman un todo indivisible.

7 “Las chifleras y chifleros se dedican al comercio de objetos e insumos rituales de las ceremonias andinas. También venden plantas medicinales, amuletos y otros materiales mágico-religiosos. El oficio es femenino, por definición; los varones son una excepción en el rubro.

En segundo lugar se recurre a los terapeutas de la medicina tradicional, que se llaman “curanderos” o “*kullivris*”, con su nombre genérico, y los naturistas, *yatiris*,<sup>8</sup> *kallawayas*<sup>9</sup> o *ch'amakanis*,<sup>10</sup> haciendo referencia a sus especificidades.

Hablando sobre la medicina tradicional podemos escuchar frecuentemente términos como “nuestra medicina”, “nuestras hierbas”. De manera que se hace evidente que a la medicina tradicional, con todos sus recursos terapéuticos, se la considera como una parte indisoluble del patrimonio cultural y de la identidad aymara. Esta valoración se relaciona también con el orgullo de poder actuar de forma autónoma respecto al cuidado de la salud. Pues, las mismas condiciones económicas obligan a seguir socializando los saberes ancestrales, ya que muchos de sus conocimientos no son exclusivos de los especialistas: se comparten socialmente, a través de redes de interacción social y reciprocidad.<sup>11</sup>

Por otra parte, al margen de la idea de que determinadas enfermedades no son para el médico, se destaca respecto a las ventajas de la medicina tradicional el hecho de que sus terapias son menos invasivas. Aunque se toma en cuenta que, en contraposición, el proceso de curación suele ser más largo:

La medicina tradicional tarda, no es rápido, en cambio, la medicina científica es rápida, ¡zas!, corta, ¡paj!, te meten, te sanas al cacho. Ahora qué prefiere la persona, el individuo, sanarse más rápido que estar... Por ejemplo, los cálculos biliares, te duele y ya estás jodido y después ya, sacar. En cambio, en la medicina tradicional va a tardar medio año más (entrevista a hombre adulto, El Alto, 2009).

Yo de naturista sé irme, porque yo estaba bien mal, yo tengo bilis, mal siempre, yo no andaba porque me estaban manejando del cama, ¡futa! (...) 12 días me ha hecho con curandero y casi 800 bolivianos (grupo focal adolescentes mujeres, El Alto, 2009).

8 *Yatiri* significa “sabio”, es un especialista ritual aymara, diestro en la consulta de hojas de coca y en la elaboración de ofrendas rituales (Fernández, 2008: 161, 162).

9 “Especialista médico, naturista y ceremonial, oriundo de los valles de Charazani y Chajaya, entre otras poblaciones características de la provincia Bautista Saavedra, al norte del departamento de La Paz. (...) En el año 2003 la Unesco concedió a la cultura y medicina *kallawayas* el reconocimiento como Patrimonio Inmaterial e Intangible de la Humanidad” (Fernández, 2008: 161, 162).

10 La traducción literal del término *ch'amakani* es ‘dueño de la oscuridad’. (...) “El *ch'amakani* impone un respeto ostensible entre los campesinos, pertenece a la jerarquía más elevada de los especialistas rituales aymaras y goza de cierta ambigüedad en su desempeño, por cuanto conoce los procedimientos de devolución de maldiciones y los secretos de las elaboraciones ceremoniales del daño. Esta circunstancia lo emparenta, según las malas lenguas, con el *layqa*, el especialista aymara del daño. Este aspecto del *ch'amakani* como especialista ambiguo es el que presenta mayor realce en las escasas referencias bibliográficas que se ocupan de su figura” (Fernández, 2004).

11 Aunque, por otra parte, nos sorprende a momentos cuanto dinero se está dispuesto a pagar a un especialista de la medicina tradicional, cuando se cree pertinente su intervención.

Por otra parte, con relación a otros aspectos relacionados con una medicina que se califica como natural y de una gran efectividad, se suele destacar la importancia de la alimentación. Pues, especialmente problemas que se relacionan con la debilidad, se suelen relacionar con los cambios en el tipo de alimento:

- (...) hay mujeres más débiles, esos van más, mucho al centro y hay bien fuertes también, ¿no? (...) allá en el campo, ¡juta!, no sé, no sentía mi señora nada, por eso no iba a los hospitales ni nada.
- Esa es la verdad, aquí puro fideo nomás nos alimentamos, en el campo era puro chuño, katy, eso con llajua entraba bien.
- Hasta el pollo, como se cría el pollo, usted sabe bien, a plan de foco se hace cocer el pollo y eso nos hacen comer, ¿a ver? En el campo es a plan de maíz el pollo, señora, sí, a plan de maíz es, pues, pero aquí no, pues. En Cochabamba a la semana ya están grandes los pollos con químicos y con arroz también, grave es señora aquí, en el campo a plan de maíz las gallinas y eso buen alimento era para nosotros, pues (...). (grupo focal adolescentes hombres, El Alto, 2009).

Se advierte en los comentarios sobre los alimentos “modernos”, como en el caso de la llamada comida chatarra, que se asocia con el mayor uso de los servicios de salud de la medicina oficial, igualmente asociados a la modernidad. Así, por ejemplo, la necesidad del parto institucional se relaciona frecuentemente con mujeres de constitución débil por no alimentarse con los productos tradicionales.

Fernández (1999: 174), igualmente, observó durante su estadía en el altiplano, preocupación respecto a la “degradación alimentaria” en la dieta habitual, que “conlleva una valoración implícita negativa sobre la propia degradación corporal y de la salud en el altiplano aymara con motivo de la introducción de alimentos ‘foráneos’, particularmente ‘las pastas’ (...)”. Asimismo, este autor sostiene que: “(...) la referencia sobre la idea del cuerpo que se estima más oportuna en la zona lacustre de Bolivia, entre las comunidades del Lago Titicaca, es la imagen de la piedra; el cuerpo debe ser ante la amenaza de la enfermedad como una piedra, dura, hermética y resistente, resultado de los alimentos secos (...)” (2008: 167).

#### 2.4. Síndromes culturales

En cuanto a lo que se denominan los síndromes culturales, se hace principalmente referencia al susto (denominándolo *ajayu* o ánimo), *larpha* y *kbarikbari*. Estas enfermedades se presentan con bastante frecuencia y causan una gran angustia por el peligro que encierran.

El *ajayu* es una de las tres sombras que posee, según la cultura aymara, el ser humano. En aymara se les llama a las sombras *ch'iwis*. La pérdida del *ajayu* es considerada de mayor gravedad, pues, puede causar la muerte y se suele necesitar a un especialista para hacerlo regresar. Sin embargo, en las narraciones se habla

indistintamente del *ajayu* y del ánimo. Pero esta última, la segunda sombra, es más fácil de recuperar. Generalmente alguien de la familia conoce la terapia para hacerlo regresar.

La curandera que citamos abajo, hace también una distinción entre la pérdida del *ajayu* y el ánimo, considerando la primera de mucha gravedad:

Cuando están asustados muy estes, grave, eso hay que llamarle con inciensito, con braserito, cuando está no mucho, poco nomás, hay que lavarle con hierbitas nomás, a la wawa hay que bañarle con hierbitas, preparando. Eso nomás se sana, ya no hay que llamar ánimo, cuando está grave con el braserito (entrevista a curandera, El Alto, 2009).

La pérdida del *ajayu*, sin embargo, no se produce solamente por un susto, sino que “las patologías aymaras más graves y temidas incorporan, con frecuencia, la pérdida o el extravío del *ajayu*” (Velazco, en Fernández, 2008: 169).

También la enfermedad del *kharikhari* (o *kbarsuto*) se menciona muy a menudo, enfermedad que es concebida como mortal si no se ponen en marcha los recursos terapéuticos con prontitud. La enfermedad tiene el nombre del personaje que causa la enfermedad, sacando grasa del cuerpo.<sup>12</sup> También se lo puede llamar *kharisiri*. Según Spedding (2005: 35), el *kharikhari* o *kharisiri* “es indudablemente un ser de este mundo. Es humano, no es un ser sobrenatural; puede tener familia y también trabajar en oficios regulares, vive y muere como los demás. Parte de su peligro es justamente el hecho de ser indistinguible de personas normales”. Asimismo, sostiene que al contrario de lo que se suele pensar, puede ser hombre o mujer (*Ibid.*, 2005: 34). Además, “es una figura que no se encuentra sólo en contextos rurales, sino en el contexto urbano e inclusive entre personas supuestamente aculturalizadas” (*Ibid.*, 2005: 30).

En el área rural, el *kharikhari*, sin embargo, es identificado en muchas ocasiones como una persona extraña a las comunidades, “un foráneo”, como pueden ser los clérigos, gente que trabaja en ONG y el personal de salud de las postas, centros de salud u hospitales.<sup>13</sup> Como el *kharikhari* suele sacar la grasa con un aparatito que corta o con una jeringa, haciendo adormecer a la víctima, se asocia con la actividad médica, ya que también “cortan” cuando realizan cirugías –por

12 “El interés de la grasa humana corresponde a la grasa indígena que es la considerada de especial calidad, seca por la incidencia de la alimentación autóctona, repleta de técnicas que favorecen la deshidratación de los productos y que configuran cuerpos secos y resistentes ante la enfermedad como son conceptualizados los cuerpos de los indios, frente a los grasos, endebles y de poco aguante de los mestizos” (Fernández, 2006: 83).

13 “Los más ancianos asocian la figura del *kharisiri* a la de clérigos y sacerdotes que recorrían el altiplano recogiendo la grasa de sus víctimas para elaborar objetos del culto católico: velas, campanas, santos óleos, hostias... etc.” (*Ibid.*, 2002: 179).

cierto, igualmente haciendo dormir a los pacientes– y utilizan jeringas. Siendo el personal de salud susceptible de poder ser *kharikbari*, no se aconseja llevar a una persona con esta enfermedad a un servicio de salud, porque se cree que con toda seguridad muere (Fernández, 2008: 93).

Una característica de la persona *kharsuta* no mira de frente y oculta su cara. Fernández (2008: 159) menciona que el hecho “de que el paciente no mira a los ojos, es síntoma inequívoco de que el enfermo de *kharisiri* ‘se ha asustado’ (...)”. Spedding (2005: 51) refiere, aparte del dolor en el lugar del corte, los siguientes síntomas de la enfermedad: “Fiebre alta y vómitos, seguido por una debilidad general, también descrita como ‘estar sin ganas, sin fuerzas’ y el dolor de cabeza”.

En la ciudad se suele mencionar como lugares donde ocurren los ataques del *kharikbari* los medios de transporte, las colas y otro tipo de aglomeraciones de personas, como son los desfiles, las colas y los terminales de buses:

(...) en el desfile nomás parece que era, del desfile, ese del 6 de agosto, ¿no ve?, hemos ido a marchar al Complejo y de ahí nomás he vuelto otra clase y con dolor de cabeza, como si el bombo estuviera grabado en mi cabeza (risas), feo sabe dolerse la cabeza. (...) Sí, y así nomás estaba, calentura tenía, pero no, no sabía, tampoco me dolía nada, mi cabeza nomás era (...) (entrevista a adolescente mujer, El Alto, 2009).

Asimismo, se refiere que a la persona enferma no hay que avisarle el diagnóstico ni para qué se está dando el remedio, porque en ese caso se muere. En cuanto a la marca, hay personas que señalan no haberla tenido y de otras se descubre recién después de su fallecimiento. Spedding (2005: 51) afirma que en el caso de que haya alguna marca “se lo describe variadamente: como unos puntitos rojos, como uno o más rasguños parecidos a los del gato, un pequeño corte con un cardinal en su alrededor, hasta un verdadero corte con barro y paja adentro”. La misma autora señala que frecuentemente se ubica en el costado derecho, en la zona de los riñones.

Fernández (2008: 87) señala que en cuanto a las botellitas con el remedio –los remedios que se venden en Achacachi son los más apreciados– suelen haber como ingredientes la grasa de difuntos o de placentas. Como remedios no embotellados se mencionan igualmente grasas. Se hace especialmente referencia a los beneficios del uso de la grasa del perro negro y de la oveja, igualmente negra. De modo que mediante un tratamiento, entre otros, con grasas, se restituye el equilibrio y la salud, resolviendo el desequilibrio por la grasa perdida:

Hay casos que mejor es la oveja negra, otros el perro negro o bien la grasa de una oveja o la grasa de un conejo, bien son esos. Algo así me han dicho a mí, porque según lo que yo he visto, tenía mi primo que estaba enfermo, nos dijo que teníamos que ir a conseguir un perro negro para curarle (...), teníamos que ir a conseguir un perro negro y esa vez no había un perro negro y hemos tenido que conseguir cinco conejos para matar. Esos que tienen la grasa, digamos, ese ratito lo matan y la sangre,

ya que está caliente lo tiene que frotar en el cuerpo y con la grasa, con sus mismos pelos tiene que envolver todo. Sobre el riñón dice que es (entrevista a adolescente hombre, El Alto, 2009).

Pasando a otra enfermedad temida, igualmente se habla con frecuencia sobre la peligrosidad del *larpha*, enfermedad de los bebés, cuya causa se origina durante el embarazo, cuando la madre acude a algún velorio o se impresiona por el encuentro súbito con algún animal muerto. Observamos que también se relaciona con el susto cuando se explica en algunas fuentes bibliográficas que el origen del *larpha* se origina por el alma del difunto o del animal, que se introduce al bebé, que tendría como consecuencia la huida del alma de la misma criatura. La enfermedad se suele presentar entre las dos semanas y dos meses de edad. Los síntomas son continuas diarreas y el consiguiente enflaquecimiento, proceso que en muchos casos se considera que terminará inevitablemente con la muerte.

## 2.5. El sistema médico religioso

Ramírez (2005: 139), que realizó un estudio sobre los sistemas médicos en Potosí, identificó al sistema médico religioso –que sobre todo “opera” en la ciudad de este departamento– como un sistema más:

Hablamos de sistema médico religioso por poseer toda una serie de conocimientos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de la misma manera que se encuentran en otras formas de atención (...).

Aunque este sistema incluye todas las religiones “cristianas”, Ramírez califica la “iglesia evangélica –especialmente el pentecostalismo– como la religión que estructura un discurso más cercano a la salud” (*Ibíd.*, 2005). Como ya mencionamos, en el contexto del altiplano paceño y en la ciudad de El Alto este sistema cobra cada vez mayor importancia.

Ramírez identificó al interior del sistema médico religioso la clasificación de tres tipos de enfermedad: las enfermedades del cuerpo, que pueden ser tratadas por el sistema biomédico, la medicina casera y fundamentalmente mediante la oración; las enfermedades del alma, que son las enfermedades psiquiátricas y psicológicas, que se curan en la iglesia; las enfermedades espirituales, que son todas las enfermedades cuyo origen o causa es el “diablo” o que son ocasionados por un pecado. Estas últimas, igualmente, se curan en la iglesia (*Ibíd.*, 2005: 143-145). En la siguiente narración apreciamos esta referencia al diablo:

(...) te tocan y te dicen, “sal demonio, ¡sal diablo!”, te dicen, y hay personas que se empiezan a revolcar en el piso y desde ese momento ya están sanos, se levantan o bien caminan o bien miran ya (entrevista a adolescente hombre, 2009).

Ramírez observó que las enfermedades psicológicas o espirituales pueden ser diagnosticadas a través de un sueño, a través de la Biblia o mediante algún miembro de la iglesia que haya tenido alguna revelación (*Ibíd.*, 2005: 147). En la siguiente cita, sin embargo, pareciera ser que el diagnóstico se hizo a través de la lectura de la mano, la curación mediante la Biblia, la conversión y el bautizo, tratándose de una enfermedad que podríamos denominar “del diablo”, el *katja*:

(...) algunos sanan, dice, ¿no ve?, ese, el doctor, que dicen, ese es cristiano, de la mano lee, dice, y según, de la mano lee, cristiano y con la Biblia cura (...), ha orado con la Biblia y “necesita bautizo”, me ha dicho, y lo ha bautizado según a la Biblia y después mi hijo estaba mal, estaba con diarrea y todo y después dice que le ha pescado la tierra y todas esas cosas de la Biblia me lo ha leído, porque el doctor de aquí no me lo ha pescado y a la semana se ha sanado (entrevista a mujer adulta, El Alto, 2009).

En cuanto a esta narración, debemos llamar la atención sobre el hecho de que al pastor se le llama “doctor”. De modo que se da poca importancia al escenario; lo que cuenta es el resultado. Se constata también que se hace una analogía respecto a lo que suele ser el procedimiento de la medicina tradicional. En vez de leer las hojas de coca, el pastor leyó en la palma de la mano del niño que le había agarrado la tierra.<sup>14</sup> Lo que no pudo “leer” el médico, sí pudo el pastor, al igual que el curandero, como decíamos, mediante las hojas de coca. Pero no es de extrañar, ya que el curandero, mediante las hojas de coca, se pone en comunicación con los espíritus tutelares para saber de ellos las causas y la posible curación, y el pastor se pone en comunicación con el Dios cristiano igualmente para lograr la curación. Es decir, ambos son intermediarios entre los seres humanos y lo sagrado. De manera que se trata de una interpretación a partir de otras referencias de procesos de curación: por un lado, el término “doctor”, que se relaciona con el sistema biomédico y el de la “lectura”, que se relaciona con el procedimiento para el diagnóstico por parte del sistema tradicional.

Asimismo, Ramírez (2005: 151) señala que “los evangélicos entienden que cuando la curación no se ha llevado a cabo es porque Dios ha decidido que el enfermo y su familia deben pasar por esta prueba, en la que habrán de demostrar su fe”. Es decir, cuando el diagnóstico en la Iglesia no corresponde a una enfermedad “del cuerpo”, se restringe el acceso al sistema biomédico y “se dejan de lado las habituales medidas de prevención sanitaria (...)” (*Ibíd.*: 152). Este fue el comentario de un joven de El Alto:

---

14 Aunque también puede haberse tratado de la curación. Pues Ramírez refiere que una de las prácticas de atención es la imposición de manos: “A través de la imposición de manos –de una persona con poder de sanación– puede aparecer la curación del enfermo, siempre acompañada de la oración” (2005: 150).

(...) yo más que todo creo en Dios y si es que Dios dice “voy a morir”, en ese momento voy a morir siempre, en ese momento, no va a ser para siempre mi vida. Entonces, si dice eso, entonces yo cumplo porque así siempre va a ser (entrevista a adolescente hombre, El Alto, 2009).

Pero no solamente se recurre a estas iglesias para la sanación de una enfermedad “física”, sino también para problemas familiares, como puede ser la violencia y problemas de alcoholismo. Ramírez (2005: 146) sostiene respecto a las personas con este tipo de problemas, que reciben mucha atención en la Iglesia: “La prevención aparece como uno de los aspectos más importantes de esta religión, y se basa en la exigencia de una vida sana, sin vicios ni adicciones”. De este modo, se predica dejar el alcohol, el tabaco y el consumo de la hoja de coca. En nuestro caso, aunque de forma esporádica, se refiere que se dan cursos para vivir de forma saludable. En este comentario se menciona la oración como instrumento de curación, pero también los cuidados propios en casa:

Porque primera vez que mi esposa se enferma, el médico me dice: “Mañana no se opera, chau la señora”. Ya pasó hace 12 años esto. Llegó un hermano mío de la Iglesia y ya estábamos siempre en clase de alimentación vegetariana, entonces él pide a Dios y dice, “¿usted quiere sanarse?”. “Sí”. “¿Quiere sanarse de verdad? Si usted quiere sanarse no coma carne, frituras, fuera carne, fuera frituras”. Y mi esposa, desde ese momento hemos hecho así, régimen vegetariano, hasta ahorita no se ha operado y tampoco se retuerce. ¿Qué le parece? No ha tomado medicina, solamente la alimentación. (...) Y gracias a la alimentación mi esposa se ha sanado. Por ejemplo, para tos quieres, y eso nos han enseñado en la Iglesia también, “antes que aparezca el problema, haga tomar a su hijo mucho naranja”, y hacemos eso, los chicos nunca tienen ni tos ni gripe, nada (entrevista a hombre adulto, El Alto, 2009).

Asimismo, se comenta que en su Iglesia se enseña sobre una vida sexual saludable. En resumen, hemos podido constatar que los y las creyentes de estas iglesias conciben de manera propia los procesos de salud/enfermedad/atención. Al hacerse miembros de una Iglesia se han producido cambios en su identidad, tanto individual como colectivamente, que en cuanto al aspecto de la salud ha implicado el rechazo a la utilización de unos recursos a cambio de otros.

## **2.6. Limitantes en el acceso a servicios de la biomedicina**

### ***2.6.1. La falta de experiencia con los escenarios y las prácticas de la biomedicina***

En el contexto del área rural, pero también en El Alto, las prácticas de la biomedicina son bastante desconocidas y, por tanto, se evita en lo posible exponerse a situaciones de incertidumbre, ya que no se conocen los códigos de comportamiento,

además del ambiente de por sí extraño, con sus colores, mobiliario, equipos, etc. A la falta de experiencia con este sistema se añade el hecho de que solamente se dan órdenes. Asimismo, no se suele explicar ni conversar con claridad y sencillez sobre los aspectos relacionados con la enfermedad ni acerca del motivo, por lo cual se piden análisis, exámenes, etc.

En resumen, no se respeta el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y eso en un escenario en que, en el caso de la hospitalización, fuera de las horas de visita, se está aislado de los seres más queridos. Este es un contraste con las prácticas de la medicina tradicional, en los que la presencia de los familiares es más bien una norma social intocable. De esta manera, existe especialmente mucha resistencia a internar a los/as niños/as pequeños. Fernández (2008: 247) afirma al respecto: “Hay una gran desconfianza y reticencia en las comunidades del altiplano al ingreso hospitalario en general, por todo lo que supone el hospital desde la perspectiva cultural aymara (...), pero muy especialmente en el caso de las *wawwas* o niños pequeños”.

### ***2.6.2. La (des)confianza respecto a la capacidad resolutive***

Asimismo, lo desconocido, lo ajeno –y eso es el caso de todos los colectivos sociales, que se identifican con determinada cultura– se tiende a descalificar con más facilidad que lo propio. De este modo circulan muchas historias de horror, sobre la atención en los diversos establecimientos de salud y, en especial, tratándose de los hospitales:

¿Qué comentan sobre el centro de salud?

“Que les matan, placenta le jalan saben decir” (entrevista a mujer adulta, El Alto, 2009).

“(...) me han dicho que son negligentes, por eso la mayoría de las personas de aquí tiene miedo de ir ahí, porque dicen que les pueden matar” (grupo focal adolescentes hombres, El Alto, 2009).

Aunque se puede estar más familiarizado con los procedimientos del sistema oficial, igualmente no desaparece el escepticismo sobre la efectividad de la biomedicina; al contrario, se percibe extrañeza porque ni siquiera con tanta tecnología se resuelven los problemas:

(...) a lo que yo puedo ver en el tiempo de mis experiencias de vivir, por ejemplo, recordando de mi madre misma y de algunos vecinos cercanos, el médico prácticamente no, no da un resultado exacto, un médico dice, “estás mal de esto, del otro y el otro”; de otra forma también sus recetas, entonces, prácticamente difícil de entender, no hay una conclusión que todos puedan, aunque hay ecografías, tomografías que sacan, pero aún así no, no es, es difícil de creerlos (entrevista a hombre adulto, El Alto, 2009).

Pero lo que más se reitera en cuanto a la mala atención es el hecho de que atienden estudiantes, “aprendices”, y que se recurre con demasiada frecuencia a la operación. La medida de la operación no solamente causa miedo por el peligro que encierra. Fernández (2008: 243) coincide en su apreciación sobre el rechazo generalizado respecto a la operación: “Una queja frecuente entre los aymaras es el sospechar que el médico tiende fácilmente a la ‘operación’ para así abrir los cuerpos y ver lo que pasa por dentro, es decir ‘aprender’ utilizando a los enfermos como conejillos de indias y a la práctica quirúrgica como su coagulado que además le da dinero (...)”.

Cabe destacar, sin embargo, que un diagnóstico equivocado o un tratamiento inefectivo no solamente se critica por parte de la biomedicina, pues también se pueden escuchar estas quejas con relación a especialistas de la medicina tradicional.

### ***2.6.3. La privacidad/confidencialidad***

Especialmente en el área rural, otra barrera constituye el miedo a que trasciendan en la comunidad asuntos privados. Fernández (2008: 37) observa al respecto:

Una norma importante en la manera indígena de entender la enfermedad es la privacidad. Los yatiris aymaras realizan sus atenciones en la casa del afectado, normalmente por la noche, de una forma discreta, sin que se enteren los vecinos próximos. Los usuarios de los servicios hospitalarios del altiplano se quejan de que en el hospital todo el mundo les ve y pueden ser objeto de críticas y comentarios por parte de la gente.<sup>15</sup>

### ***2.6.4. La dimensión afectiva***

Dado que el enfoque de salud de la medicina tradicional es integral y lo psicológico es una dimensión importante de la curación, se reclama un cuidado más cálido. Esto se deja entrever por las reiteradas alusiones al uso de sueros, expresando –aunque muy veladamente– críticas al respecto, inclusive después de haber recuperado la salud:

“Al hospital he ido a internarme y a puro sueros nomás he salido”.

¿Con sueros usted se ha recuperado?

“Sí, estaba bien, ahora sigue estoy así” (grupo focal mujeres adultas, El Alto, 2009).

Bueno, los doctores en hospital primero es colocar el suero, nada más, con eso nomás siempre nos hace calmar, día y noche hay que estar con el suero, porque ya,

15 Véase: Rösing y Bastien en cuanto al secretismo con relación a las enfermedades y sus curaciones.

tres, cuatro, cinco sueros, ¡ucha!, con eso hay que estar día y noche, con eso nomás siempre hace calmar (...) (grupo focal hombres adultos, El Alto, 2009).

(...) cuando he pisado primero el hospital me ha parecido algo raro, algo aburrido se puede decir, porque no había nada, sólo los doctores que entraban, salían, te miraban, así pues, se volvían a salir. No había nada y para ser franco la primera vez que he entrado no..., bueno, me han tenido sin nada, sin dieta, sin nada, o sea, no comía nada, puro suero (...) (grupo focal adolescentes hombres, El Alto, 2009).

Llama la atención que se repite la expresión “con suero nomás”, “eso nomás”, “nada más”. Como señalamos, tratándose de un tratamiento que ha resultado efectivo, surge la pregunta en qué consiste el descontento. Conociendo el contexto, nos imaginamos que la insatisfacción reside en la sensación de abandono afectivo, pues mientras que pasan las horas, viendo cómo gota por gota se vacía con una espantosa lentitud la bolsa, como dice el señor, “tres, cuatro, cinco sueros”, nadie se ocupa de brindar una palabra de ánimo, una conversación, por lo menos para que el tiempo pase más rápido. De esta manera queda el sabor a poco, es decir, de no haber recibido una atención completa. Pues no se espera solamente la curación, sino el cuidado, que tiene un significado mucho más amplio que la mera atención médica.<sup>16</sup>

### 2.6.5. *El trato*

El trato que en muchas ocasiones se brinda a las/os usuarias/os es otra causa por la cual se afirma no frecuentar los servicios de salud, tal vez una de las principales. En primer lugar está la sensación de la discriminación por ser pobre. Por otro, se menciona en múltiples ocasiones el trato frío u hostil hacia las/os usuarias/os:

(...) hay algunos que siempre vamos, así, con preocupaciones, con penas vamos algunos, justo a esos también tiene que reñirle el doctor y ahí nos lastima, no entienden pues, nos hace doler el corazón (grupo focal mujeres adultas, El Alto, 2009).

Tomando en cuenta las ideas existentes sobre la salud, cabe la pregunta: ¿cuán saludable se percibirá al personal de salud si en raras ocasiones se muestra alegre y sociable? Pues, de alguna manera, en la siguiente cita se deja traslucir que se demanda algo más de familiaridad, sociabilidad y en ese caso una consulta médica podría compararse con “una visita”:

(...) queremos una atención buena, por lo menos aunque tabletas, que nos atiendan bien. Bueno, mucho mejor sería, porque mira, bajar, subir, plata nomás también; pero

---

16 Lo cual, por cierto, no tiene que ver con la cultura. Se trata de una necesidad humana universal.

si aquí nos atienden bien, bueno, como a visitar nomás vamos y eso es lo que nosotros queremos, que nos atiendan bien (grupo focal adolescentes hombres, El Alto, 2009).

Fernández (2008: 188,189) analiza, a partir de su experiencia de trabajo en el altiplano, aspectos de la comunicación verbal y no verbal que explican uno de los criterios de calidad de atención:

En realidad es considerado de “mala educación” y una descortesía el ir “al grano” en la atención. (...) La comunicación de los pacientes indígenas con respecto a sus médicos originarios constituye el inicio de la fase terapéutica. (...) Hablar, conversar es “hacer medicina” desde la perspectiva aymara, cosa que desespera a los equipos convencionales según nuestros criterios de eficiencia médica en que este aspecto se considera, habitualmente, una pérdida de tiempo.

Pero no solamente se percibe indiferencia, sino que muchas veces se reciben reproches. En palabras de varias personas: “Saben reñir”. Se riñe porque se ha esperado –según los criterios del personal de salud– demasiado tiempo para acudir al servicio y, por tanto, el problema se hizo más grave. Se reprocha con frecuencia algún supuesto descuido respecto a la salud de la *wawa*. Otros motivos son el parto en domicilio, el número de hijos/as que se tienen, pues cuando según el criterio del proveedor o la proveedora son demasiados/as, se suele recibir –calificándolo con palabras suaves– un sermón. Las adolescentes que esperan su primer/a hijo/a también refieren maltrato cuando acuden por su primer control prenatal.

Pasa también que se tiene el parto en domicilio y surge una complicación. Más bien en ese momento es de vida o muerte que se acuda a un servicio de salud y, por tanto, habría que valorar la buena decisión –como en el caso del siguiente relato– del esposo. Pero suele ocurrir que inclusive en circunstancias tan angustiantes no se evitan los reproches:

(...) me han sacado y en el hospital nomás ya he aparecido, no me recuerdo pues, de cuatro de la tarde ya no he podido pues, y a las nueve recién me han bajado, “¡peligroso!”, grave le han reñido a mi esposo, “¿cómo vas a tener en tu casa?”, así (grupo focal mujeres adultas, El Alto, 2009).

Hasta cierto punto es entendible la reacción del personal de salud, pero tiene consecuencias porque lo que queda en el recuerdo no es que le han atendido bien a la señora y que le salvaron la vida, sino que han reñido al esposo. Por todo lo que hemos podido observar, esto es lo que se va a comentar a los vecinos, familiares, etc., y el resultado podría ser que estas personas, cuando les toca alguna situación similar, no se animen a avisar a ningún servicio de salud o que se vacile demasiado en tomar la decisión. Pues en muchos casos se comenta sobre prácticas de atención, como si se conocieran por experiencia propia, para luego decir: “Por

eso nunca he ido” o “por eso no voy”. Es decir, la socialización de las experiencias tiene tal impacto que muchas personas lo transmiten luego como si se tratara de una experiencia propia.

### 3. Salud materna

Al abordar la salud materna cabe referirnos brevemente a los cambios que se están dando a gran velocidad en términos de sexualidad, la salud sexual y reproductiva, tanto con relación a los/as aymaras urbanos como rurales. Por un lado, observamos que las mujeres o parejas jóvenes con una relación estable (relación conyugal o concubinato), de manera llamativa, están disminuyendo el número de hijos/as. Una de las causas principales son las expectativas en cuanto a una vida mejor para las/os hijas/os. Pues se destaca que en la última década, también en el área rural, se generalizó la noción de que tanto varones como mujeres tienen que estudiar, al menos hasta obtener el bachillerato. Pero no solamente se observa que al decidir sobre el número de hijas/os se piensa en el costo de los estudios, sino que también se percibe un nivel de consumo, por ejemplo, en ropa, artefactos, etc., mayor a las anteriores generaciones.<sup>17</sup>

Por otra parte, el contacto continuo con la ciudad de El Alto y modos de vida distintos tuvo un impacto notable en valores y comportamientos que podríamos denominar “más liberales”, especialmente por parte de las y los adolescentes. Si bien la bibliografía señala que las prácticas sexuales furtivas a temprana edad siempre se dieron y que la cultura aymara nunca llegó a apropiarse del valor de la virginidad, que trataron de imponer los colonizadores, hoy en día las personas mayores cuestionan que estas relaciones se den de manera abierta.

Es así que ahora las mujeres adolescentes cambian de enamorado y/o tienen enamorados de fuera de la comunidad, mientras que las personas mayores señalan que en su tiempo la norma era más bien que se buscara una pareja de la misma comunidad o al menos de una comunidad cercana. De esta manera, si había un embarazo, no era muy fácil que la pareja negara la paternidad e inmediatamente se procedía a formalizar la relación.<sup>18</sup>

Esta normatividad, ciertamente, tenía su razón de ser porque los embarazos a temprana edad son frecuentes hoy en día, con la diferencia de que ahora hay mayor probabilidad de que el joven niegue su paternidad. Por consiguiente, la adolescente, al llevar adelante su embarazo, queda como madre soltera, lo cual

---

17 A sabiendas de que se concentra mayor población aymara en el departamento de La Paz, cabe mencionar que este departamento, después de Tarija, es el que cuenta con una tasa global de fecundidad menor al resto, es decir, de un promedio de 3,2 hijas/os. (Endsa, 2008: 61).

18 Generalmente el concubinato formal, no necesariamente el matrimonio.

se califica como una deshonra para ella y su familia y, por tanto, un estigma tan grande que no en pocas oportunidades se nos habla sobre la posibilidad del suicidio. Sin embargo, “la solución” más frecuente suele ser el aborto, por lo que hemos podido observar mediante un estudio reciente en la provincia Ingavi (Dibbits y Pabón: 2012).

Es interesante constatar que la decisión de no llevar adelante un embarazo no supone un conflicto moral, como suele ser entre la población más citadina, occidental. Pues por la necesidad de ocultar lo que resultará en el “qué dirán”, la decisión por el aborto se toma, en su generalidad, con relativa despreocupación con respecto a las posibles consecuencias. Esta despreocupación se explica, en parte, por el entorno que transmite señales aterradoras respecto a la posibilidad de quedar como madre soltera y, al mismo tiempo, no envía mensajes morales muy contundentes que puedan inhibir significativamente la decisión por un aborto. Además hemos podido constatar que el riesgo de una complicación, por ejemplo, al recurrir a una clínica clandestina, no pareciera ser un aspecto muy tomado en cuenta en el proceso de toma de decisiones.

De esta manera, se constata que no se asigna el mismo valor a la fertilidad y a la maternidad, pues al saberse fértiles pareciera ser que las mujeres aymaras pueden decidir –con relativa tranquilidad– postergar su maternidad. En otras palabras, en el imaginario de muchas mujeres, adolescentes y adultas, no está totalmente ausente el concepto de maternidad voluntaria<sup>19</sup> y tampoco entre los hombres hemos podido notar mayor censura respecto a la realidad, de que hoy en día se decide en un número considerable interrumpir los embarazos, aparte de que la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las parejas adultas es visto –también por parte de ellos– como una práctica acertada.

Sin embargo, se hace una distinción muy clara entre el aborto “deseado” y el aborto no deseado. Lo último no solemos tomar en cuenta cuando abordamos temas de la maternidad. Pues la infertilidad es una tragedia muy grande, especialmente para las mujeres. Solamente los insultos que se registran en diversos estudios nos dan una idea de la estigmatización de las mujeres infértiles: mula, *machwura* o machorra (Arnold y Yapita, 1999: 149). Carrasco, en el caso de la población aymara del norte de Chile, refiere que “la esterilidad es, frecuentemente, motivo de disgusto entre la pareja y la sanción social generalmente hacia la mujer a quién se culpa. Existe incluso un término despectivo utilizado habitualmente en el ganado camélido, ‘machorrota’, para designar a aquellas mujeres imposibilitadas de tener hijos” (2007). Aunque la sanción moral recae más que todo en la mujer se escucha también que a los hombres que no tienen hijos/as se les puede insultar con las palabras *chacha q’ullu* (*chacha* significa hombre y *q’ullu* significa huevo podrido).

---

19 No implica, sin embargo, que los y las adolescentes utilizan (correctamente) métodos anticonceptivos; aunque, en su generalidad, se advierte que existe información sobre los mismos.

### 3.1. El embarazo

La bibliografía que aborda las ideas existentes en torno a cómo se produce la concepción según la fisiología andina/aymara refiere de forma generalizada que el periodo fértil de la mujer sería durante la menstruación o pocos días después, ya que la concepción se produciría cuando se “juntan” el semen y la sangre de la mujer (Arnold y Yapita, 2002: 51; Yon Leau, 2000: 118-128).<sup>20</sup>

Las señales de embarazo, por lo general, no son motivo para recurrir a especialistas o médicos institucionales. El reconocimiento ocurre a través de la interpretación de los síntomas fisiológicos (como ser: falta de apetito, náuseas, pérdida de la menstruación); asimismo, por cambios en los ojos e inclusive mediante sueños. A veces se acude a la partera para su confirmación. Pero la mayoría de las mujeres/parejas acude al establecimiento de salud, lo cual significa una innovación cultural importante.<sup>21</sup>

A la mujer embarazada se le llama *usur warmi*, es decir, “enferma”. Arnold y Yapita (1999: 25) señalan que el verbo *usuña* cubre el significado de adquirir una enfermedad (*usu*) y opinan que es “muy posible que la condición de estar embarazada, con la suspensión del flujo de la sangre menstrual y los síntomas del parto, sea concebida por la gente en términos de una enfermedad”. Pero aún no se ha podido determinar si el concepto fue introducido en estas regiones a través de la conquista, ya que se han encontrado otras palabras para el embarazarse, anteriores a esta época, que, sin embargo, en la actualidad ya no están en uso (*Ibid.*). Pero de todas maneras no podemos equiparar el significado de “enfermedad” con el concepto de “fragilidad” de las mujeres que se ha impuesto a través del proceso de la medicalización<sup>22</sup> del embarazo y parto en occidente. Por los resultados de

---

20 Esta idea no solamente se advierte en el departamento de La Paz, mayormente de población aymara, sino que en la Endsa de 2008 (p. 82) se señala que (en Bolivia) “sólo un poco más de la tercera parte de las mujeres (39%) tiene un adecuado conocimiento del periodo fértil en el ciclo anovulatorio, nivel de conocimiento muy similar al estimado según la Endsa 2003 (38%)”.

21 En la ENDSA del año 2008 también trasluce que cada vez más mujeres hacen uso del control prenatal: “(...) el 90% de las mujeres que tuvo nacimientos en los cinco años previos a la encuesta recibió atención prenatal (...) Respecto de hace cinco años se observan avances significativos. Según la ENDSA 2003, un 70% de las mujeres que tuvo nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta recibió atención prenatal de un médico, mientras un 20% no recibió atención prenatal” (p. 143).

22 Transcribimos la definición de Lolás Stepke: “alude a la imposición del punto de vista del experto o del profesional, en el control, la administración y la planificación de la vida” (...). (1997: 14). Cuando se utiliza el término en relación al embarazo y el parto se suele referir al hecho de que el embarazo y el parto se ha ido tratando como una enfermedad, justificando de esta manera la intervención médica, entre otros, mediante el uso (excesivo) de la tecnología. Esto ha tenido sus consecuencias en la manera en que también muchas mujeres han ido conceptualizando el proceso del embarazo y parto, es decir, como un período potencialmente patológico.

diversas investigaciones realizadas al respecto, se coincide en que el embarazo se experimenta como un proceso natural y, a su vez, particular, ya que para mantener la salud se deben tomar algunas precauciones, propias de este periodo del ciclo reproductivo. Se distinguen principalmente cinco aspectos que se deben tomar en cuenta:

- a) Cuidados para evitar la hemorragia, el aborto o el parto prematuro
- b) Cuidados para evitar un parto difícil o que nazca de pie o transverso
- c) Cuidados para evitar que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello de la *wawa*
- d) Cuidados para evitar la retención de la placenta
- e) Cuidados para tener una *wawa* saludable y con las características deseadas

***a) Cuidados para evitar la hemorragia, el aborto o el parto prematuro***

En su generalidad, las mujeres, durante su(s) embarazo(s) disponen de muchos mecanismos para reclamar a su pareja más atención o para que le ayude en algunos trabajos, como es el caso de cargar cosas pesadas. Este cuidado coincide con las recomendaciones de la biomedicina.

***b) Para evitar un parto difícil o que nazca de pie o transverso***

Para evitar un parto difícil se recomienda la práctica del caminar y, en contraposición, no dormir mucho ni estar mucho tiempo sentada. Si la embarazada está mucho sentada, se piensa que la cabeza de la *wawa* crece más de lo debido y de ese modo el parto será más difícil.

***c) Para evitar que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello de la wawa***

Para evitar que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello de la *wawa*, se recomienda dejar de tejer, hilar o torcer lana. Sin embargo, en cuanto a estos y otros aspectos, muchas personas ya no conocen en detalle el porqué. Se trata de costumbres que con mucha vehemencia son transmitidas por padres, madres o suegras, y que la nueva generación a veces hacen suyas sin comprender su significado.

***d) Para evitar la retención de la placenta***

Para evitar la retención de la placenta la madre no debe sentarse mucho al sol o estar cerca del fogón. Con relación a los cambios que se consideran importantes tomar en cuenta para cuidar la salud de la mujer embarazada, es preciso explicar algo más sobre el sistema cálido-frío de los modelos terapéuticos andinos, pues la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos

que predominan en un momento dado. Uno de los principios que se deriva de este concepto es el de la utilización de elementos contrarios. Cuando la persona sufre algún mal o se encuentra en un periodo en el que se considera el estado del cuerpo de determinada propiedad, se deben ingerir alimentos o remedios cuyas propiedades son opuestas a las del cuerpo; propiedades que no necesariamente se refieren a la temperatura en sí. Con relación al cuidado de la salud durante el embarazo, parto y posparto, es necesario que relacionemos este concepto con el fluido de la sangre, sabiendo que las cosas cálidas y calientes hacen perder sangre, mientras que las frescas y frías evitan la salida de la sangre. De este modo, la mujer embarazada debe evitar los alimentos cálidos porque pueden provocar hemorragias y, por tanto, un aborto. Asimismo, con relación a elementos calientes, el estar cerca del fuego, estar (mucho) en el sol o abrigarse mucho.

Por este motivo la mayoría de las personas entrevistadas se han referido a que durante el embarazo se tiene una clara preferencia por los alimentos frescos, como ser, la fruta, las verduras, el pescado, etc. También el calor del sol se considera un elemento nocivo, tanto para cuidarse de hemorragias como de la retención de la placenta, que sería otro efecto de estar demasiado expuesta al sol.

#### *e) Para tener una wawa saludable y con las características deseadas*

En muchos aspectos del cuidado de la mujer embarazada trasluce que lo que haga o experimente la madre tendrá consecuencias directas en la *wawa* en cuanto a su carácter o gustos. Así, por ejemplo, la recomendación de no estar mucho tiempo sentada está relacionada con el hecho de que la *wawa* sería floja. Es sabido que en el mundo andino la mujer trabajadora tiene mucho prestigio. El hecho de que una madre floja traerá al mundo un niño o una niña floja refuerza la presión para que no se cambien los quehaceres sustancialmente. En el ámbito urbano, la idea del embarazo como un estado delicado cuyo cuidado se basa principalmente en disminuir el trabajo cotidiano y/o guardar más reposo, noción que solemos asociar con mujeres, amas de casa, de clase media, más occidentalizadas, está poniendo en entredicho la imagen de la mujer fuerte y trabajadora.

Asimismo, con miras a la *wawa* por nacer, se aconseja comer bien, pero sin exagerar, porque de lo contrario el bebé será comelón. También hay que tener el máximo cuidado de no renegar o, en el caso del padre, no hacer renegar a la madre, porque ello causaría que la *wawa* sea renegona. La expectativa de que los/as hijos/as sean estudiosos/as ha resultado en la creencia de que es bueno que la madre lea mucho.

En cuanto a los antojos, cuyo responsable principal para satisfacerlos es el padre, se deben complacer porque si no la *wawa* nacerá desnutrida, con la boca abierta, con la lengua afuera o sufrirá de una salivación abundante. Sin embargo, pocas personas se refieren claramente a estas consecuencias y pareciera que ya se

asumió sin más como un derecho de las mujeres que su entorno debe tratar de satisfacer los antojos. Los antojos más mencionados son los alimentos considerados como frescos, mayormente la fruta, pero también se “aprovecha” la situación para comer algún alimento de lujo, como la frutilla. Debemos señalar, sin embargo, que el síntoma de los antojos se menciona con más frecuencia en el área urbana. Pero al margen de la importancia de satisfacer los antojos, es también de sentido común de que la mujer embarazada debe alimentarse bien.

Finalmente, ya nos referimos al peligro de que la *wawa* se enferme con *larpha* al poco tiempo de nacer. Por ese motivo no se deben presenciar velorios o entierros.

### 3.2. El parto

El aspecto de la atención del parto es uno de los más controversiales, en términos de las políticas de interculturalidad y los índices de mortalidad materna. En Bolivia la razón de mortalidad materna es de 230 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos,<sup>23</sup> cifra que en el continente solamente es superada por Haití. Este dato se traduce en 650 muertes al año, es decir, alrededor de dos muertes por día. De modo que desde esta óptica, considerando la magnitud de la mortalidad materna, urge repensar las modalidades de atención de la salud materna y la del parto, en particular.

Cabe señalar, sin embargo, que aún no es frecuente que se haga este análisis de manera desprejuiciada, pues aunque se haya creado un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y se habla con mucho fervor sobre políticas de descolonización, las iniciativas para facilitar el acceso a los servicios de salud a (toda) la diversidad de mujeres bolivianas son aún marginales. Creemos que no en último lugar porque, consciente o inconscientemente, se sigue persiguiendo un cambio civilizatorio en la manera de concebir la maternidad y en cómo las mujeres de gran parte del territorio perciben la seguridad. Aproximadamente una década de políticas, llamadas de “maternidad segura”, que fueron aplicadas como dogma de salvación universal de las mujeres en gestación no hacen fácil analizar el contexto desde otras perspectivas, ni siquiera a sabiendas de la tragedia que se vive. Pero no solamente el concepto de maternidad segura se abrazó con tanto convencimiento por el deseo de creer en todo lo que con el proceso de medicalización del embarazo y parto se hubiera logrado, sino que en medio de tanta frustración por metas no alcanzadas, la maternidad segura, aparte de constituir una política, se puede utilizar como un slogan que por lo menos permite aparentar control y certidumbre.

Pero ahí está la trampa para el propio sistema oficial, ya que las condiciones de seguridad técnica biomédica no están en concordancia alguna con la promesa

---

23 La razón de mortalidad materna mide el riesgo de morir a causa del embarazo, parto, puerperio o por complicaciones por el aborto inducido.

de la seguridad del parto institucional, cuando un 37% de las muertes maternas se produce en establecimientos de salud. Esto no queda inadvertido por la gente, por lo cual no se cree o cuando hay alguna complicación, peligro de muerte o muerte, infantil o materna, se utiliza el eslogan para denunciar negligencia médica, sobre la base de esta supuesta garantía de seguridad. De este modo el Estado termina siendo víctima de su propio discurso.

No puede ser de otro modo que esta confusión tenga sus consecuencias, no solamente en términos de credibilidad, sino porque las políticas de maternidad segura repercuten en el ejercicio de los derechos de las mujeres de decidir libremente, y con la mejor información sobre posibles riesgos,<sup>24</sup> cómo y dónde quieren dar a luz pues al medir los logros de las políticas en términos de coberturas, como también el desempeño de los/as proveedores/as, se deteriora aún más la relación con las mujeres. A esto se suma que siendo todas las atenciones gratuitas, y más aún con un pago mediante el bono Juana Azurduy, se suele pensar que ya no existen razones –nuevamente la cuestión de la razonabilidad, desde el punto de la medicina occidental– para que una mujer no cumpla con todas las consultas de control prenatal estipuladas<sup>25</sup> como necesarias por el sistema y acuda a un servicio de salud para la atención del parto.

El pago, promovido como un derecho, se convierte de esta manera en un derecho que posibilite corregir ideas y modos de vida “inadecuados”, por ejemplo, el rechazo al modelo único de atención. Así, por ejemplo, una mujer de la ciudad de El Alto nos puede contar que tuvo su parto en casa; pero cuando la placenta no quiso nacer acudió con su esposo al establecimiento más cercano. Pero al retarles –ya mencionamos un ejemplo– es obvio que se presentan serias dudas si aún se tiene el derecho a servicios de atención institucional, es decir, a la máxima seguridad posible.

El ejemplo nos permite afirmar que el sistema de salud oficial es una instancia que reproduce las relaciones de inequidad imperantes en la sociedad, cuando se autolegitima “incentivando” conductas “correctas”: aquellas mujeres que no

---

24 En cuanto a este aspecto, se constatan factores de exclusión con relación a las mujeres más pobres, pues en la última Endsa se constata que se brinda consejería (explicación sobre síntomas de complicaciones de embarazo) en menor proporción a mujeres que más lo podrían necesitar: “Las proporciones más bajas se presentan en mujeres sin educación (61%), en las del quintil más bajo de riqueza (62%), en las que residen en el área rural (63%)” (Endsa, 2008: 147).

25 Aunque se constata un avance en el porcentaje de mujeres que cumplen con cuatro controles prenatales, existen aún brechas importantes según el lugar de residencia, como se señala en la Endsa 2008: “El 72% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta tuvo al menos cuatro controles prenatales, lo cual es concordante con la norma. Sin embargo, en el área rural esa proporción llega a sólo 60%, frente a 81% en el área urbana” (p.145).

demuestran fe y obediencia podrían no merecer compasión. Observamos que curiosamente, en este caso, el ejercicio del derecho se considera la normalidad y, por tanto, el rechazo a ejercerlo, la anormalidad. Por consiguiente, el estigma de alguna anormalidad entraña el peligro que cuando se quiera usar un servicio por decisión libre, la atención se dé en un contexto de trato inhumano. Mediante este engranaje, el Estado descarga su responsabilidad en las personas, en nuestro caso, en las mujeres socialmente más desaventajadas, legitimando la culpabilización que inevitablemente terminará en la exclusión.<sup>26</sup> Pues la mujer a quien le pasa esto contará a sus amigas su historia y ellas, si les sucede algo similar, como señalamos, tardarán más aún en tomar la decisión de acudir a un servicio de salud, con las consecuencias que nos podemos imaginar.

### 3.3. Modelos de atención y nuestro quehacer

A partir de este contexto, debemos subrayar que cada mujer tiene su modo particular de percibir la seguridad y la confianza en las personas que le atienden. La primera responsabilidad de los y las proveedores/as de salud es impulsar que todas las mujeres, sin distinción alguna, puedan ejercer sus derechos, dando a luz según sus preferencias particulares y con la información más amplia sobre las diversas opciones. En el siguiente cuadro aclaramos cuáles son, muy a grandes rasgos y de forma esquemática, los dos modelos de atención que constituyen el imaginario de gran parte de las mujeres y sus familias del contexto paceño:

Mujeres, socializadas en el modelo biomédico	Mujeres, socializadas en el modelo tradicional
No confían en sí mismas: delegan la responsabilidad en el/la proveedor/a de salud.	Tienen mucha confianza en su intuición y capacidad de dar a luz, les da inseguridad delegar las decisiones a otros/as; peor aún, si no conocen o no respetan su modelo de atención.
No dudan sobre el lugar del parto: un ambiente clínico les da seguridad.	Prefieren el parto en domicilio o tienen mucha desconfianza cuando eligen como lugar del parto un establecimiento de salud: es un espacio que se asocia con el abandono, el frío, tanto ambiental como afectivo.
Las necesidades particulares de la mujer se supeditan fácilmente a “las necesidades” de los/as proveedores/as; las mujeres “ayudan” o deben “colaborar” al personal de salud.	Las mujeres son las protagonistas, se acostumbra responderla en todas sus necesidades. Las personas presentes en el parto no “atienden”, sino que “ayudan”.

26 En la ENDSA 2008 se señala, por ejemplo, que “todavía la tercera parte (32%) de los nacimientos ocurren en los domicilios. Los niveles más altos de nacimientos en domicilio se presentan en hogares del quintil más bajo de riqueza (69%), en madres sin educación (65%), en nacimientos sin ningún control prenatal (76%), en el área rural (56%) y en el departamento de Potosí (52%)” (2008: 159).

Tienen miedo al dolor, por tanto, exigen o aceptan fácilmente la sugerencia de dar a luz mediante cesárea o con la peridural, frecuentemente, sin contar con una información completa sobre riesgos o efectos secundarios. Son fácilmente víctimas de la práctica mercantil.	La idea de la cesárea causa terror no solamente por el riesgo, sino porque se considera que el cuerpo nunca más será el mismo. El dolor es soportable cuando se toman mates específicos para facilitar el parto, cuando se reciben masajes, aliento y cariño de los/as acompañantes.
El acompañamiento es cada vez más valorado, aunque en los establecimientos públicos negado: se considera un soporte emocional, pero no se suele saber que el acompañamiento reduce la posibilidad de complicaciones.	El acompañamiento suele considerarse fundamental, especialmente de la pareja; frecuentemente se piensa que su ausencia puede causar complicaciones, inclusive la muerte. Es muy común el comentario: "Entre los dos hacemos fuerza".

Observando los contrastes, salta a la vista que en ambos grupos se suelen obviar otras opciones. Tratándose de mujeres de clase media, con una perspectiva más occidental, hemos visto necesario que el acento de nuestros mensajes esté en la necesidad de deconstruir el paradigma del parto medicalizado como la mejor o única opción de dar a luz, resaltando el valor de los sentimientos gratos, inherentes a un parto en el que la mujer y su familia son protagonistas. Como tareas concretas está la difusión de información sobre el proceso fisiológico del parto, así como información que permite un análisis crítico acerca de la cultura médica y los mecanismos de domesticación y de control sobre las mujeres.

Por otro lado, muchas mujeres socializadas en el modelo tradicional no conciben otra opción que el parto en domicilio, con la particularidad de que en varias regiones, principalmente en el altiplano (incluyendo la ciudad de El Alto), se tiene preferencia por la atención o, como comúnmente se llama, "ayuda" principal del esposo.<sup>27</sup> Para ilustrar su importancia, nos referimos a una investigación en la ciudad de El Alto (Dibbits y Terrazas, 2003), que realizamos entre parejas que pocos meses antes habían tenido su *wawa*. Una de las mujeres decía:

No quiero a otras personas que me atiendan porque tengo miedo a otras gentes; es que no se le puede decir nada a otras personas por miedo. Al esposo le avisamos todo.

Los esposos que atendieron el parto, aunque no excluyen la posibilidad de que por alguna complicación se pueda tener que ir a un establecimiento de salud, asumen con naturalidad o casi como una obligación de esposo atenderla, si así es su deseo:

(...) claro, ya pues, como es mi esposa, ya pues, yo nomás le atiendo.

(...) como no permite también mi esposa a ninguno, entonces, mi persona nomás es donde tiene que ayudarla, tengo que agarrarla, así.

27 Por entonces, en los barrios de Rosas Pampa y Santa Rosa (Alto Sur) en una encuesta se registró (durante los últimos 12 meses) un total de 46% de partos atendidos por personal médico, un 20% atendido por el esposo, un 17% atendido por partera, un 13,5% fue atendido por familiares u otras personas y un 3,5% dijo haber estado sola cuando tuvo el parto.

Se vio en el estudio que los esposos se encargaron de diferentes tareas, a veces solos, a veces con la ayuda de algún familiar o si asistía una partera compartiendo las tareas con ella:

- Calentar el cuarto
- Hacer hervir agua
- Preparar mates
- Cocinar la sopa típica para después del parto

Tanto si el parto era atendido por una partera, algún familiar o por el mismo esposo, él tuvo un rol central en el alivio del dolor y especialmente en el mismo nacimiento, según narraciones de las mujeres. Lo más destacado se resume de la siguiente manera:

- Le habla para darle seguridad, ánimo y también reza o le recuerda a ella que lo haga para que todo salga bien.
- Fricciona la barriga, la espalda y a veces hace un manteo.
- Le abraza (debajo de los brazos desde atrás).
- Le agarra de su cabeza, especialmente en la última etapa de las contracciones.

En cuanto al último aspecto, como se menciona de manera resumida en el esquema, se transmite de modo reiterado que para dar a luz se necesitan dos fuerzas (energías) que se suman, dándole a la mujer el “poder” de dar a luz. Tal vez es uno de los momentos más elocuentes en el que se expresa con mayor evidencia el principio de complementariedad de la pareja, el llamado *chachawarmi*. Citamos algunos ejemplos de lo que manifestaban las mujeres, ya que fueron ellas quienes narraron con más detalle lo que sienten en ese momento:

Sabe agarrarme de aquí (agarra su cabeza), parece que los dos hacemos fuerza (...).

Parece que sé volver a la claridad cuando me agarra de la cabeza.

(...) da la impresión de que me estoy muriendo y recuperando y muriendo (...) De la cabeza sé sentir que me sabe quererse partir cuando comenzaban los dolores de parto, cuando mi esposo sabe agarrarme, sé sentirme bien.

Sí, me sabe agarrar. Cuando está naciendo la *wawa* parece que el corazón deja de latir. Cuando me sabe agarrar la cabeza parece que me hace volver a ver la claridad.

Encontramos pocas referencias respecto al porqué de la importancia de la cabeza. Una pista encontramos en Flores Lizana, que señala que en su opinión el alma de las personas está en la cabeza, pues “los sentidos más importantes se

hallan en ésta y (...) las sensaciones claves para vivir y orientarse se encuentran ahí” (2006: 292).

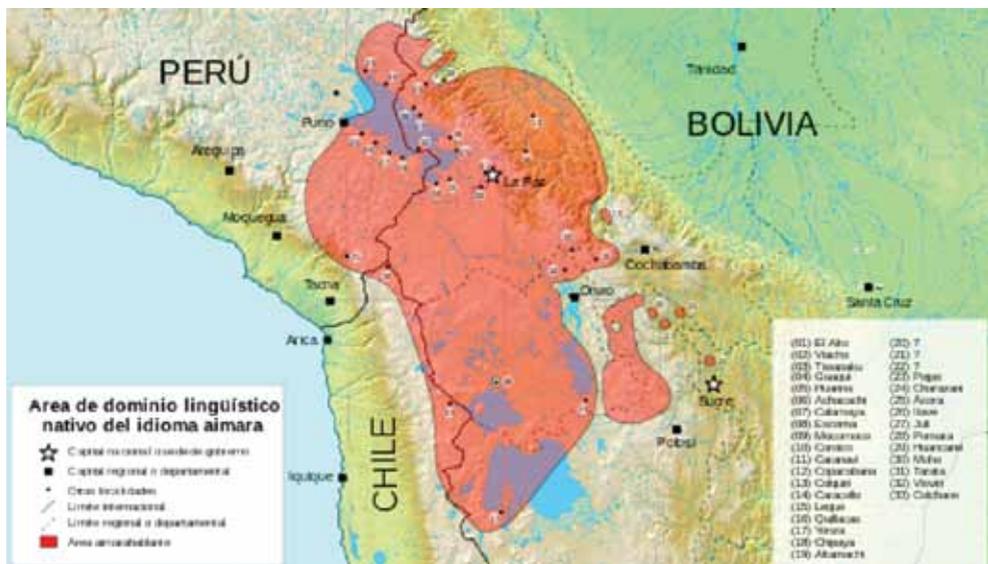
De esta manera trasluce que de ninguna manera se piensa que dar a luz encierra pocos riesgos, pues la expresión “se ha salvado”, que se suele emplear después del nacimiento, lo dice todo. Al contrario, el parto es visto como un momento de mucho peligro, como también lo señalamos en el estudio mencionado. Una de las mujeres entrevistadas por entonces, que se embarazó a los 47 años (Dibbits y Terrazas, 2003), comentaba:

(...) me sentía triste porque yo pensaba que ya me he asegurado la muerte, ‘creo que no voy a poder salvarme’, mis amigas me decían también, ‘quizás ya no vas a poder también, tienes que ir al hospital’, diciendo; ‘sí’, diciendo y ‘ya me he asegurado de que ya me voy a morir’, diciendo (...).

Sin embargo, esta mujer confió más en una partera que en el personal médico, que la trataba solamente como un caso estadístico de mucho riesgo: “(...) en ella he confiado y ella también me ha dicho: ‘Confía en mí doña Antonia, no tengas pena’, así (...)”.

Es de destacar que la partera responde a una necesidad primordial de esta mujer: la de poder tranquilizarse, sabiendo que alguien se va a preocupar por ella y que le va a ayudar para que se aleje la fatalidad. Es la diferencia entre el efecto del castigo (palabras duras por haberse embarazado “a destiempo”) y el gesto de cariño.

Después de esta breve ilustración de la vivencia del parto, en este caso, de la población aymara de la zona Sur de El Alto, queda más que demostrado que esta cultura tiene mucho que aportar a la construcción de modelos de atención intercultural. Sin embargo, no se trata de ensalzar la autosuficiencia y la resistencia al sistema biomédico. Las dicotomías más bien traban las decisiones más efectivas, tomando en cuenta diferentes opciones: la partera que atiende en el servicio de salud, el personal de salud que acude al domicilio, atendiendo o simplemente vigilando, etc. Pues el sistema oficial, biomédico, tiene recursos que en determinadas circunstancias son imprescindibles para proteger la vida. De modo que, por un lado, nos parece una tarea importante sensibilizar sobre la necesidad de dejar de lado políticas y actitudes de imposición del modelo único, para que paulatinamente las decisiones respecto a la atención del parto ya no sean tomadas sobre la base del miedo respecto a las relaciones de dominación. Para este propósito es fundamental que el sistema oficial gane la confianza, para que todas las *wawas* que nazcan en sus establecimientos sean recibidas en un ambiente afectivo y de respeto a los derechos culturales, dándoles la mejor protección a ellas, a sus padres y además valorando positivamente el protagonismo de las mujeres en sus múltiples expresiones.



## Glosario

- Ayni*. Ayuda con carácter de reciprocidad.
- Ajayu*. El *ajayu* es el principal de los ‘espíritus’ que tiene la persona. Está relacionado con la conciencia, con el razonamiento y también con la fuerza vital. El *ajayu* puede salir del cuerpo, por ejemplo, a causa de sustos.
- Mallku*. Autoridad andina.
- Jilakata*. Autoridad andina.
- Jaqi*. Persona socialmente reconocida.
- Yatiri*. Sabio, sacerdote aymara.
- Kulliri*. Curandero, experto en infusiones, hierbas y emplastos, con importantes conocimientos en farmacopea tradicional.
- Kallawaya*. Curandero naturista, especializado en el conocimiento de hierbas, de carácter itinerante que procede de las provincias Muñecas y Bautista Saavedra, en el norte del departamento de La Paz.
- Ch’amakani*. Especialista ritual aymara, que goza de cierta ambigüedad en su desempeño, por cuanto conoce los procedimientos de devolución de maldiciones y los secretos de las elaboraciones ceremoniales del daño.
- Layqa*. Especialista aymara del daño.
- Mama t’alla*. Esposa de la autoridad originaria en ejercicio de cargo.
- Mama tayka*. Sinónimo de *Mama t’alla*.
- Sayaña*. Parcela.
- Larpha*. Enfermedad infantil, cuya causa se origina durante el embarazo, cuando la madre acude a algún velorio o se impresiona por el encuentro súbito con algún animal muerto.
- Kharikbari*. Personaje que saca grasa a las personas con un aparatito que corta o con una jeringa, haciendo adormecer a la víctima.
- Kharsuta*. Persona, víctima del *kharikbari*.
- Kharisiri*. Sinónimo de *kharikbari*.
- Katja*. Enfermedad de la madre o la *wawa* resultante de haber dormido en un lugar maligno que suele agarrar al ánimo, dejando a la persona débil y sin fuerzas.
- Machura*. Insulto para una mujer estéril.
- Chacha q’ullu*. Insulto para un hombre estéril.
- Usur warmi*. Mujer enferma.
- Usuña*. Dar a luz, “desenfermar”.
- Usu*. Enfermedad.
- Chachawarmi*. Hombre/Mujer.
- Thakhi*. Camino, senda.
- Yuqalla*. Muchacho/joven soltero.
- Imilla*. Muchacha/joven soltera.
- Ch’iwi*. Sombra.

## Bibliografía

- Albó, Xavier  
2002 *Iguales aunque diferentes. Hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia*. Cuaderno de Investigación 52. La Paz: Ministerio de Educación, Unicef y Cipca.
- Arnold, Dense; Yapita, Juan de Dios *et al.*  
2002 *Las wawas del Inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. La Paz: ILCA.
- Arnold, Denise; Juan de Dios Yapita; Margarita Tito  
1999 *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*. La Paz: ILCA/FHI.
- Bastien, Joseph W.  
1996 *La montaña del cóndor. Metáfora y ritual en un ayllu andino*. La Paz: HISBOL.
- Burman, Anders  
2011 *Descolonización aymara. Ritual y política. 2006-2010*. La Paz: Plural Editores.
- Carrasco, Ana María  
2007 *Influencias de la Ideología Religiosa en las Significaciones de la Sexualidad en Mujeres Aymaras del Norte de Chile*. Revista de Cultura y Religión. Volumen 1, N° 2, Universidad Arturo Prat, Chile.
- Chuquimia G.  
2006 *Repensando la democracia desde el ayllu*. De la condición democrática en crisis a la idea de comunidad en la política. La Paz: Editorial Independiente.
- Cunningham, Myrna  
2002 *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Programa de Políticas Públicas y Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Dibbits, Ineke  
1994 *Lo que puede el sentimiento. La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*. La Paz: TAHIPAMU.
- Dibbits, Ineke; Pabón, Ximena  
2012 *Granizadas, bautizos y despachos. Aportes al debate sobre el aborto desde la provincia Ingavi*. La Paz: CONEXIÓN Fondo de Emancipación.
- Dibbits, Ineke; Terrazas, Magali  
2003 *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa, El Alto*. La Paz: TAHIPAMU.

Fernández Juárez, Gerardo

2002 *Simbolismo ritual entre los aymaras: mesas y yatiris*. Tesis doctoral. Memoria para optar al grado de doctor. Madrid.

2002 *Aymaras de Bolivia: entre la tradición y el cambio cultural*. Quito: Abya Yala.

2004 *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. Quito: Abya Yala.

2006 *Kharisiris de agosto en el altiplano aymara de Bolivia*. Arica: Chungará, Vol. 38, N° 1.

2008 *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia*. Quito: Abya Yala.

2008 *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia*. Cuadernos de Investigación, N° 70. La Paz: Cipca.

Fernández Juárez, Gerardo (Coord.)

2008 *Salud e interculturalidad. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.

Flores Lizana, José Carlos

2006 "Antropología del cuerpo en la cultura andina quechua". En: *Teología andina. El tejido diverso de la fe indígena*. Tomo II. La Paz: ISEAT, Plural Editores.

Fornet-Betancourt, Raúl

2001 *Transformación intercultural de la filosofía*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer S.A.

Instituto Nacional de Estadística

2008 *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa)*. La Paz: INE.

Lolas Stepke, Fernando

1997 *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*. Santiago: Andrés Bello.

Lozada Pereira, Blithz

2007 *Cosmovisión, historia y política en los Andes*. Maestría en Historias Andinas y Amazónicas. La Paz: Posgrado de la carrera de Historia Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Mayor de San Andrés, Producciones CIMA.

Menéndez, Eduardo

2003 *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. México: CIESAS.

Naciones Unidas

2005 *Los pueblos indígenas de Bolivia: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2001*. Santiago.

Oyarce, A/Ibacache J. et al.

1996 *Reflexiones para una política intercultural en salud*. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Puerto Saavedra, Chile.

- Pederson, Duncan  
1989 *Salud y culturas médicas tradicionales en la América Latina y el Caribe.*  
En: Arinsana N° 4, Cuzco.
- Ramírez, Susana  
2005 *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí.* La Paz: Cooperazione Italiana. Biblioteca de Salud Intercultural.
- Restrepo, Eduardo  
2007 “Identidades: planteamientos teóricos y sugerencias metodológicas para su estudio”. En: Jangwapana N° 5.
- Rösing, Ina  
1990 *Introducción al mundo Callaway. Curación ritual para vencer penas y tristezas.* Estudios Callawayas 1, Cochabamba-La Paz: Los Amigos del Libro.  
2003 *Religión, ritual y vida cotidiana en los Andes: los diez géneros de Amarete.* Madrid: Iberoamericana-Vervuert.
- Ticona, E.; Albó, X.  
1997 *La lucha por el poder comunal, Jesús de Machaca: la marka rebelde.* La Paz: Colección Historia y Documentos (CEDOIN), Cuadernos de Investigación 47 (Cipca).
- Timmer, Hilvert  
2011 *Cosmología andina. Sabiduría indígena boliviana en encuentro con la ciudad.* La Paz: T’ika & Teko.
- Van Kessel, Juan  
2003 *Individuo y religión en los Andes.* Cuadernos de Investigación en Cultura y Tecnología Andina, N° 16, Chile: IECTA.
- Van Kessel, Juan; Condori Cruz, Dionisio  
1992 *Criar la vida: trabajo y tecnología en el mundo andino.* Santiago: Vivarium.
- Quisbert, Máximo; Callisaya, Florencia; Velasco, Pedro  
2006 *Líderes indígenas. Jóvenes aymaras en cargos de responsabilidad comunitaria.* La Paz: PIEB.
- Spedding, Alison  
2005 *Sueños, kharisiris y curanderos.* La Paz: Ed. Mama Huaco.
- Yon, Leau, Carmen  
2000 *Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas.* Lima: Equilibrios.

Ineke Dibbits es pedagoga. Directora del Taller de Historia y Participación de la Mujer – TAHIPAMU. Coordinadora Nacional de la Red Boliviana para la Humanización del Parto y Nacimiento – REBO-HUPAN. Coautora de Granizadas, bautizos y despachos. Aportes al debate sobre el aborto desde la provincia Ingavi. *Serie Estudios e investigaciones 4. CONEXIÓN Fondo de Emancipación, 2012.*; Guía para la atención intercultural de la salud materna. *Ministerio de Salud y Deportes. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz, 2005. tabipamu@accelerate.com*



## CAPÍTULO IV

# “Ahora ya no tienen esa costumbre” Salud, maternidad e interculturalidad en el pueblo ayoreode del oriente boliviano<sup>1</sup>

*Irene Roca Ortiz*

### 1. Introducción

Desde que empezaron a “salir a vivir con los cojñone”<sup>2</sup> en 1948, los ayoreode<sup>3</sup> han experimentado cambios drásticos en todos los aspectos de vida, sin haber logrado hasta ahora un acceso pleno a sus derechos ciudadanos en el Estado boliviano en términos de seguridad social y comprensión sociocultural de sus necesidades en salud. La historia reciente de este pueblo está marcada por la proliferación de enfermedades antes desconocidas, la desestructuración de sus formas *tradicionales*

- 
- 1 Una primera versión de este artículo fue presentada en el seminario Salud Materna e Interculturalidad, organizado por el CIDES-UMSA en Santa Cruz y Sucre en febrero de 2012, en coautoría con Carmen Elena Sanabria. Este trabajo ha sido desarrollado en el marco de dos investigaciones promovidas por la institución Apoyo Para el Campesino-Indígena del Oriente Boliviano (APCOB), gracias al financiamiento de Conexión: Fondo de Emancipación y de la Comunidad Europea, publicadas bajo el título *Pigasipiedie iji yoqijoningai. Aproximaciones a la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia*, Santa Cruz de la Sierra: APCOB, mayo de 2012. La autora del presente artículo ha sido autora de ambos proyectos de investigación, responsable de uno de ellos, coinvestigadora y coordinadora editorial de la publicación.
  - 2 Cojñone hace referencia a los no ayoreode (ver glosario). La expresión en castellano “salir a vivir con los cojñone” es frecuentemente utilizada por los ayoreode para referirse al proceso de contacto.
  - 3 A lo largo del texto haremos uso de los términos en lengua ayoreode uruode: “ayoreode” (masc. pl.), “ayoredie” (fem. pl.), “ayorei” (masc. sg.), “ayoré” (fem. sg.), a fin de nombrar a los pobladores ayoreode en su propia lengua y de acuerdo con los criterios gramaticales de número (singular/plural) y género sexual (femenino/masculino) que establece el idioma. Esta decisión implica el reconocimiento de la singularidad de este pueblo a través de su idioma y nuestro compromiso con el proceso de valorización lingüística del idioma.

de organización y la experiencia cotidiana de la discriminación en razón de su identidad cultural y condición socioeconómica. Actualmente, en las comunidades ayoreode todavía mueren frecuentemente niños y niñas por una diarrea, mujeres que mueren dando a luz y mucha gente que llega a los hospitales urbanos en condiciones críticas, enfrentando una serie de barreras geográficas, económicas y culturales para ser atendidos.

Del conocimiento previo de las urgencias vividas cotidianamente por los ayoreode,<sup>4</sup> un grupo de personas relacionadas con APCOB<sup>5</sup> y con CANOB,<sup>6</sup> planteamos la necesidad de llevar a cabo estas investigaciones. La metodología fue concebida a partir de experiencias previas con el pueblo ayoreode (Nostas y Sanabria, 2009), desde un planteamiento interdisciplinario, intercultural, cualitativo y colaborativo, donde han participado profesionales de las Ciencias Sociales, Ciencias Jurídicas, Salud Pública e investigadoras ayoredie. Desde un enfoque de construcción conjunta de conocimientos, se consideró fundamental la coordinación con la organización matriz CANOB para obtener el consentimiento previo e informado sobre el trabajo, además de incorporar sus sugerencias sobre temas a tratar, actividades y metodología.

Asimismo, se partió de un postulado colaboración con investigadoras ayoredie con quienes se desarrolló una construcción conjunta de conocimientos entre saberes ayoreode y saberes de las Ciencias Sociales. En este proceso utilizamos una combinación de instrumentos cualitativos tales como observación en comunidades y centros de salud, entrevistas, reuniones comunales y talleres reflexivos con grupos estratégicos diferenciados. El trabajo de investigación implicó tres fases centrales, a saber: 1) diseño metodológico e investigación exploratoria, 2) levantamiento de datos y 3) validación de hallazgos y propuestas de intervención. El resultado del conjunto del proceso fue publicado en mayo 2012 (Roca *et al.*, 2012).

---

4 Mi interés por el pueblo ayoreode surgió desde el acercamiento experiencia urbana, en la que suelen ser presentados como íconos de la pobreza y de la marginalidad de mi ciudad natal, en la que yo misma me he sentido marginal. Buscaba renovar mi mirada sobre la ciudad donde nació e ir más allá de una antropología esencialista que describía a los pueblos indígenas únicamente desde lo “tradicional”. Así llegué al pueblo ayoreode, en primer lugar a su situación urbana en Santa Cruz de la Sierra. Acompañando a mujeres trabajadoras sexuales (*cuajajodie*) a los centros de salud, indagando sobre la historia de la ocupación urbana de los ayoreode, conocí la historia del trabajo sexual, de la mendicidad, del inicio de consumo de estupefacientes, que ocurrieron en el mismo momento en el que se realizaban las primeras reuniones interétnicas que propiciarían años más tarde la fundación de CIDOB. En consecuencia, por una suerte de obligación moral que vino del desasosiego de compartir urgencias constantes, llegué a interesarme por el campo salud intercultural y el derecho a la salud, entonces sorprendida de que no se haya realizado casi ninguna acción para mejorar el estado de urgencia permanente en salud que se vive en las comunidades, menos aún por tomar en cuenta sus características culturales y su bagaje histórico.

5 Apoyo Para el Campesino-Indígena del Oriente Boliviano.

6 Central Ayorea Nativa del Oriente Boliviano.

Cabe señalar que a pesar de algunos avances en la generación de evidencia epidemiológica (UAGRM, 2012), las políticas públicas y la incidencia en niveles departamentales y municipales, esta realidad es invisible en las estadísticas vitales que permiten orientar la toma de decisiones. Por otro lado, a pesar de que existe una vasta literatura antropológica<sup>7</sup> sobre el pueblo ayoreode, concentrada en gran parte en describir sus nociones y saberes sobre enfermedad y terapia, estos trabajos se orientan casi exclusivamente a describir y buscar la vigencia de la *cultura tradicional* a través de “etnografías del pasado escritas en tiempo presente” (Bessire, 2010), manteniendo un sesgo esencialista ya que no incorpora en su análisis la situación presente.

El presente capítulo pretende esbozar algunos aspectos centrales de la *situación actual* del derecho a la salud en la población ayoreode de Bolivia, retomando datos y análisis de una investigación recientemente publicada (coord. Roca, 2012). Al hacer esto indagaremos en qué medida el proceso de cambios socioculturales que ha afectado las concepciones, valoraciones y prácticas ayoreode respecto a la salud, la enfermedad, la curación y la maternidad se constituye en un obstáculo para acceder a atención en salud, considerando las relaciones de etnicidad (Barth, 1976) entre ayoreode y cojñone<sup>8</sup> (Roca, 2008).

Para exponer esta situación, partiremos de una contextualización sumaria de la situación del pueblo ayoreode en Bolivia; en segundo lugar, presentaremos aspectos generales sobre las nociones y prácticas en torno a salud, enfermedad y atención resaltando los cambios, recreaciones y rupturas con los saberes *tradicionales*. Finalmente, abordaremos la salud materna a partir de los cuidados y significados de la maternidad, el embarazo y el parto, refiriéndonos a la accesibilidad y preferencias de atención en salud de las mujeres.

## 2. El contexto ayoreode en Bolivia

Los grupos ayoreode han sido caracterizados por ser tradicionalmente nómadas, guerreros, cazadores y recolectores del Chaco septentrional (Sebag, 1965; Fischermann, 1976, 2005 [1988]; Bórmida y Califano, 1987). Entre los más ancestrales pobladores la región, según lo sustentan las fuentes históricas (Combes, 2009),

---

7 Cf. Fischermann (1976, 1988/2005); Bórmida y Califano (1978); Sebag (1965); Bernard-Muñoz (1977); Von Bremen (1987), entre otros. Para mayores detalles, referirse a las bibliografías reportadas por Hans van den Berg (1998) y Alain Fabre (2007).

8 Entendida como “una forma de organización social, basada sobre una atribución de categorías que clasifica a las personas en función de su origen supuesto, y que se valida en el contexto de la interacción social a través de signos culturales socialmente diferenciadores” (Poutignat y Streiff-Fenart, 1995: 154, mi traducción).

los actuales ayoreode han sido conocidos a lo largo de los siglos a través de una infinidad de nombres como *zamuco*, *tamacocis*, *flechas-cortas*, *bárbaros*, entre otros nombres atribuidos. Generalmente reconocido como etnónimo, *ayoreode* es traducido como “gente verdadera” (Fischermann, 1976, 1988/2005 ms.) y por extensión “ser humano”. A los sedentarios mestizos del oriente boliviano los llaman “cojñone”, expresión que es traducida como “sin pensamiento correcto”, “insensato” y por extensión “no ayoreode”.

Se trata de uno de los últimos pueblos indígenas en establecer un contacto permanente con la sociedad boliviana, en un proceso de evangelización y sedentarización que comenzó en 1948 y marcó drásticos cambios en su modo de vida, modificando las concepciones, construcciones y relaciones de género, valoraciones, regulaciones y prácticas de preservación y restauración de salud. Este proceso de cambios radicales tuvo además como consecuencia la aparición de nuevas enfermedades que diezmaron su población en los primeros periodos de contacto permanente, provocando miedo y zozobra en las comunidades (Fischermann, 1976: 112; Riestler & Weber 1994: 289-291; 315-321; Perasso, 1987: 39-40; Roca, 2012). Al mismo tiempo, bajo influencia de la evangelización se abandonaron parcialmente las prácticas de preservación y restauración de la salud, considerándolas opuestas a la fe cristiana.<sup>9</sup> A esto se añade una inserción subalterna dentro de la sociedad nacional, que hasta hace pocos años no reconocía a los pueblos indígenas como titulares de derechos, lo que se traduce todavía en la actualidad en una situación de difícil acceso a medios de subsistencia y una experiencia generalizada de discriminación. Esta socialización subalterna dentro de la sociedad envolvente se traduce entre las jóvenes generaciones en una preocupante tendencia hacia el aumento de las situaciones de trabajo sexual en situación de riesgo y de abuso de consumo de drogas, especialmente entre las comunidades urbanas y periurbanas.

---

9 Cabe señalar que para el pueblo ayoreode, la evangelización acompañó su proceso de “contacto inicial” con la sociedad boliviana, que implicó drásticos cambios en todos los aspectos de su vida. Cabe mencionar que fueron los misioneros católicos y evangélicos los primeros en interesarse a la situación de los entonces llamados “bárbaros”, que eran entonces generalmente exterminados e incluso esclavizados por los cojñone (Roca, 2008). En la actualidad, a pesar de todas las críticas que emiten los ayoreode sobre el rol de la Misión, en su mayoría se declaran cristianos.

**Imagen 1**  
**Primeros periodos en la misión evangélica de Zapocó (1960)**



Foto: gentileza de Lynn Clough.

Antes del proceso de evangelización y sedentarización, los nómadas ayoreode se identificaban como parte de familias extensas de residencia uxorilocal (*jogasui*), agrupadas en bandas locales (*urasade*), que se organizaban en grupos locales autónomos (*gage*) al mando de un capitán (*dacasuté*). Poco antes del inicio del proceso de sedentarización y evangelización, la historia oral cuenta la multiplicación de enfrentamientos entre los diferentes grupos locales, especialmente entre los *Dirreqedejnaigosode* (lit. “la gente del otro día”) y los *Guidaygosode* (lit. “la gente de la aldea”). A pesar de estas relaciones de hostilidad, los diferentes grupos locales se reconocían como hablantes de una misma lengua y descendientes de alguno de los siete *cucherane*, clanes exogámicos de filiación patrilineal: Picaneré (fem.) / Picaneray (masc.), Chiqueno/Chiquenoi, Cutamiño/Cutamurajay, Dosapé/Dosapei, Etacore/Etacori, Nuruminé/Nuruminí.

Hoy en día, los *cucherane* se han convertido en los apellidos propios de los ayoreode. El *jogasui* y los *urasade* mantienen una gran importancia en la organización socioeconómica y política. Por otro lado, el seminomadismo ancestral se mantiene adecuándose a un contexto territorial y económico diferente: se evidencia una alta movilidad entre las diferentes comunidades, motivada tanto

por motivos relacionados al parentesco y alianza, resolución de conflictos y búsqueda de alternativas de vida. Además, los ayoreode han creado nuevas formas de organización y visibilización política, que en Bolivia están representadas por la Central Ayoreo Nativa del Oriente Boliviano (CANOB), fundada en 1987 y parte orgánica del movimiento indígena del oriente boliviano.<sup>10</sup>

Están afiliadas a CANOB 28 comunidades, cuyos representantes forman la Gran Asamblea General del Pueblo Ayoreo, que elige a directorio de CANOB con las siguientes carteras: Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría de Género y Comunicación, Secretaría de Tierra y Territorio, Secretaría de Educación, Secretaría de Salud, Secretaría de Economía y Secretaría de Organización. El directorio de CANOB es elegido por una gestión de cuatro años, a lo largo de los cuales convocan a asambleas consultivas con el objetivo de ratificar y/o cambiar miembros del directorio, y asambleas extraordinarias con objetivo definido para la ocasión. La CANOB está a su vez afiliada a la Central de Pueblos Étnicos de Santa Cruz (CPESC) y la Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente Boliviano (CIDOB). Con las recientes conquistas políticas, el pueblo ayoreode cuenta ahora con una representante en la Asamblea Legislativa Plurinacional (2010) y un representante en la Asamblea Legislativa Departamental (2011).

Las 29 comunidades ayoreode en Bolivia están ubicadas al este del departamento de Santa Cruz, en las provincias Andrés Báñez, Ñuflo de Chávez, Chiquitos y Germán Busch, y alcanzan una población estimada a 2.652<sup>11</sup> personas. En Paraguay existen 2.016 ayoreode (DEGEEC, 2002: 20 sq), lo que hace una población total de 4.668 personas en ambos países. Además, se estima que hay alrededor de 100 personas del grupo *Totobie-gosode* en situación de aislamiento voluntario, que transitan entre Paraguay y Bolivia (UNAP, IA, IWGIA, 2010: 13).

En cuanto a la situación de los ayoreode bolivianos, la que nos interesa en este caso, se trata de una población que mantiene un alto grado de movilidad en 29 comunidades bastante dispersas entre sí. A pesar de una tendencia visible a trasladarse con frecuencia y a establecer nuevas comunidades cerca de las ciudades, se trata todavía de una población principalmente rural: más del 62% de los ayoreode bolivianos vive en alguna de las 19 comunidades rurales.<sup>12</sup> Para ofrecer un panorama general, es posible caracterizar a las comunidades en tres grandes grupos:

---

10 Cabe mencionar que en Paraguay existen dos organizaciones: la Unión de Ayoreos Nativos del Paraguay (UNAP) y la Organización Payipie Ichadie Totobiegosode (OPIT).

11 Relevamiento realizado durante el recorrido por las comunidades entre 2010 y 2011 (APCOB, CANOB, Conexión).

12 Estos datos de población son brindados como referencia, a partir del levantamiento de datos realizado en la investigación publicada (*op. cit.*). Sin embargo, aspectos de contexto pueden hacer variar radicalmente la población de una comunidad, como por ejemplo el inicio de actividades de manejo forestal, oportunidades de trabajo, conflictos internos o desastres naturales como inundaciones, u otros.

**Imagen 2**

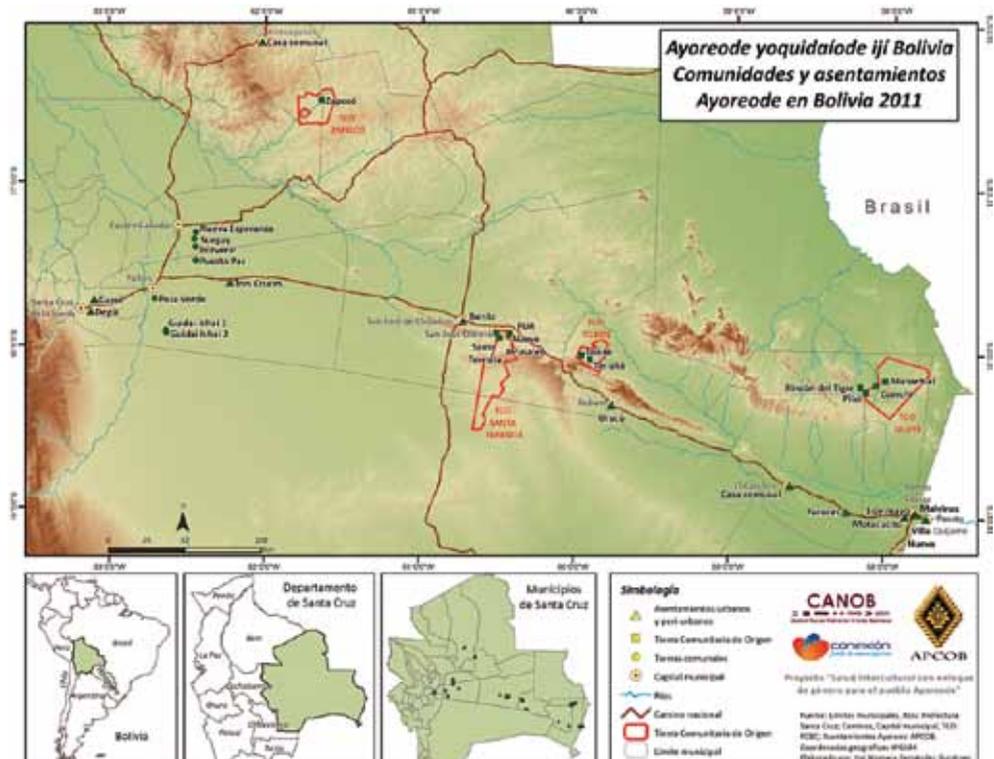
**Directorio de la Central Ayorea Nativa del Oriente Boliviano (CANOB), mayo de 2012**



De izquierda a derecha: Rubén Picaneray (vicepresidente), Chugupei Nurumini (Strio. Organización), Andrés Chiqueno (Strio. Educación), Arturo Chiqueno (Presidente), Manuel Chiqueno (Strio. Economía), Rebeca Chiqueno (Stria. De Género y Comunicación). Foto: Irene Roca Ortiz.

**Mapa1**

**Comunidades Ayoreode en Bolivia**



Fuente: APCOB, CANOB, Conexión, 2011.

1. *Comunidades con territorios extensos en medio rurales remotos.* Se trata de las cuatro Tierras Comunitarias de Origen (TCO) tituladas en favor del pueblo ayoreode, que fueron inicialmente establecimientos misionales donde fueron evangelizados, a saber: Zapocó, Tobité, Rincón del Tigre-Guayé y Santa Teresita. Estos territorios extensos brindan la oportunidad de un manejo de recursos naturales, tanto de usos tradicionales todavía vigentes (recolección de garabatá y miel, cacería y horticultura), como de aprovechamiento sostenible de madera. Sin embargo, hasta ahora sólo la TCO Zapocó ha implementado un programa de gestión territorial que le ha permitido obtener beneficios para su autogestión a través del manejo forestal sostenible.
2. *Comunidades rurales en zona agroindustrial.* Se trata de las comunidades que están principalmente ubicadas en los municipios de Pailón y Cuatro Cañadas: Poza Verde, Puesto Paz, Porvenir, Nueva Esperanza, Suegay, Guidai Ichai 1, Guidai Ichai 2 y Tres Cruces. Estas comunidades cuentan con territorios que les permiten desarrollar una pequeña agricultura y suelen ir en excursiones de caza en la zona, fuera del territorio. Inmersas en una zona de expansión agroindustrial, principalmente sojera y menonita, estas comunidades sienten mucha presión sobre sus ecológica sobre sus territorios pues la agroindustria utiliza importantes cantidades de químicos que son muchas veces rociados en avioneta. Fruto de la especulación agroindustrial, las comunidades ayoreode suelen alquilar parte de sus terrenos en favor de menonitas y colonos, a quienes también venden su mano de obra para hacer potreros, enmallados y alambrados.
3. *Comunidades urbanas y periurbanas.* Poco después del establecimiento de misiones cristianas destinadas a evangelizar y sedentarizar a los ayoreode, éstos fueron saliendo a explorar el mundo circundante, llegando hasta la ciudad de Santa Cruz de la Sierra y a las capitales de provincia desde la década de 1950. Esta tendencia a establecer asentamientos en zonas urbanas y periurbanas se amplificó a lo largo del tiempo, a pesar de todos los esfuerzos llevados a cabo por los misioneros y las autoridades públicas.<sup>13</sup>

Actualmente existen asentamientos ayoreode en todas las ciudades cercanas a sus comunidades rurales: Santa Cruz de la Sierra (Barrio Bolívar y Garai), Concepción (Casa Comunal), San José de Chiquitos (Barrio), Carmen Rivero Tórrez (Casa Comunal), Puerto Suárez (Malvinas y 3 de Mayo), Puerto Quijarro (Villa

---

13 Cabe destacar la persecución que sufrieron los ayoreode en la ciudad de Santa Cruz a fines de la década de los 70, cuando se ordenó impedir su acceso a la ciudad. Fruto de ello se crearía en 1979, con el apoyo de APCOB, la Casa del Campesino, que sirvió como alojamiento temporal y luego se constituiría en la sede del emergente movimiento indígena del oriente boliviano. Para más información sobre el proceso de relocalizaciones progresivas de los ayoreode urbanos, ver Roca 2007, 2008.

Nueva), Roboré (Urucú); además de asentamientos periurbanos en las localidades de Yacuses y en Motacucito, cercanas a Puerto Suárez.

En cuanto al acceso a servicios básicos, se constata que la mayoría de las comunidades no dispone de un acceso a agua potable y segura: sólo ocho comunidades cuentan con servicio de agua corriente, mientras 16 poseen bombas eléctricas o manuales que extraen agua sin ningún proceso de saneamiento y en cinco de las comunidades más remotas las únicas fuentes de agua son los ríos y ojos de agua, cuya calidad empeora notablemente en el tiempo seco. En cuanto al acceso a educación, se revela también una situación dramática de exclusión: menos del 1% de esta población tan reducida ha llegado al bachillerato, de los cuales sólo tres personas han recibido formación como auxiliares de enfermería.

Por sus características de asentamiento disperso y su frecuente movilidad entre comunidades, son percibidos como una población difícil de atender y de comprender. Sin embargo, existe una situación de alta vulnerabilidad que puede llegar a su desaparición como pueblo a mediano plazo: en 2005 la CANOB estimaba su población en 4.000 personas, entre los años 2010 y 2011 nuestro recorrido revela aproximadamente 2.652 habitantes, lo que sugiere una disminución de casi el 34% de su población en seis años.

Todo esto expone una situación donde los derechos humanos de los ayoreode son frecuentemente vulnerados, en un escenario complejo que es necesario abordar a diversos niveles. En este caso, nos ocupamos del tema de la salud materna sin desconocer que nos encontramos ante un problema de carácter estructural, que se entrecruza con otros factores socioeconómicos como el acceso a mejores condiciones de vida, empleo e ingreso, servicios básicos, educación, entre otros aspectos.

### 3. Concepciones sobre salud y enfermedad: cambios y ecos del pasado

Durante la vida en *érami nanique* (“el mundo de antes”), los ayoreode desarrollaron una serie de regulaciones bastante sofisticadas que cubrían todos los aspectos de la vida, basados en un conjunto de relatos míticos que expresaban las enseñanzas de los antepasados *jmani’bajade* y *cheque’bajedie* (literalmente: “Los primeros hombres y las primeras mujeres”). Todas las concepciones y prácticas relacionadas a la salud, la enfermedad y la curación, formaban parte de la visión del mundo legada por los antepasados que se expresaba en un conjunto de relatos de relatos y enseñanzas conocidos generalmente como *sarode adode*.

Casi todos estos relatos tienen la misma estructura: se sitúan en un tiempo originario donde todos los seres, las cosas y los atributos eran ayoreode, tiempo en el que sucede una serie de eventos, generalmente negativos, llega a un momento clímax en que deciden “deshacerse” y tomar su forma actual. En ese momento enuncian sus *puyade* (“tabúes, prohibiciones”), las consecuencias de la infracción

y el *sarode* que ayudará a curar esa infracción (Fischermann, 1988/2005; Bórmida y Califano, 1973; Bessire, 2010).

Los relatos *sarode adode* se basaban en la suposición metalingüística de que las palabras tienen, bajo ciertas condiciones específicas, un poder *performativo* (Austin, 1962; Brenneis & Myers, 1984, citado en Bessire, 2010: 75). Por el poder potencial atribuido a las palabras, su relato estaba sometido a una serie de regulaciones. Un *sarode* mal recitado, o recitado fuera de contexto, podía ocasionar efectos nefastos sobre la persona o sobre el grupo. Por ejemplo, el *sarode* para curar la picada de las víboras, si era relatado fuera del contexto necesario, podía tener como efecto, al contrario, que las víboras aparezcan y piquen a la gente en la comunidad. Otra característica de los *sarode* es que se apoyan en la fuerza intangible relacionada a las características de los seres que evocan: así por ejemplo, el *sarode* de anguila (ver testimonio en cuadro), por ser resbalosa, es utilizado para ayudar al parto. También se puede citar el *sarode* de *jotó*, la lechuga de agua, considerada un principio frío que es eficaz para tratar enfermedades calientes, como la fiebre y el enojo.

**Recuadro 1**  
**Peracai habla sobre el Sarode de Tosoi (anguila)**

Les voy a contar una historia sobre anguila y también la historia de sarode, que es importante para dar a luz. Si no se le cuenta esa historia de la anguila a una mujer que está en parto, no va dar luz. Porque la anguila es resbalosa y el niño tiene que ser resbaloso también para nacer. Dice así:

Yo soy la anguila... (repite cuatro veces)  
Estoy con mucha sed... (repite cuatro veces)  
Y hago jua, jua, jua, jua (repite dos veces, onomatopeya de movimiento)

Cuando tenían que soplar a una mujer, cuando estaba con los dolores del parto, les soplaban en la parte de las costillas los antepasados.

Decían soy la embarazada... (repite cuatro veces)  
estoy con mucha sed... (repite cuatro veces)  
hago jua, jua, jua, jua...

(Peracai Posorajai, comunidad Tres Cruces, 2010).

De acuerdo a este sistema, podemos considerar que uno de los aspectos centrales del sistema de salud *tradicional* de los ayoreode refería a la existencia de una serie de regulaciones de carácter preventivo, conocidas como *cucha puyade*, cuya infracción era considerada una de las principales causas de enfermedad. Los *cucha puyade* implican indicaciones bastante sofisticadas sobre todos los aspectos de la vida, indicando formas de relacionarse con el entorno. Gran parte de los *cucha puyade* o *puyaque* estaban relacionados a la alimentación y distinguían además aspectos de género, generación y periodos de vigencia. Dichas regulaciones afectaban de forma

especial a hombres y mujeres en edad reproductiva y perdían su vigencia al final de ese periodo, de manera que ancianos y ancianas no estaban sujetos a su cumplimiento. Los *puyade* además tenían mayor fuerza para las mujeres, especialmente para las embarazadas, que debían observar múltiples observaciones de comportamiento.

Entonces, antes del proceso de evangelización se reconocían como *causales de enfermedad* la infracción de los *cucha puyade*, el consumo de alimentos en mal estado, el contagio desde otro campamento, el daño intencional o el ingreso a lugares donde habían enfermedades.

Con fines preventivos y curativos, podríamos decir que los ayoreode conocían dos tipos de “agentes de salud”: por un lado, las *daijnenie* o los *daijnapode* (chamanes) que tenían, gracias al *pujopíe*, una conexión con el mundo de los antepasados *jnani’bajade* y *cheque’bajedie*, que les daba el poder de premonición e influjo sobre la naturaleza. Entre sus poderes se mencionan la capacidad de prevenir la llegada de enfermedades a la comunidad, la posibilidad de procurar alimentos y agua en tiempos de sequía y, sobre todo, la capacidad de extraer la enfermedad a través de técnicas de succión (*chigase*) y chupado (*chucú*) (Sebag, 1965; Califano, 1987; Fischermann, 1988/2005). Por otro lado, las personas conocedoras de *sarode* utilizaban las técnicas del soplado (*chubuchbu*) o “santiguado” (*tarejá*) con fines preventivos, propiciatorios y terapéuticos. Las conocedoras de *sarode* podían o no ser especializadas, en caso de ser especializadas eran denominadas *igasité* (*fem.*) o *igasitai* (*masc.*) (Bessire, 2010). Estos agentes de salud tenían un poder ambivalente, con posibilidad de curar o de dañar, tanto voluntariamente como por inadvertencia, por un uso inadecuado de las palabras poderosas, como veremos más adelante.

### Imagen 3

Samane Etacore soplando un sarode. Extraído de “Asking Ayahai”



Foto: Bessire, 2004.

El sistema de salud tradicional fue perdiendo vigencia progresivamente por influencia de la evangelización que erigió al sistema biomédico como el único legítimo. Esto ha marcado rupturas y continuidades en las nociones de salud, enfermedad, vida y muerte que refieren actualmente los ayoreode. Las rupturas dan cuenta de prácticas que se han perdido, como las técnicas de curación por succión, ya que los últimos *daijnane* han muerto. Los *sarode adode* siguen parcialmente vigentes, pero cada vez existen menos personas que conocen relatos de palabras poderosas y son cada vez menos utilizadas para aliviar enfermedades. Además, la mayoría de las regulaciones *puyade* ya no se practican, aunque estén presentes en la memoria histórica, especialmente las que pautaban la alimentación.

Cabe señalar que las regulaciones alimentarias tienen pocas posibilidades de mantenerse en el contexto actual, dadas las oportunidades cada vez más reducidas de procurarse alimentos tradicionales del bosque y la influencia de los hábitos de consumo de la sociedad envolvente<sup>14</sup> en las preferencias alimenticias actuales de los ayoreode. Además, los *puyade* entran en conflicto y contradicción con los valores inculcados por la fe cristiana, ya que están directamente relacionados con la cosmovisión ancestral. En este sentido, resalta una especie de conflicto de valores que hace más compleja la toma de decisiones sobre estas regulaciones, que son a la vez recordadas y atribuidas como causa de enfermedad, pero son muy poco respetadas en la práctica.

A pesar de las rupturas y cambios drásticos que han afectado la forma en que los ayoreode comprenden y enfrentan los procesos de salud y enfermedad, también existen continuidades con las nociones ancestrales. La noción de salud en el pueblo ayoreode mantiene un concepto holístico vinculado a conceptos como *pijoningai* (“bienestar, alegría”), *etotiguei* (“fuerza”) y *uajatigai* (“resistencia”), a niveles individuales, familiares y grupales. Diferentes expresiones sobre el bienestar se refieren a estas tres características: *etoque yú* (“estoy fuerte”), o incluso *guebé yú* (“estoy como un fierro”), *yiasé yú* (“estoy alegre”), *uajate yú* (“estoy resistente”). Inversamente, los estados de enfermedad refieren a las preocupaciones y a la incapacidad de cumplir roles útiles para el grupo: *nusieté yú* (“estoy preocupado/a, triste”), *ganaique yú* (“no sirvo”).

Las concepciones actuales sobre las enfermedades incluyen también factores físicos y espirituales, es decir, que se relacionan con el estilo de vida y los valores morales, revelando todavía la influencia de la cosmovisión ancestral, así como del cristianismo y de las otras culturas con las que conviven. Son consideradas causales de enfermedad la mala alimentación, los “vicios”, la infracción de *puyade* alimentarios u otros, la vida alejada de la Palabra de Dios, el daño intencional

14 Que tienen también una connotación simbólica que otorga prestigio.

(“brujería”), el deterioro físico-biológico, las variaciones de temperatura corporal y desequilibrios emocionales como el miedo y las preocupaciones.

Como mencionábamos en la introducción, la historia reciente de la vida del pueblo ayoreode en *Cojñone ore gai* (“el mundo de los cojñone”) está marcada por la proliferación de enfermedades antes desconocidas, que constituyen una de las principales preocupaciones cotidianas en las comunidades, lo que se convierte en el tema de conversación más recurrente entre las diferentes comunidades dispersas, que se comunican a través de celular y de radio transmisión de banda corta, cruzando las fronteras bolivianas hasta el Chaco paraguayo (cf. Bessire, 2010). ¿Quiénes están enfermos?, ¿cómo les está yendo con su enfermedad?, ¿les ayudan los medicamentos y las oraciones?, son preguntas frecuentes en las comunicaciones a distancia, donde se manifiesta la solidaridad a través de oraciones y consejos, como también de promesas de envío de dinero o medicamentos.

En nuestro recorrido por las comunidades, la gente nos ha contado las principales enfermedades que les afectan, las más comunes en todas las comunidades y todos los grupos generacionales son la *ducujedie* (tos), *ducosí* (fiebre) y *pajé bayade* (diarrea, lit. “turbión en la barriga”), *doichugué* (lit. “picazón”), *pimataque dosode* (dolor de muelas) y parasitosis intestinales (*bichodea*). Son enfermedades comunes que suelen ser leves cuando duran pocos días, pero son potencialmente peligrosas e incluso mortales si llegan a cuadros severos.

Entre las enfermedades consideradas graves, los testimonios dan cuenta del impacto de la tuberculosis, la diabetes y los problemas cardiovasculares, particularmente la hipertensión. Entre las mujeres se escucha con bastante frecuencia casos de cáncer cérvico-uterino identificados tardíamente, que generalmente no reciben tratamiento y desencadenan en muertes anunciadas, a veces interpretadas como daños intencionales por “brujería”.

En este contexto de recientes cambios socioculturales, una de las ideas más mencionadas es que “las enfermedades vienen de los cojñone” (*cojñone ujatiode*). En este sentido, además de aspectos físicos y morales, las nociones de salud tienen implicancias políticas. En un mundo que los ayoreode perciben como ajeno, perteneciente a los cojñone, lo que:

...parece sugerir en bajorrelieve una crítica fuerte a la situación de colonialismo interno, rechazando de apropiarse algo que los está dañando. Sin embargo, es un discurso que todavía queda insuficiente para constituirse en una demanda o en una estrategia de prevención. *Cojñone ujatiode* parece revelar también la falta de conocimientos para comprender estas enfermedades, la desconfianza que se tienen generalmente a las informaciones dadas rápidamente por el personal de salud o de proyectos (Roca *et al.*, 2012: 178).

La tristeza y la desolación causadas por las “enfermedades de los cojñone” en los primeros momentos de relacionamiento con la sociedad nacional todavía se

ven plasmadas en la literatura oral de los ayoreode, como lo ilustra esta canción (*iñecade / uyacade*) grabada en la comunidad Motacusito en octubre de 2010:

Mi nieto, calla un poco,  
 Voy a llorar con mi hijo  
 Ustedes están haciéndome llorar como hijo...  
 Cómo esta enfermedad de los cojñone hace sufrir a mi hijo...  
 Fuera lindo que viviera un hombre sabio para que  
 Cure a mi hijo, el único en el que tenía fe para que  
 Sane a mi hijo...  
 Ay, nuera mía, ojalá no estuviera  
 Sola mi nuera entre medio de la gente...  
 Ay enfermedad maldita que hace sufrir a mi hijo...  
 Ay hijo mío que sufre de enfermedad...  
 Cuando estaba sano el me decía:  
 “Aquí está el Oso Bandera para comer”  
 (Cantada por Chaquipei Dosapei)

Las diferentes interpretaciones sobre las causas posibles que predisponen a la enfermedad coexisten frecuentemente en una misma persona y se traducen en estrategias diversas a nivel de atención de los padecimientos, en lo que es conocido como pluralismo médico y/o asistencial.<sup>15</sup> En ese sentido, los ayoreode actualmente utilizan de forma alternativa o simultánea diferentes formas de atención en salud, que articulan tanto la autoatención, las medicinas tradicionales y la biomedicina. Cabe resaltar que es en el sector biomédico donde encuentran mayores dificultades de relacionamiento y barreras de acceso a atención en salud.

---

15 Definido por Menéndez como “la capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente, y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos” (Menéndez, 1994: 20). Aquí referimos rápidamente la clasificación propuesta por Kleinmann (1980: 50 sqq.) y ampliamente enriquecida por otros autores (Haro, 2000; Perdiguero, 2006; Citarella, 2009), que distingue tres grandes grupos: el sector popular o sincrético, también conocido como autoatención; el sector de la medicina occidental, llamada también profesional, convencional o biomédica, que se constituye además el “modelo médico hegemónico” conceptualizado por Menéndez (1992, 2003, 2005); y el sector de las medicinas tradicionales, indígenas y alternativas. Estos diferentes sectores, que incluyen múltiples subsectores o formas de atención de los padecimientos, constituyen en su conjunto el sistema de atención en salud.

**Imagen 4**

**Orone Dosapei cantando en la comunidad Corechi (TCO Guayé, 2010)**



Foto: Archivo APCOB.

### 3.1. Relacionamiento con el personal de salud biomédico

Como mencionábamos al principio, el relacionamiento de los ayoreode con el personal de salud biomédico está marcado por experiencias negativas. Históricamente, existen amplios antecedentes de hostilidad y malentendidos entre los ayoreode y los coñone, tanto por los enfrentamientos guerreros anteriores a la evangelización como después, por múltiples vivencias de discriminación y maltrato en su relacionamiento con la población en general, que ha construido sobre los ayoreode una serie de estereotipos negativos que los asocian como “salvajes”, “bárbaros”, “foco de infecciones”, “sucios”, “mendigos”, etc. (Roca, 2008). Estos antecedentes de discriminación se revelan también muchas veces en la relación con el personal de salud.

Los ayoreode enfrentan una serie de barreras para acceder a los servicios de salud, que evidencian el abandono de parte del Estado hacia esta población.

- **Barreras geográficas:** la mayoría de las comunidades está a más de 5 km de un centro de salud, sólo 4 de 29 comunidades cuentan con posta en funcionamiento.
- **Barreras culturales:** relacionadas al uso privilegiado de su idioma, las dificultades de acceso a documentos de identidad personal, la falta de acceso

a información cultural y lingüísticamente adecuada, y la discriminación en razón de su identidad indígena y la situación de pobreza.

- **Barreras económicas:** marcadas por la situación de pobreza y la importancia de los gastos de bolsillo catastróficos para la economía de las familias.

Una de las características principales del relacionamiento con el sector salud es la búsqueda tardía de atención, que generalmente agrava los cuadros de enfermedad y los costos a pagar por la atención. En este sentido, sugerimos que las diferentes barreras de atención se interrelacionan entre sí, generando y reproduciendo exclusión. La predominancia de una u otra barrera depende del contexto específico, de cada caso, de cada comunidad y de cada red de parentesco. Así lo han evidenciado las entrevistas y las reuniones comunales, donde según el contexto referían con mayor énfasis a una u otra dimensión de la accesibilidad en salud.

En términos globales, si bien la experiencia de discriminación y de falta de recursos económicos es bastante generalizada en las comunidades, las barreras relacionadas al idioma, al acceso de documentos de identidad y a la distancia de los servicios tienen mayor o menor importancia según el contexto. Así, por ejemplo, miembros de la OTB de la comunidad Suegay nos dijeron: “Lo que a nosotros nos estorba es nuestra pobreza, porque aquí cerca hay hospital, pero no siempre hay plata para pagar”. En la misma línea, una mujer adulta en la comunidad Motacucito nos expresaba lo siguiente:

El idioma ya no es tan importante porque ya los abuelos algunos ya entienden castellano, claro que no escriben pero por lo menos entienden ya algunas cosas y bueno, todos de aquí, ya hasta el (más viejito) habla castellano..., bien habla y entiende. El problema es platita nomás pa' cuidar su salud, sobre todo es eso, la platita que hace falta (mujer adulta chiqueno, comunidad Motacucito, 2011).

El peso de las barreras económicas no es reciente, ya que se encuentra reflejado en entrevistas antiguas disponibles en el archivo de APCOB, como lo expresaba Sujnai Dosapei en la década de los 90:

Por las enfermedades actuales nos afligimos mucho, porque en nuestra comunidad no hay médicos o doctores nacionales para recetar medicinas y comprar remedios. Así que no puede ser que cada persona tenga que buscar su propio médico, tiene que ser nuestro dirigente porque ellos están para hacer estos trabajos. De vez en cuando la Misión nos trae médicos de Puerto Suárez, para que ellos nos atiendan, allí en la comunidad hay remedios para los verdaderos enfermos, digo esto porque hay personas que compran remedios para revender en otras comunidades, por ejemplo, como los chiquitanos. Las enfermedades que nos atacan son: reumatismo, parásitos, tuberculosis y otras más. Hay remedios en la Misión, pero si no tenemos dinero para comprar la enfermedad va haciéndose más grave, el enfermo empeora y muchas veces muere. *No veo la diferencia de la salud antigua de la actual, porque habían muchos*

*que no se enfermaban pero morían por los enfrentamientos, y actualmente niños y mayores de edad mueren por las enfermedades que existen, además somos pobres* (Sujnái Dosapei. En: APCOB, 1993: 35-36).

Múltiples relatos recopilados entre 2010 y 2011 dan cuenta de la importancia de las barreras de índole económica, que obstaculizan el acceso a atención en salud y que se relacionan también con la limitada adherencia a los tratamientos.

Llegamos a Santa Cruz por motivo de enfermedad cuando yo me enfermé, mi hija no conocía a nadie cuando me operaron los médicos, y ella lloró por mí y yo dije tal vez ella sabe que tengo una enfermedad grave es por eso que ella llora. Fue hasta que yo le pregunté a ella, le dije: “¿Por qué lloras?”. Ella me respondió: “*Yo lloro porque tu receta cuesta muy caro*”, y yo le respondí: “*¿Por qué lloras?, compra lo que alcance tu plata y no llores*” (Mujer adulta picaneré, Casa Comunal de Concepción).

Además de la dificultad para soportar el gasto de bolsillo que implica la atención en salud, resalta la poca capacidad resolutive de los servicios, que operan dentro de los cálculos que realizan las personas del pueblo ayoreode para conseguir el apoyo económico requerido. Así, por ejemplo, el presidente de CANOB, Arturo Chiqueno mencionó en un taller de validación en octubre de 2011: “La gente se asusta del precio de los remedios *y compra calmantes para que hagan pasar. No les gusta seguir el tratamiento de 15 días, de 20 días, también tenemos que ver por qué...* lo que pasa es que no confían en lo que dice el médico, pienso que en realidad tienen que hacer dos consultas porque un solo médico no garantiza... Siempre fallan los médicos”.

Esta combinación de barreras de acceso geográfico, económico y de baja capacidad resolutive de los servicios es más tenaz para las personas que viven en comunidades rurales remotas, que muchas veces no cuentan con medios de transporte propios ni medios de radiocomunicación para pedir ayuda, como es el caso de la TCO Tobité. Así lo ilustra el caso de una mujer adulta, diabética, cuya pequeña herida –fruto de una expedición cotidiana para sacar palmito– se transformó en más de un mes de peregrinaciones en busca de atención en salud y de apoyo económico:

Al principio yo fui a sacar palmito acompañada de mi hija, saqué un palmito y volví por otro. Ahí fue cuando me salió una ampolla en la mano y la reventé. La reventé con una espina de totaí, pero nunca se secó. Al día siguiente ya vi que tenía un hueco profundo después se hinchó todo el brazo y ahí mi papá preparó una hierba moliendo una hoja de un árbol que no sé cómo se llama. Me lo puso en el brazo y no se mejoró, aquí fue donde me lo puso (apunta al brazo). Posteriormente mi papá fue a lo de don Abraham y volvió con una ampolla de diclofenaco que le dio doña Ruth, me la colocaron pero aun así no mejoró. Después vino uno de nuestros vecinos que iba a Chochís y se ofreció a llevarnos hasta allá porque mi brazo no se mejoró después del diclofenaco. En el camino se arruinó el tractor y no podía aguantar el calor, ya no podía caminar

por las subidas, por poco me desmayaba pero llegamos a Chochís y de ahí nos fuimos a Roboré. Ahí me colocaron algo, pero no me hizo nada; entonces buscamos otro hospital que es el del doctor Condori (...). Ahí fue donde me internaron y me operaron dos veces para poder sacarle todo el pus que tenía, así estuve una semana internada. Aun así no me curé, se siguió hinchando y todo era pus. (...) El médico me dijo que ya no podía hacer nada, que tenía que ir a Santa Cruz porque tenía gangrenas y por el calor es que se agravó el caso y lo mismo me decían los otros cambas. El doctor escribió una orden y con eso íbamos directamente al Hospital San Juan de Dios, pero no pudimos salir porque era feriado. Mi hija habló con Gina (de CANOB) que está en Santa Cruz y le contó de mi situación, entonces le dijo que tenía los recursos para los enfermos, así que nos fuimos; pero al llegar nos dijeron que no era así, aun así nos quedamos nomás en la CANOB. Suby ya no sabía qué hacer para ayudarme y se preocupaba mucho por mí, entonces decía que iba a llevarme a la Caja Petrolera. Él podía ayudarme pero necesitaba el apoyo de otra persona porque él trabaja y no podía llevarme de aquí para allá, entonces vino Sharon, una mujer, ella me llevó al doctor Plácido. Al llegar ahí nos mandó de vuelta al San Juan de Dios porque con esta enfermedad a uno nomás le queda amputarle el miembro. Fuimos ahí rápido y me internaron cuanto antes, lo que pasa es que soy diabética y por eso es que mi herida se transformó en esta enfermedad (mujer adulta chiqueno, comunidad Tobité).

Finalmente, es importante mencionar la fuerte discriminación que afecta al pueblo ayoreode, quizás mucho más que a otros pueblos indígenas, con quienes también mantienen relaciones conflictivas. La estigmatización que sufren en la vida diaria en sus relaciones con los cojñone se reproduce y se mantiene en la relación con los servicios de salud. En este sentido, es importante el testimonio de Rocío Picaneré, investigadora del proyecto y auxiliar de enfermería, que ha presenciado múltiples casos de discriminación:

*Es verdad que nosotros lo ayoreode no somos nada para los médicos. Yo creo que los cojñone creen que todavía somos los salvajes. Una vez llegamos a Tres Cruces, Alex y yo nos hemos escondido de los doctores porque la hija de Yuri me conoce, yo le decía a la hija de Yuri: “No me vas a hablar, porque tu mamá viene acá al médico”, ella recién había tenido su hijo. Ella llegó y el médico le decía que no había medicamentos para ellos, pero yo sé cómo es la forma de los médicos porque yo he estudiado, ella tenía que recibir del SUMI porque era recién operada por su bebé. Yo le decía a ella: “Andá allá y decile al médico que tú estás cubierta por el SUMI”, porque ella había tenido su hijo hace tres días. Y ella fue al médico pero el médico le hizo receta y la mandó a una farmacia diciendo: “Andá allá y comprá esos medicamentos”. Vino la chica y nos dijo: “Esta receta no está en el SUMI y me manda a que yo vaya a comprar a esa farmacia”. Yo le acompañé a la farmacia, yo estoy viva todavía y le digo a la cojñone: “¿De quién es esta farmacia?”, y ella me dijo: “Es del médico que las atendió a ustedes”, y me fui otra vez al médico y me enojé con él. Le dije al doctor: “¿Por qué usted le mandó a esta señora a su farmacia?” Había un trapo ahí tapando los medicamentos y yo lo jalé con mi mano y le dije: “Mire, los medicamentos que están en esta receta están aquí y ¿por*

qué usted la manda a su farmacia?”. Pero *antes de que él sepa que yo soy ayoreo, yo hablé con el doctor y le pregunté: “¿Usted conoce a los ayoreos de tres cruces?”. Él dice: “Sí, los ayoreos están ahí, pero ellos no se bañan”, y habló feo de ellos.* Yo todavía no le iba a comentar a él, pero la chica apareció de repente y me habló en nuestro idioma, la chica me habló, me abrazó y el doctor nos miró. Entonces yo le dije al doctor: *“Olvidate de lo que has hablado de los ayoreos, yo también soy ayoreo, porque esa discriminación que usted hace a mí también me afecta, puede ser que yo haga una denuncia contra usted y entonces usted pierde, porque eso es una discriminación. No te olvides que nosotros tenemos los mismos derechos que ustedes los cambas, si usted atiende a otros pacientes nosotros los ayoreos tenemos el mismo derecho de ser atendidos”.* Por eso tengo tanto deseo de que la carta sea aprobada y nosotros los ayoreos ya no seamos cómo antes, para buscar la manera cómo salir adelante, para que dejemos de ser nadie ante los cojñone. Por eso pongan ustedes sus ideas, qué es lo que piensan ustedes... (Rocío Picaneré, reunión extraordinaria sobre el derecho a la salud intercultural con enfoque de género para el pueblo ayoreo - Payipie omenie ome pijoningai ome uaque jnense, octubre de 2011).

#### 4. Maternidad, embarazo y parto

Para la mujer ayoreo, la maternidad ha estado y continúa revestida de significados que inciden en los mandatos y roles de género, como lo han evidenciado autoras como Suasnábar (1995), Nostas y Sanabria (2012). Actualmente, en continuidad con mandatos de género *tradicionales*, la mujer que asume una pareja estable con la maternidad se ve limitada también en su libertad de relacionarse con personas solteras del sexo opuesto y con mujeres solteras.<sup>16</sup> La maternidad, en este sentido, también oficializa la unión estable de una pareja (“matrimonio es tener un hijo”) y otorga el estatus de adulta (*cheque*) a la mujer. De manera que se valora la capacidad reproductiva dentro de la vida en pareja, el “tener hijos sin padre” es una situación considerada negativa, que es frecuentemente sancionada por dar el bebé en adopción. Igualmente, en la actualidad, una mujer sin hijos es considerada “sin sabor” y generalmente se busca compensar la situación mediante la adopción.

En la *tradicional* en “el monte”, permitir la gestación no implicaba asumir la maternidad, ya que existía una serie de regulaciones que indicaban cuándo debía aceptarse la descendencia o proceder al “entierro” de la criatura recién nacida (cf. Nostas y Sanabria, 2009). De acuerdo con los testimonios, se consideraba obligatorio el entierro del recién nacido primogénito, de mellizos, de “hijos sin

16 Sin entrar en el debate de la supuesta condición igualitaria entre los géneros y las personas dentro del pueblo ayoreo, es importante rescatar el análisis realizado por Nostas y Sanabria (2009), que resalta el drástico cambio que existía anteriormente y se mantiene ahora en los mandatos de género hacia las mujeres ayoreo. En este sentido, es posible afirmar que tanto en la “vida de antes” como “en los días de hoy”, las relaciones de género dentro de la cultura ayoreo se caracterizan por cierta igualdad en algunas esferas y desigualdad en otras. Estas jerarquías también están mediadas por las relaciones entre clanes y la importancia de la familia extensa.

padre”, con defectos visibles, etc., buscando dar respuestas a diversas realidades de contexto como el mantenimiento de una vida nómada, condiciones climáticas/estacionales del Gran Chaco, enfrentamientos internos, etc. (Fischermann, 2005: 81; Suasnábar, 1995; Nostas y Sanabria, 2009: 120). Cabe recalcar que desde la concepción ayoreode, el recién nacido no cuenta con las dos esencias vitales (*oregaté* y *ayipie*) necesarias para “ser persona”, de manera que el “entierro” no era considerado un homicidio.

La acción de misioneros evangélicos otorgó especial importancia a atacar esta práctica, de tal manera que hoy en día todas las mujeres ayoredie dicen que “los hijos son una bendición de Dios”.

**Imagen 5**  
**Familia ayoredie en los primeros momentos de contacto**



Foto: Archivo New Tribes Mission, gentileza de Todd Wyma.

#### **4.1. Cuidados en el embarazo**

En la actualidad, mujeres y hombres ayoreode dan testimonios de prácticas de cuidado durante el embarazo que expresan cierta continuidad cultural, así como también la introducción de nuevos cuidados como los controles prenatales y algunos reacomodos en la distribución de tareas en el hogar, en vistas de alivianar la carga de la mujer embarazada (cf. Sanabria, 2012).

Entre las concepciones y prácticas relacionadas a la cultura *tradicional*, todavía recuerdan las “cosas peligrosas y prohibidas” (*puyaque*) relacionadas al embarazo y al parto, aunque discutan su validez y en general no las apliquen. En la actualidad, la mayoría de las “cosas prohibidas” recordadas están relacionadas a la alimentación. En este sentido, todavía se considera que comer demasiado tiene como consecuencia un bebé demasiado gordo que dificulta el parto; comer animales dañados, incompletos o arañados, ocasionaría que el bebé nazca con un daño similar al del animal ingerido; comer “cosas guardadas” ocasiona también un parto lento y doloroso, además de una disminución de fuerzas de la mujer embarazada; comer ají ocasiona que el bebé nazca con granitos blancos en la nariz (aunque son considerados casi inofensivos).

Otras prohibiciones se relacionan a formas de hacer las cosas. Por ejemplo, tomar agua estando de pie puede ocasionar que el bebé nazca con la cabeza muy grande o con agua en la cabeza. Atizar el fuego con el pie causaría que el bebé se posicione de pie, impidiendo el parto normal, lo que hasta hace poco era prácticamente una sentencia de muerte. Además de todos estos cuidados durante el embarazo, todavía recordados pero pocas veces practicados, existe un conjunto muy complejo de indicaciones y prohibiciones (*puyade*) asociadas a casi todas las circunstancias posibles. Respecto al tema que nos interesa, cabe mencionar la importancia que se otorga al espaciamiento entre los nacimientos: todavía se considera que si una mujer se embaraza antes de dejar de dar de mamar a su último/a hijo/a o antes de que camine, esto afecta al niño/a ya nacido, que se vuelve enfermizo, débil e irritable, y se le denominó *catoi* (masc.) o *catogué* (fem.).<sup>17</sup>

Como ya hemos mencionado, muchas de estas precauciones son recordadas, pero ya no practicadas. Curiosamente, las mujeres ayoredie identifican la consecuencia de estas acciones y la asocian con su falta de observación o de conocimiento sobre las mismas:

Nunca me cuidé de los dos embarazos que tuve, yo no sabía que las mujeres embarazadas no debían comer cosas de ayer, yo me hacía así montones de sopaipilla y yo lo guardaba y comía guardado, pero no sabía yo que eso hacía que cueste tener los hijos, yo hice eso porque yo no sabía que las mujeres embarazadas no debían comer eso... y verdad había sido, parece que es verdad que cuesta más tener hijos (mujer adulta picaneré, taller de validación, octubre de 2011).

---

17 “Un niño *catoi*, o una niña *catogué*, son aquellos que tienen poco espacio con sus hermanos menores y se caracterizan por una debilidad, propensión a las enfermedades y mal humor. Los ayoreode dicen que esto sucede cuando la madre se embaraza y el bebé todavía no camina, entonces no le tiene que dar leche porque esa ya es para el bebé en gestación, entonces daña al niño *catoi*” (Roca *et al.* 2012: 170).

Al cuestionar la vigencia y observación de las *cucha puyade*, una joven madre nos decía: “Ahora hay cesárea, podemos comer de todo, no importa si sale gordo, va a poder vivir porque ya hay médicos que pueden operar” (mujer joven picaneré). Este argumento es bastante común hoy en día, lo que demuestra la preferencia de las jóvenes generaciones ayoreode por el parto hospitalario, considerado menos riesgoso que el parto en casa. En el mismo sentido, agentes locales de salud entrevistados por Sanabria (2012) analizan que:

...las señoras ahora no tienen esa costumbre que prohibían alimentos, como ahora hay médicos, hay hospitales, atención médica, por eso es ese cambio total lo que era las mujeres de antes. ¿Por qué prohibían las cosas y que se alimente bien la mujer embarazada? Porque no había médico, yo creo eso, para un parto se puede complicar a una mujer que se ha alimentado bien y su hijo, de ahí se hace grande y no puede salir en la parte de su madre, entonces se le complica y mueren los dos, no puede salir el hijo, la madre se muere y el hijo también. Era por ese motivo, las mujeres controlaban su alimentación y no engordaban a su criatura, a su bebé dentro de su vientre, en cambio ahora ya ve que hay médicos, hospitales, ahora es que hay la cesárea, si se engorda la criatura le abren y le hacen la cesárea, por eso ahora ya comen lo que sea las embarazadas; es por eso que dirá una mujer embarazada: “Hay médicos, para qué voy a cuidar mi alimentación”, por eso ahora ya comen lo que sea las embarazadas (entrevista a agentes de salud ayoreode, en Sanabria: 2012: 434).

Otro cuidado para la mujer embarazada está relacionado con la satisfacción de los “deseos” y “antojos”, manteniéndose la creencia de que de no ser satisfechos pueden comprometer la salud de la madre y del feto. Estos “antojos” en la actualidad están generalmente relacionados a lo que consideran “comidas tradicionales” del pueblo ayoreode, como la miel de abeja nativa, carne de peta (*yocai*) o de otros animales del monte.

Voy a contar un caso de mi nuera que cuando estaba embarazada ella tenía deseos y ganas de palmito, y tenía que ir a buscar porque si no le daba su deseo por ahí puede abortar (mujer adulta Chiqueno).

Entre los nuevos cuidados se encuentran el control médico prenatal, que es generalmente utilizado solamente “cuando hay problemas” (Sanabria, 2012) y se sospecha un daño para la madre o el bebé. Entre los aspectos que impiden la asistencia a los controles prenatales las personas mencionan diversos factores, como la vergüenza, dificultad para expresarse y dificultad para asumir las largas esperas relacionadas a la atención en salud:

Hay muchos factores por los que las mujeres ayoreas no van a los centros médicos a realizarse sus controles, pero el más grande es la vergüenza y la dificultad para comunicarse con el doctor (hombre adulto Dosapei).

...muchas veces las mujeres ayoreas no hacen sus controles, a lo mucho van a una o dos veces, no sé si tienen flojera porque los doctores les dicen vuelvan mañana y como la costumbre de los cojñone es hacer cola, por eso les da flojera, no como nuestra costumbre que es llegar y directo ser atendidos (mujer adulta Picaneré).

Por otro lado, algunas mujeres ayoredie valorizan los controles médicos durante el embarazo, pues los relacionan a imitar el comportamiento de los cojñone:

Voy a controles cada dos meses, ya escuché de la Juana Azurduy, yo he ido a Pailón y mi marido me decía “dejalo”, pero yo le decía “tengo que hacer como hacen los cojñone”. Voy a los controles cada dos meses, recibí para mi hijo mayorcito y también estoy recibiendo para este mi embarazo (mujer adulta Dosapé).

## 4.2. El parto

De acuerdo a los testimonios de los ancianos y las ancianas, que coinciden con los registros etnográficos (Fischermann, 1988/2005. Mashnshnek, 1986), el parto en la vida “de antes” era un acontecimiento de marcado protagonismo femenino: estaba vetado el ingreso de los varones y de las mujeres en edad fértil, siendo las “mujeres que ayudan” ancianas “con cabello blanco”. No existía propiamente la “partera” como figura especializada, sino más bien un grupo de “mujeres que ayudan” a “hacer fuerza”, cortar el cordón y lavar al recién nacido. Esto implicaba relaciones de parentesco simbólico con la “mujer que ayuda”, que se mantenían a lo largo del tiempo, incluyéndola en las redes de redistribución de productos de caza y recolección (Fischermann, 1988/2005: 81). Esta relación de parentesco simbólico entre *upurigató* (“madrina, mujer que ayudó en el parto”) y *yupuigadé* (“ahijado/a”) mantienen vigencia en la actualidad, aunque se han visto debilitadas por la preferencia creciente hacia el parto hospitalario.

En la actualidad, el acompañamiento de mujeres en el proceso de alumbramiento sucede principalmente en situaciones de emergencia en las que no se llega a acceder al hospital. En estos casos también se sabe de la intervención de varones, en general el marido, en la atención de emergencia al parto.

Los testimonios recogidos dan cuenta de una diversidad de experiencias y situaciones que varían según los grupos generacionales: desde la memoria del parto en “el mundo de antes”, pasando por el parto atendido por las misioneras en las comunidades alejadas, el parto atendido en domicilio por amigas, parientes o incluso el marido; y la actual preferencia creciente por el parto hospitalario y la cesárea. A pesar de esta preferencia, es frecuente la mención a sentimientos de vergüenza e incomodidad con los procedimientos biomédicos de palpado o medida de dilatación, y el rasurado púbico que se realiza para el parto (*cf.* Sanabria, 2012).

...me han metido, siento que me han metido pero no es por dañinos, es por medir si ya lo voy a tener o todavía no, o cuántas horas faltan... A mí me han peluqueado una vez, dicen los mismos médicos que es para evitar infecciones, sé que es feo, a nadie le gusta que le peluqueen pero hay que dejarse para evitar las infecciones para la criatura, y en cualquier tipo de operación siempre se rasura la orilla porque por ahí viene la infección, del cabello (mujer adulta Dosapé).

### 4.3. Accesibilidad y preferencias para la atención en salud materna

Casi todas las pautas culturales reconocidas como *tradicionales* se han debilitado y están en vías de desaparecer con la incorporación de nuevos saberes y prácticas, provenientes principalmente del sector biomédico. A pesar de que todavía existen barreras geográficas importantes para acceder a la atención institucionalizada del parto, éstas son mucho menores en las últimas décadas, principalmente debido a la mejora de las vías de acceso para las comunidades rurales.

A pesar de una marcada preferencia entre las jóvenes generaciones por el parto institucionalizado e incluso la cesárea, las mujeres ayorede encuentran una serie de dificultades para acceder a la atención en salud.

Frente a las dificultades de accesibilidad geográfica, se evidencia en las comunidades más alejadas la estrategia de mudarse temporalmente a una comunidad urbana o periurbana cercana al hospital (o clínica privada de preferencia) en los últimos meses del embarazo, para facilitar su atención adecuada. En este sentido, cabe resaltar la función de alojamiento temporal y facilitación del acceso a atención en salud que cumplen las comunidades urbanas y periurbanas del pueblo ayoreode, existentes en todas las ciudades cercanas a las comunidades rurales.

En cuanto al acceso a seguros de corto plazo, como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Bono Juana Azurduy, de acuerdo a Sanabria (2012), los testimonios dan cuenta de dificultades similares a las mencionadas en otros pueblos indígenas del país (cf. Castro 2007 y 2008; Zangari, 2009):

- Barreras socioculturales: dificultad de acceso a documentación de identidad personal que impide el registro adecuado en los seguros, procedimientos burocráticos mal comprendidos por la población ayoreode, falta de información sobre las prestaciones adecuadas culturalmente, barreras de comunicación respecto al idioma ayoreode uruode.
- Barreras económicas que se expresan en el endeudamiento y búsqueda de ayuda externa para costear la atención en salud, con un elevado gasto de bolsillo derivado de la falta de información sobre las prestaciones del SUMI y la preferencia –muchas veces inducida por los mismos médicos– por la atención en clínicas privadas.

- Falta de capacidad resolutive de los servicios, relacionada con problemas de infraestructura adecuada, insumos y recursos humanos suficientes para garantizar la atención.

Además de estas barreras culturales, económicas y geográficas, las mujeres ayorede dan cuenta de situaciones que asimilan a discriminación y maltrato de parte del personal de salud, que atribuyen a su identidad cultural y condición socioeconómica. Frecuentemente, las mujeres interpretan la situación de espera prolongada como una forma de discriminación encubierta, dados los antecedentes de malos entendidos entre ayoreode y cojñone, mencionados al inicio de este capítulo. Algunos testimonios dan cuenta de forma dramática de la negación de prestación de servicios por “ser ayoreas”. Así lo expresa una mujer de la comunidad FUA - Nueva Jerusalén:

Les voy a contar que casi se muere la mujer de Abujei, ahí en nuestra comunidad FUA. Ella estaba de parto y ella no comentó a nadie, y ellos se fueron al pueblito donde hay la posta en Taperas. Llegaron a la posta de Taperas; pero la doctora no les atendió, le han estado golpeando la puerta ‘toc, toc, toc’ y ella había estado ahí adentro; pero no salía a atenderlos. Se acobardaron y se fueron a buscar a un cojñoi por ahí en frente de nuestra comunidad. Ellos volvieron a la posta porque el cojñoi les dijo: “Vuelvan nomás a la posta, porque está ahí ella, está ahí adentro”. Y ella se acobardó de ellos y salió a atenderla. Dice que le dijo: “Tu bebé está normal, pero todavía le falta, no es hoy día que va a nacer”, pero había sido mentira. La mujer de Abujei decía: “Yo ya me di cuenta de que ella tenía asco de mí”. La doctora le comentaba a su otra enfermera, dice que decía: “Ya está por dar a luz”, yo entendía lo que ellos decían, pero dice que le decía: “Pero no le voy a atender, porque la mujer está sucia, huele feo”, según lo que ella decía, pero es porque ellos no nos quieren a nosotras las ayoreas. Y eso es lo que les cuento, ellos se tuvieron que volver a la comunidad porque decían que todavía le faltaba para dar a luz. Le decían: “Seguramente usted alzó cosas pesadas, todavía no es el día que va a nacer tu hijo”, pero era mentira. Ellos llegaron a nuestra comunidad, se vinieron a pie y mientras caminaba estaba con los dolores de parto. Hay siete kilómetros de Taperas hasta nuestra pequeña comunidad. Llegaron a nuestra comunidad al anochecer, como a las siete... ya después ella dio a luz. Ella dio a luz y nosotros le decíamos a Abujei: “¿Por qué ustedes no se quedaron en la posta de Taperas si han llegado hasta allá? Ustedes están así camine y camine, del pueblo a la comunidad con su esposa”. El decía: “Ella no nos quería, ella no nos quería, decía que le faltaba a mi mujer para que dé a luz”. Dio a luz pero muerto el bebé, lloró al nacer pero ahí nomás se murió. Nació muerto... por poco el cordón casi se le escapa a la madre. Y esto es todo, es la verdad que los cojñone creen que no valemos nada (mujer delegada de la comunidad FUA - Nueva Jerusalén. Reunión extraordinaria sobre el derecho a la salud, octubre de 2011).

Estas situaciones han sido vividas generalmente en centros públicos de atención en salud, lo que refuerza una idea bastante difundida (y sustentada en la

experiencia) en el pueblo ayoreode acerca de que “es mejor atenderse en clínicas privadas” porque “si no pagas, no te atienden bien”. En este sentido, muchas veces las personas dicen buscar en primer lugar la atención gratuita dentro del sistema público, pero ante las emergencias se trasladan a las clínicas privadas donde dicen ser siempre mejor tratadas. El testimonio de una mujer de Rincón del Tigre sobre un caso de parto en Puerto Suárez lo expresa así:

Entonces cuando llego ahí al hospital me dicen: “¡No, dejen a esa ayorea ahí!, ¡pero si es de Rincón del Tigre... pa qué! Llévelo allá afuera”. Llegué y ella estaba en la cama con ese dolor para tener su hijo. Y me fui a hablarle al director y le dije: “¿Por qué no la atiende a ella?”, y él me dijo: “¡Pero si no está todavía!, ¿acaso yo soy Dios para que de una vez nazca el chico? Le falta semanas, señora, ¡cómo voy a hacer nacer a la fuerza! Yo no voy a hacer eso”. Entonces su mamá me pidió y dijimos: “Vamos, llevémosla a una clínica”. Y ahí nos fuimos a la clínica del doctor Isidro. Mire, lo que él hizo fue... no sé lo que él hizo pero colocó una inyección y nació. ¡Cómo que faltaban días! Más bien ya se iba a morir ya puej de parto, como esa que..., desgraciados los médicos que no quieren atender (mujer delegada de la comunidad Rincón del Tigre, reunión extraordinaria sobre el derecho a la salud, octubre de 2011).

### Imagen 6

#### Mujer ayoredie con su niña en brazos



Foto: Irene Roca Ortiz, 2011.

## 5. A manera de conclusión

En general, hoy en día los ayoreode consideran que han mejorado notablemente las condiciones del parto, lo que se expresa en su preferencia por la atención ins-

titucionalizada en clínicas privadas si sus recursos económicos se lo permiten. Sin embargo, las relaciones conflictivas de etnicidad entre ayoreode y cojñone sesgan la relación terapéutica a través de recelos y experiencias concretas de maltrato y discriminación. El contexto de drásticos cambios socioculturales y de contexto que ha implicado una socialización subalterna dentro de la sociedad envolvente, también ha significado la interiorización del estigma entre los mismos ayoreode, desvalorizando aspectos de su cultura *tradicional* y algunas veces sobreestimando los saberes biomédicos (intención de “hacer como hacen los cojñone”).

A pesar de un contexto político favorable por la inclusión explícita de la interculturalidad en el sistema nacional de salud, esto todavía no ha llegado a plasmarse en la atención hacia el pueblo ayoreode, que considera aspectos diferentes al mundo andino, que sirvió como referencia para los procedimientos y normas del parto intercultural (Ramírez, 2009). Por otro lado, es importante señalar que si bien la barrera del idioma constituye todavía un obstáculo importante para garantizar el acceso a información y una atención de calidad que permita una buena comunicación con el personal de salud, resolver los problemas de capacidad resolutoria de los servicios y de elevados gastos de bolsillo son fundamentales para mejorar la situación del derecho a la salud.

Por otro lado, un reto pendiente frente a las políticas de salud sexual y reproductiva es la posibilidad de asumir posiciones más críticas. En tal sentido, es necesario encarar procesos internos de reflexión sobre los temas de derechos y salud, en la perspectiva de lograr que hombres y mujeres, usuarios/as de los servicios de salud, se reconozcan como sujetos demandantes de derechos exigibles.

Entre las personas del pueblo ayoreode empiezan a tomar forma algunos procesos de reflexión interna en torno a los aspectos de su cultura y la atención intercultural en salud sexual y reproductiva, que se formulan algunas veces en términos de demandas y exigibilidad de derechos. En este sentido, es importante enfatizar sobre la heterogeneidad de experiencias y percepciones dentro de las mujeres ayorede contemporáneas, que está mediada por aspectos generacionales, educativos y una experiencia particular en el relacionamiento con la sociedad envolvente, por lo que muchas veces el discurso de derechos que empieza a ser más frecuente entre hombres y mujeres relacionados a la dirigencia indígena está totalmente ausente de quienes no tienen este tipo de vinculación.

Finalmente, es importante reconocer como un desafío pendiente la necesidad de avanzar en estándares y criterios más precisos para pensar la calidad de atención intercultural, que considere valores, saberes, conocimientos y prácticas culturales del pueblo ayoreode. El reto está en implementar medidas operativas que viabilicen los derechos ya constitucionalizados y plasmados en instrumentos de política pública en soportes lingüística y culturalmente pertinentes para un pueblo minoritario que mantiene la vitalidad de su lengua, como es el caso del pueblo ayoreode.

## Glosario de términos utilizados en *ayoreode uruode*<sup>18</sup>

### Abreviaturas

m.s. masculino singular

m.p. masculino plural

f.s. femenino singular

f.p. femenino plural

DG. Direquedejnaigosode (actuales comunidades Zapocó, Poza Verde, Guidai Ichai)

GG. Guidaygosode (actuales comunidades Puesto Paz, Porvenir, Nueva Esperanza, Suegay)

CG. Cochocoigosode (actuales comunidades TCO Guayé, Rincón del Tigre, Puerto Suárez y Quijarro)

PG. Pajógosode (actuales comunidades TCO Guayé, Rincón del Tigre, Puerto Suárez y Quijarro)

JG. Jnupedogosome (actuales comunidades de Tobité, Tie uñá y Urucú)

sin. sinónimo

lit. literalmente

*Adode* (p.). Relato, historia, experiencia, forma de ser, habla del presente.

*Ajão*. Refiere a la vida antigua, lugar de encuentro de solteros. Se refieren a este lugar también como los “juegos en la placita” y la “casa de los solteros”.

*Asojnë* (f.s.; DG.), *asojá* (f.s.; GG.). Pájaro cuyabo, n. cient. *Caprimulgus parvulus*.

*Ayoreode* (m.p.), *ayoredie* (f.p.), *ayorei* (m.s.), *ayoré* (f.s.). Es el gentilicio que se usa para nombrar a las personas de la etnia ayoreode. Es generalmente traducido como “gentes”, “personas” o “seres humanos”.

*Ayoreode uruode* (m.p.) *ayoredie uruode* (f.p). Idioma de los ayoreode y las ayoredie.

*Catoi* (m.s.), *catógode* (m.p), *catogué* (f.s.), *catoguedie* (f.p.). Designa a los bebés que nacieron en un periodo de tiempo muy cercano al de su hermano menor, se considera que los niños *catogode* son débiles, enfermizos y llorones.

*Cheque'bajedie* (f.p.) *Cheque'bajé* (f.s). Mujeres de antes, nacidas en el monte.

*Chigase* (s.). Morder, técnica para la extracción de la enfermedad que era por los *daijnane*.

18 Extraído de Roca *et al.* (2012: 549-558) “El glosario fue elaborado por Rocío Picaneré, Tania Cutamiñó, Irene Roca y Humberto Etacore. Ya que no existe aún un consenso sobre la ortografía del idioma, se han transcrito los términos de acuerdo a la fonética del castellano utilizada tanto en la traducción de la Biblia como en la tesis de Bernd Fischermann (1988/2005). Los sonidos nasales son representados con ~”.

- Chucú* (s.). Chupar, técnica para la extracción de la enfermedad que era utilizada por los *daijnane*.
- Cojñone* (f.p.), *cojñoi* (m.s.), *cojñoque* (f.s) *cojñoquenie* (f.p). Es generalmente traducido como “insensatos”, “sin pensamiento correcto”. Se utiliza para designar a los no ayoreo, especialmente para los mestizos del oriente boliviano y en el contexto cruceño es utilizado como sinónimo de “camba”, en referencia a otros términos para designar la alteridad. *Igonane*, “collas”; *coabedie*, “menonitas”; *cojñoque quedejnai*, lit. “*cojñone* raro”, extranjero; *menengone* lit. “los que no tienen nada”, refiere a los chiquitanos.
- Coñojne ore gai*. Lit. “Entre los *cojñone*”. Expresión utilizada para referirse a la vida después de la evangelización o “salida del monte”.
- Cucané yú* (f.s.), *cucáte yú* (m.s.), *cucané uyoque* (f.p.), *cucáte uyoque* (m.p.). Lit. “soy un cerro”, se refiere a estar bien, estar fuerte. Expresa un estado de salud. Es utilizado por la gente que vive cerca de los cerros, los que viven por el trillo del tren expresan lo mismo en alusión al hierro “*Guebé yú*”).
- Cucha puyade* (p.), *cucha puyai* (s.). Cosas peligrosas o prohibidas, que no se deben hacer.
- Cuchade quicujaidie* (p.). Historia de cada cual, rastro que uno deja, refiere a la historia pasada. Es una expresión utilizada también para referirse a los relatos de los orígenes, sean *ʃnani*’*bajade*/*Cheque*’*bajedie* o personajes del Antiguo Testamento.
- Cucherane* (m.p.), *cucheraí* (m.s.). Clanes exogámicos patrilineales que generan una relación de parentesco simbólico.
- Dacasuté* (m.s.), *dacasutedie* (m.p). Líder guerrero de la vida antigua. Correspondía sólo a los hombres. En la actualidad se utiliza como sinónimo de jefe o líder.
- Daijnai* (m.s), *daijnane* (m.p.), *dainé* (f.s.), *dainenie* (f.p.). Designa a los médicos, sean tradicionales o biomédicos. Se distingue según otros sustantivos que acompañen, por ejemplo, *cojñoque daijnai* (m.s.) refiere a los biomédicos, lit. “médicos *cojñone*, no ayoreo”.
- Daijnapode* (m.p.), *daijnapoi*. (m.s.), *daijné’poiá* (f.s.). Médicos tradicionales ayoreode.
- Éramone nanique* (p.), *érami nanique* (s.). Lit. “el mundo de antes, el monte de antes”.
- Etóque yú* (m.s.), *etóque yoque* (m.p.), *etóque yú* (f.s), *etóque yoque* (f.p). Estar fuerte, estar bien, en buena salud. Lit. “estoy fuerte”.
- Etotigui* (s.) Fuerza, energía, poder.
- Guebe yú* (f.s.), *guebe yoque* (f.p.), *guebeque yú* (m.s.), *guebeque yoque* (m.p). Expresión que literalmente quiere decir “estoy como un fierro, soy fuerte como un fierro”, que designa un estado de salud integral. Más utilizado por los ayoreode que viven cerca de la vía férrea.

- Igasité* (f.s.), *igasitedie* (f.p.), *igasitai* (m.s.), *igasidade* (m.p.). Califica a una persona curiosa, que se interesa por todo, que gusta de investigar. También se usa para llamar a las personas especialistas, conocedoras de *sarode*.
- Jnani'bajade*. (m.p.), *jnani'bajai* (m.s.). Antepasados u hombres antiguos nacidos antes de la evangelización, en el monte.
- Nainapode* (m.p.), *nainapoí* (m.s.), *nainenie* (f.p.), *naine* (f.s.), *nainai* (m.s.), *nainane* (m.p.). Médicos tradicionales ayoreode. Variante de *daijnai*.
- Pujnusietigai* (s.). Tristeza, preocupaciones, malestar emocional.
- Pujopie*. Fuerza o poder del chamán que se obtiene tomando el jugo de tabaco crudo (*sidode*).
- Puyac* (s.), *puyade* (p.). Designa cosas o actividades prohibidas o peligrosas que tienen consecuencias negativas si se realizan.
- Saode*, *sarode* (p.), *sai* (s.). Palabras poderosas con posibilidad de influjo sobre la naturaleza, que pueden tener usos terapéuticos o dañinos.
- Sidí* (s.), *sidode* (p.). Tabaco.
- Tarejá*, *ta-~ejá*. Objeto que ha recibido el poder de un *sarode*. Puede ser en un soporte líquido, en ropa, en el viento, etc.
- Uñarone*. Tipo especial de *sarode*, que sirve para curar.
- Upurigató*. Madrina, designa a la mujer que levanta al recién nacido, lo lava y le corta el cordón umbilical. Implica una relación de parentesco simbólico y de respeto, que actualmente se ha visto debilitada.

## Bibliografía

- Austin, John Langshaw  
[1962] (1970) *Quand dire c'est faire*. Paris: Éditions du Seuil.
- Barth, Fredrik  
[1969] (1995) *Les groupes ethniques et leurs frontières. Introduction*. Traducción al francés en: Poutignat, Philippe et Jocelyne Streiff-Fenart (1995: 203-270) *Théories de l'ethnicité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brenneis, Don & Fred Myers (eds.)  
1984 *Dangerous Words: Language and Politics in the Pacific*. New York: NYUP. Citados en Bessire, 2010.
- Bernand-Muñoz, Carmen  
1977 *Les Ayoré du Chaco Septentrional. Étude critique à partir des notes de Lucien Sebag*. Paris / La Haya: Mouton.
- Bessire, Lucas  
2010 *Behold the Black Caiman: Contesting Modernities and Becoming Ayoreo in the Contemporary Gram Chaco*. PhD Dissertation: New York University.

- Bórmida, Marcelo; Califano, Mario  
 [1987] (2003) “Los indios Ayoreo del Chaco Boreal”. En: Zanardini, José. (2003). *Cultura del pueblo Ayoreo. Manual para docentes*. Asunción: Biblioteca Paraguaya de Antropología. Vol. 44 / CEADUC. Págs. 7-240.
- Califano, Mario  
 1987 “Enfermedad y terapia entre los ayoreo (zamuco) del Chaco Boreal”. En: *I Reunión Anual de Etnología*. La Paz: Musef. Págs. 191-434.
- Castro, Dolores  
 2007 *Sistematización información bibliográfica sobre SSR en pueblos indígenas con enfoque de género e interculturalidad*. La Paz: Ministerio de Salud, UNFPA, FCI, Interarts.  
 2008 *La salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de Bolivia. Tierras bajas, valles y altiplano*. La Paz: UNFPA, FCI.
- Citarella, Luca  
 2009 “Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos”. En: Citarella, L.; Zangari, A. (eds.) *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: PROHISABA, Cooperación Italiana, editorial Gente Común. Págs. 75-86.
- Combes, Isabelle  
 2009 *Zamucos*. Cochabamaba: Instituto de Misionología, colección Scripta Autochtona vol. 1.
- Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos de Paraguay (DGEEC)  
 2002 *II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas*. Asunción: DGEEC.
- Fernández, Gerardo (ed.)  
 2010 *Salud, interculturalidad y derechos: claves para reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- Fischermann, Bernd  
 1976 “Los Ayoreode”. En: *En busca de la Loma Santa*. La Paz: Los Amigos del Libro.  
 1988/2005 *Zur Weltsicht der Ayoréode Ostboliviens*, Tesis doctoral para la Universidad de Bonn. Traducción al español no publicada (2005): *La cosmovisión de los ayoréode del Chaco Boreal* (manuscrito, serie de documentos word).
- Haro Encinas, Jesús Armando  
 2000 “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención en salud”. En: Perdiguero, E.; Comelles, J. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra. Págs. 101-162.
- Kleinmann, Arthur  
 1980 *Patients and healers in the context of Culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press: Berkeley and Los Angeles.

- Mashnshnek, Celia  
1986 “Acerca de las ideas de menarca, concepción, alumbramiento e infanticidio entre los ayoreo del Chaco Boreal”. En: *Scripta Ethnologica* 10: 47-53.
- Menéndez, Eduardo L.  
1992 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En: *La antropología médica en México*. México D.F.: Instituto Mora / UNAM. Citado en Citarella 2009, “Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos”. En: Citarella, L.; Zangari A. (eds). *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: PROHISABA, Cooperación Italiana, editorial Gente Común. Págs. 75-86.
- 1994 “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. En: *Alteridades*, 4(7). Págs. 71-83.
- 2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1). Págs. 185-207. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>.
- 2005 “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. En: *Revista de Antropología Social*. 2005 (14): 33-69.
- Nostas Ardaya, Mercedes y Sanabria Carmen Elena  
2009 *Detrás del cristal con que se mira: mujeres ayoreas-ayoredie, órdenes normativos e interlegalidad*. La Paz: Coordinadora de la Mujer.
- Perasso, J.A.  
1987 *Crónica de cacerías humanas. La tragedia ayoreo*. Asunción: El Lector. Disponible en: <http://gat.org.py/gat/publicaciones/Cronicasdecaceriashumanaslibro.pdf>.
- Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep (eds.)  
2000 *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Perdiguero, Enrique  
2006 “Una reflexión sobre el pluralismo médico”. En: G. Fernández Juárez (ed.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya Yala. Págs. 33-49.
- Poutignat, Philippe; Jocelyne Streiff-Fenart  
1995 *Théories de l'ethnicité*. Paris: Presses Universitaires de France
- Renshaw, John  
2006 “‘A eficacia simbólicarevisitada’. Cantos de cura ayoreo”. *Revista de Antropología de la USP*, 49 (1). Págs. 186-205.
- Riester, Jürgen; Weber, Jutta  
1998 *Nómadas de las llanuras, Nómadas del asfalto. Autobiografía del pueblo ayoreo*. Santa Cruz: APCOB.

Roca Ortiz, Irene

2007 *Santacruzgosode. Ethnicité, mobilité et stratégies adaptatives chez les Ayoreode de la communauté Degui – Barrio Bolívar*. Tesis para optar por el grado de Máster de Investigación en Ciencias Sociales mención Etnología. Université de Paris 5 – Faculté de Sciences Humaines et Sociales de la Sorbonne.

2008 “Del Chaco Boreal a la periferia urbana: etnicidad ayoreode en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra”. En: *Villa Libre - cuaderno de estudios sociales urbanos*. 2008; (3): 73-10. Disponible en: <http://www.cedib.org/pdocumentos/zonasur/villalibre/villa3.pdf>.

2012 “Salud e interculturalidad entre los ayoreode del oriente boliviano”. Conferencia magistral de la mesa temática “Salud”, en VII Jornadas de Investigación – INVESTIGACRUZ.

Roca Ortiz, Irene (coordinadora editorial)

2012 *Pigasipiedie ijí yoquijoningai. Aproximaciones a la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia*. Santa Cruz de la Sierra: APCOB.

Roca Ortiz, Irene; Cutamiño Dosape, Tania; Picanere Chiqueno, Rocío

2012 “Primera Parte. Aspectos generales de la situación del derecho a la salud del pueblo Ayoreode en Bolivia”. En: Roca Ortiz, Irene (ed.) *Pigasipiedie ijí yoquijoningai. Aproximaciones a la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia*. Santa Cruz de la Sierra: APCOB.

Sanabria, Carmen Elena

2012 “Derechos y salud sexual y reproductiva: diode unojó, los días de hoy”. En: *Pigasipiedie ijí yoquijoningai. Aproximaciones a la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia*. Santa Cruz de la Sierra: APCOB.

SEBAG, Lucien

1965a “Le chamanisme Ayoréo” *L’Homme* 5 (1): 5-32.

1965b “Le chamanisme Ayoréo” (II) *L’Homme* 5 (2): 92-122.

SUASNÁBAR, Bertha

1995 *Identidad étnica, género e intervención: Posición de género de la mujer ayoré, en un contexto de cambios socioculturales*. Estudio de caso en una comunidad ayoré del oriente boliviano. Trabajo de investigación para APCOB. Tesis de Licenciatura, UMSS. Santa Cruz de la Sierra.

Universidad Autónoma Gabriel René Moreno

2012 “Determinación del perfil epidemiológico en referencia a vhi-sida, tbc, chagas y parasitosis intestinales en comunidades y asentamientos Degui-Garay - Determinación de indicadores de riesgo en correlación con enfermedades no transmisibles en Degui-Garay, gestión 2011”. Conferencia presentada por el Dr. Hugo Cuéllar en el Conversatorio “Los ayoreode y su derecho a la salud”, mayo de 2012.

Urriburu, Graciela

2006 “Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar muertes?”. En: Fernández Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Zangari, Alessia

2009 “Enfoque intercultural en la atención de la salud materna: una estrategia de aplicación”. En Citarella, L.; Zangari, Alessia (edit.) *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: PROHISABA, Cooperación Italiana, editorial Gente Común.

Irene Roca Ortiz es socióloga, Máster de Investigación en Ciencias Sociales, mención Etnología (Université de Paris V, Francia). Convencida de la necesidad de aliar investigación e intervención, su experiencia está relacionada a procesos de investigación cualitativos y participativos en el marco de proyectos sociales y de manejo de recursos naturales con comunidades indígenas, especialmente con el pueblo Ayoreode con quienes trabajó por seis años. Publicó “Del Chaco Boreal a la periferia urbana: etnicidad Ayoreode en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra” (*Villa Libre* 3, 2008).  
ireneroca@gmail.com.

CAPÍTULO V

# Salud materna y sus cambios generacionales en la provincia Velasco<sup>1</sup>

*Daniela Ricco Quiroga*

## 1. Los chiquitanos

La región que hoy en día llamamos Chiquitania está cubierta de bosques secos, interrumpidos por pampas arboladas. En tiempos prehispánicos, debido a su ubicación casi al centro del continente, estaba habitada por un gran número de pueblos,<sup>2</sup> con cultura e idiomas distintos. “El territorio de los chiquitanos era un espacio vital de diversos grupos que a menudo hablaban lenguas completamente diferentes a pesar de las distancias cortas que los separaban” (Charlevoix, 1768/2: 223; Knogler, 1970: 309. En: Freyer, 2000: 56). Estas diferencias iban desde pueblos nómadas cazadores-recolectores hasta pueblos con una agricultura avanzada y aparentemente muy numerosos.

---

1 Este artículo se circunscribe en tres investigaciones impulsadas por Médicos del Mundo Bolivia; la primera fue realizada el 2009, con el objetivo de conocer los sistemas de salud presente en la provincia Velasco. La segunda, cuando la institución decidió centrarse en la salud materno-infantil y realizó una investigación acerca del parto tradicional y la tercera el 2012, cuando realicé, con esa base, un estudio sobre los cambios generacionales de la atención en el parto. Todas estas investigaciones son estudios cualitativos, pues lamentablemente no se cuenta con datos cuantitativos fidedignos.

Estos trabajos se centran en la provincia Velasco del departamento de Santa Cruz, que tiene una preponderancia de población chiquitana. La provincia está dividida en tres municipios: San Rafael, San Miguel y San Ignacio, que son los centros para varias comunidades alrededor.

2 Como sobrevivientes de esta diversidad, actualmente existe un grupo guaraní en la provincia Velasco, los guarasug'we, que se mantuvieron independientes y habitan cerca de la localidad de Piso Firme, frontera con el Brasil.

Los grupos chiquitanos vivían en comunidades de diferente tamaño en territorios delimitados, bajo un nombre y con una lengua o dialecto propios. En el siglo XVI, el número de habitantes en los asentamientos temporales debe haber sido muy grande, ya que en el año 1559 Ñufflo de Chávez estimó todavía 20.000 habitantes para una sola aldea (Parejas Moreno, 1992: 132. En: Freyer, 2000: 46).

“En la región de [...] vivían además de los *peñoqui, quibaraco, quicme, parani, subereca y chané*” (Freyer, 2000: 20). En el siglo XVI, este territorio fue ocupado por los habitantes de Santa Cruz de la Sierra la vieja.<sup>3</sup> A partir de entonces se repartió a los indígenas de la región, comercializándolos como esclavos, así se los trasladó a otros lugares que requerían de fuerza de trabajo como los valles y las minas de Potosí (Fischermann, 1994: 7), la venta de esclavos servía para financiar la búsqueda de oro en la Amazonía.

A causa de números ataques, en el año 1595 los españoles se vieron obligados a trasladar la ciudad de Santa Cruz hacia el oeste, a la región donde se encuentra hoy en día. Los diversos grupos de esta región, a los cuales entretanto ya se denominaban comúnmente ‘chiquitanos’, se quedaron en sus territorios y volvieron a retomar su antiguo modo de vida (Fernández, 1996: 44-45; Parejas Moreno 1992: 58; Rieter 1975: 17-18, 1996b: 172. En: Freyer, 2000: 21).

Sin embargo, apareció un nuevo peligro tanto para los indígenas de la región como para la Corona española: los bandeirantes o cazadores de esclavos. La Corona temía que Brasil se apropiara de la región. Por tanto, el Gobernador de Santa Cruz solicitó a los jesuitas que formen reducciones en la actual Chiquitania. “Los jesuitas juntaron los diferentes pueblos en reducciones, imponiendo la lengua chiquitana (bésiro) para comunicarse, así como el cabildo indígena como principal instancia organizacional, social y económica” (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009: 21). Las misiones no dependían del obispo, sino directamente de la Corona española y estaban libres de pagar impuestos, lo que les permitía tener una especie de protectorado.

Fue así que a partir de 1692 los jesuitas fundaron 10 reducciones en la Chiquitania, que eran “cerradas” en el sentido de que las visitas de afuera y el comercio estaban prohibidos.

Los comerciantes sólo podían permanecer un día en la misión, a huéspedes extraños no les era permitido pisarla, eran alojados fuera y se los vigilaba. Adicionalmente, las reducciones se encontraban lo más lejos posible de los poblados españoles. Con esta medida, los habitantes debían ser protegidos de la influencia de la población

---

3 La ciudad fue fundada en 1561 cerca de San José de Chiquitos, posteriormente se trasladó a donde actualmente se encuentra.

española y con ello crear las condiciones para la cristianización (Mörner, 1958: 712; Bach, 1843: 41; Fernández, 1996: 27. En: Freyer, 2000: 90).

El hecho de no permitir comerciantes posibilitó que la producción interna fuera distribuida entre los habitantes de las reducciones, lo que generaba de cierta manera un buen nivel de vida.

Sin embargo, los indígenas estaban siempre propensos a retornar a su vida en el monte, pero corrían el peligro de ser cazados y esclavizados por los bandeirantes. La protección de las misiones era uno de los aspectos que atraía a los indígenas para permanecer en ellas. “Los *piñoca* y los grupos de los *penoqui* se habían puesto bajo la protección de los jesuitas por su propia iniciativa (...). Sin duda, la dotación con bienes materiales, sobre todo con herramientas de hierro, y su repartición justa entre todos era la condición más importante para una evangelización exitosa” (Freyer 2000:84-86).

Por otro lado, las reducciones enfrentaban múltiples epidemias que azotaban a la población indígena, indefensa por la falta de anticuerpos contra esas nuevas enfermedades. La terrible pérdida de vidas apenas pudo ser reemplazada por la constante incorporación de “neófitos” en las reducciones.

Finalmente, “la larga convivencia en un mismo lugar, los matrimonios entre personas de diferentes pueblos, y la imposición de la religión cristiana, contribuyeron a la formación del actual pueblo chiquitano y su cultura, la cual combina elementos heredados de los diferentes pueblos indígenas y del catolicismo jesuítico que forjaron la identidad chiquitana” (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009: 21). Actualmente, no se puede separar el catolicismo de elementos indígenas en los chiquitanos, pues las misiones jesuitas dieron como resultado de varios grupos una nueva cultura: los chiquitanos.

Sin embargo, a pesar de que los chiquitanos se presentan como intensamente católicos:

Verdaderamente se puede decir que aquella influencia del cristianismo fue superficial. Incluso sus conceptos más fundamentales no fueron adoptados; es cierto que se adoptaron apariencias externas de la religión cristiana, pero sin que su influencia llegara hasta las propias concepciones indígenas. Por ejemplo, al chiquitano le resulta inconcebible un castigo en el más allá y se puede decir que todos los esfuerzos de los misioneros por inculcar esta idea al indígena fracasaron (Riester, 1976: 174).

Es probable que la influencia religiosa más profunda se haya dado en la época de los jesuitas, que duró en total poco más de 70 años.

“Aunque los jesuitas y después los curas cruceños que los reemplazaron combatieron a los chamanes, éstos siguieron sus prácticas clandestinamente” (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009: 22). Sin embargo, “a causa del aislamiento

y la falta de control, los caciques tenían la oportunidad de interpretar la religión cristiana a su manera [...] después de la expulsión de los jesuitas las actividades de los bazübos<sup>4</sup> resurgieron en seguida” (Freyer, 2000: 95).

Después de la expulsión de los jesuitas (1767) no se impartió a los chiquitanos ninguna evangelización hasta 1930, cuando se funda el Vicariato de Chiquitos y se implanta nuevamente la estructura eclesiástica en las comunidades. A pesar de que un tiempo muy prolongado los chiquitanos no tuvieron la presencia de la Iglesia Católica, se presentan como intensamente católicos y sus fiestas más importantes son las religiosas, lo que puede deberse a que “para mantener el sentido de comunidad también en las reducciones eran permitidas las fiestas, las cuales, no obstante, eran determinadas en gran medida por los feriados cristianos” (Knogler, 1970: 282; Riester, 1970: 282 nota 54, 341. En: Freyer, 2000: 56). Fue así que, aunque probablemente no era su intención, los jesuitas fomentaron un sincretismo religioso y cultural.

Con la expulsión de los jesuitas en 1767 y la abolición del sistema reduccional, los cruceños se apropiaron de los pueblos chiquitanos y establecieron estancias. A partir del auge de la goma a finales del siglo XIX y principios del XX, la región recibió gran cantidad de cruceños y extranjeros. “La población no-indígena había aumentado tanto que en 1880 se formó la provincia Velasco. El florecimiento económico estuvo acompañado por el aumento de la ganadería y de la producción agrícola, que abastecía a los centros gomeros (...); tal situación demandaba gran cantidad de mano de obra, que provenía de la población indígena de la zona” (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009: 21).

A raíz de esto, los chiquitanos fueron empatronados bajo el conocido sistema de enganche o esclavitud por deuda, difundido en la época de la goma.<sup>5</sup> Asimismo, se formaron nuevas comunidades por la migración a los lugares de extracción de goma y también algunos chiquitanos se mezclaron con otros pueblos amazónicos a causa de que los llevaron forzosamente a los gomales del norte.

Debido a la brutal explotación que sufría la población indígena, muchos chiquitanos huyeron de los gomales y de sus patronos, formando comunidades alejadas como Lomerío y Monte Verde, regiones libres del sometimiento de los patronos. Los establecimientos se mantuvieron hasta 1950, abasteciendo los gomales durante el segundo auge de la goma (1940-1945). Con el auge de la goma, también aumentó la presencia de extranjeros en la región (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009).

---

4 Bazübos, significa el que succiona (Riester 1940: 321, nota 167. En: Freyer 2000:71). Por medio de la succión se extrae la enfermedad, este es uno de los métodos de curación de los chiquitanos y de varios pueblos amazónicos.

5 La goma tuvo dos periodos de auge, el primero empezó a fines del siglo XIX hasta 1919, cuando acaba la Primera Guerra Mundial, pues los ingleses sembraron goma de manera industrializada en sus colonias. El segundo boom se da con la Segunda Guerra Mundial, pues Alemania requería goma que sale de la Amazonía y se contrabandea por Argentina hasta Alemania.

El sistema de peonaje por deudas se mantuvo muchos años después de que cayera el segundo auge de la goma. En 1960 llegó a la zona la reforma agraria, que posibilitó la creación de comunidades independientes. Hasta fines de los años 60 del siglo XX era generalizado el hecho de que los comunarios chiquitanos de la provincia Velasco trabajen la tierra del patrón a cambio de mercancías como ropa y herramientas, principalmente. Por tanto, el dinero era realmente un bien escaso: “Antes la gente se quedaba trabajando, sin sueldo, por una mudada de ropa se quedaban todo el año” (MA. Com. San Rafaelito de Sutuniquiña, 2009).<sup>6</sup>

En los años 80 empezaron a surgir las organizaciones indígenas, que en los años 90 lograron la consolidación de las tierras comunales y de la concesión de las TCO (Tierras Comunitarias de Origen) en beneficio de varios pueblos indígenas del país y entre ellos al pueblo chiquitano. La concesión de los derechos de las tierras de los indígenas inició una carrera por parte de los terratenientes para acaparar las últimas tierras libres en la región. Sin embargo, hasta la actualidad el Estado no pudo entrar en varias provincias para regular la estructura económica de la región.

Desde los años 90 mejoró considerablemente la carretera que une San Ignacio con Santa Cruz, lo que generó un fuerte impulso económico basado en la ganadería y la extracción de madera, actividades que ya se daban con anterioridad, a ello se le suma el tráfico de cocaína hacia Brasil y el ingreso de autos “chutos” de Brasil hacia Bolivia, lo que imprime un movimiento económico muy importante. La pujante economía de la zona estaba en manos de las élites locales y el creciente sector de ciudadanos brasileños. Estos elementos promovieron un significativo crecimiento demográfico e impulsaron la migración a los grandes pueblos de la región de colonizadores andinos, quienes manejaban parte del comercio minorista en los mercados; de población de las comunidades chiquitanas que llegaron a centros urbanos en busca de trabajo o acceso a educación escolarizada, y de brasileños que invertían en tierras para ganadería.

La composición étnica de Velasco se refleja en el siguiente cuadro, donde se puede notar la preponderancia del grupo étnico chiquitano y la presencia de grupos aymaras y quechuas, según datos del Censo 2001, para entonces la provincia tenía un total de 56.702 habitantes.

---

6 En adelante se abreviará MA (mujer adulta); MAA (mujer adulta anciana); MJ (mujer joven); HA (hombre adulto); HAA (hombre adulto anciano) y HJ (hombre joven), para diferenciar la generación y Com. (comunidad) para diferenciar las comunidades de los pueblos intermedios. De igual forma, se va a diferenciar la especialidad del/la médico/a tradicional, si fuera el caso, como partero/a o curandero/a.

**Tabla 1**  
**Composición étnica de Velasco - Población según autoidentificación**

Identidad	San Ignacio	San Miguel	San Rafael
Chiquitana	73,37%	89,65%	74,10%
Ninguno	18,42%	7,71%	21,92%
Quechua	4,71%	1,21%	1,07%
Aymara	1,49%	0,44%	1,07%

Fuente: INE, *Atlas estadístico por municipio*, 2005.

Además de Velasco, los chiquitanos habitan las provincias de Chiquitos, Ángel Sandoval, Ñuflo de Chávez y Germán Busch, pues son uno de los pueblos más extendidos y numerosos de las tierras bajas. Según datos del Censo 2001, la población autoidentificada como chiquitana en el país es de 112.216 habitantes.

Los chiquitanos de Velasco viven en su mayoría en comunidades, pero muchas veces tienen parientes o casas en los pueblos. El centro de los pueblos, antes poblado por chiquitanos, fue ocupado por los blancos o mestizos, que desplazaron a los chiquitanos a las afueras. Tradicionalmente, las casas chiquitanas estaban construidas con tabique y con techo de paja de sujo o palma de motacú, y eran de forma alargada y bastante grandes para albergar a la familia extensa, no tenían ventanas para protegerse de los mosquitos y los vientos del sur que son muy fríos.

Actualmente existe la tendencia a “modernizar” las casas y construir con adobe y teja, de tamaño más pequeño, pues sólo albergan a la familia nuclear. La cocina y la letrina se ubican por separado en el patio. Muchas familias mantienen su casa en la comunidad, pero también tienen una casa en el chaco, en la que tienen menos enseres de uso cotidiano; a la vez, la casa del chaco es utilizada para almacenar los productos del chaco.

El largo aislamiento de la región de los centros urbanos del país y la fuerte presencia de la población indígena contribuyeron a que la biomedicina, la escuela y otros elementos de la “modernidad” hayan llegado tarde a la provincia. Al mismo tiempo, es la razón por la que muchos elementos relacionados con la salud sobreviven y coexisten en prácticamente toda la población, es decir, chiquitanos y mestizos de los centros urbanos.

No obstante, la entrada de la Iglesia, de la escuela, de los partidos políticos y de ONG en las comunidades llevó a ciertos cambios en las mismas y a una apertura hacia ideas y comportamientos de la sociedad dominante, especialmente entre la juventud. Es remarcable la migración hacia los centros urbanos y hacia la ciudad de Santa Cruz. Sin embargo, se debe recalcar la importancia que mantiene la comunidad, que garantiza el sustento de sus miembros; la comunicación y unión mediante fiestas, trabajos comunales y discusiones referentes al desarrollo de la comunidad.

## 2. El sistema de salud del pueblo chiquitano<sup>7</sup>

La enfermedad es un fenómeno universal. Por lo que todos los grupos humanos desarrollaron uno o varios sistemas para combatirla. De esta manera crearon categorías para distinguirla, explicarla y/o justificarla (Kenny, 1980. En: Sevilla 2010: 44). En el caso del pueblo chiquitano, a pesar de las tan amplias diferencias culturales con los misioneros, en el tema de salud los conceptos de enfermedad y los modos de curación que portaban los jesuitas no distaban mucho de la medicina tradicional indígena. Para restaurar la salud, ambos sistemas invocaban la ayuda de seres sobrenaturales, como Dios en el caso de los jesuitas, y los dueños de la naturaleza o *jichis*, en el caso de los chiquitanos.

También se realizaban incisiones y curaciones con diversas sustancias que se obtenían de las plantas de la región [...]. La forma de tratamientos que se aplicaba contra los dolores consistía en levantar primero la piel en la parte dolorida y atravesarla con una espina a fin de que la sangre pudiera salir. Los jesuitas sustituyeron esta cura por la sangría que en la Europa de entonces era considerada como una solución universal contra afecciones físicas. La sangría se ejecutaba con un pequeño cuchillo con filo o un bisturí. Se rasguñaba la piel y ahí se colocaba una pequeña calabaza que se caía cuando estaba llena de sangre. La sangría reemplazaba, según Knogler, a la succión por los bazübos (Hoffmann 1979:18; Knogler 1970:320-321; citado en: Freyer 2000:73).

Es posible que el método de la sangría se haya introducido en las reducciones por tener el mismo principio de curación, es decir, tanto para los misioneros como para los chiquitanos la enfermedad es un agente dañino que debe ser extraído, ya sea por medio del drenaje de sangre o por medio de la succión se “saca” la enfermedad.

Hasta la actualidad, los chiquitanos mantuvieron este concepto de enfermedad y de acuerdo al origen del agente dañino que entra al cuerpo, clasifican las enfermedades en dos tipos: enfermedades *de Dios* y enfermedades por maldad o *mal puesto*, ambas se diferencian por su origen; pero también por su gravedad. En otra categoría están las enfermedades por la ruptura de normas de “equilibrio” con la naturaleza, que son causadas por el *jichi*.<sup>8</sup>

---

7 En la provincia Velasco, como quedó demostrado en el libro *Las miradas de la salud*, existen varios sistemas médicos. Sin embargo, en este documento hago referencia únicamente al sistema médico tradicional y al biomédico, pues el trabajo se centra en la atención al parto y son estos los dos únicos sistemas a los que acuden las madres en tal ocasión.

8 Los *jichis* son, para los chiquitanos, los amos o dueños de la naturaleza; las lagunas, los animales y los cerros, entre otros, tienen amos o dueños a quienes hay que pedir permiso para utilizar algún elemento de su entorno. “Los espíritus del bosque, o *jichis*, regulan el aprovechamiento de los recursos naturales por el ser humano, vigilando que éste sólo aproveche lo estrictamente necesario para el sustento de su familia. Los *jichis* castigan a aquellos que transgreden estas

## 2.1. Las enfermedades de Dios

Las enfermedades de Dios son causadas por algún elemento del medio, por el frío, el calor, la vista fuerte de una mujer, el espíritu de un muerto, entre otros; pero no son enfermedades que alguien las provoca de manera intencional, sino que llegaron por casualidad. Las enfermedades de Dios son bastante comunes y relativamente sencillas de tratar, pueden ser curadas con combinaciones de plantas (raíces, semillas, tallos, etc.), partes de animales (sobre todo en aceites) y actualmente medicamentos que se consiguen en la farmacia.

Cuando es enfermedad de dios, lo que manda, entonces nosotros sanamos en la casa no más, mayormente uno sabe, se imagina ya que es bueno para eso, entonces ya cada uno se cura (MA. Curandera. San Ignacio de Velasco, 2009).

En general, todos los chiquitanos tienen amplios conocimientos sobre los dotes curativos de plantas o extractos de animales que curan las enfermedades más comunes. También es muy común el uso de medicinas que se consiguen en tiendas de barrio, en los centros urbanos y en las comunidades, como paracetamol, ibuprofeno y antibióticos.<sup>9</sup>

Entre estas enfermedades, las más frecuentes son el pasmo y el arrebató.<sup>10</sup> El pasmo se presenta con dolor de estómago, dolor de cabeza, fiebre, dolor o molestia al orinar y se origina porque la persona recibe o se sienta en un lugar que recibió los rayos del sol o de la luna, entonces hay dos tipos de pasmo: de sol y de luna. Esta enfermedad es muy común y se presenta en todas las edades, incluso puede darle al feto de una mujer embarazada, en ese caso puede ser mortal, al igual que en niños pequeños.

El arrebató, en cambio, se da por una variación brusca de temperatura, sobre todo del calor al frío, por ejemplo, una mujer que esté cocinando y se baña con agua fría se va a “arrebatar”; los síntomas son dolor de cabeza, fiebre, dolor de huesos, labios y dedos morados. Se cura friccionando el cuerpo con elementos calientes como aceites y recientemente diésel o gasolina, que procuran que el organismo recupere su equilibrio térmico.

Desde la biomedicina, estas enfermedades se entienden como infección urinaria y resfrío, respectivamente, aunque frecuentemente el personal de salud se esfuerza por encasillar enfermedades a veces inexplicables desde una visión cien-

---

normas” (Birk, 2000: 27). Como una característica de la imposición de la religión católica, se asociaron de manera muy compleja las “deidades” o “creencias” del pueblo chiquitano con lo negativo, maligno y demoniaco (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009. Inédito).

9 Los antibióticos son de venta libre y se emplean para una variedad de enfermedades, muchas veces no se completan los tratamientos.

10 El pasmo y el arrebató existen en otras zonas del país como Beni y Pando.

tífica. Las demás enfermedades son interpretadas como “creencias” o sugerencias psicológicas, y el personal de salud las ignora o niega su existencia.

Muchas de estas enfermedades de Dios se presentan solamente en niños, por ejemplo, el *mocheo*, que se da cuando la madre recibe el espíritu de un muerto y el bebé nace lánguido y amarillento; la mirada o *vista fuerte* de una mujer embarazada o menstruante que abre la fontanela del bebé o el pecho abierto cuando el niño se cae y se golpea el “guardaleche”, un espacio entre el pecho y el estómago, y presenta constantes diarreas y vómitos. Además de estas, existen otras enfermedades de Dios, algunas veces estas enfermedades encuentran solución en el hospital, pero hay enfermedades que ahí no se conocen y el personal de salud puede utilizar tratamientos contraindicados, como aplicar suero para un arrebato,<sup>11</sup> con lo que la persona puede descompensarse y hasta morir porque el suero es un elemento frío: “Sí o sí tiene que ser por afuera<sup>12</sup> [del hospital] nomás, con plantas medicina” (MA. Curandera de San Ignacio, 2009). Algunas veces estas enfermedades pueden ser tratadas por los familiares, pero generalmente se acude a subespecialistas dentro de la medicina tradicional.

## 2.2. Las enfermedades por maldad

Estas enfermedades se originan porque un objeto patógeno entra al cuerpo, crece en su interior de formas mágicas y causa un gran daño a la persona. Los chiquitanos tienen un profundo temor a estas enfermedades y se atribuye como causa de la mayor parte de las patologías graves, dolorosas y difíciles de curar. Las enfermedades por maldad son conocidas también como “mal puesto” y son obra de un *picharero* o brujo que sabe introducir la enfermedad.

La denominación *picharero* viene de *pichara*, que significa veneno. El *picharero* conoce varias formas de enfermar a alguien, puede ser a través del viento, puede convertirse en un animal nocturno e introducir la enfermedad mientras la persona duerme. También ponen la maldad o el “mal puesto” como una especie de trampa o *metosh* por el camino donde la persona va a pasar, esta es una de las razones por las que a veces se enferma otro miembro de la familia que pasó por el mismo lugar. Una de las maneras más comunes es poner *pichara* en la chicha o la comida de alguien durante alguna fiesta comunal.<sup>13</sup>

---

11 Es común la utilización de suero al internar a un paciente, esto facilita el suministro de medicamentos y evita que los pacientes se escapen del hospital sin terminar un tratamiento, actitud que era frecuente sobre todo en personas de la tercera edad.

12 “Por fuera” es una expresión comúnmente usada para hacer referencia a otros sistemas de salud, no al biomédico.

13 Es tan común esta práctica, que antes de empezar la fiesta de carnaval (2012) el cacique de una comunidad cercana a San Ignacio hizo un discurso que se basaba en aconsejar a los comunarios que se diviertan “sanamente” y no estén pensando en hacer maldad para que todos compartan y nadie tenga miedo tomar chicha.

Lo envenenan a uno, su veneno lo echan entre la chicha, a veces entre la comida, en la bebida [...]. Vienen aquí, yo he curado harto, harto he curado. A veces uno no conoce qué tomar para el veneno que le dan a uno. Yo no soy mezquina con mi sabiduría. Lo que se toma es tres cucharadas de aceite de comer y se toma media taza de hoja de mandarina y con eso en un ratingo vomita y bota el veneno. De un de repente no hay cómo moverse. Bien gomita [vomita], bien diarrea y usted va a ver afuera del baño y después viene y me avisa, qué botó madre, ¡ay!, yo boté un montón jabón de estos con que uno lava, yo he botado una cosa así negra, yo he botado un pedazo de carne [...] a veces cabello, a veces botamos un bollo de cabello, a veces botamos un bollo de tierra, pero de todas clases.

D. ¿Y eso es veneno?

Veneno. Uno no lo siente, no lo siente. No lo ve a la persona que lo envenena porque a veces es en una fiesta (MA. Curandera. Com. Altamira, 2009).

El *picharero*, además de poner el mal dentro de un cuerpo, tiene la capacidad de lograr que las cosas pasen para que una persona muera o se enferme. Por ejemplo, un accidente inesperado puede ser en realidad causado por el *picharero*, que logró que suceda una desgracia justo cuando la persona estaba por el lugar.

Las causas para que te pongan *pichara* son varias, puede ser porque tu familia empieza a acumular más bienes que las demás; porque existe alguna rivalidad con otras personas de la comunidad o celos de alguien que quiere estar con uno o con la pareja de uno, entonces alguien, por “envidia”, le va a hacer un “mal puesto”. Esta relación en torno a las enfermedades y los “mal puestos” rige de manera sorprendente las relaciones sociales dentro de las comunidades chiquitanas.

Probablemente la causa principal era y sigue siendo la convivencia tan cercana de familias en una sociedad que imponía reglas del bien común que no permitían que las personas desarrollen posturas individualistas, como alejarse de las reglas de la buena convivencia, criticar abiertamente al vecino y muchas otras situaciones en las que se reprime la expresión de rencores individuales. Estas pueden ser las razones para buscar otras soluciones, para apaciguar o resolver las inevitables tensiones; en el caso de las comunidades chiquitanas culpando a los hechizos del malestar entre individuos o grupos familiares (Fischermann, Delgado, Ricco, 2009: 31).

Doña Rosa, mujer mayor de una comunidad chiquitana, contaba que cuando ella era joven su mamá murió por un “mal puesto”, su papa sabía quién era la picharera que mató a su esposa y la denunció ante la comunidad; pero las autoridades no hicieron nada al respecto, por lo que él entró un día a la casa de esta curandera y la mató a balazos. Después de este asesinato, lo llevaron a la Policía y lo metieron a la cárcel en San Ignacio. De la cárcel lo sacó el capataz de un empresario gomero, quien pagó la fianza y lo llevó como siringuero a los gomales de Beni. Muchos años después, la hermana de doña Rosa fue hasta allá, pagó la deuda de su papá y pudieron volver a su comunidad.

Otro caso es el de doña Isabel y don Antonio, un matrimonio que tiene cinco hijos, él es profesor de la escuela de su comunidad. En una oportunidad en el año 2005, su hijo mayor llegó de vista y fue a bañarse al *atajau* de la comunidad, al salir del agua levantó su cabeza de golpe, lo que parece que le causó un desnucamiento y murió de “un de repente”. Esta muerte súbita se la atribuye a una enfermedad por maldad. Él fue embrujado por una mujer que quería estar con su padre, Antonio Tomicha, pero Antonio no quería estar con ella y no le daba importancia, por lo que la mujer buscó vengarse y embrujó a su hijo. Antonio e Isabel denunciaron a esta mujer frente a toda la comunidad, pero las autoridades comunales no hicieron nada al respecto, por lo que la mujer quedó sin castigo. Frente a esta situación, Antonio e Isabel decidieron traerla a San Ignacio y denunciarla a la Policía, sin embargo, ésta no cree en estos casos de brujería y la mujer quedó sin sentencia. Como no podían hacer nada frente a este hecho, la familia se fue de la comunidad para evitar la influencia de la maldad de la picharera y desde entonces no participan de ninguna fiesta comunal. Sin embargo, don Antonio sigue siendo profesor y va y vuelve todos los días de la comunidad.

Las enfermedades por maldad se manifiestan de diversas maneras, puede ser una enfermedad que cada cierto tiempo reaparece sin explicación aparente o una herida que no cede a los tratamientos. También cuando la persona sufre mucho y nada la mejora, o cuando muere inesperadamente, de “un de repente”. Son muchos los síntomas de estas enfermedades y pueden atribuirse a casi cualquier malestar grave. Este tipo de mal es un objeto patógeno que cobra vida dentro del organismo del enfermo, se alimenta de la persona y crece, es por eso que muchas veces la persona siente intensos dolores.

Los chiquitanos de la provincia Velasco consideran que en el hospital<sup>14</sup> no saben y no curan este tipo de enfermedades, de hecho, solamente curan algunas enfermedades de Dios: “Las cosas malas en el hospital no cura, siempre es en el campo” (MA. Com. San Javierito, 2009). Esta clase de enfermedades solamente las puede curar el curandero, que básicamente tiene dos formas de sacar la maldad del cuerpo del enfermo: por medio de sobadas o masajes, y por medio de succión. En ambos casos, cuando logra sacar el mal que se presenta por lo general en forma de pelos, uñas, pequeñas arañas, entre otros objetos, lo muestra a los familiares presentes, al enfermo y luego lo quema. A veces estos procedimientos no son simples y los enfermos siguen una serie de prácticas combinadas entre herbolarias y mágico-religiosas, que en más de una ocasión tienen costos muy elevados, incluso más que los gastos en el hospital.

---

14 Por tanto, se evita ir al hospital o se va cuando ya no queda ninguna otra alternativa. Esto hace que la percepción del hospital sea bastante negativa, porque frecuentemente se llega ahí cuando ya no hay nada que hacer, la persona muere y queda en el imaginario de los parientes que en el hospital matan gente, lo que genera una especie de bola de nieve, pues como matan gente se evita ir.

En algunos casos se diferencia a los *pichareros* de los curanderos como dos actividades separadas, entre los que ponen la maldad y los que la sacan. Sin embargo, una misma persona que ejerce este oficio está considerada por los unos como benigna que ayuda y cura, y por otros como destructiva que practica la magia maligna. A la persona que cura se denomina *cheeserusch* o curandero. Mientras que a quien practica la magia negra se le da el nombre *oboish* o *picharero*, que en lengua chiquitana quiere decir “ellos han sido”, expresión que se refiere al hecho de que son considerados los causantes de los hechizos y provocadores de la enfermedad. Calificar a alguien como curandero o *picharero*<sup>15</sup> depende principalmente de las relaciones de parentesco o de amistad que tenga con ellos quien los clasifica.

En este sentido, nadie va a admitir que en su familia hay un *picharero*, sino que éste sería denominado curandero. Sin embargo, se admite que “el que sabe sacar, sabe poner”, es decir, para poder ser curandero y sacar la maldad hay que ser *picharero*.<sup>16</sup>

Es importante mencionar que los “mal puestos” no son solamente enfermedades que padecen los chiquitanos, sino que también existen entre los mestizos de la zona, aunque es menos común que se mencione la causa de la enfermedad.

En otra categoría, hay enfermedades que son causadas por castigos sobrenaturales de los *jichis* por transgredir normas de convivencia con relación a los amos de la naturaleza. Los *jichis* pueden ser muy generosos y dar animales para cazar o pescar, pero si se enojan porque el cazador ha dejado heridos a sus animales o ha abusado de la cacería y vendido carne de monte, puede castigar al cazador llevándoselo al monte de donde no regresa o vuelve loco a raíz del desplazamiento de su espíritu por el de un ser de la naturaleza.

Mi papá, cuando estaba vivo, me contó que había un señor que iba a cazar [...] cruzó un bejuco grande, llegó a una casa en el cerro, [donde] había toda clase de animales, antas, chanchos de monte [...]. De ahí salió un hombre que le dijo al cazador: “Así

15 Actualmente se utilizan con más frecuencia los términos de curandero y picharero, en vez de *cheeserusch* u *oboisch*.

16 En la época de las misiones jesuitas, “el bazübos [el que succiona] sabía diagnosticar y curar enfermedades, así como descubrir actos de ‘hechicería’. Knogler cuenta de sus experiencias de Santa Ana donde los chiquitano concedían al bazübos no solamente la facultad de extraer enfermedades del cuerpo, sino también de introducirlas. Esta habilidad le proporcionaba un enorme potencial de poder (Knogler, 1970: 321) que podía llevar a serios conflictos de autoridad entre él y los misioneros si además desempeñaba un cargo de iriaboós o de jefe. Aunque les prohibían a los bazübos practicar sus métodos de tratamiento, los misioneros dependían sin embargo de los conocimientos de los chiquitano” (Strack, 1987: 20. En: Freyer, 2000: 73). Esto se debe sobre todo a que los tratamientos se basaban generalmente en hierbas que los jesuitas no conocían.

que vos habías sido el que lo enferma [hiere, cuando no es certero en su puntería] a mis animales, a mí me cuesta curarlos, si vos los volvéis a enfermar así ya no te vas a ir a tu casa, te vas a quedar aquí a curar a los animales y ándate antes de que te vea el dueño”, dice que el hombre ese salió llorando, estaría durmiendo pues el propio Jichi [...]. Cuando el Jichi se lo lleva a uno, se vuelve como animal, el espíritu de uno se lo quita, ya no es cristiano (MA. Com. San Rafaelito de Sutuniquiña, 2009).

La mayor parte de las enfermedades chiquitanas no encuentra cura en el hospital, esta es una de las razones por las que se llega allí o a los centros de salud en última instancia y generalmente coincide con una etapa muy avanzada de la enfermedad, a veces cuando “ya no hay remedio”. Es bastante común la percepción de que en el hospital “matan”, pues dan tratamientos contraindicados (desde la medicina tradicional) para la resolución de muchas patologías. De tal manera, frecuentemente se evita acudir al sistema biomédico, incluso en casos extremos, “ya yo fui al hospital y prefiero morir acá. Ya yo fui y que más” (MA. Santa Ana, 2009).

Por otro lado, se percibe que “en el hospital todo es plata” y la persona que no puede pagar no accede a los servicios.

*Nada, nada, nada. Nadie me ayuda en el hospital, ¿por qué?, porque yo no tenía plata. Cuando uno tiene plata lo sirven a uno, cuando uno no tiene plata nadie lo sirve a uno. Mire, de la plata ‘vaya a morir a su casa’ [...] mire, mis hijos no tienen plata, así por demás no tengo, 400 dólares el kilo de yeso, ¿dónde vamos a conseguir? ¡Uh! Que se enoje conmigo [el doctor]. Le dije ‘doctor no se enoje’, ‘bueno ¡ya!, aplíqueme la antitetánica y que se vaya a su casa’. Yo con mi muletita, no podía. Lloré.*

Efectivamente, hay limitaciones económicas y muchas veces generan que los tratamientos no se completen (se dejan a medias) porque la familia no puede pagar; este hecho, además de acarrear efectos negativos sobre la salud, influye en una percepción negativa del sistema biomédico. Aunado a ello está la calidad de atención y el maltrato con que frecuentemente se topan los pacientes. Paradójicamente, muchas veces las familias terminan pagando más dinero en tratamientos de la medicina tradicional de lo que costaría el tratamiento en el hospital, pero el tipo de pago es más flexible, a la vez que el tratamiento en sí es más “entendible” para la familia.

Finalmente, la percepción acerca del sistema biomédico influye considerablemente en las mujeres a la hora de decidir el lugar donde va a ser su parto. Incluso se dieron casos de mortalidad materna por la negativa de acudir al hospital. Se puede decir que hay desconfianza de la población de manera general, pero que la carga de mayor negatividad está en las mujeres adultas y adultas mayores, y en menor medida entre las más jóvenes.

### 3. Salud sexual y reproductiva, maternidad y el rol de la mujer

Hasta hace una o máximo dos generaciones se consideraba que 12 hijos es el cupo que una mujer tenía que cumplir para entrar al cielo, este pensamiento se debe a una influencia de la Iglesia, pues se relaciona a los 12 hijos con los 12 apóstoles. Esto pudo tener asidero en la cultura chiquitana, ya que los hijos también son una ayuda en el trabajo del chaco y en los quehaceres de la casa, y mantienen a los padres cuando son viejos. De otro lado, hay un valor social sobre la descendencia numerosa que refleja la virilidad del hombre y el control que ejerce sobre su mujer.

Por otro lado, en anteriores generaciones tampoco existían los métodos anticonceptivos que existen actualmente y las mujeres no tenían más opción que “llenarse de hijos”. “Yo les digo a todas: ‘Ya son de sonsas que se dejan ustedes embarazar, tantas cosas para cuidarse, ¿no?’. Y antes no había, al menos nosotros acá que vivimos en el campo” (MA. Partera. San Rafael, 2012). Actualmente, a pesar de la oferta de anticonceptivos, las mujeres no siempre pueden acceder a ellos.

La nueva generación de mujeres cuestiona este pensamiento de “entrada al cielo” y prefiere tener menos hijos porque se aspira a costear nuevas necesidades, como la escuela e incluso la universidad. En los centros urbanos, pero también en las comunidades, es cada vez más importante la aspiración a tener hijos profesionales, esto está relacionado con crecientes esfuerzos laborales para poder costear sus estudios. Por tanto, las familias jóvenes pretenden actualmente tener menos hijos de los que tenían sus padres para pagar su educación y acceder también a otros bienes. Uno de valores dignos de estudiar es la posibilidad de “no trabajar al sol”, a la vez que es una vía de ascenso social.

La amplia mayoría de las mujeres en la provincia tienen sus primeros hijos entre los 15 y 20 años, y algunas a partir de los 13 años o en casos excepcionales desde antes. Se considera que la edad ideal de una mujer para tener hijos es de 15 a 17 años, pero esto depende de las oportunidades de estudio de las jóvenes y de su lugar de residencia, pues en el caso de pertenecer a una familia con mayores ingresos económicos se va a esperar que la joven sea madre cuando haya salido bachiller.

Asimismo, se ve que es peligroso tener hijos cuando alguien ya es “vieja” y que un matrimonio sin hijos es una pareja triste, por ello una mujer que llegue a los 25 años sin hijos es realmente algo raro.

Es necesario reiterar que la identidad de género femenina es la sociedad chiquitana se asimila con la condición de madre –por sus roles en la reproducción biológica y social– y que el vínculo matrimonial es una institución altamente respetada. Por tanto, tradicionalmente para una mujer suele ser valorado negativamente el hecho de permanecer soltera (Sanabria y Nostas, 2009: 107).

En general, el ideal chiquitano para el ejercicio de la maternidad está dentro del matrimonio, en una relación conyugal estable. Por tanto, son controversiales las figuras de la mujer que tiene hijos/as sola ('madre soltera'), de la que tuvo hijos con varios maridos y aquella que no los tienen (*Ibidem*, 2009: 110).

En este sentido, se marca una diferencia con anteriores generaciones, pues antes las parejas se casaban primero y luego tenían hijos; mientras que actualmente las mujeres se embarazan a edades cada vez más tempranas: "¡Uh! Harto hay diferencia. Las chicas ahora de más peladitas también están, a veces con 12 ó 13 años".

Se señala que a diferencia de las antiguas generaciones, ahora los hombres no reconocen su paternidad: "Lo que quieren es hacerse de la mujer y no les interesa más" (MA. Com. San Juan de Lomerío, 2012). El hecho de que la mujer tenga un hijo siendo soltera y tan joven es visto como una gran vergüenza para la familia: "La gente se le ríe a la mujer cuando la ven así en desgracia, siendo madre soltera" (MA. Com. San Juan de Lomerío, 2012). Esta es una de las razones por las que se sobreprotege a las hijas, pues se considera que si la hija es "loca" (término que equivale a promiscua o puta) es por haber recibido una mala educación en el hogar, sobre todo de la madre, que es la responsable de la educación.

En las comunidades atribuyen los embarazos en adolescentes a la televisión y lo que de ahí se aprende. Es posible que actualmente las mujeres inicien su vida sexual antes, pero los embarazos se deben a que las mujeres empiezan a utilizar métodos anticonceptivos (si los usan) después de tener hijos y establecer una familia "formal", y no desde la adolescencia o desde que empiezan su vida sexual.

Los adolescentes no sólo carecen de información sobre los anticonceptivos, sino que el acceso a los mismos, principalmente en las comunidades, es muy limitado por factores económicos y sociales. Un ejemplo de ello es que hay enfermeras o auxiliares de enfermería que van a las comunidades a explicar a las mujeres sobre el Papanicolaou y métodos anticonceptivos, pero esta información llega únicamente a las mujeres que van a los controles de peso y talla del SUMI,<sup>17</sup> es decir, a las que tienen hijos de entre cero y cinco años, y no a las mujeres que aún no los tienen. Es posible que las adolescentes se inhiban de preguntar o buscar información sobre anticonceptivos debido a un control moral sobre su sexualidad.

La manera en la que la familia evita que las jóvenes se embaracen a temprana edad es reprimiendo a las hijas mujeres. Mientras que los hombres tienen mayor libertad, las mujeres tienen que volver temprano a casa y son reprendidas si sus padres se enteran de que las vieron por ahí con algún muchacho. Se relaciona los embarazos en adolescentes con la pérdida de autoridad de los padres: "Ya no hay miedo a la madre ahora". A excepción de los casos de violación, la culpable de un embarazo no deseado es la mujer, pues se dice que se embarazó por "loca".

---

17 Seguro Universal Materno Infantil.

En algunos casos, sobre todo si la mujer es madre soltera, las abuelas terminan cuidando a los bebés para que su hija termine el colegio o para que forme otra pareja; pero esto no siempre es posible por diferentes razones. Algunas situaciones, cuando la mujer es muy joven y no tiene ayuda de su familia, regala a su hijo a algún matrimonio mayor que ya no tiene hijos pequeños. Es bastante común que las familias con hijos grandes extrañen tener uno pequeño y lo críen, en algunos casos como hijos propios y en otros casos como criados para los mandados.

En un nivel discursivo, se espera que la mujer sea virgen antes de casarse, de aquella que no lo es se dice que “ya conoce hombre”. Sin embargo, aparentemente este atributo que tenían que tener las mujeres actualmente no tiene el mismo peso que antes. Muchas veces cuando se acuerda una unión, la mujer es entregada para casarse y pasa del poder y autoridad de sus padres a la del marido; es decir, el marido sustituye la figura paterna de su hogar. Por tanto, se espera respeto y obediencia a la figura masculina como una autoridad familiar. De alguna manera, la mujer no deja de ser “hija” y por ello debe siempre pedir permiso al marido para realizar actividades fuera de la cotidianidad y de sus labores de casa.

Un atributo de ser mujer es ser madre, ser obediente y ser de la casa. A la vez se espera que la mujer sea “valiente”, es decir, trabajadora, que no sea floja; lavar la ropa de toda la familia, cocinar, limpiar, cuidar a los hijos es exclusivamente un trabajo de la mujer; además del trabajo en el chaco o la venta de pan u otras actividades productivas. La mujer es la responsable del cuidado de los hijos, de su salud y educación, y también la encargada de “atender” a su esposo.

A pesar de que actualmente muchas mujeres prefieren tener menos hijos para poder costear algunos bienes y su educación formal, paradójicamente no siempre son ellas quienes deciden su maternidad.

Las decisiones de las mujeres en la esfera de la reproducción en muchos pueblos indígenas constituyen uno de los mayores núcleos de resistencia al cambio, pues lo que está en juego son el control de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. En la sociedad chiquitana la decisión sobre tener hijos/as, número y espaciamiento, discursivamente, es un asunto que compete a la mujer y al hombre, por tanto, se subraya que “los dos deciden”. Sin embargo, cuando se hace referencia a los métodos de planificación familiar, al placer y la sexualidad, emerge una realidad acompañada de la negativa masculina para considerar la voluntad y la decisión de las mujeres (Sanabria y Nostas, 2009: 113).

El uso de anticonceptivos en parejas ya establecidas es una decisión principalmente del hombre, que en muchos casos decide a partir de los celos y la posibilidad de que su mujer le sea infiel. “Decía mi padre: ‘Para qué la voy a cuidar yo, para que otro venga y se la ensarte, yo prefiero llenarla de hijos a mi mujer para que no se busque macho’” (Sanabria y Nostas, 2009: 114). Una de las maneras que ven los hombres de mantener en sus hogares y ocupadas a las mujeres es con el cuidado de un bebé.

Asimismo, la información sobre anticonceptivos es diversa y llega de manera desigual, lo que generó una serie de mitos sobre los mismos. En tal sentido, se piensa que la “T” de cobre y la ligadura de trompas vuelve “locas” (entiéndase putas) a las mujeres y, por tanto, se van a ir con cualquier hombre, en parte es por ello que muchas mujeres optan por las inyecciones hormonales. De todas maneras, no se puede generalizar el comportamiento de los hombres en este tema, pues son cada vez más los maridos que “aceptan” y hasta buscan que su mujer se cuide argumentando que “la que es loca, es loca nomás”.

Son pocos los casos de separación entre parejas establecidas, se dan en casos extremos de maltrato, violencia o abandono; sin embargo, cuando se diluye la unión se comenta que es porque la mujer es floja o es “loca”. En algunos casos de separación el padre aporta económicamente, pero por lo general es la mujer la que se hace cargo de los hijos.

#### 4. Abortos

Los abortos espontáneos no son reprobados, no se culpabiliza a la mujer por no haberse cuidado, pues se considera que cuando una mujer se embaraza de alguna manera pierde la potestad sobre su cuerpo y su estado de ánimo para dar paso a los deseos del feto: “Se embaraza uno, ya no come uno lo que quiere, es lo que quiera la criatura” (MA. San Rafael, 2012). Así también, cuando alguna persona le disgusta a la mujer embarazada es en realidad al feto a quien esa persona le cae mal.

Elay por decir mi otro hijo, Jesús se llama, mi segundo hijo, ¿acaso lo quería a su padre?, ni comer en la mesa, me guasqueó mi padre por eso, yo no salía por allá, no quería ni verlo a su padre de ese peladingo. No lo quería ni ver a su padre yo en la mesa, no quería que me mire comer, me daba asco (...). Que más que tenía vergüenza y hasta ahora sigue, ya está con 30 años el pelau y qué va a comer si usted está o si llega y él está comiendo, ¡ra! Alza su plato y sale. Desde mi barriga era así (MAA. Partera. San Rafael, 2012).

Desde el embarazo se determina la personalidad del bebé, si será comilón, enojón o tranquilo, por ejemplo. En el caso de tener antojos, si la mamá no los satisface y no come lo que el feto se antoja, entonces puede producirse un aborto espontáneo porque el bebé se fatiga “el bebé mueve por el antojo, si una mujer se antoja comer algo que no hay, por ejemplo se antoja naranja cuando no es su época, entonces la criatura se fatiga y se sale” (MAA. Partera. San Miguel, 2012).

En cuanto a abortos inducidos, en el plano discursivo son completamente desaprobados; pero a la vez, por ser un tabú, es probablemente un tema que requiere un trabajo de campo más profundo para conocer cuál es la práctica más allá del discurso. Se menciona el conocimiento de hierbas abortivas, sin embargo, se

dice que pueden provocar infertilidad porque “encogen la matriz” y la mujer no puede volver a tener hijos. Por tanto, se asume que cuando una mujer no puede tener hijos –“lo bota” a los tres, cuatro o cinco meses de embarazo– se debe a que ella tomó hierbas abortivas cuando era más joven. La mujer que toma estas hierbas se demacra considerablemente durante el periodo abortivo, por eso la familia y la comunidad se enteran y es algo mal visto y muy comentado, ya que la construcción de género se basa en la maternidad, “la mujer que no tiene hijos suele ser valorada de forma negativa. En general, el reproche social y la crítica se expresan en la forma de nombrarla: ‘Para mí, si una mujer no tiene hijo se le dice la machorra, la mula’” (Sanabria y Nostas, 2009: 112).

## 5. La atención al parto en Velasco

A pesar de que en la provincia existen varios sistemas de salud,<sup>18</sup> en cuanto a la atención al parto las mujeres chiquitanas acuden al sistema tradicional o al biomédico, el parto sin atención, por su tratamiento cabe dentro del sistema tradicional. En tal sentido, voy a explicar primero la atención tradicional del parto y luego la oferta biomédica que es relativamente reciente en la provincia.

## 6. La atención tradicional en el embarazo, parto y posparto

Las mujeres daban a luz con la ayuda de un familiar cercano, de una partera<sup>19</sup> e incluso solas. Las prácticas de atención entre las chiquitanas giran en torno al concepto del cuerpo y del parto en sí. Es así que el cuerpo de la mujer tiene dos etapas distintas: antes y después del parto.

### 6.1. El cuerpo antes del parto

El cuerpo de la mujer antes del parto del bebé y la placenta se clasifica en “caliente” o “frío”. El tema térmico (calor y frío) es fundamental en cuanto al proceso salud-enfermedad, pero también atraviesa casi toda la atención en el parto. En tal sentido, un cuerpo caliente tiene un parto más fácil que un cuerpo frío, por tanto, se va a procurar mantener caliente el cuerpo de la madre con una serie de restricciones y cuidados.

Desde los últimos días de embarazo, las mujeres intentan no lavar ropa, ni agarrar agua fría, así como hacerse baños de hierbas con agua tibia, lo que permite que

---

18 Como se demuestra en *Las miradas de la salud* (2009), en Velasco existe una pluralidad de ofertas de salud.

19 A pesar de que también hay parteros hombres, la gran mayoría de estos especialistas son mujeres. Por simplicidad del lenguaje, voy a utilizar el término partera.

el cuerpo de la madre no se “resfríe” o enfríe para que el parto sea fácil y rápido. Se debe tomar en cuenta que a veces el clima puede sobrepasar los 35°C, incluso así, son varios los esfuerzos que se centran en calentar a la madre. Durante el trabajo de parto se le da a la madre infusiones con aceites y alcohol, que calientan el cuerpo; también se le ponen cosas calientes sobre el vientre como la tutuma o mate. Asimismo, se solicita a la mujer que se siente cerca del vapor de agua e incluso se lleva brasa dentro de la habitación para calentar el ambiente, “la parte”<sup>20</sup> y el cuerpo. Cuando un parto tarda, puede deberse a que el feto no se mueve porque tiene frío.

Sin embargo, puede ser que los problemas en el parto no se deban al enfriamiento en el momento, sino que se atribuyan retrospectivamente al hecho de que la mujer no se cuidó en el embarazo y también antes del mismo. Los cuidados empiezan desde que la mujer menstrúa, pues durante este periodo no debe enfriarse ni consumir ciertos alimentos que pueden hacerle daño. La falta de cuidados durante la menstruación puede generar problemas cuando la mujer se embaraza.

El embarazo, por las complicaciones y los riesgos en el parto, es una etapa muy peligrosa, se considera que “la mujer desde el día que se embaraza su sepultura está abierta” (MA. San Rafael, 2012), “uno cuando está embarazada está con un pie sobre la orilla del pozo” (MAA. Partera. San Miguel, 2012). Para minimizar el riesgo, las embarazadas siguen una serie de normas como no hilar para que no se enrede el cordón umbilical, no alzar cosas pesadas, no estar mucho tiempo al sol ni cerca al fuego para que no se pame el niño, además de no enfriarse, entre otras recomendaciones. Asimismo, se hacen “sobar” o masajear con la partera, quien acomoda al bebé, lo que facilita el parto. Las sobadas con parteras son a su vez controles prenatales en los que la madre sabe el sexo del bebé y su estado, de acuerdo a esta información ella decide dónde tendrá el parto.

## 6.2. El parto

El parto tradicionalmente se atiende en la casa de la madre. Las casas son generalmente de uno o de dos ambientes, y al momento del parto se cerraban las puertas y las ventanas para mantener el calor y evitar la luz que puede *pasmar* al bebé. La madre prepara con anterioridad lo que va a necesitar, principalmente prevé tener maíz molido para la chicha, pollos criollos para el caldo de pollo con maíz, arroz para sus otros hijos y leña.

La mayoría de las mujeres son atendidas por sus madres, otras por los maridos, las abuelas, las suegras, la hija mayor o una partera. También es común que las mujeres tengan a sus bebés solas, sin ningún tipo de atención durante el parto. Generalmente se llama a las parteras cuando el parto se complica, cuando la placenta tarda más de lo esperado en nacer, cuando la mujer no siente seguridad

---

20 “La parte” es la manera en que los chiquitanos hacen referencia a la vagina.

de tener un parto sencillo o cuando es primigesta. “Cuando ya el parto ya está que realmente no puede nacer ya viene una partera pa’ que lo componga” (MA. San Ignacio, 2012).

En la casa, la mujer está de cuclillas o sentada, sobre todo si tiene el parto sola. También hay mujeres que tienen el bebé echadas, cuando el parto es asistido por alguien más. Posiblemente, la posición de echada sea una influencia de la posición ginecológica que se acostumbra en el hospital, pues la mayor parte de las mujeres más jóvenes, que no han tenido un parto en otra posición, prefiere tener el parto echadas; mientras que las mujeres mayores lo prefieren de cuclillas porque es más fácil hacer fuerza. En cuclillas, la persona que atiende a la madre la sujeta desde atrás, abrazándola debajo del pecho y sosteniendo su espalda con la rodilla. Asimismo, la madre es atendida con mates calientes, calentando su cuerpo con tutuma, con trapos calientes o con vapor de brasa si fuese necesario. Las mujeres cuyos partos fueron atendidos en sus casas dicen que “en la casa te ayudan”.

### 6.3. El cuerpo después del parto

De una persona que da a luz, el cuerpo queda como un cedazo. Porque esa barriga, ¿cuánto tiempo ha estado estirada ahí con la criatura? Ha estado nueve meses. Entonces, cuando ya da a luz esa barriga queda como un cedazo, entonces se le dentra (*sic*) el resfrío y es pues lo que hay que cuidar y la cabeza, porque a través de la cabeza le dentra (*sic*) el resfrío, después viene un dolor de cabeza, dolor de cuerpo, cualquier enfermedad le agarra (MAA. Partera. San Ignacio, 2012).

Llegaba él a la casa, llegó con una papas con que le llaman purka colorado, ¿no?, ‘dijo, ya tuviste tu bebé’, con eso lo rayaba y me dio un tanto así de tomar y con esto no vas a quedar así amarillenta como esa gente del pueblo desembarazan y quedan amarillas todas dobladas, esas papas él la calentaba, él la tostaba y con eso todingo mi cuerpo dice ‘cuando la mujer da a luz, su cuerpo es un urupe, porque toda la fuerza que hace los poros abren, abre el cuerpo todito’ (MA. Partera. San Rafael, 2012).

En este periodo se considera que el cuerpo y principalmente la barriga de la madre es un urupé<sup>21</sup> o un cedazo, por haber estado estirado; pero también por la fuerza durante el parto. Por tanto, los poros son como los huecos del colador. Es decir, estos cambios dieron lugar a un estado de cuerpo “abierto”, vulnerable a la entrada del frío en el cuerpo de la mujer. Es por esta razón que las mujeres se abrigan después de dar a luz, cubren sus pies, su cabeza, usan manga larga y pantalones para salir del cuarto en el que reposan durante 40 días.

21 El urupé es un colador hecho de paja que se utiliza para cernir chicha. La forma del urupé es redonda y tiene pequeños orificios que permiten que la chicha se filtre. En relación al cuerpo materno, hace referencia a que el cuerpo no está totalmente sellado, cerrado y seguro.

En este intento por mantener el calor, hay que resaltar que en la Chiquitania el clima fácilmente bordea los 40°C. Se asume que las consecuencias para la salud de la mujer que no se abriga ni se cuida en el periodo de posparto, cuando el cuerpo es como un urupe, no se ven mientras es joven y fuerte, sino a partir de los 30 años. Los principales problemas de no abrigarse son los irreversibles dolores de cabeza, de articulaciones y de estómago que frecuentemente sufren las mujeres. De igual manera, después del parto la sangre de la madre queda rala y es más fácil que entre el frío y que la mujer “críe” varices causadas por el enfriamiento de su sangre.

Durante el tiempo de reposo, la madre elimina la sangre que estaba en su cuerpo y su interior se va “limpiando”.<sup>22</sup> El peligro de retener sangre es que causa entuertos muy dolorosos, estos son tratados con hierbas para que la madre elimine la sangre “mala” o sangre “cuajada” que se queda en su interior. Si el interior del cuerpo de la mujer no queda “limpio”, hay consecuencias: “Es dañino, por eso algunas se enferman de la matriz, le cría tumor, cáncer; pero yo creo que es por lo que no sale todo [toda la sangre]” (MA. San Ignacio, 2012).

La mujer debe cuidarse en el posparto no solamente abrigando su cuerpo, sino también evitando alimentos que tienen características frías. Los alimentos (y las hierbas medicinales también) tienen propiedades frías y calientes como una cualidad de la sustancia en sí misma,<sup>23</sup> independientemente de la temperatura en la que se presenta, por ejemplo, la yuca es fría aunque sea servida en sopa. La dieta en el puerperio se reduce entonces a caldo de maíz con pollo criollo y chicha caliente, que facilita la producción de leche para el bebé. El arroz, la yuca, las frutas y otros alimentos están completamente prohibidos (por los menos los primeros días), por ser alimentos fríos. Es por esto que la madre prepara antes del parto el maíz y los pollos que va a utilizar durante su cuarentena.

De igual manera, se debe mantener la casa resguardada del cruce de aire. Después del primer baño con hierbas medicinales (entre tres y cinco días después del parto), que ayuda a cerrar los poros del cuerpo, la madre está más protegida y se abre un poco la puerta. Los cuidados son menos rigurosos a medida que pasa el tiempo; sin embargo, la mujer permanece en el cuarto donde ha dado a luz durante 30 ó 40 días.<sup>24</sup> Se dice que son 40 días porque la

---

22 Cuando la madre sufre de entuerto y su interior no está “limpio”, se la trata con el jugo de hojas de tabaco verde, planta que también es utilizada para ayudar a la persona a expulsar elementos patógenos cuando sufre una enfermedad por maldad.

23 Se puede suponer que esta es una “herencia” o influencia de la teoría de los cuatro humores que utilizaban los “físicos” o médicos europeos hasta mediados del siglo XIX, para entender el cuerpo humano. Aparentemente, los pueblos que no tuvieron contacto con los españoles no manejan estos conceptos.

24 La mayor parte de las mujeres hace referencia a que ellas se quedaban en su cama durante 40 días después del parto. Este periodo me llevó a pensar que podría ser una especie de cuaresma,

Virgen María se cuidó durante ese tiempo, por tanto, las mujeres chiquitanas también lo deben hacer.<sup>25</sup>

Ella [mi madre] todo el tiempo me daba caliente, no dejaba que me levante. Siempre era cuando me tocaba bañarme, porque cada tres días uno se baña cuando da a luz, cada tres días. Cada esos tres días ella cocía su agua, me [la] llevaba adentro. Después que secaba mi cabello, recién salía afuera. Si usted se baña con agua tibia, con agua con remedios, le abren la puerta, sale afuera con su cabello mojado, entonces se airea usted (MAA. Partera. San Ignacio, 2012).

En este periodo está prohibido para la mujer realizar labores que hace cotidianamente en su hogar, como lavar, cocinar, traer agua, barrer. Alguna persona, generalmente el marido, su madre, su suegra o la hija mayor realizan estas actividades por ella. Estas normas de seguridad en el cuidado de la mujer varían entre las familias, en algunos casos los cuidados son más estrictos que en otros y depende principalmente de la disposición de otras personas para ayudar a la madre. Esto a su vez está relacionado con el lugar de residencia de la mujer, si vive en su comunidad o la de su marido, o si migraron a un centro urbano donde no tienen parientes.

Sin embargo, la nueva generación ya no guarda estos cuidados de manera tan estricta como lo hacían sus madres. Actualmente se cierra un poco la casa, pero no completamente, y el periodo de cuidado, antes de 40 días, es ahora de 15. La “flexibilización” en torno a las normas de cuidado en las mujeres chiquitanas de esta generación se debe sobre todo a la incorporación de las prácticas hospitalarias (a veces contradictorias con la propia cultura), a procesos de migración y por ende a la disponibilidad de ayuda. De todas maneras, la “flexibilización” de la atención en el parto no necesariamente se traduce en la pérdida del valor de las tradiciones chiquitanas en torno al parto.

Se asea uno, pero por ejemplo al segundo día. Al tercer día recién se baña todo el cuerpo con sorioco. Eso hasta los 40 días, lo cuida su madre de uno en el campo. Así pa’que no le duela a uno la cabeza, dice mi madre que el cuerpo está como urupe, ¿no ve? Y más la barriga está a lo vivo y por eso. En el campo así eran los antiguos, ahora acá no. Por eso a uno le duele, por eso a mí me duele la cabeza, porque nunca me [...], sólo allá donde mi madre la primera hija, segundo hijo teniendo a los tres días paseaba (MA. San Ignacio, 2012).

---

un tiempo de ayuno en el que la mujer se libra de la muerte. Sin embargo, no tengo información que respalde esta afirmación. Asimismo, se considera que este cuidado está relacionado a “ser civilizado”, a diferencia de los “bárbaros pausernos” (los guarasug’we), que no se cuidan después del parto: “Las bárbaras están lavando al segundo día”.

25 Desde la biomedicina, el periodo de puerperio dura 40 días, tiempo que coincide exactamente con el periodo de cuidados que debe tener la madre en la atención tradicional. Posiblemente, la explicación de la que la Virgen María se cuidó durante 40 días tenga un origen en el tiempo de las misiones jesuíticas.

En este sentido, siguen siendo fundamentales algunos aspectos relacionados al cuidado en el parto y se asume en todas las generaciones que el frío es la principal causa de futuros dolores y enfermedades. A pesar de algunas prácticas contradictorias, muchas de las jóvenes optan por partos hospitalarios aduciendo que les da más seguridad por si tuvieran que enfrentar alguna emergencia.

## 7. La biomedicina y sus cambios en la provincia

El sistema biomédico llegó a San Ignacio de Velasco a mediados del siglo XX. Sin embargo, la mayor parte de las comunidades no accedió a él, no sólo por las limitaciones de sus prestaciones, sino también por factores geográficos y económicos, además de culturales. En este sentido, en la provincia muchas comunidades estaban aisladas por el mal estado de las carreteras o su inexistencia, además de la escasez de vehículos que faciliten la comunicación con los principales pueblos. Asimismo, los servicios de los centros de salud, incluyendo los materno-infantiles, tenían que ser pagados; durante mucho tiempo el dinero fue un bien escaso, pues era común que los comunarios trabajen la tierra del patrón a cambio de ropa, herramientas y otros bienes, con el tiempo se fue asalariando a los comunarios. Sin embargo, las prestaciones en el hospital eran un lujo que muchas familias no se podían permitir.

Poco a poco se pasaron estas barreras: la construcción de caminos, un mayor tránsito de vehículos y la dotación de ambulancias en algunas comunidades han mejorado la comunicación entre ellas y los centros urbanos. De igual forma, desde la década de los años 90 se implementaron seguros para el binomio madre-hijo y a partir del 2003 entró en vigencia el SUMI, seguro que fue determinante para el acceso al servicio; desde el 2009 se implementó también el Bono Juana Azurduy.<sup>26</sup> A pesar de que estos cambios en la provincia son relativamente recientes, tuvieron un gran impacto en las nuevas generaciones.

Junto con los esfuerzos del Estado por democratizar el servicio, la provincia vivió otros procesos que influyeron en las diferencias generacionales que se ven en la actualidad. La búsqueda de educación escolarizada y de mejores oportunidades laborales promovió un proceso de migración de las comunidades a los centros urbanos. La inserción urbana es frecuentemente inestable y muchas familias mantienen su chaco, su casa y sus relaciones sociales en la comunidad, por lo que los cambios no se dan solamente en zonas urbanas con acceso a prestaciones biomédicas, sino también en comunidades alejadas.

---

26 El bono Juana Azurduy, creado mediante Decreto Supremo N° 0066 (2009), es un incentivo de transferencia monetaria, condicionada a las madres que asisten a sus controles prenatales, al parto institucionalizado, a los controles posnatales y a los controles de sus bebés hasta los dos años.

Por otro lado, la migración a los pueblos intermedios y centros urbanos causó que las mujeres no cuenten con la misma red de apoyo que tienen en la comunidad. El marido frecuentemente trabaja y si atiende a su mujer deja de percibir ganancia durante ese tiempo o simplemente no quiere atenderla. Asimismo, otro factor que obliga a las mujeres a recurrir a la atención hospitalaria es la cada vez mayor ausencia de parteras que puedan resolver emergencias obstétricas. Es común que el conocimiento de las parteras muera con ellas, ya que no han enseñado a personas jóvenes por la falta de interés de las últimas, quienes aspiran a una educación formal y moderna, a ser profesionales.

Todos estos factores influyeron en que las jóvenes chiquitanas tengan como opción el parto hospitalario y muchas veces lo prefieran, aunque se mantienen las concepciones del cuerpo y el temor a la falta de cuidado por las consecuencias a la salud. Las mujeres adultas marcan como una de las diferencias generacionales la falta de coraje de las jóvenes: “Las personas mayores son bien corajudas y machas para tener su bebé en la casa. Las personas de ahora, los jóvenes, mucho miedo tienen digamos de quedarse en la casa ¿no?” (MA. Partera. San Ignacio, 2012)”.

A muchas mujeres jóvenes les da más seguridad tener su parto en el hospital, pues se reconoce que allí hay más recursos para enfrentar emergencias. “Hay [más recursos] porque hay doctores, si por alguna casualidad se pasa o no nace la cría, inmediatamente pueden mandarlo a San Ignacio, en un *ratingo* lo llevan pues, operarlo o normal, como sea” (HAA. Partero. San Rafael, 2012). Esta es una de las razones por las que la mayoría de las jóvenes prefiere la atención hospitalaria.

Relacionado con ello, gran parte de las comunidades indígenas del país ha vivido y está viviendo bruscos procesos de cambio social y oscilan entre péndulos de la modernidad y de su propia cultura. La cultura occidental refleja una vida moderna y a pesar de sus contracciones representa una serie de aspectos atractivos que son absorbidos de manera limitada por muchos pueblos indígenas. La biomedicina es uno de los elementos de la modernidad.

## 8. La atención del parto en el hospital<sup>27</sup>

Frecuentemente, cuando las mujeres llegan al hospital para ser atendidas en el parto se encuentran con la falta de atención “oportuna”, de información y horas de espera. Esta situación muchas veces se compara con la atención en la casa, donde la persona que atiende el parto permanece con la madre durante todo el trabajo de parto y el parto, recién la deja sola cuando ya todo ha salido bien.

---

27 Acá menciono únicamente hospital y no centros y puestos de salud también, debido a que es realmente poco frecuente que una mujer decida ir a tener su bebé al puesto de salud de su comunidad, que cuenta con recursos muy limitados y donde no tendrían la posibilidad de enfrentar una emergencia.

En el trabajo de campo, muchas mujeres contaron su experiencia y un punto en común fue la falta de atención al llegar al hospital. Doña Ana,<sup>28</sup> una mujer migrante de una comunidad cercana a San Ignacio, salió de su casa en las afueras del pueblo y llegó caminando al hospital. Cuando llegó, la revisó el doctor y le dijo que faltaban dos horas más para su parto, luego él salió del cuarto y doña Ana sintió dolores más fuertes; entonces, en vez de llamar al personal se agachó, se agarró de la cama y parió sola.

Y eso que yo lo tuve solita, que el doctor me dijo que era pa'las nueve el parto y cuando salieron, tras que salieron nació. A veces [el bebé] tiene vergüenza, dicen ¿no ve? [...] Y yo la miraba [a la bebé] no más así, pero colgando pues, la placenta no caía, yo la miraba, negra su carita de llorar y hacía frío. Después los doctores entraron [...] y ya después ya me subieron arriba [a la camilla] y casi media hora pa'sacarla la placenta, era eso que no caía.

El personal del hospital llegó porque escuchó el llanto del bebé y la atendieron en el nacimiento de la placenta y el corte del cordón.

Doña Raquel también cuenta su experiencia y parece que fuera la misma:

Me mandaron a que me cambie de camisón, yo sentía que iba a nacer y yo me hínque y solinga la tuve, y vinieron y la alzarón [a la bebé], y me colocaron en la camilla para que nazca la placenta.

Ambas mujeres llegaron solas al hospital, sin un familiar o acompañante que llame al personal para que las atiendan. Sin embargo, ambas decidieron tener sus hijos en posición vertical, doña Ana de cuclillas y doña Raquel hincada, pero cuando fueron atendidas las “subieron” al lugar correcto para los partos: la camilla.

Incluso en casos de emergencia, como una hemorragia, no es raro que las mujeres deban esperar varias horas para ser atendidas. Doña Asunta, en su octavo mes, sintió que su vientre se endureció y le empezó a doler, entonces fue a la posta de su comunidad y le pusieron dos inyecciones:

Mire me colocaron, no me dolió ya nada. Fue a las ocho de la noche que me agarró ya grave, fue la hemorragia.

La llevaron de emergencia al hospital de San Ignacio:

---

28 Algunos de los nombres fueron sustituidos por seudónimos para no violar la confidencialidad de los relatos.

Llegamos aquí [a San Ignacio] a las 10 de la noche, me sacaron ecografías dijo el doctor que este mucho había tardado en venirme, que ya ‘el hijo se ha muerto en su barriga’ [...]. Yo pensé que eso [las inyecciones que le colocaron en su comunidad] fue lo que me lo hizo que muera mi hijo, pues en mi barriga.

La hemorragia de doña Asunta comenzó a las ocho de noche y ella llegó a San Ignacio a las diez. Sin embargo, le atendieron recién a las dos de la mañana:

A las dos de la mañana fue que me operaron, desde las diez de la noche, desde las diez de la noche ¡uh!, ya no tenía ni fuerza le digo, estaba bien débil.

Seis horas de hemorragia, dos de viaje y cuatro de espera para una mujer con anemia u otros problemas de salud puede significar su vida. Doña Asunta llegó al hospital en una ambulancia y estaba sola, es decir, no tenía la compañía de ninguna persona que vele por ella y exija que sea atendida. Asimismo, se debe mencionar que esta es la realidad de muchas otras mujeres, en sentido de que llegan de su comunidad a un espacio ajeno que las intimida, donde no conocen a nadie y tampoco las prácticas y procedimientos que ahí se realizan. Esta distancia genera también un miedo a exigir atención.

El vacío en la atención de mujeres que llegan solas no sólo se da a la hora del parto, sino también en la internación. Elvira, una mujer joven, tuvo seis partos en el hospital, en el último dio a luz a las diez de la mañana y sufrió una hemorragia posparto que fue controlada; pero quedó muy débil y no podía levantarse de su cama sin ayuda. A las seis de la tarde quiso ir al baño sola porque no había enfermeras que la ayuden, pero en el intento se desmayó; entonces la socorrieron varios médicos y enfermeras, pero después, cuando quería ir al baño, nadie del hospital le ayudaba a levantarse. En la sala de partos estaba el marido de una señora que también había dado a luz y fue él quien la ayudó a llegar hasta el baño en reiteradas oportunidades.

### 8.1. La hora

Para los chiquitanos el feto tiene voluntad propia y decide, entre otras cosas, el momento de su nacimiento. En la atención tradicional, las parteras ven la hora sintiendo el tacto de la madre, viendo sus ojos y su sudor. Mientras que en el hospital lo hacen por medio del “tacto”, esta práctica es sin duda la más repudiada por las mujeres en Velasco, pues para ellas es una transgresión a su intimidad: “*Le burgan en la parte*”, además de tener una connotación sexual:

El otro día ese doctor [dijo]: ‘Uta, yo peor deseo si es joven la que va a hacer ceder’. Por eso me da vergüenza el doctor... porque él en su trabajo no tiene por qué tener deseo de esa persona ¿no ve?, ¿sí o no?, no puede pues (MA. San Ignacio, 2012).

Esta es una de las prácticas que inspira más rechazo a la atención biomédica y por la que muchas mujeres prefieren parir en casa.

## 8.2. El frío

En el hospital se prefiere tener espacios ventilados y frescos, tomando en cuenta las altas temperaturas de la zona. Las mujeres chiquitanas, que conciben el cuerpo como un *wrupe*, temen que el frío les provoque futuros e irreversibles problemas de salud. “Lo ponen descubierto [la parte y] le entra viento en la barriga, por eso muchas veces no quiere nacer porque ya está con viento, está complicau ya del viento” (MJ. San Ignacio, 2012). En algunos hospitales la sala de partos cuenta con ventilador y en otros con aire acondicionado.

Asimismo, en la Chiquitania se considera que el frío también entra al cuerpo a través de los alimentos. Como se mencionó, las mujeres chiquitanas tradicionalmente llevan el puerperio a base de chicha y sopa de maíz con pollo criollo. Además, la comida no debe tener sal:

Le daban sin sal para que la leche no salga salda, salga dulce (MA. Santa Ana, 2012).

En el hospital como eso le dan, gelatina fría le dan, ya cuando dicen ‘me duele mi estómago’ es porque es lo frío, el suero también es frío pa’uno cuando desembraza. ‘Mejor es que lo tengas acá [en la casa] nomás’, porque temprano uno calienta la chicha, caliente uno toma la chicha con ese pesoe. Después de desembrazar tiene que tomar uno chicha caliente (MJ. Comunidad San Javierito, 2012).

Por otro lado, son las enfermeras las encargadas de limpiar “la parte” de las mujeres después del parto y cambiarles el algodón (la salud pública no provee paños higiénicos); por esta razón, a manera de aminorar el desagradable trabajo se dio algún caso en el que desde las cinco o seis de la mañana las enfermeras entran a la sala para que las mujeres se duchen: “Ya, levantarse, todas a la ducha, la que quiera agua caliente que pague” (MJ. San Ignacio, 2012).

Las mujeres chiquitanas se bañan a los dos o tres días después del parto, con agua tibia y hierbas medicinales (purga colorada, hojas de algodón, hojas de limón, entre otras) que les ayudan a “cerrar” los poros del cuerpo. El agua fría es peligrosa después del parto.

Uno de los elementos de la biomedicina más rechazados por la población es el suero, por ser “fresco” (frío) y, por tanto, contraindicado para muchas enfermedades: “En el hospital no dan remedios. El suero no es pa’l parto, es fresco [frío] el suero” (HAA. Partero. San Rafael, 2012). Sin embargo, se reconoce que tienen un suero que “calienta el cuerpo... calienta la sangre” (MA. San Miguel, 2012) y, por tanto, apura el parto: “Hay suero propio también pa’eso [para el parto]. Es

que está contaminado con todo remedio pa'l parto, colocan pa' que nazca luego, según la hora, qué hora va a nacer" (HAA. Partero. San Rafael, 2012). Este suero es la oxitocina, que es reconocida como un elemento "caliente", es aceptada y hasta solicitada por las mujeres en trabajo de parto.

Considero que el tema de la temperatura podría ser solucionado de manera relativamente sencilla, si el personal de salud tuviera la disposición para hacerlo, pues se podría evitar los ventiladores y el aire acondicionado y ofrecer una dieta alternativa si así la madre lo desea, así como agua caliente gratuita. Asimismo, la aceptación de la oxitocina, a pesar de ser un suero, muestra la flexibilidad de la percepción sobre la biomedicina.

## 9. La posición del parto

El personal de salud en Velasco menciona que las mujeres pueden escoger la posición de parto que ellas deseen. Sin embargo, todos los partos "atendidos" se dan en posición ginecológica (Bradby y Murphy-Lawless, 2005: 115). "Esta conlleva echarse de espalda en una cama angosta con las piernas separadas (...) en estribos. Por lo general un médico se sienta entre las piernas de la mujer, en una silla, de cara a sus genitales".

Mire, tenemos una charla con la gente, tan abierta que nosotros le permitimos que ellas adopten la mejor posición que ellas deseen. Sin embargo, creo que en ese afán de tener una charla tan abierta, logramos tener la confianza de ese paciente y las pacientes nos permiten que nosotros seamos quienes pongamos la posición que van a adoptar, las cosas que van a hacer, entonces tenemos la confianza del público, tenemos la confianza de la parturienta. Eso hace que sea el trabajo mucho más moderno para nosotros, porque la mujer viene, como adquiere esa confianza, uno le dice 'suba a la camilla, acuéstese, ¿quiere alguna posición?', 'no, indíqueme doctor', y vienen y se entregan digamos para que vos le des todo el servicio de la manera clínica más moderna que podemos tener acá en el centro (Dr. San Miguel, 2012).

Todas las mujeres entrevistadas para la investigación mencionaron que tuvieron su parto echadas en la camilla, que es la manera clínica "más moderna" que hay en Velasco. También se menciona que "las madres en la camilla se sienten cómodas porque están ya familiarizadas" (Enfermera. San Ignacio, 2012). De hecho, algunos doctores ignoran, niegan o ridiculizan la posición en la atención tradicional al parto.

Aquí no hay lo que escuchamos de Beni y de Pando, esas posiciones medio raras, colgarse de lugares esas cosas así... dan a luz colgadas, de cuclillas, se cuelgan de un

barrote... tienen la idea de que eso va a permitir que descienda más rápido el niño. ¿Cuál será el sentido?, pero lo hacen así. Pero aquí no hay eso, no ha habido eso (Dr. San Ignacio, 2012).

Asimismo, la posición del parto está relacionada con la necesidad de hacer episiotomía, que en Velasco es una práctica muy frecuente. Debido a que está restringida, todos los médicos dicen que ellos casi nunca las hacen; mientras que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas que tuvo parto en el hospital mencionaron tener una o más “zanjadura” o “cortadura”, que es como las chiquitanas conocen la episiotomía.

## 10. La cesárea

Al ser una operación es una práctica temida, pues se considera que una persona operada nunca queda igual y muchas veces la operación se relaciona con la muerte. Sin embargo, la percepción acerca de la cesárea no es homogénea. Hay mujeres e incluso parteras que consideran que es una práctica a veces necesaria que puede salvar la vida de la madre. Otras prefieren morir antes que someterse a esta operación en el hospital: “Si de todas maneras voy a morir, prefiero morir en mi casa” (MJ. Santa Ana, 2012). El temor a la operación en general se basa sobre todo en las experiencias que las mujeres y sus familiares tuvieron previamente en el hospital.

Asimismo, se relaciona la incapacidad de los médicos para hacer la conversión externa (práctica en la que las parteras son diestras), con la necesidad de hacer cesáreas.

[sobar] es ayudarles a ellos [a los médicos], porque en el parto si la criatura está cruzada, si la criatura está metida en el pie, eso lo va a hacer más difícil el parto. Pero, si está bien, está bien encajadito, se soba... no le cuesta porque ya está acomodadito, pero sino está acomodau y ahí a veces es que tienen que operarla porque está cruzau (MA. Partera. San Ignacio, 2012).

## 11. El personal de salud

Al igual que con las parteras, las posiciones acerca del “otro” sistema son variadas y llegan a extremos de acercamiento y reconocimiento como de alejamiento y desprecio. Por tanto, es imposible homogeneizar el trato a los pacientes y las percepciones del personal. Asimismo, existen marcadas diferencias entre doctores, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería que están relacionadas a la jerarquía institucional; pero también a orígenes, culturas y clases sociales distintas. En este sentido, suele pasar que las/os auxiliares de enfermería son de la zona,

muchas veces de comunidades chiquitanas; mientras que los médicos generalmente vienen de clases sociales con mayores oportunidades, mejores ingresos económicos y pertenecen a los hacendados y ganaderos de los pueblos. Generalmente esto afecta la percepción que tienen acerca de las prácticas tradicionales.

Hay algunos médicos que desconocen la medicina tradicional chiquitana y la cultura en sí, por ello, muchas de sus prácticas las asumen como “creencias” carentes de valor y efecto. De igual manera, niegan la existencia de especialistas en la atención de parto, “así partera, partera no hay, hay médicos tradicionales que atienden partos” (Dr. San Ignacio, 2012), lo que los constituye como los únicos aptos en el área. Mientras que hay otros médicos que reconocen la existencia de parteras, pero las ven como un peligro.

De otro lado, hay doctores con un fuerte compromiso social de servicio y un interés por mejorar la salud de las comunidades en donde trabajan, ellos respetan y aprenden de los especialistas tradicionales. Hay comunidades que cuentan con personal de salud que permite en su centro que las mujeres tomen mates, elijan la posición del parto y estén acompañadas por su partera. Por supuesto, esto genera mayor afluencia de las parturientas; uno de estos doctores mencionó que de los 14 partos que hubo en el año 2011 en la comunidad en la que trabaja, 11 fueron atendidos en el centro de salud.

A pesar de las diferencias de actitud y trato entre el personal de salud, el sistema de salud no da incentivos, es decir, no premia ni castiga por los “logros” o “desaciertos” del personal. A pesar de que en muchos casos los logros impliquen un sacrificio personal, pues en áreas rurales se hacen cargo durante 24 horas, todos los días del centro o puesto de salud, y eso implica muchas veces abandonar a su familia.

Por último, se debe resaltar que muchas personas relacionadas a la atención biomédica de diferentes maneras, el personal de salud y terapeutas tradicionales indican que hay un cambio en el personal y las normas hospitalarias, que actualmente son más flexibles y aceptan algunas prácticas de la medicina tradicional.

Yo curo pal guardaleche, en cada año más de 100 niños, ¡uh! En el hospital no curan eso, entonces ellas (las madres) tienen que acudir a una persona que sabe... yo iba de más antes (al hospital), ‘pero en el hospital no me van a dejar entrar’, ‘no es que vamos a ocuparla así a lo escondido’. Llegaba yo al hospital, iba como una visita, como si fuera mi pariente. Llegaba, ¡raz! cerraban la puerta y ahí ya lo curaba a la criatura... los que están ahí adentro no dicen nada, tienen que callarse. Ahora con consentimiento de las mismas enfermeras ya puedo entrar, ya voy, ya con los mismos médicos. La misma persona, el familiar del paciente, de los niños, entonces ellos tienen que ir a hablar con el médico para que el médico no diga a nadie y me deje pasar... porque ellos tienen que hablar con las enfermeras... (MAA. Partera. San Ignacio, 2012).

Es posible que este cambio tenga dos orígenes: por un lado, los diferentes talleres, cursos y seminarios impartidos al personal en el marco de las nuevas

políticas en salud a escala nacional, como la Safci; por otro lado, la inserción de personas de origen campesino en el sistema de salud biomédico, quienes aunque no sean de la zona en la que trabajan, tienen mayor empatía con una realidad que es similar a la de su origen. En una entrevista un doctor comentaba:

La gente está cambiando, o sea los médicos, los nuevos. Hay que ver el origen del médico, su raíz, su familia... como mi abuelita que es de donde soy yo, ella no sabía leer ni escribir, no sabía hablar castellano sólo hablaba quechua, yo he crecido en ese medio y he visto muchas cosas, la coca, todo aquello [otras formas de curar], entonces cómo no voy a creer en algo que he crecido yo; entonces hay también algunos otros médicos que vienen de esa raíz. Antes por la limitación del estudio, de lo económico, era difícil. Antes ¿quiénes estudiaban?, ¿quiénes eran los militares, quienes eran los médicos?, eran gente que tiene plata y ellos evidentemente no tenían previa relación con la comunidad con esas cosas... (Dr. San Ignacio, 2012).

El origen social del médico puede ser determinante en la apertura que tenga a otros sistemas de salud y en el trato que dé a sus pacientes. Sin embargo, en algunos casos es más fuerte el deseo de ascenso social y la “necesidad” de diferenciarse del paciente.

La otra es que los médicos aunque tengan su raíz y su origen casi humilde, ocurre lo contrario, también se olvidan de lo que son, niegan todo lo que son, entonces tienen una falta de valorarse a sí mismo, ¿no?, entonces tratan de borrar sus orígenes con el título, niegan todo lo que han vivido, que ese también es el otro lado, ¿no? Es una mediocridad que tenemos (Dr. San Ignacio, 2012).

## 12. Mortalidad materna

La mortalidad materna se incrementó en Velasco,<sup>29</sup> de tres muertes registradas en tres años (2008-2010) a cinco muertes registradas en un año (2011). Estos sucesos se produjeron en comunidades cercanas a San Ignacio: “Las mujeres se nos mueren cerca” (Dr. San Ignacio, 2012), tres de ellas murieron en domicilio y dos fueron referidas a San Ignacio. Como se mencionó, es común la desconfianza en el hospital y en el personal biomédico, y la decisión de evitar la atención hospitalaria incluso en situaciones de emergencia: “Si me muero estoy en mi casa”. Esto tiene que ver sobre todo con la calidad de atención del personal, con el maltrato y con la ausencia, pues muchas veces las mujeres van al centro o la posta de salud y el

29 El incremento de la mortalidad en Velasco guarda correspondencia con el incremento de las tasas de mortalidad a escala nacional. Según datos del Endsa, la mortalidad materna en el país se incrementó de 229 x 100 mil nacidos vivos para el 2003 a 310 x 100 mil nacidos vivos para el 2008.

personal no está. En una de las comunidades donde ocurrió una de las muertes maternas, las mujeres mencionan que el doctor que atiende el centro de salud estaba borracho en reiteradas oportunidades: “No podía ni ponerme el suero, por eso me fui a San Ignacio” (MJ Santa Ana, 2012).

Por otro lado, muchas comunidades no cuentan con especialistas en la atención tradicional, pues las parteras fallecieron y no transmitieron su conocimiento a la nueva generación. Hay que resaltar que no es lo mismo que atienda una partera con años de experiencia que un familiar que no va a saber cómo enfrentar una emergencia, cómo hacer una conversión externa o cuándo se complica el parto y se la debe derivar a la mujer al hospital. Existe entonces un vacío cada vez mayor en especialistas tradicionales, pero también en muchas comunidades existe un vacío en la atención biomédica porque la atención no llega a zonas muy alejadas, con poca población o porque las mujeres no recurren al centro de salud por la “fama” del mismo. Sin embargo, se asume directamente que la mortalidad materna está relacionada con los partos tradicionales.

...se dice con mucha facilidad que las mujeres mueren en manos de parteras en un número hasta siete veces mayor que en manos de los/as médicos/as académicos/as, por la aplicación de procedimientos nocivos y prácticas riesgosas. Lo que realmente sucede es que la partera es testigo de muertes de mujeres que no pueden ser atendidas por los/as médicos/as académicos/as cuando presentan complicaciones que requieren intervenciones quirúrgicas, transfusiones o medicamentos que no están a su alcance. Si un/a médico/a estaría presente en el lugar donde las madres están muriendo sin medicamentos, sin sangre, sin quirófano y sin anestesia, sería también testigo impotente de esas muertes (Paz, 2011: 75).

De igual manera, el estado de salud de la madre influye en las tasas de mortalidad, es decir, no se trata únicamente de quién atiende el parto, sino también de que la mujer no esté anémica y de recurrir a insumos como oxitocina y antibióticos de manera oportuna. Por tanto, es urgente realizar una investigación sobre la mortalidad materna y las principales causas de su incremento en Velasco. En este sentido, la ONG española Médicos del Mundo propuso a la gerencia de Red de la provincia esta investigación, sin embargo, la respuesta fue negativa.

### **13. ¿Qué entenderíamos por intercultural en salud?**

La interculturalidad surge como una respuesta a una “modernidad” homogeneizadora, tendencia predominante en el siglo XX, la que considera/ba a los pueblos indígenas como un obstáculo para alcanzar el desarrollo y la modernidad de los países industrializados e incluso se los percibió como los causantes de la pobreza y marginalidad. Dentro de esta tendencia, la respuesta para “solucionar” estos

“obstáculos” fue integrar a los pueblos indígenas, incompatibles con la modernidad, a la sociedad nacional; entonces se buscó “civilizarlos” con campañas educativas de cómo tenían que vivir. “Los indígenas no caben en este patrón, hay que transformarlos para hacerlos como los otros sujetos urbanos, pobres y marginados, pero urbanos” (Mendoza, 2010: 219).

En este contexto, como una respuesta a la individualidad modernizadora y como una alternativa más incluyente desde la diferencia, se empieza a revalorizar a los pueblos indígenas y sus saberes, antes invisibilizados. En este sentido, frecuentemente se entendió la interculturalidad en salud como la visualización de modos indígenas alternativos de procurar salud, frente a un sistema individualista, que es el biomédico. Se gestó entonces el proceso de interculturalidad exclusivamente en la zona andina, éste se comprendió como una manera de revalorizar lo propio; pero también como una búsqueda de acercamiento a la biomedicina.

Así, en el caso de la salud, ello supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente (Ramírez, 2010: 65).

De esta manera, se centró el análisis en una dicotomía del sistema biomédico y del tradicional, y de sus posibles acercamientos o articulaciones, ya que son visibles sus desencuentros. Sin embargo, se depositó en este concepto tanta fuerza redentora que se planteó en más de un caso como una utopía con formulaciones abstractas, lo que generó dificultades a la hora de “aterrizar” el concepto.

Uno de los elementos destacables en el caso boliviano es que fue la cooperación internacional la que introdujo el concepto de interculturalidad, que se caracteriza por replicar modelos de un país a otro, muchas veces sin contextualización, circunstancia que ha supuesto que la implementación en el campo de salud se haya efectuado con escasa reflexión teórica (Ramírez, 2010: 63).

No obstante, un mayor impulso por promocionar la interculturalidad coincidió con una etapa política de revalorización de lo propio del llamado proceso de cambio. En tal sentido, se planteó acercamientos como una relación armónica de dialogo y complementación, obviando relaciones de poder que las envuelven.

De esta manera:

El Estado Plurinacional es la expresión de un patrón de la diversidad en lugar de la homogeneidad. Se trata de una diversidad de distintas bases culturales, económicas, sociales, filosóficas, religiosas, territoriales e históricas articuladas de manera compleja, armónica e interdependientes. El Estado comunitario se apoya en la comunidad que no anula ni elimina a la persona, sino que la posiciona de modo diferente, donde se

armoniza el bien particular con el bien comunitario (Plan Nacional de Desarrollo “Para Vivir Bien”, Decreto Supremo N° 29272, 2007. En: Ministerio de Salud y Deportes, 2011: 48).

En este marco se desarrolla el sistema único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Safci), que entiende la interculturalidad como “el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras) a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento, y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de problemas de salud” (Decreto Supremo 29601, modelo de Safci. Art. 3. 2007; citado en: Ministerio de Salud y Deportes. 2011:48).

De cierta manera, gran parte de los problemas de salud pública en el país como la mala atención, la discriminación, la falta de coberturas, entre otros, se canalizaron en el Safci, cuyo principio es la interculturalidad. En tal sentido, queda claro que los planteamientos de interculturalidad están cargados de buena voluntad; pero en la práctica son de difícil aplicación por la poca claridad de sus propuestas. Por tanto, considero que para aportar o crear políticas públicas destinadas a mejorar los índices de morbi-mortalidad debemos tener claros los principios rectores que guían las mismas.

Una de las maneras que encontró la cooperación internacional para aplicar la interculturalidad fue introducir terapeutas tradicionales a centros de salud.

Paradójicamente, gran parte de los centros de salud intercultural han sido diseñados y pensado para las zonas rurales. Cuando es en las zonas rurales donde la población sabe dónde viven los terapeutas tradicionales y cómo recurrir a ellos cuando lo requieren. En consecuencia contar con un terapeuta tradicional (...) en los centros de salud rurales no garantiza una mejor calidad de atención (Ramírez, 2010: 168).

En este sentido, la población acude a los centros de salud porque busca en ellos el sistema biomédico, sus recursos y sus competencias, y no porque precise el tratamiento de un especialista de su propia medicina en un espacio descontextualizado.

Los pueblos indígenas son portadores de una cultura, pero a la vez pertenecen a una sociedad de clases que los engloba; es así que no solamente tienen formas distintas de pensar el proceso de salud-enfermedad, sino que son sociedades que viven profundas desigualdades sociales que afectan en la elección de las ofertas de salud disponibles. En este sentido, una de las debilidades de la interculturalidad es hacer un análisis étnico-indígena sin tomar en cuenta las relaciones de poder. “La interculturalidad contiene en sí una carga romántica excesiva, pues no hay que desconocer que el asunto de las relaciones sociales se define en última instancia por las relaciones de poder” (Gonzales, 2007: 70).

## 14. ¿Qué pasa en Velasco?

Como ya se puntualizó, este carácter a veces escurridizo de la interculturalidad permitió (y es la idea) que se implemente en cada lugar de diferente modo. En una primera instancia, el personal de salud se negó a aplicar la política Safci de interculturalidad por identificarla como una política masista.<sup>30</sup> En poco tiempo se dieron cuenta de que esto no necesariamente implicaba cambios reales y actualmente la gran mayoría del personal de salud pregona la interculturalidad. Hasta ahora, en la provincia lo único concreto de esta política fueron los médicos residentes Safci y la intención de construir una sala de partos con adecuación cultural, la misma que fue impulsada por la cooperación internacional como una manera de mejorar la calidad de atención en el parto.

Sin embargo, no se dieron lineamientos claros de quién atenderá en la sala: ¿los doctores?, ¿las parteras?, ¿será decisión de la madre? Tampoco se definió si se les va a otorgar a los terapeutas tradicionales condiciones laborales similares a las del personal de salud (en el caso de que atiendan un parto) o la posibilidad de elegir la posición del parto, o el tipo de alimentación, entre otros factores; por lo que hasta el momento la sala de partos con adecuación cultural se resumió en un espacio con un decorado interior ambientado a la cultura predominante de la zona. Es paradójica la intención de implementar una sala de partos intercultural cuando hay doctores en cargos importantes que niegan la existencia de parteras y un tipo de atención distinto al biomédico.

Debemos tomar en cuenta que toda la provincia Velasco (con una extensión de 65.425 km<sup>2</sup> y cerca de 70.000 habitantes) cuenta con quirófano únicamente en la población de San Ignacio, y es ahí donde se derivan todas las emergencias obstétricas de las distintas comunidades y poblaciones intermedias. En el caso de tener ambulancias disponibles, muchas mujeres deben recorrer horas de viaje por el mal estado de las carreteras. Entonces, si hay que priorizar recursos, cabe preguntarse: ¿no sería más importante implementar quirófanos para la realización de cesáreas de emergencia en otros hospitales de la provincia?

Actualmente, la interculturalidad es un elemento central en las políticas públicas de salud, pues como ya mencioné, pretende visibilizar y revalorizar los saberes propios de cada pueblo, como una alternativa al desarrollo unilineal de la modernización cuyo eje era la homogeneización. Sin embargo, paradójicamente, al mismo tiempo se implementan políticas públicas homogeneizadoras como el Bono Juana Azurduy.

Como se explica en las disposiciones reglamentarias de este Bono, se entiende por uso de servicios de salud a los controles prenatales, la atención del parto y del

---

30 Durante la primera gestión del presidente Evo Morales, la provincia Velasco fue uno de los bastiones de la oposición en contra del MAS, el partido de gobierno.

recién nacido en los hospitales y centros de salud o en domicilio, con la presencia de personal de estos centros. Este implica la restricción del parto atendido por parteras tradicionales o familiares, así sean capacitados y que se traten de partos normales atendidos en domicilio (Ministerio de Salud y Deportes, 2011: 23).

Por tanto, cabe preguntarse si desde el Estado Plurinacional verdaderamente se entiende la interculturalidad como un diálogo entre iguales.

Asimismo, bajo la premisa de articulación entre sistemas se podría asumir que las mujeres son interculturales en sí mismas por acudir a más de un sistema en el proceso del embarazo, parto y posparto. Por ejemplo, una mujer puede decidir hacer los controles prenatales con una partera, tener su parto en el hospital y su posparto en casa de acuerdo a los cuidados del sistema tradicional. Mientras que otra mujer asiste a los controles prenatales del sistema biomédico y tiene a su bebé en casa. En este sentido, si entendemos la interculturalidad como el uso simultáneo, por un mismo paciente o un mismo grupo, de dos o más sistemas de salud en Velasco, cabe preguntarse ¿quiénes no son interculturales? Frecuentemente, se acude a más de un sistema de salud por insatisfacción de otro o porque se identifican las limitaciones de cada uno y se “complementan” con otro sistema. La mayor parte de las enfermedades en Velasco son resultas con la utilización de varios sistemas de salud.

Además del concepto de interculturalidad en sí, en el sentido de una política que coadyuve a la mejora de la atención en el sistema sanitario, quedan otras preguntas pendientes. Tomando en cuenta que los proyectos interculturales fueron impulsados y financiados por la cooperación internacional, y estos se resumen a experiencias muy locales, ¿qué pasa cuando se termina el proyecto y se va la cooperación?, ¿hasta qué punto son sostenibles estas experiencias interculturales?

Asimismo, si los hospitales, los centros y los puestos de salud estarían bien equipados y tuvieran capacidad resolutive y buen trato, ¿la población tendría la imagen tan negativa que actualmente tiene sobre el sistema biomédico? Considero que muchos de los problemas de los actuales desencuentros entre sistemas de salud pasan tanto por factores culturales como económicos.

La falta de claridad teórica del concepto de interculturalidad y su aplicación en salud genera poca eficiencia y cambios muy limitados en los servicios de salud. El peligro de plantear la interculturalidad de manera abstracta como relaciones armónicas y complementarias que están muy cerca de ser una utopía, y a la vez canalizan todas las demandas no resueltas en el sistema de salud, es que esta no pueda ser aplicable más que en un barniz superficial en algunos centros de salud. Si bien puede ser positivo cambiar la decoración interior de sus instalaciones, esperamos que el cambio en el sistema de salud sea más profundo. Entendida como armonía, la interculturalidad encubre una relación de dominación.

Por ello, considero que la interculturalidad, además de las diferencias culturales, debería tomar en cuenta aspectos estructurales del país como las desigualdades sociales; limitaciones económicas de la población, sobre todo en áreas rurales y la capacidad resolutoria de la mayoría de los centros de salud. Considero que se necesita ver la cultura no como un ente aislado e inamovible, sino inserto en una sociedad regida por relaciones de poder y de clase que engloba a las culturas. Con ello no quiero decir que no hay nada que hacer en este ámbito, pues es indudable que existen factores culturales que limitan el acceso de la población y una comprensión de los mismos podría coadyuvar a salvar a más de una madre.

Por tanto, la interculturalidad no debería ser vista, como sucede muy a menudo, como una capa superficial de la atención hospitalaria. Siempre y cuando sea abordada desde un análisis más amplio que involucre otros factores además de lo étnico, debemos reconocer que es una intención política necesaria, es el primer paso para construir una sociedad más incluyente y alcanzar una mejor calidad de atención.

## Glosario

*Arrebato.* Enfermedad provocada por un desequilibrio térmico en el organismo, por ejemplo, por pasar del calor al frío de manera brusca. Se presenta con fiebre, dolor de huesos, dolor de oídos y de cabeza.

*Bazübos.* Significa el que succiona; por medio de la succión se extrae la enfermedad, este es uno de los métodos de curación de los chiquitanos.

*Bésiro.* Idioma chiquitano, se lo considera una lengua aislada. Fue impuesta por los jesuitas como lengua común en las reducciones. Es hablada mayormente por los ancianos y en menos medida por los jóvenes.

*Cabildo.* Estructura de organización política presente en todas las comunidades chiquitanas, fue introducida en la época de las misiones jesuitas.

*Cacique.* Máxima autoridad del cabildo.

*Cheeserush.* Es el chamán que cura, el que saca la maldad del cuerpo del enfermo. Según Riester, significa “resucitar de nuevo después de la muerte”. Para ser cheeserush, la persona tenía que pasar un tiempo aprendiendo de un experto y luego se iniciaba en la labor con el permiso de un jichi.

*Guardaleche.* Es un órgano que sólo existe en los bebés y los infantes. Cuando el niño se cae o se golpea este órgano no funciona bien y provoca diarreas, malestar y falta de apetito.

*Jichi.* Amo de la naturaleza. Cada cerro, laguna, monte tiene su jichi, estos son seres poderosos que pueden castigar a las personas que infringen sus leyes; pero también son bondadosas y les otorgan animales para cazar.

- Mocheco.* Enfermedad que se presenta en los bebés. Es causada porque la mujer embarazada pasó cerca de un cuerpo muerto, el niño nace entonces con languidez, flaco y con el cuerpo frío. Se cura metiendo al bebé dentro de la barriga de una vaca recién carneada.
- Oboish.* En chiquitano quiere decir “ellos han sido”. Es el chamán que causa enfermedad, más frecuentemente se lo llama picharero.
- Ojeado.* Enfermedad que se da en bebés pequeños, es causada por la mirada “fuerte” de una mujer embarazada o con la menstruación, que provoca en el niño una hendidura en el frontal.
- Metosh.* Trampa o “mal puesto” que el picharero deja la maldad o el objeto patógeno en el camino por donde va a pasar la persona a quien desea enfermar. En algunas ocasiones, puede afectar a otra persona que pase por ahí.
- Pasmo.* Enfermedad que se presenta por sentarse sobre algo calentado por el sol o donde reflejaba la luna.
- Pelada/o.* Los jesuitas prohibían a las mujeres y los hombres dejarse crecer el pelo antes de haber tenido hijos, con el objetivo de incentivar los matrimonios y el crecimiento población. A las y los jóvenes sin cabellera larga se les llamaba peladas/os. Actualmente la expresión hace referencia a las y los jóvenes.
- Pesoe.* Son las semillas de un árbol que existe en la zona. Es el medicamento más utilizado en la provincia Velasco durante el trabajo de parto y el posparto. Muchas personas suponen que contiene oxitocina.
- Pichara.* Veneno, mal, objeto patógeno o dañino que enferma el cuerpo. Un picharero lo puede introducir de diferentes formas en la persona a la que se quiere hacer daño.
- Picharero.* Persona que tiene un poder sobrenatural para causar enfermedad a otras personas, introduciéndoles algún mal en su organismo. Por esta capacidad de introducir enfermedades, también sabe sacarlas del cuerpo y curar a los que la padecen.
- Quebranto de pecho.* Enfermedad que aparece cuando el niño se golpea el guardaleche.
- Tutuma.* También es conocido como mate. Es un fruto que crece en la zona, su cáscara es dura y se la seca al sol para utilizarla como recipiente.
- Urupe.* Colador de chicha hecho de una fibra vegetal, tiene una forma redonda.
- Vista fuerte.* Enfermedad que se dan en los bebés recién nacidos. La mirada de una mujer gestante o con la menstruación provoca en el bebé una apertura en la fontanela.

## Bibliografía

- Acosta, R., Esquivel, A.; Landa, F.  
2006 *Evaluación de impacto de los seguros de maternidad y niñez 1989-2003*. La Paz: Udape, Unicef.
- Birk, G. (2000). *Los dueños del bosque. Manejo de los recursos naturales por indígenas chiquitanos de Bolivia*. APCOB-CICOL.
- Bradby, B.; Murphy-Lawless, J.  
2005 *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: CIES, TIFAP, ILCA, TCD.
- Delgado, C.  
2011 *Tananepo Kupikix. Cuidado y atención en el embarazo, parto y puerperio en la provincia Velasco*. Santa Cruz: Médicos del Mundo Bolivia. Inédito.
- Fischermann, B.  
1994 *Pequeña historia del pueblo chiquitano*. San Ignacio de Velasco: Inédito.
- Fischermann, B.; Delgado, C.; Ricco, D.  
2009 *Informe de investigación*. Médicos del Mundo Bolivia.  
2010 *Las miradas de la salud en la provincia Velasco Santa Cruz-Bolivia*. Serie: documentos de investigación. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- Freyer, B.  
2000 *Los chiquitanos. Descripción de un pueblo de las tierras bajas orientales de Bolivia según fuentes jesuíticas del siglo XVIII*. Santa Cruz: APCOB.
- Gil, F.  
2006 “¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano”. En: *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica Intercultural*. Dr. Gerardo Fernández Juárez (coord.). Quito: Abya Yala.
- Gonzales, F.  
2007 *Crítica de la interculturalidad: la construcción de un proceso en el marco de la modernización*. Cuadernos interculturales. Segundo semestre. Año/Vol. 5, N° 009. Universidad de Valparaíso. Viña del Mar. Págs. 63-89.
- Mendoza, Z.  
2010 “Vacunas sí, pero planificación familiar no. Representaciones sociales sobre grupos domésticos triquis de la ciudad de México”. En: Cui-cuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Antropología médica. Nueva Época, Vol. 17, N° 49, julio-diciembre. Págs. 199-220.

## Ministerio de Salud y Deportes

- 2005 *Guía operativa para la aplicación en servicios de la resolución ministerial 0496 y su reglamentación sobre prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal*. La Paz.
- 2006 *Protocolo de atención materna y neonatal culturalmente adecuado*. Serie: documentos técnicos-normativos “Normas y Protocolos”. La Paz.
- 2011 *Mapeo de normas sobre salud materna y factores culturales en Bolivia 1994-2010*. Serie: documentos de investigación. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Estadística
- 2008 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa). La Paz.
- Paz, M.
- 2011 *El rol de las parteras tradicionales en el sistema único de salud*. La Paz: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Ramírez, S.
- 2010 *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. 2da ed. La Paz: OPS.
- Riester, J.
- 1976 “Los chiquitanos”. En: *En busca de la Loma Santa*. La Paz-Cochabamba: Los Amigos del Libro.
- Sanabria, C.; Nostas, M.
- 2009 *Detrás del cristal con que se mira: mujeres chiquitanas, órdenes normativos e interlegalidad*. Santa Cruz: Coordinadora de la Mujer.
- Sevilla, M.
- 2010 “Discriminación, discurso y sida”. En: Cuiculco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Antropología médica. Nueva Época, Vol. 17, N° 49, julio-diciembre. Págs. 43-60.

Daniela Ricco es antropóloga. Ha trabajado durante varios años con pueblos indígenas de tierras bajas. Ha realizado investigaciones en temas de salud, religión, género y producción económica. Entre sus trabajos: “Las miradas de la salud” (2010), “Habilito: Deuda por vida” (2010) y varias consultorías para ONGs en Bolivia. Actualmente trabaja en el ISEAT dirigiendo un proyecto de religión y territorio en la Amazonía. driccoq@yahoo.es

## CAPÍTULO VI

# La salud materna en la vida de familias que fueron cautivas en el Alto Parapetí

*Gaby Gómez-García Vargas*

*Las comunidades guaraníes del Alto Parapetí están entre los grupos de población que vive en los mayores grados de pobreza y, por tanto, son más vulnerables a tener una salud precaria, las mujeres y los niños son los más afectados. Sin embargo, son fuertes en su determinación de sobrevivir y vivir en libertad. (Gaby Gómez-García Vargas)*

### 1. Antecedentes

El presente trabajo responde a la inquietud de aportar al debate teórico sobre la necesidad de mejorar un abordaje interculturalmente sensible en el sistema de salud, enfocado en la salud materna. En este caso particular, se basa en experiencias logradas en comunidades guaraníes del Alto Parapetí.

La mayor parte de las familias de comunidades del Alto Parapetí vivieron en cautiverio durante generaciones y, pese a ello, no perdieron su “identidad guaraní” ni su idioma, que pareciera haber sido el instrumento de preservación y resguardo de su cultura, a pesar del contexto y condiciones hostiles en las que vivieron. El Alto Parapetí, representado por la Capitanía, es parte de la nación guaraní, que a su vez representa a una gran diversidad de guaraníes organizados en capitanías; por ejemplo, en el otro



Mujeres guaraníes del Alto Parapetí.

extremo están los guaraníes de las capitanías de Charagua Norte, Parapitiguasu, Alto y Bajo Isoso, todas ellas ubicadas en el municipio de Charagua, hoy una de las primeras autonomías indígenas de las tierras bajas del país.

Abordar el tema de la salud materna en comunidades guaraníes que estuvieron en cautiverio, es un reto que sobrepasa la insuficiente información del sistema de salud en estas áreas, así como los paradigmas de las propias comunidades, que por encima de sus necesidades de salud o educación, básicos en el ejercicio de los derechos humanos, está su ansia por vivir en libertad.

El documento fue elaborado rescatando las experiencias acumuladas por la propia Capitanía del Alto Parapetí, enriquecida por una larga misión<sup>1</sup> realizada en marzo y abril de 2010. Durante la gestión 2011 se realizaron visitas y reuniones en Camiri y en algunas comunidades de esta Capitanía, en las que participaron autoridades comunales, locales, mburuvichas, hombres y mujeres guaraníes. En 2012 se realizaron diálogos, encuentros y entrevistas a personas clave del Alto Parapetí y a representantes de otras organizaciones que trabajan en salud con base en Camiri, en la Gobernación de Santa Cruz y el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD), en la ciudad de La Paz. Esta suma de eventos permitió sistematizar información con técnicas cuantitativas y cualitativas flexibles, que hicieron posible lograr una aproximación a la mirada intercultural en salud materna en el Alto Parapetí.

## 2. Nación Guaraní

### 2.1. Ubicación y hábitat

Uno de los 37 pueblos indígenas reconocidos en la nueva CPE es la nación guaraní, que tiene una fuerte presencia en la región del chaco. Esta región se encuentra al sureste del país y limita con las fronteras de Paraguay y Argentina (ver mapa 1).

El chaco boliviano abarca a 16 municipios de los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca.

Tiene una extensión aproximada de 127.755 km<sup>2</sup>. Cuenta con las reservas hidrocarburíferas más grandes del país, una importante fortaleza en el sector ganadero y abundantes núcleos de recursos con flora y fauna, así como dos corredores internacionales de exportación.



Foto: Eric Bauer.

1 Misión del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe <http://es.scribd.com/doc/88654795/16/ESTRATEGIA-DEL-PUEBLO-GUARANI>.

**Mapa 1**  
**Región del chaco boliviano**



La región del chaco boliviano forma parte del bosque xerofítico<sup>2</sup> más grande del mundo, lo habitan diversos pueblos indígenas como los weenhayek, los tapiete y los guaraníes; también están los *karai*<sup>3</sup> y los afuereños:<sup>4</sup> “Los migrantes de las últimas décadas provienen de Chuquisaca, Potosí, La Paz y Cochabamba” (Bazoberry, 2003: 166).

Los guaraníes ocupan este territorio en el marco de sus propias formas organizativas territoriales, se reconocen y autoidentifican en 366 comunidades, dispersas en 26 capitanías. Una de las capitanías es la del Alto Parapetí, conformada por los municipios de Cuevo y Lagunillas, ambos están en la provincia Cordillera del departamento de Santa Cruz.

2 Xerofítico, viene del griego *xero* = seco y *fitos* = planta. Plantas adaptadas a la escasez de agua en la zona que habitan.

3 Los *karai* son los “blancos” en guaraní, que corresponde a población que no son guaraníes. “Refiere a toda persona que no es de su propia cultura, con el tiempo se va haciendo extensivo a quienes no pertenecen a un pueblo indígena originario” (Bazoberry, 2003: 147).

4 Que no provienen del chaco.

La Capitanía del Alto Parapetí abarca gran parte del municipio de Cuevo y parte del municipio de Lagunillas. Está conformada por 17 comunidades guaraníes, 14 de ellas están dispersas en el municipio de Cuevo y tres en el sur de Lagunillas.

**Mapa 2**  
**Ubicación de la Capitanía del Alto Parapetí**



Las comunidades guaraníes del Alto Parapetí durante los últimos años, y a diferencia de otras, han tenido un movimiento intenso<sup>5</sup> que se expresa en la desaparición y surgimiento de comunidades. Actualmente, la ubicación de las familias y comunidades en la capitanía es parte de la estrategia guaraní para la ocupación y consolidación de su libertad en su territorio titulado.

## 2.2. Territorio desde la cosmovisión guaraní

Es común pensar que para los pueblos indígenas la tierra y el territorio desde su cosmovisión es “la madre tierra”, y se piensa que es un criterio homogéneo y común para todos los pueblos. Sin embargo, para la nación guaraní el territorio es un ser vivo y a la vez una condición indispensable para su libertad, como lo expresan en su propio *Plan de vida guaraní* (2008: 29):

<sup>5</sup> Ver ANEXO 1. Comunidades Guaraníes del Alto Parapetí, en distintos momentos.

(...) el *Territorio* es la base fundamental de nuestra vida como pueblo (...). Es nuestra dignidad como pueblo indígena, no se puede considerar como una propiedad individual y colectiva (...).

El *Territorio* es para nosotros el espacio vital, donde se sustentan nuestro mitos, conocimientos, ciencias, tecnología y costumbres, las mismas que hacen a nuestras vidas y espiritualidad; aspectos inseparables de la vida y dignidad e identidad de los pueblos indígenas.

Los guaraníes reconocen muchas afirmaciones de Bartomeu Melià, una de sus interpretaciones sobre el territorio en la concepción guaraní dice:

“La tierra es para ellos, más bien, un cuerpo cubierto de piel y pelos, revestido de adornos”. A juzgar por ciertas expresiones idiomáticas, el guaraní tiene de la tierra una percepción visual y plástica y hasta auditiva. El monte es alto: **Ka’á yuaté**; es grande: **ka’á guasú**; es **lindo ka’á porâ**; es áureo y perfecto: **ka’á ju**; es como llama resplandeciente: **ka’á rendy**; es la cosa brillante: **mba’é verá**. Los ríos son claros: y **satí**; blancos: y **morotí**, negros: y **hû**; bermejos y **pitâ**; o como una corriente de agua coronada de plumas: Paraguay. El mar es, en fin, el color de todos los colores: **pará**.

Un pueblo que ha vivido durante siglos en un tal ambiente ha debido pensar su verdadera tierra en términos de luz y de voz; que no sólo hablan las aves, los insectos y las aguas, sino también los árboles. Es esta la tierra buena que el guaraní, caminante, horticultor y aldeano, ha buscado incansablemente para en ella cultivar y vivir (Melià, 2008: 101).

El sentir sobre el territorio para los guaraníes del Tentayape<sup>6</sup> nos dice: “La tierra la trabajamos comunalmente. Es generosa, la cuidamos mucho. Cuando hay buenas lluvias, ella nos da lo necesario para que durante todo el año tengamos comida y no falte la chicha para celebrar la vida”.<sup>7</sup> Los guaraníes no tienen templos ni lugares sagrados particulares, la tierra guaraní se “cosmiza” con el canto y la fiesta: “La fiesta es también, y sobre todo, el sacramento del amor mutuo, la participación y la reciprocidad” (Melià, 2008: 102), y como tal, se

6 Los guaraníes del Tentayape siempre vivieron en libertad. El Tentayape fue declarado Patrimonio Histórico Cultural y Natural Nacional, promulgado mediante Ley N° 2921 de 2005. “El Territorio del Tentayape ha sido declarado patrimonio de vida de la nación guaraní. Está conformado por aproximadamente un centenar de familias que nunca tuvieron patrones. (...) Se dice que los tentayapeños son la semilla que guarda el encargo de permanecer. (...) No existe la delincuencia ni la violencia, no se abusa de las mujeres, no se pega a los niños, no hay divorcios, no hay mendigos. (...) En casa de Tentayape, no es un discurso, es vivencia profunda” (Alem, 2009: 4).

7 De las entrevistas realizadas por Alem (2009: 29).



Mujeres guaraníes.

manifiesta en la celebración y retribución a las bondades de la tierra con la chicha y la fiesta, como su forma de expresión.

Para los guaraníes que por generaciones vivieron en cautiverio es posible que esta percepción sobre el territorio esté permeada con la cultura de los patrones. Desde otras miradas, se piensa que “estas ‘comunida-

des cautivas’ (...) han perdido su tierra y su vínculo con las demás comunidades, perdiendo así sus formas propias de organización social económica y cultural, lo que ha resultado en una desestructuración de su identidad” (CIDDHH, 2009: 27).

Sin embargo, las comunidades del Alto Parapetí se consideran guaraníes, mantienen su lengua y lucharon por su territorio como parte de la nación guaraní. Para ella, el territorio está ligado a sus vidas y a la pervivencia de su cultura como nación. La historia de Bolivia demuestra que los guaraníes han estado sometidos a un permanente despojo de sus tierras, pero la misma historia nos enseña también sobre la permanente y tenaz lucha guaraní por la preservación de su territorio.

### 2.3. Territorio y libertad

Para los guaraníes, el reconocimiento de su derecho al territorio no fue una tarea sencilla. La región del chaco está caracterizada históricamente por la presencia de latifundios y estancias ganaderas afines a los grupos políticos y de poder en el gobierno, estos grupos tuvieron su primer debilitamiento con la aplicación de la Ley del Servicio Nacional de Reforma Agraria en 1996, que reconocía y dio inicio a la titulación de las Tierras Comunitarias de Origen (TCO) en favor de pueblos indígenas. Sin embargo, y como una paradoja, la Asamblea del Pueblo Guaraní solicitó la paralización del saneamiento en sus territorios, lo que no se hizo público en ese momento fue que el saneamiento en el chaco consolidaba propiedades de hacendados con guaraníes cautivos en su interior. En 2007, mediante ley, el Estado Plurinacional estableció la pérdida del derecho propietario en tierras que tengan presencia de relaciones servidumbres, ese mismo año reiniciaron el saneamiento en territorio guaraní.

En el Alto Parapetí optaron por la compra de tierras de haciendas en las comunidades de Yaiti e Iviyeka. Posteriormente, el Estado, a través del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA), inició el saneamiento de la tierra en febre-

ro 2008. Cuando los funcionarios del INRA intentaron ingresar al campo fueron detenidos y agredidos por los hacendados con piedras y barricadas levantadas a lo largo del camino, los vehículos que los transportaban quedaron inutilizados. Las brigadas del INRA tuvieron que replegarse. Dos intentos posteriores, en el mes de abril, fracasaron ante la violenta resistencia organizada por los grupos de poder de la zona, impidiendo el ingreso del Estado al Parapetí.

Una de las acciones más penosas ocurridas durante el conflicto del Alto Parapetí fue el enfrentamiento del 13 de abril, cuando el INRA ingresaba al área fueron bloqueados por los hacendados con apoyo de la Unión Juvenil Cruceñista.<sup>8</sup> Resultado de estas acciones, hubo 43 heridos entre guaraníes, civiles y funcionarios del INRA, uno de ellos el mismo Director Nacional de dicha institución gubernamental (Gómez-García, 2011).

Hasta finales de 2008, los hacendados establecieron un cerco impidiendo el ingreso del Estado para que ejecutara el saneamiento. Los guaraníes de la zona lo llaman “el año del silencio”, los mburuvichas vivieron en permanente inseguridad, al haber sido los líderes que presentaron la demanda para titular su tierra. “Los líderes indígenas estaban marcados por los hacendados, ya que no podían trabajar en ninguna hacienda, eran despojados de su chaco y no tenían un lugar para vivir. (...) Un guaraní atestiguando señala que ‘los que estamos con la organización toditos estamos rechazados, toditos los que están con la APG no pueden trabajar’” (CIDH, 2007: 33). Durante este periodo se debilitó la imagen estatal, al no haber podido aplicar las leyes agrarias en la zona.

En noviembre de 2008, el Estado a través del INRA y con el apoyo del grupo de élite de la Policía, la Unidad Táctica de Articulación Reacción y Control de Casos (UTARC), logró ingresar a la zona para reiniciar el saneamiento. En aplicación de las leyes, revirtió los predios de cinco haciendas que tenían guaraníes viviendo en condiciones de servidumbre; esta medida fue impugnada por los hacendados ante el Tribunal Agrario Nacional (TAN). Casi un año después, este Tribunal emitió resoluciones favorables a la reversión de la tierra, medida que posibilitó la titulación de tierras de las haciendas<sup>9</sup> revertidas en favor de las comunidades guaraníes del Alto Parapetí. La aplicación de esta normativa agraria ha requerido de una férrea voluntad política para hacer justicia en favor de los guaraníes que históricamente vivieron postergados y se constituye en una de las medidas más importantes de las últimas décadas.

---

8 La Unión Juvenil Cruceñista es una organización de jóvenes de la ciudad de Santa Cruz, que no tiene presencia en Camiri. En apoyo a los hacendados, este grupo de jóvenes se desplazó al área de conflicto, que se encontraba a 4 horas de distancia entre Camiri y la ciudad de Santa Cruz.

9 Karaparicito, Buena Vista-Isiporenda y San Isidro.

## 2.4. Población guaraní y del Alto Parapetí

La nación guaraní es el pueblo más numeroso de las tierras bajas, es el tercero en el país después de los quechuas y aymaras. Su presencia más significativa<sup>10</sup> está en los departamentos de Santa Cruz, con el 70,9%, seguida por Chuquisaca con el 9,8% y Tarija con el 8,1%; el 11% restante está distribuido en otros departamentos. La proporción de guaraníes en el departamento de Santa Cruz equivale a 4,7%, en Chuquisaca el 2,6% y el 2,8% en Tarija.

En el Alto Parapetí, luego de la titulación de predios la Capitanía realizó un relevamiento de información, logrando registrar a 17 comunidades<sup>11</sup> donde habitaban 2.372 guaraníes,<sup>12</sup> de los cuales 1.235 son hombres y 1.137 son mujeres. Esta población corresponde al 3% del total de la población guaraní.

Previo a los conflictos de 2008 (APG, 2008), el Alto Parapetí contaba con 3.580 habitantes guaraníes, 2.560 en Lagunillas y 1.020 en Cuevo. Los datos actualizados por la Capitanía<sup>13</sup> después de los conflictos del “año del silencio” demuestran que habrían emigrado 1.208 guaraníes de la zona, cuyas edades oscilan entre los 16 y 52 años. Los mburuvichas esperan que con la seguridad territorial y la vida en libertad los guaraníes vuelvan a sus comunidades.

El mayor número de habitantes se encuentra en la comunidad de El Arenal, seguido de Huaraca, que junto a Iviyeka tienen el mayor número de miembros por familia. Las familias guaraníes son extendidas,<sup>14</sup> costumbre característica en ellos y pareciera haberse mantenido en comunidades que vivieron en cautiverio. La mayoría de las parejas decidieron vivir juntos y sin casarse; una de las principales razones es que para encontrar a un notario tendrían que desplazarse hasta Camiri, Cuevo o Lagunillas, y el costo del transporte es demasiado elevado (supera los 100 bolivianos) desde la comunidad más próxima.

## 2.5. Historia

Existen varias versiones que relatan la historia y etnohistoria de la nación guaraní; de todas ellas, las autoridades guaraníes reconocen e incorporan en su *Plan de Vida Guaraní* las versiones de Saignes, Combés y Pifarré, recogida en parte por Díez Astete y Murillo (1998) y por el Ministerio de Justicia (2009).

---

10 De acuerdo a Molina y Albó (2006). Los autores incluyen como parte del pueblo guaraní a los subgrupos izoceño, ava y simba, y trabajaron con base a la información del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2001.

11 Capitanía del Alto Parapetí. Informe de Javier Flores (2012).

12 ANEXO 2. Características de la población en Alto Parapetí.

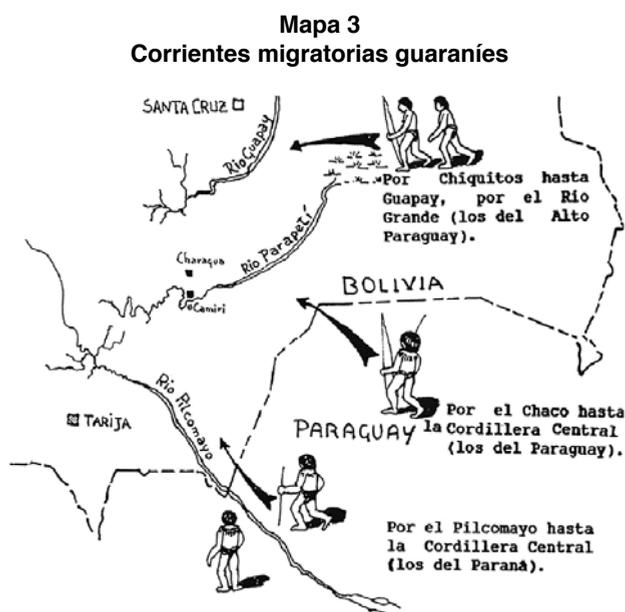
13 Informe de Flores (2012).

14 Familia extendida es que en una misma vivienda o unidad habitacional habitan los padres junto a sus hijos, que a su vez están viviendo en pareja y con su familia.

Díez Astete y Murillo (1998) señalan que la razón de las migraciones pudo haber sido la búsqueda mítica de Ivi Maräei o La Tierra sin Mal, aunque también hacen referencia a la búsqueda de metales de las tierras altas.

Los autores hacen referencia a la presencia de los guaraníes en territorio boliviano a partir de tres corrientes migratorias:

1. La primera relata que ingresaron por el Mato Grosso, por territorio chiquitano, hasta Río Grande;
2. La segunda, que vinieron por el chaco hasta la cordillera, y
3. La tercera que ingresaron desde el río Paraná y entraron por el río Pilcomayo.



Los guaraníes son conocidos históricamente como guerreros luchadores indomables, resistentes a la conquista, amantes de su libertad y de su modo de ser. Son conocidos por haber logrado una feroz resistencia a los conquistadores de Charcas.

Los chiriguano se constituyeron en los siglos coloniales como el principal obstáculo de los españoles de Charcas para penetrar en el chaco. Con una fama comparable a la de los araucanos de Chile, opusieron una tenaz resistencia a la penetración española hasta fines del siglo XVIII, o incluso fines del siglo XIX, según las regiones. Acabaron, sin embargo, vencidos paulatinamente por la clásica trilogía colonizadora española y republicana: la misión, el ejército y la hacienda (Combés, 2005: 223).

La resistencia chiriguana fue iniciada en algunas capitanías y cada vez se hizo más frecuente, era dirigida por los llamados Tumpam, una especie de dioses herederos de los profetas y chamanes tupí-guaraníes de Paraguay y Brasil. Los historiadores relatan varias sublevaciones guaraníes perpetradas durante el periodo de 1700 y 1800. En 1875 protagonizaron uno de los enfrentamientos más grandes con el Estado. El último enfrentamiento es conocido como la Batalla de Kuruyuki, en 1892, y tiene un origen profundamente complejo:

A finales del año 1891, en Ivo y Cuevo, se agudizan los problemas; a pesar de la intervención conciliadora de los padres franciscanos de Cuevo, un incidente es el detonante de la guerra: en la noche del 1ro de enero de 1892, el corregidor *karai* (blanco) de Cuevo, ebrio, viola y mata a una mujer chiriguana pariente de un mburuvicha (jefe, «capitán») local (Sanabria, 1972; Chavarría, 1892).<sup>15</sup>

La Batalla de Kuruyuki se caracteriza por una cruel y sangrienta intervención del Estado a través de militares armados, que fueron al enfrentamiento con la instrucción de “cazar” chiriguanos y casi lograron exterminar a los guaraníes. Esta batalla fue la última librada por los guaraníes para enfrentar a los *karai* o blancos (Combés, 2005: 224) y está marcada por la derrota. El vencimiento a los guaraníes marcó el hito para que los hacendados lograran consolidarse en esos territorios, proceso que vino acompañado de empatronamiento y esclavización de sus familias y comunidades.

En 1932 comenzó la Guerra del Chaco, conflicto bélico internacional en el que los guaraníes fueron enviados al frente de combate, acción que termina por desestructurarlos ya que se enfrentaron con población que fuera parte de sus propias raíces en el Paraguay. “Después de la Guerra del Chaco y hasta nuestros días, en esta región se instala un modelo de producción; (...) de explotación mixto entre la servidumbre por deuda, peonazgo por deuda, servidumbre de la greba, Colonato, basado en la explotación de la mano de obra de las familias guaraní (...) convertidos esclavos en su propio territorio (cautivos)”.<sup>16</sup> Los guaraníes fueron perseguidos y expulsados de sus territorios. En contraposición, las haciendas de los ganaderos crecieron y se consolidaron sobre los territorios guaraníes con apoyo de militares republicanos, que paradójicamente fueron espacios que hasta los españoles (Díez Astete y Murillo, 1998) habían aprendido a respetar.

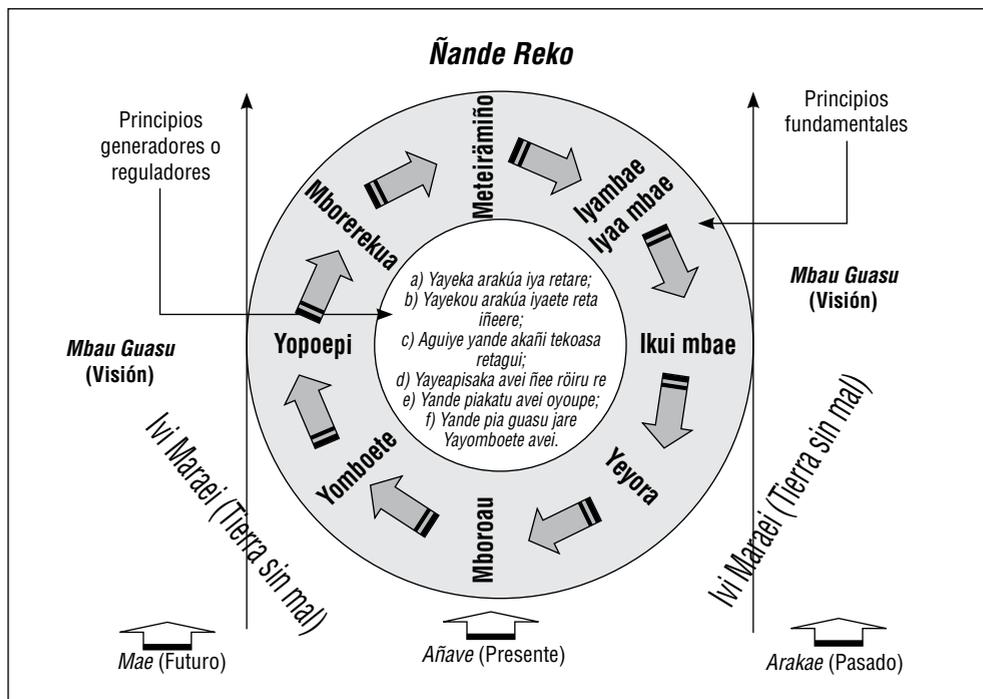
---

15 Combés (2005: 223).

16 Capitanía del Alto Parapetí. Informe de Flores. 2010: 31.

## 2.6. Cosmovisión guaraní

**Gráfico 1**  
**Filosofía de la nación guaraní**



Fuente: *Plan de Vida Guaraní* (2008: 48).

Para los guaraníes (Combés, 2005: 224), lo mítico y religioso es la base fundamental que posibilitará definir estrategias reivindicativas y entra en su proceso de reconstrucción y reconstitución como “Nación Guaraní”.

Establecen dos fundamentos para su reconstitución como nación guaraní (APG, 2008: 52), que además los consideran como estructurales de su identidad guaraní: uno de ellos es el idioma<sup>17</sup> y el otro es la religión,<sup>18</sup> contextualizada en la

17 “En el marco de las relaciones sociales dentro de la sociedad guaraní, lo fundamental es el idioma que le permite relacionarse y comunicarse con el resto. El idioma fue y es el nexo principal e integrador de la identidad, por eso, el idioma que predomina y se habla en esta sociedad es el ‘guaraní’. El año 1987, el Gobierno Nacional ha decidido reconocer oficialmente a la lengua ‘tupi guaraní’, como idioma nacional junto al castellano, quechua y aymara, a través de la Resolución Ministerial N° 2419 del 7 de octubre” (APG, 2008: 52).

18 “La religión en el mundo guaraní está íntimamente relacionada con la naturaleza (bosque, agua, vida silvestre, etc.). Los encargados de las interpretaciones son los *ipaye reta* y los *imbaekua reta*, son quienes tienen conocimientos sobrenaturales” (APG, 2008: 52).

naturaleza. La naturaleza está estrechamente relacionada con la religión, la vida, el idioma, la reproducción de su cultura, su identidad y su vida interior; también está altamente valorada la reciprocidad, el compartir y el dar. Uno de los valores fundamentales siempre presente es el *teko*, o modo de ser guaraní, el ser autónomo, libre, *ijambae* o sin dueño.

Pareciera que las creencias y cosmovisiones guaraníes se mezclan en el lenguaje de su discurso, por tanto, hay una necesidad de interpretar estos dos mensajes permanentemente, que se expresa con mucha fuerza en los mburuvichas de la Capitanía del Alto Parapetí.

Lo que pervive en el tiempo es el sentido de compartir los alimentos. Las familias y comunidades guaraníes del Alto Parapetí, en toda su pobreza, se esfuerzan por recibir al invitado con la mejor comida, que el invitado posteriormente deberá retribuir como parte de la reciprocidad y solidaridad que tiene origen en lo espiritual. Esta reciprocidad solidaria se aplica en el trabajo comunal y colectivo, aún vigente en el cotidiano de las comunidades.

Una de las pérdidas en el Alto Parapetí es la vestimenta. Las mujeres no usan el tipoy característico de la mujer guaraní, esta vestimenta ha sido sustituida por ropa convencional urbana. Los hombres tampoco llevan el cabello largo trenzado, recogido bajo un pañuelo y encima el sombrero, tampoco usan las perforaciones o “tembeta”, característica del guaraní simba. En el Alto Parapetí, los hombres y mujeres usaron durante años la ropa que ya no servía a los patrones, y que recibían como parte del pago por su trabajo en la hacienda. Nunca recibieron dinero, la ropa vieja, el azúcar, coca, tabaco y alcohol fueron los productos que sirvieron para perpetuar su deuda, que fue transferida de una generación a otra.

El Arete Guasu, que involucra la organización de toda la comunidad para la fiesta, en el Alto Parapetí carece de algunos símbolos. Las mujeres se organizan para la comida, pero no para preparar la vestimenta tradicional, ni los collares y pinturas para el rostro. Los hombres no fabrican los instrumentos de música ni las máscaras tradicionales. Pero la fiesta del Alto Parapetí sigue siendo un espacio ceremonial de agradecimiento por la buena cosecha, por el funcionamiento de una escuela o cualquier otro evento, resultado de la culminación de sus esfuerzos, que se combina con la alegría, la reproducción de la familia, el respeto, la paciencia, la solidaridad y la reciprocidad.

## 2.7. Organización de la nación guaraní

La Asamblea del Pueblo Guaraní (APG) nació en febrero de 1987 en el Centro de Arakuarenda-Piedritas, en un evento que congregó el interés de más de 80 mil guaraníes, asentados en el sureste del territorio boliviano. En principio la APG

aglutinó sólo a los guaraníes de la provincia Cordillera, del departamento de de Santa Cruz. A finales de la década de los 90 consolidó su presencia en todo el chaco.<sup>19</sup> “El guaraní es un pueblo que se ha caracterizado siempre por su capacidad de ‘fabricar’ aliados frente a un adversario técnicamente mejor dotado” (Ortiz, Caurey, 2009: 18).

En su esencia, la organización guaraní tiene una base territorial sustentada en las comunidades, que a su vez están conformadas por núcleos de familias. En la comunidad eligen a sus dirigentes llamados mburuvichas. Varias comunidades conforman una Capitanía, cada una de ellas está representada por un mburuvicha. La Asamblea del Pueblo Guaraní está conformada por 26 capitanías, una de ellas es la del Alto Parapetí.

La organización guaraní nace con una visión orientada a mejorar las condiciones de su pueblo y buscar soluciones a sus problemas en el corto, mediano y largo plazo; en ese marco, definieron cinco ejes estratégicos que guían su accionar, estos son: Producción, Infraestructura, Salud, Educación y Tierra-Territorio (PISET),<sup>20</sup> que se expresa de la siguiente manera:

- Producción: asegurar que no haya escasez de alimentos básicos.
- Infraestructura: contar con servicios básicos como escuelas, postas sanitarias, viviendas y caminos.
- Salud: demandar al Estado que implemente programas de salud para promocionar la medicina tradicional, compatibilizando con la medicina occidental.
- Educación: búsqueda de un modelo de educación intercultural y bilingüe en las comunidades guaraníes y el mejoramiento de la calidad educativa en las escuelas no guaraníes, incorporando análisis de la historia regional, la protección del medio ambiente, la interculturalidad, criterios de género y el conocimiento de la lengua guaraní; estudio de otras culturas, aprendiendo su lógica y su idioma.
- Territorio: la principal demanda es la tierra-territorio, condición básica para la sobrevivencia de un pueblo, para arar la tierra y como hábitat para vivir y desarrollarse. Lograr la titulación es la madre de todas las batallas de todos los pueblos indígenas.

---

19 Todo el chaco boliviano alberga a aproximadamente el 90% de guaraníes del país, abarca la provincia Cordillera del departamento de Santa Cruz, las provincias Hernando Siles y Luis Calvo en Chuquisaca, y las provincias O'Connor y Gran Chaco en el departamento de Tarija.

20 ANEXO 3. Organigrama Asamblea del Pueblo Guaraní

El trabajo de la APG involucró la lucha por la defensa de los derechos humanos, los derechos de las mujeres, la comunicación, los recursos naturales y el medio ambiente. Cada dos años la APG realiza la Gran Asamblea, para elegir a los nuevos mburuvichas, que conformarán el Directorio de la APG. “(...) El pueblo guaraní vivió en las décadas de los 80 y 90 del siglo pasado un proceso de fortalecimiento sorprendente” (Bazoberry, 2003). Actualmente, la APG es un referente institucional entre las organizaciones indígenas, capaz de convocar al gobierno a espacios de diálogo.

## 2.8. Organización de la Capitanía del Alto Parapetí

Para que las comunidades del Alto Parapetí puedan organizarse enfrentaron severas dificultades con los hacendados. “Antes de 1992 se realizaron diversos intentos de organización, todos los cuales tropezaron con la oposición violenta de los ‘patrones’”.<sup>21</sup> La oposición a toda forma de organización en el Alto Parapetí fue sistemáticamente desafiada por los patrones y miembros de comités cívicos regionales, con el ofrecimiento de tierras y dinero a los guaraníes que acepten abandonar a la Asamblea del Pueblo Guaraní.

En 1992, luego de un encuentro en Kuruyuki, la Capitanía del Alto Parapetí dio su primer paso para organizarse, consolidando su Constitución un 7 de julio de 1996 en la comunidad de Itakuatia. Uno de sus principales objetivos es la lucha por los derechos y libertad de familias guaraníes que estuvieran viviendo en condiciones de cautiverio en toda la zona del Alto Parapetí.

A partir de la gestión 2009 y durante la gestión 2010 la Capitanía entró en un proceso de fortalecimiento organizacional, con la incorporación de mburuvichas en los cargos establecidos para las estructuras comunales y zonales. Actualmente, la Capitanía del Alto Parapetí es una organización<sup>22</sup> que encara su propio fortalecimiento interno, recuperando sus valores culturales; pero también mirando la realidad sobre la pérdida de los mismos, ocasionados por las condiciones de servidumbre en que vivieron durante generaciones.

El eje de sus planteamientos es su vida en libertad, y la recuperación y consolidación de su territorio. En las tierras tituladas, la Capitanía apoya a los guaraníes libres en esfuerzos para asegurar su alimentación. Fortalecen sus demandas por mejorar las condiciones de acceso a salud y educación interculturales. A diferencia de la APG, en la Capitanía las autoridades demandan la atención a la violencia contra las mujeres y el consumo del alcohol en los hombres.

21 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDDDHH) (2007).

22 ANEXO 4. Organigrama Capitanía Alto Parapetí.

## 2.9. Mujeres en la organización

Las mujeres guaraníes que vivieron en libertad tienen una reconocida trayectoria de lucha, valentía y liderazgo, como parte de sus organizaciones y no en instancias paralelas, lo que les ha merecido el reconocimiento de los mburuvichas, dentro del Directorio de la APG y en sus comunidades.

El trabajo organizativo de las mujeres guaraníes libres se inició en torno a actividades productivas en 1983. Crearon la Organización de Mujeres Eity, integrada por 17 cooperativas, cinco de ellas guaraníes; para trabajar en la cooperativa las mujeres caminaban diariamente alrededor de 20 kilómetros, cargadas de sus hijos en la espalda. Comenzaron a organizarse en el campo, preparando huertos y chacos familiares, realizando actividades relacionadas con la ganadería y otras complementarias como la artesanía. Desde los años 80, las mujeres guaraníes estimularon su formación en liderazgo y en el reconocimiento de sus derechos como mujeres. Este esfuerzo se refleja en su participación en los ámbitos políticos y de liderazgo, que las llevaron a asumir importantes puestos<sup>23</sup> en su organización, así como en los niveles subnacionales.

El rol de las mujeres que alguna vez vivieron en cautiverio ha sido fundamental en 1992, pues permitió el avance orgánico en la Capitanía de Alto Parapetí; paradójicamente, su presencia aún es débil en la organización y mucho más débil en las comunidades.

## 2.10. Desafíos actuales

En el Alto Parapetí hay muchos desafíos, probablemente el más complejo sea el de aprender a vivir en libertad, situación que tiene una estrecha relación con las condiciones de pobreza de los guaraníes del Alto Parapetí. Los desafíos que se pueden vislumbrar desde la mirada de *karai* son:



23 La Vicepresidencia de la Asamblea del Pueblo Guaraní está ocupada por la mburuvicha Edith Cuarto.

Desafío 1. *Cortar las raíces de la esclavitud.* Muchas familias libres del Parapetí aún practican la costumbre de entregar a sus hijas mujeres como empleadas domésticas a expatrones, perpetuando las relaciones de servidumbre. Muchas veces, los padres no vuelven a saber de ellas, en otros casos las niñas vuelven embarazadas y muy pocas veces se registran denuncias sobre violaciones. Pero la naturalidad con la que algunos padres continúan entregando a sus niñas es una característica que pervive en familias que vivieron en cautiverio.

Desafío 2. *Encarar la salud sexual reproductiva (SSR) como parte de la educación en las escuelas y sensibilizar sobre una mayor apertura en los puestos de salud.* Encarar la SSR desde las escuelas en el marco del respeto a la cultura es una necesidad de respeto a la vida de las mujeres y su derecho a decidir sobre ellas mismas; principalmente, es una prelación para enfrentar la pobreza y la inseguridad alimentaria existente en el Parapetí. La SSR es la base para prevenir el embarazo en jovencitas que en muchos casos, a los 12 años de edad, se convierten en “niñas – madres” y cuyo primer efecto es el abandono escolar. En los puestos de salud, las mujeres y hombres reciben respuestas a preguntas específicas sobre estos temas, pero no hay una sensibilización.

Desafío 3. *Demandar la mejora en los servicios de salud intercultural, reconociendo formalmente a las parteras que asegure un parto seguro, con respeto y medicamentos necesarios para un control pre y posnatal.* Las mujeres del Alto Parapetí generalmente tienen a sus niños en sus hogares, donde no existen condiciones para atender alguna complicación en el parto. Cuando asisten al puesto de salud, éste no cuenta con los medicamentos ni infraestructura mínima necesaria para atender partos complicados. Por otra parte y principalmente, las mujeres señalan reiterativamente que no reciben un buen trato.

Desafío 4. *Estimular las capacidades físicas y humanas de la enseñanza bilingüe y comenzar con la educación intercultural, sensibilizando a los padres sobre la importancia de la educación en los hijos.* El mensaje de los patrones era que a los 10 años debían hacerlos “machos”, mandarlos al campo para que agarren el azadón y que sean “hombres”. Los padres de esta zona valoran que su hijo varón ingrese a trabajar al chaco, dejando la escuela a los 10 años. Al final de la jornada, los jóvenes que trabajan en haciendas reciben coca, cigarro y alcohol.

Desafío 5. *Encarar el problema del consumo del alcohol en hombres de todas las edades.* El consumo del alcohol está ligado a la violencia en la familia, desde muy temprana edad los jóvenes comienzan a beber muchas veces junto a su padre, lo cual acarrea problemas de violencia contra las mujeres y a veces contra la familia

Desafío 6. *Sensibilizar sobre los derechos de la mujer a una vida sin violencia y apoyarla en sus iniciativas de desarrollo.* La violencia física y psicológica que sufre la mujer al interior de la familia es invisible. Una mujer que sufre violencia física o psicológica de su pareja, no recibe apoyo de la comunidad. El acoso sexual contra las mujeres es otro tipo de violencia en la zona. Pareciera que algunos hombres, principalmente autoridades en las comunidades, aprendieron actitudes de los patrones y las practican acosando a las mujeres, incluso si son casadas.

Desafío 7. *Tomar en cuenta a las familias que tiene en su seno a personas con capacidades diferentes (PCD).* Las familias que tienen hijos con capacidades diferentes están abandonadas en su pobreza y con muy limitadas posibilidades de mejorar su vida.

### 3. Salud Guaraní

#### 3.1. Concepción de salud y enfermedad

Desde la cosmovisión y sentir de los guaraníes respecto a la salud y la enfermedad, la salud es la existencia en armonía del ser humano con la naturaleza, armonía interna de la persona, con sus familiares, con la comunidad y con la naturaleza que lo rodea. La enfermedad es un desequilibrio de la armonía, cuando hay un enfermo o enferma, su dolencia no es un mal o una enfermedad que afecte a la persona que lo padece, su concepción va mucho más allá de la persona misma:

La enfermedad que cae sobre una familia o una aldea, y la sequía, que afecta a las bases de la economía, son los grandes males de la tierra. No es extraño que contra ellos se solicite la acción del ipaje. Su actuación es a la vez profética, sacerdotal y mágica, haciendo uso de la palabra inspirada, practicando ritos particulares y usando materias y elementos que pueden ‘causar’ los efectos deseados. Los *ipaye* de más prestigio y los más eficaces eran objeto de convites especiales en su honor (Melià, 2008: 123).

Esta concepción de la salud y la enfermedad pareciera estar enfocada desde una perspectiva integral, que envuelve al contexto que habita el enfermo y la curación incluye ese contexto.

En la Capitanía del Alto Parapetí, ante la presencia de enfermos generalmente se escucha<sup>24</sup> “cuando uno se enferma ‘algo’ está mal... sí... ‘algo’ está mal”, no hay una referencia directa al enfermo o a cualquier otro síntoma; la observación tiene una mirada mas amplia, la expresión “algo está mal” implica muchas otras cosas. Pero esta mirada o más bien este “sentir” también se combina con la posibilidad de acceder al servicio de salud formal. Cuando el enfermo no pudo mejorar usando las medicinas tradicionales del ipaje, acude al puesto de salud, que generalmente no cuenta con el personal adecuado ni con los medicamentos, y trasladarse hasta un centro de salud mas equipado es casi imposible por los costos del transporte.

Pero lo central en el Alto Parapetí es una combinación de la demanda de salud, pareciera que en sus vidas está presente el *ipaye*, pero también el sistema de salud formal, pese a que es muy frecuente escuchar de los guaraníes las quejas por la falta de atención y de medicamentos en los puestos de salud, “cuando uno va al puesto de salud no nos atienden, tampoco hay medicina, tampoco hay plata para ir hasta Cuevo...”<sup>25</sup>

En el Alto Parapetí se entremezclan las sensaciones y necesidades de la atención de la salud con la presencia del médico y, por otra parte, las miradas y

24 Cornelio Jarillo, mburuvicha en Educación de la Capitanía del Alto Parapetí.

25 Ceferino Uzeda, mburuvicha en Salud de la Capitanía del Alto Parapetí.

el “sentir” sobre las enfermedades; está presente la concepción de mirar más allá de la persona enferma, también la integralidad que involucra el contexto de la persona; pero por otra parte también está presente la posibilidad de combatir el mal concreto con alguna medicina de los servicios de salud formal, pese a todas sus limitaciones en la zona.

En una entrevista a María Bettinsoli, gerente de Salud en Cordillera, y a Jaime Amorós, su administrador, quienes trabajan muchos años en el chaco y particularmente en el Alto Parapetí, ellos explicaban:

Un niño guaraní que muere, ... a su padre y a su madre les parece que sigue formando parte de la familia, el muerto está en la misma casa. La connotación de vida y muerte no es la misma. En algunos casos entierran al recién nacido en el patio, lugar de reunión de la familia, para que el niño participe y se acompañen (Camiri, 2011).

### 3.2. El ipaye - médico tradicional

Para abordar la salud desde la mirada guaraní es importante evocar al Tentayapi,<sup>26</sup> donde aún están presentes los médicos naturistas mágicos para sanar, son personas sabias y muy respetadas llamados *ipaye* (Melià, 2008), visitan cada una de las casas de la comunidad, a cada familia, a cada persona. Se relacionan haciendo contacto físico con mucha calidez, muchas veces sobando a las personas enfermas en medio de oraciones y diálogo con ellas. Descifran los códigos del contexto del enfermo, de la casa y de la naturaleza que está fuera de la casa, la tierra, el agua, el monte, incluso los animales, hasta identificar las enfermedades, para después actuar atendiendo a la persona y a la naturaleza que la rodea.

Más que el contenido de las creencias, lo que se transparenta mejor son ciertas prácticas rituales y mágicas ligadas con el *ipaye*. Chamanismo y profetismo están directamente ligados a la concepción guaraní de la palabra divina, que es comunicada y participada místicamente por algunos hombres excepcionales. En principio, cualquier guaraní puede recibir esta palabra divina en un grado más eminente y convertirse en *ipaye*.

El *ipaye* es un chamán bueno que pone su conocimiento al servicio de la comunidad. El es el principal auxiliar en el gobierno del jefe, tanto para atraer a los espíritus favorables como para ahuyentar y conjurar las desgracias y maleficios (...).

El *ipaye* es un hombre poseído por lo divino que ve, interpreta y es capaz de comunicar a los otros esa realidad sobrenatural (...). Ellos son la ‘conciencia’ del pueblo, y de ahí su importante función en las asambleas y en las instancias decisivas. A veces parecen imponerse y sobreponerse a los mismos mburuvicha.

---

26 Guaraníes simba que nunca tuvieron patrones.

El *ipaye* está presente tanto en el Tentayapi como en las comunidades del Alto Parapetí, “(...) el ser **paye** no es sinónimo de ‘curandero’ común y corriente, sino alguien que posee los dones espirituales y mágicos para combatir el mal y las enfermedades de una comunidad, es decir, un sujeto que pertenece y adquiere conocimiento del mundo místico” (Ortiz y Caurey, 2009: 59).

El *ipaye* guaraní es un personaje muy respetado en las comunidades, también lo llama “**paye**”:

El paye recibe su sabiduría durante una larga fase de iniciación. Primero a través de la transmisión y apropiación de fuerzas trascendentales, y en segundo lugar a través de la meditación de conocimientos aprendibles (...). El aprende a separar su alma temporalmente de su cuerpo y dejarla viajar lejos, por ejemplo a la morada de los muertos, parientes o amigos que se encuentran lejos o solamente al ambiente al ambiente cercano para ponerse en contacto con los espíritus o buscar un alma robada y devolverla al enfermo (Riester, 1998: 1.033).

(...) un aspecto central, que lo diferencia fundamentalmente de otros curanderos y personas, es que recibe el poder positivo, llamado ‘*jetepo*<sup>27</sup> del bien’ la sustancia central del poder que recién le posibilita el aprendizaje de conocimientos especiales y lo califica de chamán (Riester, 1998: 1.034).

La influencia de la iglesia en los *ipaye* o chamanes lo relata un chamán así:

Anteriormente yo curaba viendo primero con cigarro, pero actualmente he cambiado un poco, convirtiéndome en creyente evangélico.

Y las curaciones que voy haciendo en estos días ya lo hago sólo con la ayuda de Dios. Pero antes no era así, sólo veía mediante el humo de cigarro, así diagnosticaba las enfermedades calientes o frías.

Mas ahora hago las curaciones de otra forma sin necesidad del humo del cigarro, pero igual puedo ver clarito con la ayuda de Dios las diferentes enfermedades.

(...) soy diferente a otros chamanes, a los otros chamanes que hay les ha sido dado por los dueños de la serranía y a mi mí me fue dado por Dios. (...) Y que Dios me perdone por este relato que estoy dando a este señor y yo me llamo Julio Riester (1998: 1.142-1.143).

El chamán que interviene para “curar”, también se prepara durante un largo tiempo, cuidando en su cuerpo los poderes que le fueron concedidos. El *ipaye* es el médico guaraní, el chamán, el médico naturista, que a pesar del contexto en

---

27 *Jetepo* significa “lo que contiene su cuerpo”.

el que vivieron las comunidades que fueron cautivas, aún está vigente para curar desde el sentir mismo de los guaraníes.

### 3.3. El ipaye sanando

La pervivencia de la medicina tradicional es también el resultado de la ausencia del Estado en estos lugares. Los guaraníes, incluso del Alto Parapetí, han mantenido y reconocen sus plantas medicinales, la importancia del *ipaye* y de la partera en la atención de la salud; aunque también demandan los servicios de salud formales, pese a ser deficientes.

Sobre las prácticas en salud, el pueblo guaraní tiene una riqueza de información en relatos, que aproximan a esa otra cultura, a la identidad guaraní, que es como abrir una ventana que invita a aproximarse para tener la posibilidad ver a un *ipaye* sanando.

En el campo no hay posta sanitaria, no había casi nada, pero nosotros teníamos a nuestra disposición la medicina natural. (...) Este tipo de curaciones que realizan mediante los secretos, están basados tanto en las creencias de quienes las practican como de la propia gente que acude a ellos, todo lo hace de acuerdo a la fe de ambos (Riester, 1998: 1.204s).

Para cada tipo de enfermedad, el *ipaye* invoca a un poder sobrenatural distinto. Por ejemplo, invocan a las estrellas para bajar la fiebre y para calmar los dolores, aunque para este último también usan rocío, el agua. Una narración relacionada con el ritual de la curación a un enfermo, puede acercarnos un poco a la salud intercultural.

Si el paye es llamado a un enfermo, su intervención empieza por lo general con una conversación entre él y el paciente, o sus familiares. Además de recibir información sobre los síntomas, puede que escuche novedades sobre situaciones de conflicto, o acontecimientos en los cuales estaban involucrados los parientes o amigos del enfermo. Mostrando mucho respeto y confianza, el paye es animado a cumplir su trabajo con interés.

Los familiares del enfermo le alcanzan un cigarro preparado de tabaco picado envuelto en chala de maíz. El tabaco es parte indispensable del ritual; mediante el humo el paye “ve”, y detecta al causante del mal. (...) bota el humo sobre el enfermo y empieza, murmurando muy despacio, con la recitación de las canciones curativas que son parte de su conocimiento esotérico (...).

Después el payé mismo se protege contra el contacto y la penetración del mal en su propio cuerpo mediante ‘las canciones de protección’ (...) (Riester, 1998: 1.042 y 1.043).

Es un ritual largo en el que el *ipaye* con el tabaco y sus canciones logra penetrar al cuerpo del enfermo e identificar el daño, tras lo cual succiona fuertemente el lugar hasta extraer el mal, luego escupe la saliva en su mano para posteriormente quemar como a un insecto. La curación está cargada de símbolos, misticismo y un profundo respeto a la naturaleza.

Luego del tratamiento, el *ipaye* recibe bienes como intercambio: “Inclusive un paye con poder hereditario que logra sacar completamente el mal de una persona gravemente enferma, llega a recibir ganado o hasta un caballo a cambio de sus servicios” (Riester, 1998: 1.045). La mayoría de los secretos en los rituales de sanación contiene sonidos especiales que significan distintos fenómenos y el uso de palabras invocan el fin deseado.

La fuerza mágica que ejerce el *ipaye* en las comunidades es parte de la cultura guaraní, pese a que cada vez existan menos *ipayes*. Lo central es que cada pueblo, cada nación, tiene su propia concepción, representación y práctica en la salud, que deben ser tomadas en cuenta en el marco de una salud plural, intercultural y con dignidad.

En el Alto Parapetí, las familias generalmente son atendidas por el *ipaye* que visita las viviendas de cada comunidad y cura a las personas del susto, del aire, entre otras enfermedades. También acuden al puesto de salud o esperan la ambulancia que debiera visitar cada comunidad una vez al mes, pero en la medicina formal la relación es muy impersonal y distante con los pacientes. Es evidente que la atención del servicio de salud intercultural aún no ha comenzado.

La partera está presente en la mayoría de los partos domiciliarios; las guaraníes cuentan además con el apoyo de las mujeres de su familia. Algunas acuden a los puestos de salud, en otros casos llaman por radio a la ambulancia,<sup>28</sup> aunque no siempre obtienen una respuesta oportuna.

En la zona del Parapetí, las familias conviven entre la medicina tradicional y la medicina formal occidental. Las condiciones de pobreza y mala alimentación de las personas que estuvieron en cautiverio las hacen más vulnerables a las enfermedades y, por tanto, las mujeres son más sensibles a la mortalidad materna.

Es necesario señalar que las familias del Parapetí no siempre tienen capacidad para retribuir el servicio que reciben del *ipaye* y de la partera. Vivieron esclavizadas por generaciones y es probable que hubieran perdido el hábito del ahorro en animales o alimentos, vivieron el día a día sin pensar en un mañana, esperando el alimento<sup>29</sup> diario proporcionado por el patrón.

---

28 Cada puesto de salud cuenta con una ambulancia que debe hacer un recorrido mensual por las comunidades. Cuando hay alguna emergencia en una comunidad piden ambulancia por radio.

29 El alimento diario eran frijoles o alguna lagüa. En algunas haciendas les proporcionaban los alimentos en una batea de madera común para todos los peones, en otros casos en un plato. Habían situaciones extremas donde los peones recibían su alimento junto a los animales de

Es frecuente escuchar a los mburuvichas demandar ítems para el *ipaye* y la partera. En su discurso político, pareciera que lo asumen como una falta de reconocimiento de la medicina tradicional en el sistema formal de salud. En su discurso simbólico desde la pobreza de las familias, esta solicitud de ítems es una demanda de un ingreso mensual para que el *ipaye* y la partera puedan cubrir los costos de su movilización, en su recorrido por las viviendas y comunidades, como un reconocimiento a ese sistema tradicional de salud que “son realizadas por parteras, el *ipaye* (curandero) no tiene ítems y manifiestan que lo realizan por los niños, niñas de la comunidad”.<sup>30</sup>

### 3.4. Tratamientos naturales aplicados por el *ipaye*

En la nación guaraní el *ipaye* se consituye en un símbolo de la pervivencia de la medicina tradicional, así como sus medicinas naturales empleadas en su tratamiento.

Los males mas comunes tratados por un *ipaye* son los vómitos, las diarreas, el dolor de estómago, incluso las migrañas. También están las enfermedades comunes como la tos, el resfrío y la fiebre.

El *ipaye* también atiende enfermedades más complejas como la inflamación de riñones la úlcera y el cáncer. Para estas enfermedades, los puestos de salud en las áreas rurales no tienen las condiciones mínimas para un adecuado diagnóstico y su tratamiento. En realidad, estos males no son atendidos en las áreas rurales, los medicamentos de última generación no son accesibles para los pobres y menos en las áreas rurales. Los ricos no utilizan los mismos medicamentos que los pobres y viceversa, esto se lo vive con mucha fuerza en el Alto Parapetí.

Cuando un guaraní acude a un puesto de salud con fuertes dolores en el cuerpo, muchas veces no hay ni aspirinas en el puesto médico; pero es la receta más común a la que pueden acceder. La medicina tradicional guaraní tiene su sabiduría, conocimientos y tratamientos para estos males, que son atendidos además con mucho cariño y calidad humana. Pero a veces el dolor en el cuerpo va más allá del tratamiento con plantas medicinales, donde el mentisan y la aspirina tampoco pueden actuar.

Otras enfermedades atendidas por el *ipaye* son el soplo de viento y el susto. Todos estos males son tratados con plantas medicinales (ver tabla 1):

---

corral. Hoy es una costumbre en el Alto Parapetí asistir a una fiesta de una comunidad llevando su propio plato para servirse la comida.

30 Informe de la Capitanía de Alto Parapetí (2012: 50).

**Tabla 1**  
**Algunas enfermedades y su tratamiento natural**

Enfermedades	Plantas medicinales
Diarrea	Cabeza negra, amarillo, rama verde, chichapi, chorimimbi, kari kari, caré
Dolor de estómago y cólicos	Cuatro canto, paico, chichapi, viravira, polco
Vómito	Guasuquia
Dolor de cabeza	Rama verde, sávila, toco toco
Vesícula	Matico, cola de caballo
Infecciones respiratorias: tos, resfrío	Viravira, matico, paja cedrón
Heridas	Tusca
Fiebre	Matico
Dolores del cuerpo	Tártago
Inflamación de riñones	Cuatro canto, polepole, sávila, viravira, cola de caballo
Gastritis, úlcera y cáncer	Tusca
Corazón	Flor de pacho

Fuente: información Capitanía del Alto Parapetí, sistematizada por Javier Flores en el Taller de Salud Alto Parapetí, 2010. NOTA: los conocimientos naturales de los pueblos indígenas no deben ser saqueados ni plagiados, Deben ser reconocidos al nivel del conocimiento científico y registrarlos como de su propiedad intelectual.

Tradicionalmente, el Estado no reconoció formalmente la riqueza del conocimiento de los pueblos indígenas, en general, de la nación guaraní, en particular, ni respecto a las plantas medicinales, tampoco. La nueva CPE reconoce la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, sin embargo, aún está pendiente el desarrollo de normas complementarias que protejan estos conocimientos..

### 3.5. Salud y pobreza en Alto Parapetí

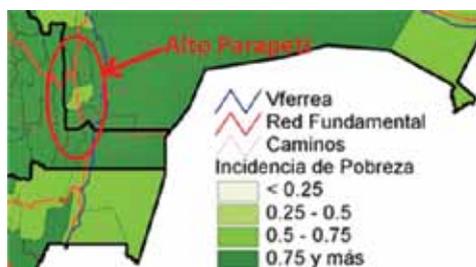
El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) brinda información por departamento sobre la salud materna, entre otras, además de análisis generales sobre las enfermedades que más afectan a la población a nivel nacional. La Dirección Distrital de Salud de la Cordillera (DDSC), con sede en Camiri, cuenta con información sobre los trabajos que realizan y en sus áreas de intervención. La información sobre el perfil epidemiológico de la zona del Alto Parapetí no figura en las estadísticas estatales. Sin embargo, se sabe que:

Bolivia tiene una asignatura pendiente en el ámbito de la salud pública: las muertes de miles de madres, de recién nacidos/as y niños/as, deben dejar de ser un hecho ligado con lo inexorable. Para ello, el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) ha definido como uno de los pilares llevar adelante acciones

que impidan toda muerte materna, perinatal y neonatal evitable, como un acto de justicia social.<sup>31</sup>

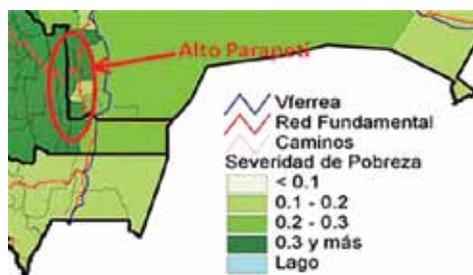
En respuesta a los compromisos asumidos para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo central del objetivo del plan es “reducir las muertes maternas y del recién nacido”, pese a reconocer<sup>32</sup> “las pocas posibilidades de llegar a la meta del milenio si no se implementan intervenciones direccionadas a las causas reales de muerte materna”.<sup>33</sup> Una de las causas reales de la muerte materna es la pobreza. La Capitanía del Alto Parapetí se encuentra en los municipios con mayor incidencia y severidad de pobreza en el departamento de Santa Cruz (ver mapas 4 y 5).

**MAPA 4**  
Incidencia de pobreza 2001  
(Medida por consumo)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2006.

**MAPA 5**  
Severidad de pobreza  
(Medida por consumo)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2006.

Las mujeres y los hombres tienen necesidades y problemáticas distintas en salud, no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa de los roles sociales y culturales prevalecientes.

La salud del hombre generalmente está asociada a los accidentes de trabajo, al consumo de tabaco o alcohol, entre otros. Las causas de mortalidad masculina son enfermedades como el cáncer y lesiones cardiovasculares, las mismas que no son tratadas en los ámbitos rurales, es como un servicio inexistente para los pobres. Las mujeres, además de los males mencionados, tienen muchos riesgos vinculados con su biología reproductiva. La salud de la mujer es más frágil durante y después del embarazo.

31 Dra. Nila Heredia, exministra de Salud y Deportes (MSyD), en la presentación del Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal (2009-2015).

32 Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal (2009-2015).

33 Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal (2009-2015) (2008: 7).

Pese a no existir información ni datos sobre la anemia y malnutrición en el Alto Parapetí, las condiciones de pobreza en las que habitan ponen a las mujeres en situación de riesgo de sufrir anemia, malnutrición, hepatitis, chagas, etc., aunque estos males tampoco son tratados en la zona. Muchas mujeres, además de desconocer los peligros de sufrir estas afecciones, no saben si tienen chagas. Este mal está presente en el chaco boliviano y sin duda en mujeres y hombres en edad fértil.

En entrevista con la gerente de Salud de la Dirección Distrital de Salud de la Cordillera, ella manifestó que el chagas es uno de los males que aqueja a todo el chaco. En atención a este problema de salud se están desarrollando varias acciones, como ser:

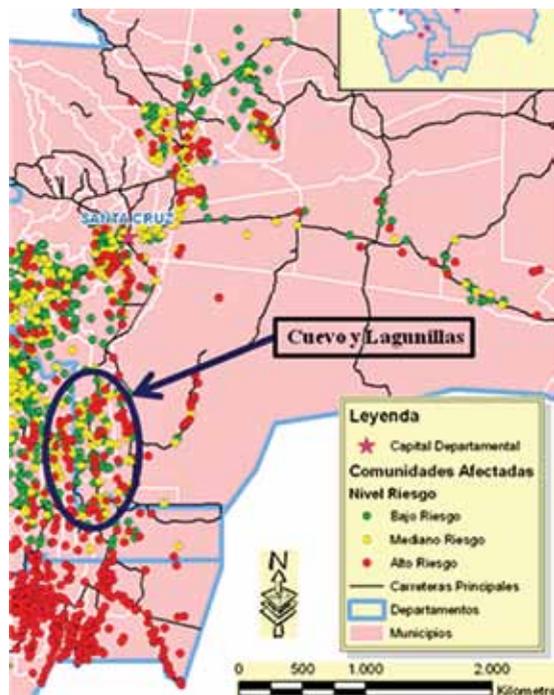
- Control vectorial.
- Mejoramiento de vivienda saludable, con apoyo de la Gobernación de Santa Cruz y de la Organización No Gubernamental Caritas.
- Investigación y vigilancia entomológica.
- Diagnóstico de chagas congénito, chagas crónico reciente infantil, chagas del adulto, chagas transfusional, y educación e información sobre este problema.

La DDSC hizo 35 laboratorios en todo el chaco, red que esperan ampliar hasta 2013, en convenio con municipios, para que además de hacerlos sostenibles permita alcanzar el 100% de los municipios con diagnóstico del índice *Tripano/triatominico* (TT).

El mapa de riesgo de chagas muestra que tanto en Lagunillas como en Cuevo hay comunidades de alto riesgo con el mal de chagas. Los puntos rojos están localizados principalmente en áreas de comunidades indígenas.

El Estado Plurinacional, a través de la Dirección Distrital de Salud de la Cordillera, interviene en el Alto Parapetí con acciones puntuales atacando a la vinchuca en la vivienda; pero existe un vacío focalizado en la atención y tratamiento a las personas que padecen este mal.

**Mapa 6**  
**Riesgo - CHAGAS**



Fuente: MSyD, 2008.

Uno de los males sensibles identificado por la DDSC en la zona es la presencia recurrente de desnutrición en las familias, principalmente en los niños.

En el recorrido y visita a las comunidades, así como en las reuniones con las familias guaraníes, se pudo apreciar que la mayoría de los adultos tienen cataratas en los ojos y nunca visitaron a un oculista. Tampoco existe esta especialidad



en los puestos de salud ni en los centros médicos del municipio.

Se pudo ver a algunos niños con infecciones en los ojos, que no reciben tratamiento.

Otro problema recurrente entre las mujeres de varias comunidades se manifestaba en la piel de las pantorrillas; en algunos casos al comenzar el tobillo y en otros casos próximo a la rodilla o en media pantorrilla (ver foto). Un mal que muchas lo tenían por más de un año.

En el centro de salud de Huaraca les habían recomendado que tengan cuidado con su limpieza y en algunos casos les proporcionaron sulfá.

Durante el mismo recorrido es común ver a hombres y mujeres sin dientes a partir de los 30 ó 35 años. Parece que acceder a un dentista es un lujo.

En ninguno de los puestos de salud existe un dentista y el recorrido de la ambulancia lo hace generalmente un enfermero. Entre tanta necesidad de las familias, este tema no fue mencionado por ellas como un problema, en realidad se ve como un mal menor.

Un obstáculo no tangible, pero presente y que limita a las mujeres indígenas para que tengan acceso a los servicios de salud formales, es el maltrato y el lenguaje. Según el Censo de 2001, la mayor parte de las mujeres monolingües habita en el área rural. En el Alto Parapetí se pueden encontrar en las comunidades a mujeres que solamente hablan guaraní, aunque la mayoría son bilingües.



### 3.6. Guaraníes en el sistema de información en salud

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) es la instancia encargada de sistematizar la información de salud de todo el país. Una falencia muy delicada en este sistema es que los registros en los servicios de salud no reconocen la identidad cultural de la mujer, por cuanto difícilmente se pueden obtener datos, por ejemplo, sobre la identidad de mujeres en datos de mortalidad materna.

Los vacíos en las fuentes de información desagregada generacionalmente, por “identidad”, por “discapacidad” sobre salud sexual reproductiva, maternidad, y mortalidad de materna están presentes en el SNIS.

La producción de estadísticas de género en el ámbito de la salud (CEPAL, 2006) requiere contar con fuentes de información que puedan proporcionar datos desagregados por sexo acerca de los riesgos y las oportunidades de gozar de buena salud. Es necesario contrastar las necesidades de salud y el acceso a los recursos, además de disponer de indicadores como las tasas de morbilidad y mortalidad según sus causas para captar las desigualdades de género y producir los indicadores necesarios que den visibilidad a estos problemas. Hace falta mejorar la calidad de la información del SNIS para que se constituya como un referente a ser tomado en cuenta en las políticas sectoriales con enfoque de género y respetando la diversidad cultural.

En los registros de los puestos de salud del Parapetí, las mujeres atendidas por partos son registradas, pero no así su identidad guaraní. En los registros de muertes de mujeres en el certificado médico único de defunción, para todas (entre 10 a 59 años) se registra si estaba embarazada en el momento de morir o 12 meses antes de su muerte. Así como la fecha de finalización del embarazo, además de la causa probable del fallecimiento. En el certificado no hay posibilidad de registrar la identidad de la mujer ni su condición de discapacidad.

La mayor parte de los partos son atendidos en los hogares y cuando allí se producen muertes, éstas no son registradas en el sistema de información, tampoco las muertes de los niños. Viajar para registrar una defunción tiene costos que no siempre pueden ser cubiertos por las familias. Por tanto, las cifras sobre mortalidad materna en el Alto Parapetí tienen amplios sesgos.

### 3.7. Servicios de salud en Alto Parapetí

Con el objetivo de valorar los riesgos de salud materna, veremos la información sobre cobertura de la infraestructura en salud, teniendo presente el contexto en el que se encuentra cada centro o puesto de salud. Son áreas acosadas por el hambre, pensar en salud y educación pareciera ser un lujo y una lucha aún en proceso de ser conquistada. Es un contexto en el que los derechos humanos se vuelven opacos, confusos y algunas veces lejanos, los guaraníes del Parapetí acceden a servicios de salud y educación para pobres, distintos a las ciudades o incluso distintos a los de otras áreas rurales.

**Tabla 2**  
**Cobertura en salud en el Alto Parapetí**

Municipio	Tipo de centro	Cobertura en las comunidades
MAPA 7 - Lagunillas 	Puesto de salud Iviyeka	Comunidad Iviyeka, Tasete y Yaiti
MAPA 8 - Cuevo 	Centro de salud de Cuevo	Mandiyuti, Karaguatarenda, Tartagalito
	Centro de salud de Huaraca	Huaraca, Alto y Bajo Karaparí, Itacuatia, Karatindi
	Puesto de salud de Arenal	Timboirenda, El Arenal, La Colorada, Kapirenda y Karayagua
	Puesto de salud de Ivicuati	Comunidad Ivicuati

Fuente: elaboración propia con base en datos de MSyD y Capitanía Alto Parapetí, Inf. Flores 2012.

En el Alto Parapetí hay ocho postas sanitarias,<sup>34</sup> dos en Lagunillas y seis en Cuevo. Esta presencia física de centros y puestos de salud no es un buen referente, ya que en algunos casos es sólo el edificio, sin ningún equipamiento de salud, ni medicamentos y sin promotor de salud. De todas maneras, para los guaraníes esta infraestructura se constituye en posibilidades para acceder a un servicio de salud.

En el puesto de salud de Yaiti, el proyecto decía puesto de salud “equipado”, pero sólo cuenta con mobiliario en mal estado, por ejemplo, un sillón de dentista roto que se ve en la fotografía, como único mueble de la habitación. Además existen dos salas vacías.



Seferino Useda, mburuvicha responsable de salud. Puesto de salud de Yaiti.

34 Ver ANEXO 5. Puestos de salud en Alto Parapetí y personal asignado.

Hay un botiquín de primeros auxilios con alcohol, algodón, gasa y mercurio; también algunos medicamentos con las fechas vencidas. No existen las mínimas condiciones para la atención de un parto.

Si la posta sanitaria contara con un lugar para que en el parto la mujer se ponga de cuclillas, si contara con la presencia de la partera para recibir los masajes y tenga la posibilidad de tomar un mate cuando la boca está seca... son factores que hacen a una “salud humanitaria”; pero no es una “salud intercultural”. La interculturalidad viene acompañada de problemas mucho más profundos. “El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa” (OPS/OMS, s.f.: 30). La salud intercultural no subalterniza ni a la medicina tradicional ni a la medicina occidental, ambas tienen la misma importancia.

En Lagunillas, la ventaja es que la comunidad de Iviyeka cuenta con una médica del servicio de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (modelo Safci) y las cuatro comunidades de Lagunillas se encuentran relativamente próximas a este puesto de salud.

El centro de salud más importante de Cuevo se encuentra en el área urbana del municipio, por tanto, los costos de transporte para llegar al lugar son muy elevados y es inaccesible para las familias que se encuentran en comunidades distantes. Otro centro de salud de relativa importancia está ubicado en la comunidad de Huaraca, vecina de la comunidad de Itakuatia, donde trabaja un médico promotor de salud.

Es importante señalar que el médico de la comunidad de Huaraca no siempre está disponible para atender los casos de salud de la comunidad vecina de Itakuatia, el problema de esta disputa se originó en la lucha por la libertad y la tierra. Itakuatia se constituye en el bastión de lucha y resistencia por la libertad de las familias de la Capitanía y en Huaraca se encuentran los peones de algunas haciendas, que lograron transar con el patrón por un pedazo de tierra y no se sumaron a la lucha con las demás familias. Por tanto, pareciera que el médico del centro de salud de Huaraca no fuera merecedor de la confianza de los comunarios de Itakuatia.

Mas allá de estos conflictos existentes en la zona, en el Alto Parapetí existe toda una red de infraestructura<sup>35</sup> en salud, se cuenta con dos médicos y otro personal técnico en salud para brindar el servicio; entonces, ¿qué se debería hacer o qué falta para que las mujeres guaraníes acudan a los centros de salud para ser atendidas en el parto? Como se verá más adelante, la mayor parte de los partos de las mujeres guaraníes se producen en sus hogares. Por tanto, ¿qué papel juega la infraestructura física existente?

---

35 ANEXO 5. Puestos de salud en Alto Parapetí y personal asignado

En la mayoría de los puestos de salud, la atención del servicio es monocultural y los habitantes lo asumen como una agresión. Es una necesidad urgente repensar el sistema de salud a partir de la diversidad cultural de las distintas áreas del país. Los promotores de salud no fueron capacitados para brindar un servicio donde las culturas se encuentren, desconocen lo que podría ser brindar un servicio de “salud intercultural”. Los centros de salud existentes en el Alto Parapetí no sólo carecen del equipamiento mínimo, sino también de recursos humanos capaces de ofertar salud intercultural en un marco de respeto.

En el chaco se han realizado intentos por formar gente para brindar un servicio de salud intercultural. En el municipio de Gutiérrez existe un espacio de formación en salud intercultural que es importante mencionar, se trata de la escuela *Tekove Kato*.<sup>36</sup> “La escuela es un ejercicio de interculturalidad en vivo”,<sup>37</sup> donde se aprende no sólo con la cabeza sino también con el corazón.

Esta escuela forma a jóvenes en enfermería y salud ambiental. La formación que reciben los jóvenes está relacionada con la naturaleza y la protección de plantas de su hábitat, además aprenden las normas y conceptos de generales de los “sistemas médicos guaraníes”, que son conocidos en las comunidades. La escuela del *Tekove Kato* es un centro de formación de técnicos indígenas, en el marco de las tradiciones culturales del pueblo guaraní; pero no está reconocida formalmente por el Ministerio de Educación. Una vez que los jóvenes finalizan su aprendizaje y al no conseguir un empleo, se ven obligados a retornar a sus comunidades para trabajar en sus chacos, de esa manera dejan atrás lo aprendido.

A modo de resumen, se puede señalar que si se quiere alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio no es posible pensar sólo en número de centros de salud y de personal para atenderlos; las cifras y porcentajes, por sí mismos, no sirven ya que muchas veces sólo podrían ser aplicados en los centros urbanos. Es preciso pensar en áreas como el Alto Parapetí, donde la mortalidad materna está presente a pesar de los puestos de salud, sus promotores y los médicos. En esencia, los puestos de salud en Alto Parapetí tienen un solo problema y son las mujeres que mueren.

### 3.8. Comunidades y distancia a los centros de salud

Los caminos que integran las comunidades del Alto Parapetí son de herradura y no cuentan con mantenimiento. Por otra parte, los costos del transporte público son muy elevados, lo que dificulta las posibilidades de acceder a los servicios de salud.

---

36 *Tekove Kato* es un espacio en el que se imparte Educación educación en Salud salud en el Chaco chaco y funciona en el Municipio municipio de Gutiérrez, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

37 El Dr. Chistian Darras fue representante de la OPS/OMS en Bolivia desde el 17 de enero de 2005 hasta junio de 2011.

Las comunidades de lagunillas están ubicadas relativamente cerca de los centros de salud. En Cuevo se encuentra el mayor número de comunidades y están dispersas en gran parte del municipio; las condiciones para acceder a los centros y puestos de salud son más complejas. Las distancias que se recorren desde las comunidades para acceder a los servicios de salud se presentan en el siguiente cuadro:

**Tabla 3**  
**Distancia a los servicios de salud**

TIPO DE CENTRO	DESDE UBICACIÓN	Km	HASTA COMUNIDAD
Centro de salud	Cuevo	3	Karaguatarenda
		12	Parapetimi
		7	La Colorada
		4	Mandiyuti
Centro de salud	Huaraca	4	Itacuatia
		26	Karapari Alto
		14	Karapari Bajo
Puesto de salud	El Arenal	2	Timboirenda
		4	Kapirenda
Puesto de salud	Ivicuati	7	Tartagalito
Puesto de salud	Iviyeka	12	Tasete
		20	Yaiti
Puesto de salud	Yaiti	8	Tasete
		20	Iviyeka

Fuente: elaboración propia con base en Flores 2012.

(Recolección de información sobre la salud en el Alto Parapetí, 2010).

En el mejor de los casos deben recorrer una distancia de tres kilómetros, hecho muy riesgoso para una mujer embarazada, y en el caso extremo están a 26 kilómetros, impensable recorrerla a pie. Un traslado que demande más de dos horas para llegar a un puesto de salud con capacidad de atender un parto representa un factor de riesgo para la mortalidad materna, ya que en dos horas sin atención la mujer corre el riesgo de morir.

El *ipaye* y la partera, que deben recorrer las viviendas visitando a todas las familias, tienen dificultades para movilizarse entre las comunidades del Alto Parapetí no sólo por lo dispersas que se encuentran las viviendas en cada comunidad, sino también por los altos costos del transporte, además las familias generalmente son pobres y muy pocas tienen algún animal como ahorro para retribuir.

La retribución y agradecimiento que reciben de las familias pobres difícilmente cubren sus gastos de movilización, a esta situación se suma la precaria oferta en servicios de salud y la falta de medicamentos. Por esta razón, es frecuente escuchar a los mburuvichas demandar a las autoridades distritales de salud que

se otorguen ítems al *ipaye* y a la partera para aliviar los costos de su transporte y garantizar las visitas domiciliarias.

### 3.9. Salud familiar comunitaria intercultural en el Alto Parapetí

En el puesto de salud de la comunidad de Iviyeka, en el Alto Parapetí, fue implementado el modelo de residencia médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural<sup>38</sup> (Safci), con una cobertura para asistir a las comunidades de Yaity y Tasete, del municipio de Lagunillas. La doctora Safci logró insertarse en las comunidades, y estableció lazos de empatía y compromiso con los guaraníes y con las mujeres en particular.

El puesto de salud de Iviyeka atiende con la médica Safci y un asistente de enfermería, no cuenta con personal de limpieza ni cuidador/a. La infraestructura en el puesto de salud al principio era muy limitada, no había ni el instrumental mínimo necesario para la atención de un parto. Posteriormente fue equipado para la atención de parto seguro, con apoyo de la Cooperación Internacional.<sup>39</sup>

En el mismo puesto de salud se encuentra la vivienda para el/la médico/a Safci, que consta de un dormitorio, un baño y un pequeño espacio para cocinar.

En los tres años de estar presente una médica Safci en Iviyeka, de la Capitanía de Alto Parapetí, se acumularon muchas experiencias positivas y negativas, que no fueron sistematizadas. Por tanto, sólo es posible acceder a casos aislados, narrados por los comunarios y en otros casos por la doctora Safci.

Una de las experiencias relacionada con la salud materna y atención de un parto sucedió en julio de 2011:<sup>40</sup>

Era un día 20 de julio en el que se tenía programado trabajo de campo a la comunidad de Yaity, nos fuimos con la brigada de Lagunillas a realizar atención en comunidad, en horas de la noche nos llegó encargo de que en la comunidad de Tasete había una señora que estaba mal, no sabíamos cuál [era] el motivo, y que fuéramos a la escuela porque allí nos esperarían.

Aún no conocía las comunidades, era mi primera visita y mi primera semana en la comunidad de Iviyeka. Nos fuimos de inmediato a Tasete y nos encontramos con el esposo de la señora que nos esperaba y fuimos a su casa, ella estaba siendo atendida por su madre la señora Angelita Melcho, quien nos dijo que [su hija] estaba con dolor de parto. La revisamos y confirmamos el diagnóstico de trabajo de parto, le explicamos a la señora y a su familia, ellos decidieron que la llevemos a la posta para su parto, acompañada de la partera y a la vez su madre.

38 Doctora Nelvi Ochoa Arancibia, médica en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Safci) desde marzo de 2009 hasta febrero de 2012.

39 Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) y la Cruz Roja Suiza.

40 Experiencia compartida por la doctora Nelvi Ochoa Arancibia, médica Safci.

En el puesto de salud se le dio su cama y en esta fue evaluada según los protocolos, la partera acompañaba a la parturienta todo el tiempo y se dedicaba a darle masajes en la espalda y el abdomen, a su vez le daba mates calientes para ayudarle con el parto y le hacía hacer fuerza cada que venían las contracciones; le hacía sentar de cuclillas sobre una frazada extendida en el suelo para esta acción y le hacía masajes de arriba hacia abajo para ayudar a la parturienta. Nos hicimos compañía en esa oscura posta que no contaba con una fuente de luz más que una vela, que era de mi uso, y linterna a pilas por momentos.

En la madrugada se produjo el nacimiento de una linda niña, el parto fue atendido por mi persona y la niña por la madre de la parturienta.



Dra. Nelvi Ochoa (izq.); Sra. Mercedes con su bebé en brazos (centro); el papá (der.).

Una vez que se produjo el alumbramiento se le entregó la placenta a la partera, que pidió enterrarla. El auxiliar se ocupó de esa tarea.

De esta manera concluimos la atención en coordinación con la partera, yo le expliqué cómo nosotros realizamos los exámenes para poder evaluar el avance del parto y ella decía que era necesario que la mujer haga fuerza en cada dolor para que el parto avance más rápido

La partera le dio mates calientes de yerbas medicinales y en la mañana preparó un delicioso caldo de gallina criolla para el desayuno de la púérpera, que desde ese momento realizó sus actividades con toda normalidad.

Después de esto se le dio alta solicitada a la paciente porque indicó que debe ir a su casa para realizar la atención a sus otros hijos pequeños, que son en número de dos. La evolución del puerperio fue un cuadro fisiológico sin complicaciones, pese al alta temprano que se le dio.

Nelvi Ochoa Arancibia  
**Médica Safci**  
 Iviyeka, febrero de 2012

El modelo de salud Safci en Iviyeka logró ganar la confianza de las mujeres en las comunidades. En una visita realizada al puesto de salud, en mayo de 2011, la

doctora se encontraba acompañada por una madre gestante, alojada en el puesto de salud junto a su hija, una niña de dos años. La señora Sejas estaba en los últimos días de espera para el nacimiento de su bebé y relató que cuando comenzó a sentirse mal decidió salir de su comunidad caminando junto a su esposo y su pequeña hija, para asegurarse de tener su hijo o hija con la “doctorita”, que era más seguro si estaba con ella.

El momento de mi visita, el único personal en el puesto de salud era la doctora Ochoa. La señora embarazada llevaba casi una semana en el lugar y para resolver el almuerzo diario se turnaban en la cocina entre la doctora y la paciente. Es importante señalar que los médicos Safci no cuentan con un presupuesto para el alimento de pacientes como el caso de la parturienta, por tanto, los gastos de la alimentación de la paciente y su niña fueron cubiertos por la doctora Ochoa, quien, calculando el periodo de embarazo y el movimiento de la luna, esperaba que el parto pueda ser esa misma noche. En el caso particular de Iviyeka, durante el periodo de la doctora Ochoa no se registraron muertes maternas en las comunidades, pese a las limitaciones con las que contaba.

Haciendo un recorrido por las instalaciones del puesto de salud, la sala de partos era un rincón en una sala con cuatro camas, separada por un biombo de tela. El único foco de la habitación estaba al medio y el rincón habilitado como espacio para la atención el parto, sin iluminación. Por esta razón, la doctora estaba provista de velas para alumbrar el ambiente, en caso de que se produzcan partos durante la noche.

La pobreza en el Alto Parapetí no afecta sólo a las familias, sino también a los médicos y al personal de salud. La deficiente infraestructura en los puestos de salud, y la falta de recursos y medicamentos es una tarea que los médicos deben enfrentar diariamente.

Los mburuvichas de la Capitanía del Alto Parapetí lideran el desarrollo de su propio Plan, conscientes de su condición de pobreza y del peso de la historia de esclavitud. En materia de salud, demandan al Estado Plurinacional que el modelo Safci, implementado en la comunidad de Iviyeka, sea llevado a otras comunidades. También solicitan el reconocimiento, con pago de un salario, para las parteras y para el ipaye como médico guaraní, que compense los costos de la movilización en la visita a las familias y a enfermos. Proponen que su presencia sea visible en las postas, aunque no de manera permanentemente, ya que deben hacer su recorrido por las viviendas de las familias.

Sería valioso reflexionar sobre la demanda de las comunidades guaraníes por la réplica del modelo Safci en otras comunidades y también sería importante relacionar esta demanda con la calidez del trato que la médica Safci brindó siempre a sus pacientes, en general, y a las mujeres parturientas, en particular. La doctora señalaba que la interculturalidad la aprendió “haciendo, “trabajando y compartiendo”.

### 3.10. SUMI en el Alto Parapetí

Uno de los principales objetivos del SUMI<sup>41</sup> es la disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), también está el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios del sector salud para la población más necesitada, la población pobre en general y la población indígena de las áreas rurales en particular. Sin embargo, una de las carencias del SUMI es la falta de desarrollo en los aspectos de interculturalidad en la atención en áreas con población indígena, por tanto, la esencia de su objetivo queda como parte de un discurso.

Dejando de lado la infraestructura en salud, vista anteriormente, el personal tiene un desconocimiento de las costumbres y tradiciones de la población indígena, lo que sumado a las actitudes para la atención en el área guaraní son parte de los problemas en la implementación de una salud intercultural, que en términos generales no cuenta con recursos humanos calificados para la atención intercultural en las áreas rurales.

### 3.11. Bono Juana Azurduy en el Alto Parapetí

Uno de los principales problemas identificados para que las mujeres puedan acceder al bono Juana Azurduy era la falta de documentos de identidad y en 2010 se realizaron campañas y esfuerzos para entregar cédulas de identidad, que llegaron principalmente a las mujeres.

Sin embargo, el bono Juana Azurduy no es solamente el carnet de identidad, sino también la posibilidad de tener un centro de salud con las condiciones para atender a la mujer antes, durante y después del parto, estas condiciones son difíciles de encontrar en el Alto Parapetí.

Por su parte, Justa Cabrera, presidenta de la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (CNAMIB), declaró en mayo de 2012 que “en las comunidades no existen centros de salud y las mujeres son atendidas por parteras, por lo que no pueden acceder al bono Juana Azurduy y esto muestra que este proyecto está cerrado para las mujeres indígenas”.

Las mujeres jóvenes, embarazadas entre los 13 y 14 años de edad, son un grupo vulnerable que no accede al bono Juana Azurduy de Padilla;<sup>42</sup> la Capitanía del

---

41 El SUMI fue implementado en enero de 2003 con la Ley N° 2426 “SUMI”. Es un seguro gratuito y universal para mujeres gestantes a partir del conocimiento del embarazo hasta seis meses después del parto y para todos los niños/as hasta cinco años, que cubre una multitud de prestaciones exactamente definidas en paquetes de prestaciones para este grupo meta. Está financiado por dos fuentes: el Tesoro General de la Nación (TGN) paga los recursos humanos del sector público de salud y una transferencia de 10% de la Coparticipación Tributaria a los Municipios, que cubre los gastos no personales, los medicamentos e insumos.

42 Capitanía del Alto Parapetí, Informe de Javier Flores (2012).

Alto Parapetí no tiene registrado el número de mujeres jóvenes en esta situación, pero afirma que son la mayoría. Ellas tampoco acuden a los controles prenatales porque viven en comunidades alejadas. En el informe del Parapetí señala que “el personal médico responsable de de la inscripción para el bono Juana Azurduy, en el caso del municipio de Cuevo trabaja a medio tiempo y no cuentan con la logística de traslado para el caso de Lagunillas”.<sup>43</sup>

#### 4. Mujer guaraní



Mujeres en Itakuatia, Alto Parapetí. Es la madre acompañada por la hija, que a su vez carga a su hijo.

La mujer guaraní cumple tres roles: a) el reproductivo, que viene acompañado del cuidado de la familia, de los hijos; el productivo; el de gestión comunal, estrechamente ligado con sus capacidades organizativas y de gestión.

Las prácticas culturales imponen a las mujeres la responsabilidad sobre las actividades domésticas, situación que comienza en la niñez y se prolonga hasta la vejez: “La mujer (...) prepara la alimentación y provee agua a los varones; siendo labor específica de ella la cosecha (...). Las mujeres reemplazan a los hombres en todos los trabajos agrícolas, con excepción del desmonte, el riego y la infraestructura de acequias” (Riester, 1998: 44).

En el Alto Parapetí, “la mujer es considerada la transmisora del modo de ser guaraní porque es la encargada

de la educación y cuidado de los niños, la mujer se encarga de hacer mujeres a sus hijas y hombres a sus hijos cuando todavía están bajo su cuidado, también es portadora de la lengua y de la identidad sociocultural, contribuyendo en el desarrollo económico de la familia y la comunidad”.<sup>44</sup>

Entre las responsabilidades de la mujer están el cuidado del ganado menor y la elaboración de la chicha, las mujeres “son quienes sufren más directamente la degradación del medio ambiente por su responsabilidad familiar directa. La

43 Capitanía del Alto Parapetí, Informe de Javier Flores (2012: 51).

44 Capitanía del Alto Parapetí. Infome Javier Flores (2012: 51).

participación de la mujer en esfuerzos de parar la degradación ambiental es crucial (Riester, 1998: 48). Este tema, que fue puesto como una de las herramientas de los acuerdos internacionales, no tiene ningún avance en las normas nacionales vigentes, pese al proceso de cambio que vive el país.

En la cultura guaraní se considera que las mujeres no trabajan:

En guaraní, la palabra ‘mbaraviki’ (trabajo) no se aplica al trabajo de la casa sino al trabajo agrícola, pecuario o al trabajo asalariado fuera de la comunidad (...) los proyectos artesanales no son productivos. La cultura guaraní es patriarcal en el sentido que los que toman las grandes decisiones son los hombres. (...) Una mujer no puede vivir sola, por lo tanto, pasa de la protección de su padre a la protección de su esposo y a la protección de sus hijos en caso de ser viuda.<sup>45</sup>

Por tanto, la mujer es considerada toda su vida como menor de edad y su trabajo queda invisibilizado, como en muchas otras culturas. Los roles que la mujer cumple en la casa y el cuidado de los hijos no son reconocidos y tampoco son valorados, pareciera que esta situación es universal en todas las culturas.

La vida de la mujer es afectada fuertemente por su vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud y las oportunidades de acceso a la educación. Las mujeres se emparejan muy jóvenes y a una edad inferior que la del hombre, la subordinación de ésta al marido es más intensa y, sin lugar a dudas, condiciona fuertemente sus posibilidades de educación y de trabajo retribuido.

#### **4.1. Salud sexual reproductiva**

En la Capitanía del Alto Parapetí no se aplican las recomendaciones y políticas establecidas para una Salud Sexual Reproductiva (SSR) equitativa. No existen servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva. La SSR no es abordada en las escuelas por temor a la reacción de los padres, es un tema “no dialogado” en ningún nivel de la educación.

Ya se dijo que en los puestos de salud no hay medicamentos y cuando existen están próximos a las fechas de vencimiento. En ese contexto, es difícil pensar en la posibilidad de contar con métodos anticonceptivos seguros a disposición de las familias y de los jóvenes.

Los puestos de salud tampoco son espacios para orientar a los jóvenes sobre la SSR, ellos están expuestos a cualquier tipo de enfermedades, principalmente por falta de información. En un puesto de salud pueden encontrar respuesta a dudas concretas planteadas al personal, pero no se constituyen en espacios de información

---

45 Estudio realizado por Caritas Camiri y coordinado por la APG, 1999.

sobre cuidado, prevención, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y de prevención de maternidad o paternidad no deseados.

En general, son los varones los que toman las decisiones sobre la SSR. Las pocas mujeres que han acudido por información y ayuda para controlar el embarazo, generalmente lo hicieron sin consulta a sus esposos o parejas. Difícilmente la mujer participa en la decisión de cuándo tener hijos y cuántos tener, y no existen servicios que permitan apoyar el ejercicio de este derecho de las mujeres.

En algunas comunidades son bastante reticentes a la planificación familiar, posición que a veces se ve acompañada por una subordinación y discriminación de las mujeres guaraníes. No obstante, algunas experiencias positivas demuestran que los temas de salud reproductiva y el enfoque de equidad de género pueden incorporarse a las dinámicas guaraníes, siempre que se desarrollen programas ampliamente participativos que respeten particularidades culturales guaraníes, es decir, que favorezcan el acceso a la modernidad sin que ello implique la pérdida de identidad ni su sentido de pertenencia a la comunidad.

## 4.2. Maternidad

En la cultura guaraní “la esterilidad no es motivo de divorcio o de repudio como en otras culturas, sí es motivo de vergüenza y tristeza”.<sup>46</sup> La mujer guaraní que tiene hijos adquiere un estatus, lo que explica de alguna manera la presencia de madres solteras en las comunidades, “cuando el hijo es pequeño, la joven va a recibir sobre todo crítica, esto cambia a medida que el niño crece (...), a pesar de que la situación esté mejorando, falta un reconocimiento y un trato con equidad de parte del grupo de mujeres de la comunidad”.<sup>47</sup> Esta discriminación hacia la madre soltera en las comunidades no se percibe en el Alto Parapetí, ya que la mayoría de las familias son “juntadas” y no están casadas, principalmente por el elevado costo del transporte para ir al municipio en busca de un notario. Pero es evidente, incluso en el Alto Parapetí, que la mujer que tiene un compañero recibe un reconocimiento social en la comunidad y, más aún, cuando la pareja tiene un hijo.

La tasa global de fecundidad representa “el número de hijos (...) que tendría una mujer durante su vida fértil, de 15 a 49 años”<sup>48</sup> en todas las zonas guaraníes es de 6,59 y en el Alto Parapetí es de 6.79, no se obtuvieron datos de guaraníes en haciendas. Sin embargo, estas cifras muestran de manera aproximada el elevado número de hijos que tiene cada familia.

La maternidad para la mujer guaraní es muy importante, ya que tener hijos le da la posibilidad de ser autoridad en su comunidad.

---

46 Informe demográfico sobre el pueblo guaraní realizado por Caritas Camiri (1999: 26).

47 *Ibidem.*

48 Estudio sobre la fecundidad realizado por la APG con apoyo de Caritas Camiri en 1999.

### 4.3. Mujer guaraní durante el embarazo

La mujer guaraní durante el embarazo corre riesgos con su salud: por una parte, su nutrición en el periodo de gestación y, por otro lado, la posibilidad de no tratar oportuna y adecuadamente una infección urinaria o de transmisión sexual.

En el Alto Parapetí la mujer no tiene el cuidado nutricional necesario para una gestante. Las mujeres embarazadas generalmente desconocen los riesgos de una mala nutrición y su relación con el crecimiento del feto. La escasez de alimentos en la zona, y más aún en época de sequía, agudiza el problema de una alimentación adecuada para mujeres gestantes. Las mujeres que ya son madres priorizan el alimento para sus hijos en lugar de alimentarse ellas. Los puestos de salud no cuentan con medicamentos para atender oportunamente algún tipo de infecciones, por ejemplo, urinarias o de transmisión sexual, lo que pone en riesgo la salud de la mujer gestante.

Las mujeres guaraníes durante el embarazo se cuidan de no levantar cosas pesadas ni de tomar chicha, cuidan su cuerpo no por ellas mismas, sino por el embarazo.

Las mujeres embarazadas no deben alzar peso ni renegar pue..., porque ahí nomá pueden comenzar lo dolores y puede salirse el hijo pue... Si hace frío hay que abrigarse, no hay que enfriarse

Jacinta Luchi  
**Mburuvicha de Género**  
Capitanía del Alto Parapetí  
Febrero de 2013

### 4.4. Mujer guaraní en el Parto

El parto es un momento simbólico culturalmente privilegiado, es cuando la mujer da vida, muchas veces, a riesgo de la suya. Cuando el parto se desarrolla en el hogar o vivienda de la parturienta se prepara y cuida a la mujer guaraní que va a tener el hijo con mates calientes de yerbas medicinales para calentar su cuerpo. Algunas veces, cuando el parto es durante la mañana, preparan caldos calientes para la parturienta, preferentemente de gallina. La mantienen caliente para que no se interrumpan las contracciones y que el frío no detenga el parto. La partera realiza masajes a la mujer y le mira los ojos, además observa los síntomas físicos que le aproximan al momento de dar a luz.

El espacio donde duerme la parturienta es el lugar para tener a su hijo o hija, muchas veces el cuarto está también ocupado con otras camas que se encuentran alrededor. Cuando no hay una cama, se atiende en el rincón que ocupa la parturienta. Se cierra la puerta para que no entre el viento.

La mayoría de las mujeres guaraníes que tienen a sus hijos en sus hogares lo hacen sentadas o de cuclillas, aunque hay otras que prefieren estar recostadas. La placenta expulsada es enterrada en un hoyo próximo al lugar del parto.

Las complicaciones están entrelazadas con las cosmovisiones guaraníes y la forma de entender el embarazo. No siempre reconocen la gravedad de las complicaciones, por ejemplo, la hemorragia puerperal, una de las principales causas de la mortalidad materna.

La mujer que ha tenido hijo se baña el mismo día con agua tibia pue... y sigue en la cama. Usan agua normal, tibia pue, ... si es partera, ... es agua normal, es tibia pue.

Si se baña con agua fría, ahí se corta la sangre y llegan otras enfermedades, a veces se paralizan pue.

Jacinta Luchi  
**Mburuvicha de Género**  
 Capitanía del Alto Parapetí  
 Febrero de 2013

#### 4.5. Mujer guaraní en el posparto

Ya cuando ha tenido al hijo debe cuidarse de no hacer movimiento un mes y medio, o un mes y cinco días no debe hacer nada. En el hospital es tres días nomás que se está quieta y se hace movimiento... ¡ni cinco días en cama!

Jacinta Luchi  
**Mburuvicha de Género**  
 Capitanía del Alto Parapetí  
 Febrero de 2013

#### 4.6. Maternidad en adolescentes

Aunque no fue posible acceder a cifras concretas sobre la maternidad en adolescentes, luego de visitar varias comunidades en 2011 pareciera que en el Alto Parapetí se habría incrementado la maternidad en adolescentes. Ruth Yaniagua, una mujer indígena guaraní, señalaba que desde que el *karai* entró en las comunidades guaraníes los hombres habían cambiado y se había incrementado la violencia contra las mujeres. Otro cambio en la sociedad guaraní da cuenta de que había un aumento de madres solteras:

Cosa alarmante para nuestra cultura, ya que antiguamente las mujeres guaraní recién a partir de los 25 a 30 años se podían casar y comenzar a hacer vida social (...), mientras que ahora las niñas de 14 y 15 años ya tienen bebés y muchos padres o madres no sabemos para quién son los bebés, ya que pocos hombres se responsabilizan, este es un problema serio que vienen atravesando algunas comunidades guaraníes.<sup>49</sup>

49 Memoria del I y II taller de políticas públicas con equidad de género (1999: 42).

Cuando conversamos sobre educación intercultural y SSR con los maestros en el Alto Parapetí y en particular con la profesora de Alto Karaparí, ella expresaba su preocupación de la siguiente manera:

Es importante buscar estrategias con madres y maestros sobre la enseñanza sexual a los niños a partir de los 12 años, que es la edad en la que las chicas inician su regla y los chicos cambian la voz.

Es importante tomar en cuenta que el recorrido de la vivienda hasta la escuela es muy largo, son horas de caminata y los caminos son silenciosos, los niños deben aprender a cuidarse.

En la escuela se ve el embarazo de niñas permanentemente y es la causa principal para el abandono de la educación. Las maestras estamos como mate sobre el agua, con el reordenamiento, hay mucha pugna política para ver qué maestro se va a qué escuela y no es el momento para nosotros de poner este tema en el tapete, ya que además de ser muy sensible, no sabemos cómo abordarlo culturalmente con los padres.

Maestra en Alto Karaparí  
Alto Karaparí, mayo de 2010

La mayoría de las mujeres en el Alto Parapetí pasan muy rápido de niñas a adultas con la maternidad temprana. También hay muchas abuelas y madres jóvenes que cumplen los roles como jefas de hogar.

El común denominador entre ellas es su vida en pobreza y con muy pocas posibilidades para salir de la misma. Esta situación las mantiene en los bordes de la inseguridad alimentaria (Gómez-García, 2010: 84).

Para abordar este tema, nada mejor que acudir a un caso paradigmático del trabajo de campo:

La percepción de la mayoría de la población del Alto Parapetí sobre los servicios de salud fue expresada como una queja hacia el personal médico y enfermeros, señalando que reciben una atención sin voluntad de los profesionales y muchas veces a destiempo.

En Huaraca, los enfermeros informaron que para recibir llamadas la radio no siempre está encendida porque deben apagarla para cargar la batería.

En las comunidades se quejaron porque además de las dificultades de acceso al servicio y los altos costos del pasaje desde las comunidades, muchas veces las mujeres se quedan a tener sus hijos en su casa porque no tienen los recursos para costear su pasaje. En todas las comunidades manifestaron su necesidad de contar con una radio que les permita estar comunicados.



Niña madre de 14 años luego de dar a luz a su primera hija. Itakuatia, 23 de marzo de 2010. El parto fue en casa de su abuela, donde vive junto a su madre, dejó la escuela por el embarazo y probablemente no tenga las condiciones para volver.

El padre, de 15 años de edad, manifestó que no compró ropa para su hijo porque nació mujer.

El padre parecía un joven asustado para enfrentar una realidad y encaminar su propia vida y destino en medio de tanta pobreza (Gómez-García, 2011: 74 y 75).

La SSR es un tema no abordado en las comunidades del Alto Parapetí. Las escuelas son un espacio muy valioso para incorporar la educación sexual y el cuidado del cuerpo como parte de la enseñanza para jóvenes y padres.

#### 4.7. Mortalidad materna

La mortalidad materna es una de las principales manifestaciones de la violación a los derechos reproductivos de la mujer, el fallecimiento a raíz del embarazo o el parto revela una injusticia social que se hace evidente tanto en su escaso acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad como en los limitados medios de que dispone.

Entre los riesgos (Endsa, 2003) de la salud materna en el parto institucional está la falta de atención por personal calificado. El 82,7% de los partos a mujeres no indígenas fue atendido por personal calificado y solamente el 51,8% de los partos atendidos por personal calificado para la atención a mujeres indígenas. Esta información está referida a los partos registrados en el sistema formal, los partos en el domicilio de las mujeres indígenas, sus complicaciones y mortalidad no figuran en las cifras del Endsa.

La tasa de mortalidad materna para el total nacional en 2003 (Endsa, 2003) fue de 229 defunciones por 100 mil nacimientos. La tasa de mortalidad materna estimada en 2008 fue de 310 defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos. Sin duda, la mortalidad materna<sup>50</sup> crece porcentualmente en lugar de disminuir.

50 Endsa 2008 señala que no es prudente comparar directamente las dos cifras (2003 y 2008) para determinar su tendencia, debido a errores de muestreo de las estimaciones de mortalidad materna.

La mortalidad materna indígena es aún más compleja de visibilizar en las estadísticas, así como determinar sus causas no sólo en la salud pública, sino también en las condiciones de pobreza y la cultura de las mujeres en cada pueblo. La mortalidad materna en áreas indígenas es siempre mayor que en otras áreas.

La morbimortalidad materna está vinculada con hemorragias severas, infecciones, abortos en condiciones inseguras, eclampsia, embarazo ectópico, embolias y diversas causas indirectas (anemia, malaria y afecciones cardíacas).

Las principales causas de la muerte materna son: hemorragias 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5% y parto prolongado 2%. Es de destacar el porcentaje de otras causas (34%), que incluyen violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios y suicidios.<sup>51</sup>

Otras cifras alarmantes señalan que:

El 53% de las muertes maternas se produjo en domicilio, pero también se destaca que el 37% de muertes ocurre en los servicios de salud, el 10% restante figura como otro lugar. Se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la asistencia del parto en un servicio de salud, que debería ofrecer una atención calificada del parto.

Se estima que el 38% de las mujeres en edad fértil tiene anemia, siendo este porcentaje mayor en el área rural (42,8%) Esto significa que más de un tercio de la población de mujeres gestantes enfrenta su embarazo en condiciones desfavorables para su salud y la del bebé (Endsa, 2008).<sup>52</sup>

El 70% de las mujeres que fallecieron tenía menos de seis años de escolaridad o ninguno. Pese a no haber encontrado cifras de las comunidades, se asume que las mujeres de la Capitanía del Alto Parapetí son analfabetas, puesto que el patrón no dejaba que asistan a la escuela. En el mismo documento del MSyD se señala que las mujeres indígenas son las más vulnerables a morir, especialmente si viven en el área rural, donde tienen cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las ciudades.

No fue posible encontrar cifras oficiales sobre el número de partos o mortalidad de mujeres con capacidades diferentes ni datos sobre abortos que reflejen la realidad de esta problemática en el país. Sobre el primer caso, no existen estudios ni investigaciones, aunque se está comenzando a sistematizar esta información. Sobre los abortos, hay investigaciones que dan cuenta de la existencia de 100

51 Plan Sectorial de Desarrollo de Salud, 2009-2015: 8.

52 Plan Sectorial de Desarrollo de Salud, 2009-2015: .9.

abortos clandestinos por día en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres en todo el país.

Estas cifras generales son alarmantes. En la Capitanía del Alto Parapetí muchas mujeres tienen sus hijos en su vivienda y si hay un fallecimiento no se registra, ya que los costos para ir hasta una notaría a registrar la defunción en el centro urbano más próximo del municipio son muy altos. Muchas veces, cuando los niños mueren los entierran en el patio de la casa para que compartan con la familia, pero esa muerte no está registrada.

#### 4.8. Discriminación y violencia contra las mujeres

Si bien, tanto hombres como mujeres tienen mucho cariño a los niños y les muestran mucha paciencia, las relaciones entre la pareja no son tan simples ni respetuosas. Al contrario, los casos de violencia contra la mujer aparecen cada vez más (...), tampoco podemos pasar bajo silencio los abusos que sufren las mujeres sobre todo en las haciendas de parte del patrón o de sus hijos jóvenes; también de parte de las empresas petroleras que fomentan la prostitución en las comunidades cercanas a los campamentos y en las ciudades cuando van a trabajar de empleadas.<sup>53</sup>

Esta afirmación, basada en un estudio realizado en todas las comunidades guaraníes y acompañado por la APG, muestra no solamente la violación de los derechos humanos de las mujeres, sino su vulnerabilidad ante su pobreza, limitada formación y escaso conocimiento de sus derechos.

Las mujeres indígenas sufren discriminación, que se expresa en una sumatoria larga de situaciones que enfrentan en su vida diaria. En primer lugar, son discriminadas por mujeres y por ser indígenas. El hecho de que la mayoría de las mujeres indígenas se encuentra en situación de pobreza y extrema pobreza, que el mayor porcentaje de mujeres analfabetas sean indígenas, y que la oferta de salud en áreas indígenas sea a través de médicos sin capacidad ni experiencia para tratar a pacientes de otras culturas, o médicos también en condiciones de pobreza, son también formas de violencia contra ellas.

Esta violencia es exacerbada cuando las comunidades indígenas se encuentran en medio del conflicto e incluso del conflicto posterior, como es el caso del Alto Parapetí, donde las mujeres se convierten en el centro de la violencia y a pesar de ello deben continuar con su trabajo diario y el cuidado de la familia.

Más allá de los roles establecidos para la mujer, el poder masculino en algunas comunidades del Alto Parapetí se expresa con el acoso sexual. Cuando los hombres tienen alguna autoridad ejercitan el abuso de poder como instrumento para el acoso a las mujeres más bonitas y más débiles en la comunidad, muchos de ellos ejercieron como capataces en las haciendas y pareciera que copiaron las

---

53 Estudio coordinado por la APG y realizado por Caritas Camiri (1999: 28).

actitudes de los patrones, acosando sexualmente a mujeres cuando el marido sale a trabajar al chaco.

En los puestos de salud de las comunidades no existen posibilidades para que la mujer pueda denunciar casos de violencia; la violencia contra la mujer o los niños debe ser denunciada en los municipios ya sea de Cuevo o Lagunillas, y los costos del transporte son muy elevados, lo que hace inaccesible este servicio.

El resultado de algunas entrevistas permitirá apreciar mejor la violencia contra las mujeres en el Alto Parapetí. La violencia a la que están sometidas las mujeres es casi una constante, el 99% de las causas para la agresión física y maltrato a mujeres es el alcohol que consumen los esposos o concubinos. A continuación se presentan algunos relatos por comunidad y, a solicitud de las mujeres que hicieron estas revelaciones, los nombres se mantienen en el anonimato.

– *Comunidad Colorada*

Mi marido es malo, toma mucho y cuando está tomado me pega y me bota de mi casa, duermo afuera, pero después que se le pasa y es bueno otra vez, tengo una hijita.

Mujer de 40 años

Mi marido trabaja con el patrón y no todos aquí tienen plata, entonces cuando él tiene su plata se toma toda su plata y me pega duro, la comunidad no me defiende.

Mujer de 28 años

– *Comunidad Timboirenda*

Mi marido trabaja con el patrón y yo me sigo reuniendo con la comunidad, entonces me ha sacado de la casa y no tengo dónde ir, he ido a la casa de mi papá, no entramos todos donde mi papá. Mi hija de 12 años le tiene miedo a su papá y está durmiendo en el monte. Solita... en el monte está. Él se ha quedado con mis otros hijitos.

Juntos todos nos hemos trabajado en los adobes para hacer la casa, pero él solito se ha quedado ahora con mis otros hijitos y con la casa.

Mujer de 32 años

La mujer de desconocía que tiene el mismo derecho que su marido de estar en su casa, que la casa también es de ella y de sus hijos (Gómez-García, 2011: 82-83).

Las mujeres no sólo están expuestas a sufrir violencia física, sino también acoso sexual de prácticas aprendidas de los patrones. Pareciera que las prácticas de los patrones han sido copiadas por algunos guaraníes y las ejercen en su comunidad.

En la ladera que bordeaba una comunidad había un cuartito construido con troncos del lugar, las paredes estaban cubiertas de calamina vieja y en partes con bolsas de plástico azul. En el hueco que hacía de puerta una mujer joven seguía de cerca la reunión que se llevaba a cabo en la comunidad, al ver que finalizaba y me alejaba del grupo, la mujer del cuartito se acercó para denunciar o descargar su angustia, diciendo:

“Cuando sale mi marido viene el Segundo Mburuvicha de la comunidad para molestarme, me amenaza con botarnos a mi familia si no le hago caso. Nosotros hemos llegado después de él, entonces tenemos menos derecho y nos puede hacer salir de aquí. Él tiene su mujer y ella debe saber lo que viene a mi casa, yo ya no sé qué hacer, a nadie puedo reclamar”, mi marido tampoco puede hacer nada (Gómez-García, 2011: 83).

Mujer de 22 años

## Abreviaturas y acrónimos

Cipca	Centro de Investigación y Promoción del Campesinado
Ha	Hectáreas
Iarc	Organización Internacional de Investigación sobre el Cáncer
Safci	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
Unfpa	Fondo de Población de las Naciones Unidas

## Siglas

APG	Asamblea del Pueblo Guaraní
BJA	Bono Juana Azurduy
CAP	Capitanía del Alto Parapetí
CCCH	Consejo de Capitanes Guaraníes de Chuquisaca
CIDDHH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CPE	Constitución Política del Estado
CS	Centro de Salud
DDSC	Dirección Distrital de Salud de la Cordillera
DS	Decreto Supremo
FES	Función Económico y Social
HAM	Honorable Alcaldía Municipal
GM	Gobierno Municipal
IDH	Informe de Desarrollo Humano
INE	Instituto Nacional de Estadística
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIT	Plan Interministerial Transitorio

PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PS	Puesto de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SC	Santa Cruz
TAN	Tribunal Agrario Nacional
TIOC	Tierras Indígena Originario Campesinas
TCO	Tierras Comunitarias de Origen
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
VT	Viceministerio de Tierras

## Glosario de términos

### Chiriguano

“Chiriguano es un término compuesto de la lengua quechua y quiere decir estiércol frío: nombre que quizás por desprecio les darían los antiguos vasallos del Inca; más ellos para distinguirse de las otras naciones se dan asimismo, con jactanciosa antonomasia, el nombre de Ava, que quiere decir hombre” (APG, 2008: 9).

Díez Astete y Murillo (1998: 94-95), al referirse al significado del término chiriguano señalan: “Existen diferentes versiones. Según los españoles de la Colonia, el Inca castigó la resistencia de los guaraní a ser conquistados por ellos, llevando a un grupo de jefes al Cuzco, donde amarrados desnudos a un poste murieron de frío (chiri: frío; wanuchini: hice morir); otra versión ha interpretado como origen del nombre el término “chiriguaná”, que significa el que tiene esposa Chané; aún otros pretenden (Garcilazo) que es un término despectivo dado por los incas: ‘chiri’: frío y ‘wanu’: estiércol”.

En la *Historia del Pueblo Chiriguano*, de Saignes (2007: 15), el prólogo escrito por Albó al referirse a los guaraní manifiesta: “Anteayer se llamaban chiriguaná; ayer fueron apodados chiriguano; hoy prefieren llamarse guaraní, pero sin pérdida de sus especificidades locales como ava, tapii/isoceño o simba; y que, en un mañana no muy lejano tal vez quieran también consolidarse como nación guaraní”.

### Esclavitud

Weissbroadt y la Liga contra la Esclavitud la definen como: “El estado o condición de un individuo sobre el cual se ejercitan los atributos del derecho de propiedad o alguno de ellos” (ONU, 2002:4).

La Convención Suplementaria sobre Abolición de la Esclavitud la trata de esclavos y otras instituciones y prácticas análogas a la esclavitud de 1956 describe

la servidumbre en su artículo 1b) como: “Una forma de ‘condición servil’, entendiéndose por ella ‘la condición de la persona que está obligada por ley, por costumbre o por un acuerdo a vivir y trabajar sobre una tierra que pertenece a otra persona y a prestar a ésta, mediante remuneración o gratuitamente, determinados a servicios, sin libertad para cambiar su condición’. Los sistemas de tenencia de la tierra considerados en todos sus aspectos –jurídico, económico, social y político– pueden considerarse en determinadas circunstancias relaciones de poder opresivas resultantes de la propiedad o la explotación de la tierra y de la disposición de sus productos, que crean forma de servidumbre o esclavitud”.

Weissbroadt y la Liga contra la Esclavitud definen la condición hereditaria de siervo como: “La servidumbre por deudas, (...) las personas afectadas tienen la obligación de continuar trabajando para el terrateniente a consecuencia de deudas que supone tienen para con él, además de su condición de aparceros” (ONU, 2002: 12).

### **Familia cautiva y/o empatronada**

“Son familias y comunidades guaraníes empatronadas y/o cautivas, aquellas que trabajan por cuenta ajena, en condición de subordinación y dependencia, en labores propias de la actividad agropecuaria y que son retribuidas en especie, dinero, mixto y en otros casos en los que no se establece retribución alguna, ubicadas al interior de propiedades privadas individuales en espacios histórica y ancestralmente ocupados por ellas en las provincias Cordillera, Luis Calvo, Hernando Siles, O’Connor y Gran Chaco de los departamentos de Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija, y que no tienen tierra en propiedad”.<sup>54</sup>

### **Guaraní (Ava e Izocéño)**

“La población más importante de las Tierras Bajas por varios motivos, sin que ello signifique ‘superioridad’ respecto de las minorías étnicas de la Amazonía o el chaco”. Sin embargo, y siendo una misma sociedad étnica y de una misma familia lingüística como es la Tupi-Guaraní, que se constituye de “la unificación de dos vertientes lingüísticas del pasado: grandes grupos tribales tupí del Brasil en fusión con grandes tribus guaraní del Paraguay” (Díez Astete, 1998: 93).

1. “Guaraní-Chiriguano (Ava Izocéño), en la provincia Cordillera y otras provincias (Santa Cruz) (Díez, 1998: 94), ubicado a orillas del río Parapetí, cuando ingresa en la llanura chaqueña.
2. Guaraní-Chiriguano (Ava), ubicados en las estribaciones andinas de la provincia Cordillera del departamento de Santa Cruz, en las “provincias Luis

---

54 De acuerdo a definición establecida en el DS 28159.

Calvo y Hernando Siles (Chuquisaca) y provincias O'Connor y Gran Chaco de Tarija" (Díez, 1998: 94). La historia los reconoce como los descendientes de los que combatieron en la batalla de Kuruyuki. Los simbas (la última casa) llegaron a este lugar huyendo de la Guerra del Chaco.

3. Simba, "viven en la la comunidad de Tentayapi, sección municipal Muyupampa, cantón Igüembe de la provincia Luis Calvo" (Díez, 1998: 96). El Tentayapi es conocido también como "la última casa" o "la última morada". El nombre de Simba es de origen quechua (sinpa 'trenza'), en alusión a la trenza enrollada en la cabeza de los hombres debajo de un ancho sombrero, que hasta hoy forma parte de sus tradiciones, así como el uso de nombres propios sin apellidos, la vestimenta de las mujeres con el tipoy y otros varios rasgos en su forma de vida.

## Hacienda

El reparto de tierras entre los conquistadores para su explotación agropecuaria fue el punto de partida de esta propiedad que, con el paso del tiempo, dio lugar a una acumulación de tierras como símbolo de prestigio y poder dentro de la sociedad colonial, acrecentando el dominio de los mayorazgos. A finales del siglo XVI la Corona comenzó una política de revisión de las propiedades acumuladas de forma ilegal, que se habían producido a través de la ocupación de tierras que aparentemente no tenían propietarios, tierras de nadie, e inició su venta por medio del sistema de 'composiciones'. Esta fórmula supuso en muchos casos la devolución de las tierras, mediante un pago que regularizaba la situación, a los propietarios ilegales, que habían sido obligados a entregarlas. Otra forma de devolución de estas tierras por parte de conquistadores y encomenderos fue la 'restitución', generalmente realizada a la Iglesia, que con estas aportaciones y las donaciones de particulares se convirtió en propietaria de múltiples y extensas haciendas, que sólo en algunas ocasiones fueron consideradas como tierras de uso común.

La mano de obra procedió de la población indígena, sustituida o complementada en algunas áreas por los esclavos negros. El trabajo forzoso establecido por turnos, como la mita, dependió del corregidor de indios, autoridad indígena que actuaba en los pueblos de indios como intermediario entre la población y las autoridades coloniales.

Las primeras haciendas se formaron en torno a los núcleos urbanos y se dedicaron a su abastecimiento, pero rápidamente se fueron ampliando con la introducción de cultivos importados como la caña de azúcar, la vid, el olivo y los cereales, y el aprovechamiento de los locales como el algodón, el tabaco o la coca, con criterios mercantilistas. La eclosión de los centros mineros dio paso también a una producción de las haciendas basada en el abastecimiento de estas sedes.<sup>55</sup>

---

55 Microsoft Encarta 2009. 1993-2008.

La hacienda es unidad de producción agrícola constituida por una propiedad rural bajo el dominio de un propietario, explotada con trabajo dependiente y produce para el mercado.

### **IJAMBAE, Iyaa mbae**

Autónomo, soberano (sin dueño, libre e independiente) (APG, 2008: 56).

### ***Ñande Reko***

“Modo o forma de ser” (APG, 2008: 59).

“Convivencia mutua y la integración social, cultural y económica” (APG, 2008: 57).

### **Patrón**

“La percepción del patrón muestran que esta relación, blanco-indígena, casi siempre es una relación entre desiguales (...).

Antonio (patrón) representa a aquel que sabe y a quien pueden tener confianza los insectos (trabajadores) porque él les muestra su cariño verbalmente y a través del aviso sobre la desgracia. Él calcula bien su desesperación y sus medidas preventivas. Mientras que él no hace nada para aprovisionarse de alimentos, se aprovecha del trabajo ajeno y come lo que a ellos pertenece” (Riester, 1998: 1.974-1.975).

### **Servidumbre por deudas**

De acuerdo a las Naciones Unidas, Derechos Humanos, Folleto Informativo N° 14 sobre Formas contemporáneas de la esclavitud, describe este tema como: “El estado o la condición que resulta del hecho de que un deudor se haya comprometido a prestar sus servicios personales, o los de alguien sobre quién ejerce autoridad, como garantías de una deuda, si los servicios prestados, equitativamente valorados, no se aplican al pago de la deuda, o si no se limita su duración ni se define la naturaleza de dichos servicios”.

“Es difícil distinguir la servidumbre por deudas de la esclavitud tradicional, puesto que la víctima no puede dejar su trabajo o la tierra que cultiva mientras no reembolse el dinero adeudado (...) la servidumbre se presenta cuando, a pesar de todos los esfuerzos, el deudor no consigue cancelarla. Por lo general, la deuda es heredada por los hijos del trabajador en servidumbre. El arriendo de tierras a cambio de una parte de la cosecha es una forma frecuente de someter a los deudores a servidumbre” (OIT, 2005: 4).

## Trabajo forzoso u obligatorio

En 1930, el Convenio N° 29 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su artículo 2, lo definió como: “Todo trabajo forzoso u obligatorio designa todo trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente”. Años después ese concepto se volvió más amplio, enunciando varias formas de coerción para la realización de un trabajo bajo amenaza de penalidad, incluyendo imposición de obligaciones desde militares a civiles y la punición por opiniones políticas por medio de trabajo forzoso. En 1957, la OIT adoptó el Convenio N° 105, relativo al tema, en el cual la característica más clara del *trabajo forzoso es la ausencia de la libertad*.

## Bibliografía

- Asamblea del Pueblo Guaraní (APG), Caritas Camiri  
 1999 *Informe demográfico del pueblo guaraní*. Camiri.  
 2008 *Plan de vida guaraní*.
- Bazoberry, Oscar  
 2003 “Proceso agrario en Bolivia y América Latina: 50 años de la Reforma Agraria en el chaco boliviano”. En: *Proceso agrario en Bolivia y América Latina. 50 años de Reforma Agraria en Bolivia*. La Paz: Plural Editores.
- Cabrera, Justa - Presidenta de la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (CNAMIB). Mayo de 2012. Consulta en: [http://www.eldiario.net/noticias/2010/2010\\_05/nt100526/4\\_03scd.php](http://www.eldiario.net/noticias/2010/2010_05/nt100526/4_03scd.php). (30 de octubre de 2012). O en: <http://es.scribd.com/doc/88654795/Informe-Alto-Parapeti-Bolivia> (20 de marzo de 2013).
- Combès, Isabelle  
 2005 *Las batallas de Kuruyuki. Variaciones sobre una derrota chiriguana*. Francia: IFFEA. Bulletin de L'Institut Français d'Études Andines.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDDDH)  
 2009 *Informe*.
- Consejo de Capitanes Guaraní y Tapiete de Tarija y Ministerio de Justicia  
 2009 *Diagnóstico socioeconómico del pueblo guaraní del departamento de Tarija*. La Paz: Bellas Artes.
- Chivi, Moisés  
 2011 “Descolonización y despatriarcalización en Bolivia”. *Entre testimonio y acción de Estado*. Documento de trabajo interno. Cochabamba.
- Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia (FAM)  
 2002 *Ñande Reko. La comprensión guaraní de la Vida Buena*. La Paz: Garza Azul.

- 2009 *Carpeta municipal de salud*. (2 ed.). La Paz: OPS/OMS.
- Gómez-García, Gaby
- 2010 *Nación guaraní - Capitanía del Alto Parapetí - Hallazgos en misión técnica y acciones desarrolladas*. Julio de 2012. PNUD <http://es.scribd.com/doc/88654795/16/ESTRATEGIA-DEL-PUEBLO-GUARANI>.
- HEALY, Kevin
- 1983 *Caciques y patronos. Una experiencia de desarrollo rural en el sud de Bolivia*. Cochabamba: Ceres. Editorial El Buitre.
- Instituto Nacional de Estadística
- 2006 *Pobreza y desigualdad en municipios de Bolivia. Estimación del gasto de consumo, combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares*. La Paz: UDAPE.
- Instituto Nacional de Reforma Agraria
- 2010 INFORME INF. JRLN N° 0178/2010. (11/03/2010). Informe de Cierre Proyecto TCO Alto Parapetí. La Paz: INRA.
- 2010 12/2010 Boletín Informativo. *Los guaraníes recuperan sus tierras en el Alto Parapetí*. La Paz. INRA.
- Kotliarenco Ph.D. María Angélica; Cáceres, Irma; Fontecilla, Marcelo  
*Estado de arte en resiliencia (1997)*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer.
- Manciaux, Michel; Vanistendael, Stefan; Lecomte, Jacques y Cyrulnik, Boris
- 2005 “La resiliencia: estado de la cuestión”. En: Michel Manciaux (compilador). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Primera reimpresión. Barcelona: Gedisa. Págs. 17-27.
- Melià, Bartomeu
- 1980 *Ñande Reko nuestro modo de ser. Los guaraní Chiriguano 1*. La Paz: CIPCA Cuadernos de Investigación 31.
- 1981 *El “modo de ser” guaraní en la primera documentación jesuítica (1594-1639)*. Publicado en *Archivum Historicum Soc. Iesu* 50, Roma 1981, pp. 212-233. Fuente: [MeB2:93-120], reproducido con permiso del autor en: [www.guaranirenda.com](http://www.guaranirenda.com).2005.
- 2008 *La tierra sin mal*. La Paz: GTZ.
- Milosavljevic, Vivian
- 2007 *Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina*. Cuadernos de la CEPAL N° 92. Naciones Unidas, UNIFEM Andina.
- Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras
- 2009 *Resumen del análisis social y plan de acción complementario de la región chaco*. La Paz: Proyecto de Alianzas Rurales (PAR).

## Ministerio de Salud y Deportes

- 2003 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa). La Paz.
- 2008 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa). La Paz: Programa Reforma de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística.
- 2009 *Política de desarrollo de recursos humanos en salud*. Serie documentos de política. La Paz: Prisa Ltda.
- 2009-2015 Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- 2011 *Salud materno infantil en Bolivia. Análisis de la respuesta del sistema de salud*. La Paz: Catalogado por el Centro de Información y Documentación OPS/OMS Bolivia.

## Molina Ramiro; Albó Xavier (coords.)

- 2006 *Gama étnica y lingüística de la población boliviana*. La Paz: EDOBOL.

## Naciones Unidas

- 2005 *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

## Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud

- 2000 *La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible*. Publicación científica N° 572. Washington D.C.

## Piafaré, Francisco

- 1989 *Los Guaraní-Chiriguano. Historia de un pueblo*. Los guaraní Chiriguano 2. La Paz: CIPCA Cuadernos de Investigación 31.

## Prefectura del departamento de Santa Cruz

- 2007 *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Situación actual, evaluación y perspectivas*. La Paz: Weinberg S.R.L. Manufacturas e Imprenta.

## Riester Jürgen

- 1998 *Yembosigaró Guasu: el gran fumar. Literatura Sagrada y Profana Guaraní* (Tomo I). Santa Cruz: Landivar.

## Robles, Sylvia C.; Eleni Galanis

- 2002 "El cáncer de mama en América Latina y el Caribe". En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 12, N° 2.

## Saignes, Thierry; Combés, Isabelle (compilación e introducción de notas)

- 2007 *Historia del pueblo chiriguano*. La Paz: Plural Editores.

## Guillén Ofm, fray Gerónimo

- 2008 "Algunas miradas a su pasado histórico", en Serie: Gestión Pública Intercultural (GPI) N° 7, Ñande Reko. *La comprensión guaraní de la Vida Buena* (2 ed.). La Paz: Quatro Hnos.

2008 (2ª Ed.). *La comprensión guaraní de la Vida Buena*, en Serie: Gestión Pública Intercultural (GPI)vNº 7. Ñande Reko. La Paz: Quatro Hnos. United Nations Population Fund  
*Evaluación del Programa de País: Bolivia (2008-2011)* Strategic Agenda LLP. Estados Unidos de América.

## Anexo 1

**Tabla 4**  
**Comunidades guaraníes en la Capitanía de Alto Parapetí**

Nº	Sección	Municipio	Nº de comunidades guaraníes			
			Plan Vida	PIT	Informe PNUD	Capitanía Alto Parapetí
1	Primera	Lagunillas	Iviyeca	Iviyeca	Iviyeca	Iviyeca
2	Primera	Lagunillas	Tasete	Tasete	Tasete	Tasete
3	Primera	Lagunillas	Yaiti		Yaiti	Yaiti
4	Primera	Lagunillas			Karaparcito	Karaparcito
5	Cuarta	Cuevo	Alto Karapari	Alto Karapari	Alto Karapari	Alto Karapari
6	Cuarta	Cuevo	Bajo Karapari	Bajo Karapari	Bajo Karapari	Bajo Karapari
7	Cuarta	Cuevo	El Arenal	El Arenal	El Arenal	El Arenal
8	Cuarta	Cuevo	Huaraca	Huaraca	Huaraca	Huaraca
9	Cuarta	Cuevo	Itakuatia	Itakuatia	Itakuatia	Itakuatia
10	Cuarta	Cuevo	Ivicuati	Ivicuati	Ivicuati	Ivicuati
11	Cuarta	Cuevo	Kapi Renda	Kapi Renda	Kapi Renda	Kapi Renda
12	Cuarta	Cuevo	Karaguatarenda	Karaguatarenda	Karaguatarenda	Karaguatarenda
13	Cuarta	Cuevo	La Colorada	La Colorada	La Colorada	La Colorada
14	Cuarta	Cuevo	Mandiyuti	Mandiyuti	Mandiyuti	Mandiyuti
15	Cuarta	Cuevo	Ñumbite	Ñumbite		
16	Cuarta	Cuevo	Parapitimi	Parapitimi		
17	Cuarta	Cuevo	Tartagalito	Tartagalito	Tartagalito	Tartagalito
18	Cuarta	Cuevo	Timboirenda	Timboirenda	Timboirenda	Timboirenda
19	Cuarta	Cuevo	Villa Mercedes			
20	Cuarta	Cuevo	Yapumbia			
21	Cuarta	Cuevo			Progreso	Progreso
22	Cuarta	Cuevo		Yapui		
23	Cuarta	Cuevo		Karayagua		
24	Cuarta	Cuevo		Karatindi		

Fuente: elaboración propia con base en: Plan Interministerial Transitorio (PIT) (2007 y 2009). Plan de Vida Guarani (2008). Informe Misión PNUD 2011 y Capitanía del Alto Parapetí (2012).

## Anexo 2

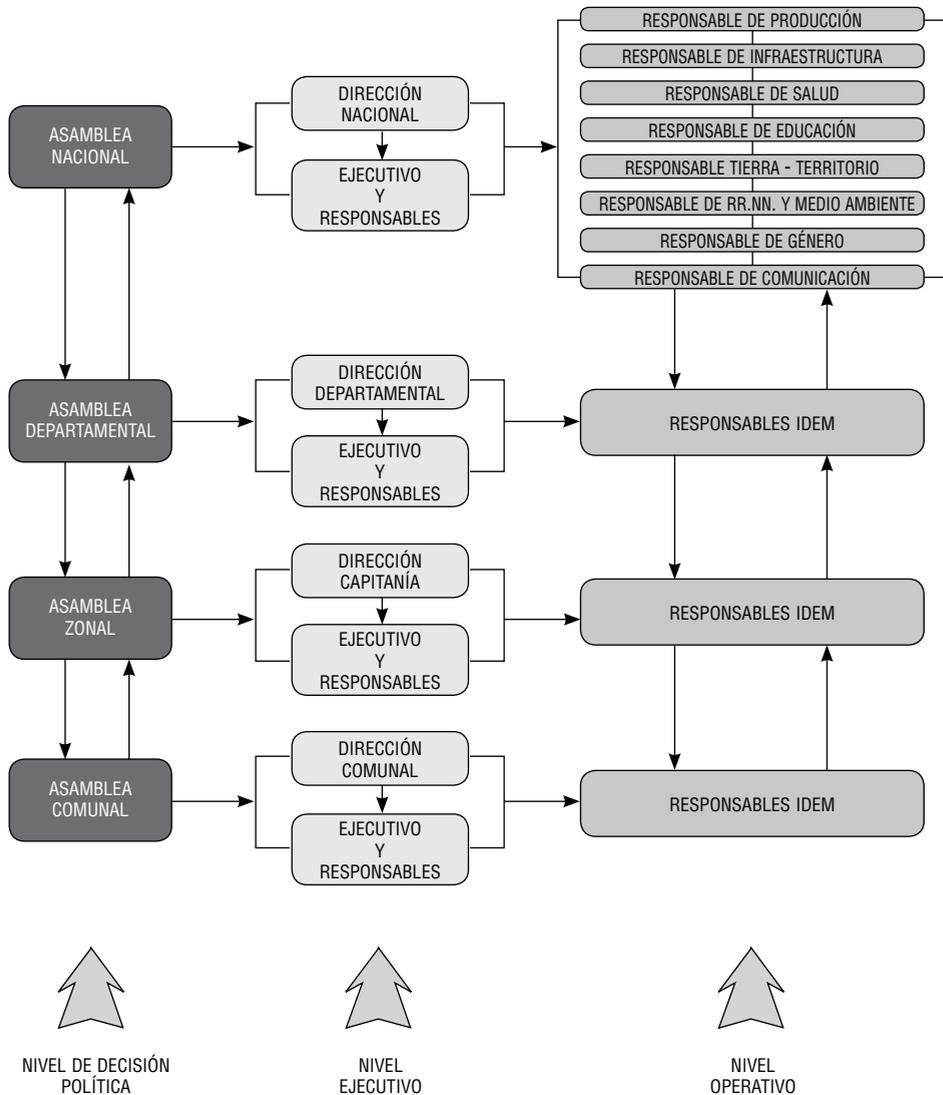
**Tabla 5**  
**Características población Alto Parapetí**

Nº	Municipio	Comunidad	Hombre	Mujer	Total habitantes	Nº Flias.	Nº Personas por familia
1	LAGUNILLAS	Yaiti	97	86	183	35	5
2		Tasete	59	41	100	21	5
3		Iviyeka	90	88	178	31	6
4		Karaparicito	45	47	92	19	5
5	CUEVO	Alto Karaparí	53	54	107	20	5
6		Bajo Karaparí	34	36	70	11	6
7		El Arenal	196	183	379	67	6
8		Huaraca	126	126	252	56	5
9		Itakuatia	112	84	196	45	4
10		Ivicuati	70	49	119	25	5
11		Kapi Renda	67	63	130	26	5
12		Karaguatarenda	20	19	39	8	5
13		La Colorada	35	37	72	20	4
14		Mandiyuti	61	77	138	27	5
15		Tartagalito	85	75	160	34	5
16		Timboirenda	71	57	128	25	5
17		Progreso	14	15	29	6	5
Total			1.235	1.137	2.372	476	5

Fuente: elaboración propia con base en informe de Javier Flores (2012), consultor de la Capitanía del Alto Parapetí.

### Anexo 3

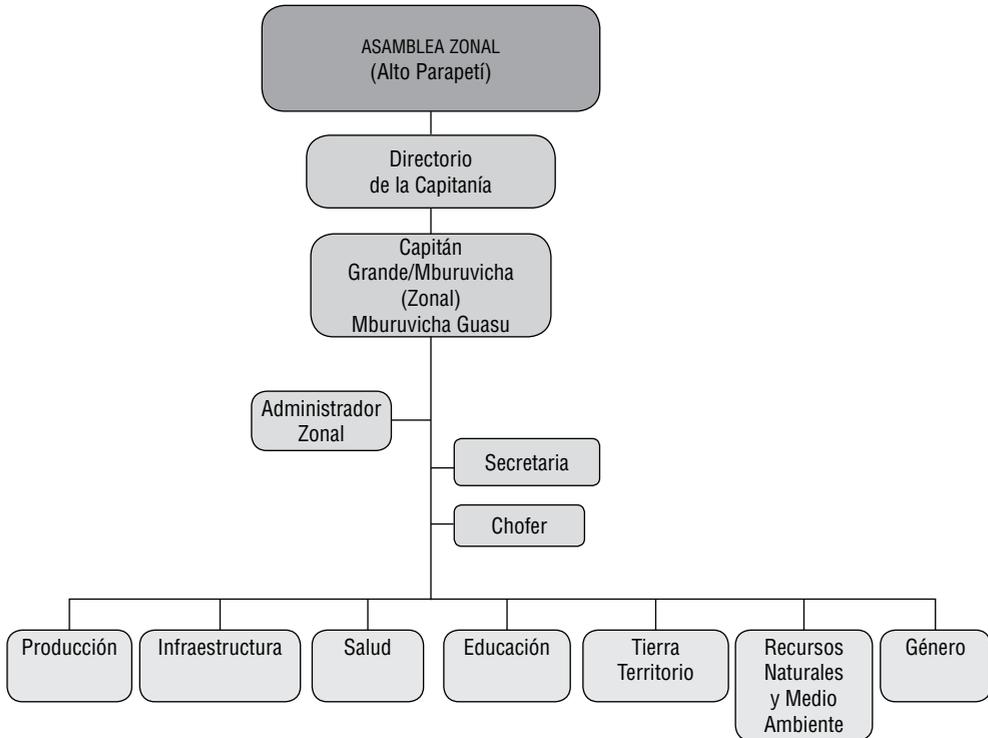
#### Organigrama Asamblea Nacional del Pueblo Guaraní



Fuente: Asamblea del Pueblo Guaraní. Plan de Vida, 2008.

### Anexo 4

#### Organigrama de la Capitanía del Alto Parapetí



Fuente: Capitanía del Alto Parapetí. Informe del consultor Javier Flores, noviembre de 2010.

## Anexo 5

**Tabla 6**  
**Puestos de salud y personal para la atención en salud**

Nº	Municipio	Comunidad	Tipo de servicio en salud			Cobertura atención promotor salud
			Promotor de salud (botiquín)	Puesto de salud	Centro de salud	
1	LAGUNILLAS	Yaiti	Primer auxilio	Posta sanitaria		Promotor de salud
2		Tasete	Primer auxilio	No existe		Promotor de salud
3		Iviyeka	Primer auxilio	Posta sanitaria		Un médico Safci y un promotor de salud
4		Karaparicito	No existe	No existe		No existe
5	CUEVO	Alto Karaparí	No existe	No existe		No existe
6		Bajo Karaparí	No existe	No existe		No existe
7		Arenal	Primer auxilio	Posta sanitaria		Promotor de salud
8		Huaraca	Primer auxilio	Posta sanitaria		Un médico y promotor de salud
9		Itakuatia	No existe	Posta sanitaria		No existe
10		Ivicuati	Primer auxilio	Posta sanitaria		Promotor de salud
11		Kapi Renda	No existe	No existe		No existe
12		Karaguatarenda	No existe	No existe		No existe
13		La Colorada	No existe	No existe		No existe
14		Mandiyuti	No existe	No existe		No existe
15		Tartagalito	No funciona	Posta sanitaria		No existe
16		Timborirenda	No existe	No existe		No existe
17		Progreso	No existe	Posta sanitaria		No existe

Fuente: informe de Javier Flores (2012), consultor de la Capitanía del Alto Parapetí (elaborado con base en fichas de campo).

Gaby Gómez-García Vargas es candidata a un Ph.D. en Ciencias del Desarrollo. MSC en Desarrollo Local y Municipios y Magister en Economía Agrícola. Varios diplomados en áreas de: Gerencia de Conflictos, Desarrollo Rural con enfoque de género, desarrollo local y transparencia. Trabajó durante más de diez años como Oficial de Programas de la cooperación danesa. Co-autora de “La Tierra tiene nombre de mujer” (Instituto de Reforma Agraria), *Informe sobre comunidades Cautivas en el Alto Parapetí* (Asamblea del Pueblo Guaraní, PNUD) y *Guías metodológicas para el desarrollo de Planes de Ordenamiento Territorial Municipal y Departamental*. gaby\_gomezgarcia@hotmail.com

CAPÍTULO VII

# El modelo de salud intercultural en Tinguipaya

*Azucena Fuertes*

## 1. Introducción

Ella estaba muy delicada y necesitaba un tratamiento médico de urgencia por complicaciones después del parto, pero se fue del hospital con su bebé en brazos, no recuerdo si fue con alta solicitada o huyó. Sin embargo, su pálido rostro marcado por la angustia, sus raquílicas manos que cargaban al niño y esos ojos negros que clamaban auxilio permanecieron en mi retina tras aquella visita que hice a la sala de ginecología donde mi madre estaba hospitalizada, cuando yo aún era una niña.

A los pocos días me enteré de que aquella mujer murió en su comunidad, poco después de abandonar el hospital. Protesté ante la noticia, ¡no era justo!, ella podía haberse salvado si se quedaba un par de días hospitalizada, pero no fue así.

Años más tarde, ingresé en un voluntariado social y esas miradas que pedían auxilio se repetían una y otra vez. La mayoría de indígenas, pese a recibir cierta ayuda social y a estar enfermos, abandonaba el hospital, en silencio... No me sentía con el valor ni la autoridad para hacer preguntas: ¿quién era yo para invadir su privacidad?

Un día escuché un murmullo quechua, cargado de llanto y rabia, ambos protestaban y se lamentaban porque el médico se había negado a atenderles. Ella llevaba un pañuelo en la cabeza con hojas de coca ya masticadas (*aqulliku*) que había provocado la burla durante la visita médica, y tenía amarrado un cinturón tejido con lana de oveja sobre la cintura (*ch'umpi*) para que “la matriz no se suba”, hecho que fue rechazado por el doctor e indirectamente estaba provocando que la paciente abandone el hospital. Al mismo tiempo, el médico, junto a los internos, protestaba porque la mujer estaba sucia y olía mal (a coca masticada), además no quería quitarse el cinto que le estaba lesionando el torso. “Estos se hacen cosas con

los curanderos y cuando empeoran recién vienen aquí; si algo les pasa nos echan la culpa”, exclamaba. Deduje que el médico ya no tenía voluntad de atenderles y, por supuesto, tampoco la paciente y su esposo querían continuar en el hospital.

En otra ocasión, una mujer salió intempestivamente del consultorio de ginecología negándose a quitarse la ropa, con el rostro cargado de asombro y vergüenza. Aunque era una consulta ginecológica de rigor: quitarse la ropa y exponer sus “partes íntimas” a un varón que no fuese su esposo significaba una violación a su intimidad. Como resultado, no hubo consulta, pese a que presentaba hemorragia.

Me puse a recordar, entonces, algunas quejas de personas en los pueblos de mis abuelos, quienes preferían no ir a un hospital porque sentían el rechazo del personal de salud “por su origen, por ser indígenas, por hablar otro idioma y por intentar curarse con su propia medicina”. Esa realidad no me es ajena, la tengo en casa y la vivo –por ejemplo– a través de mi abuela, una mujer que hasta sus 80 años no acudió al médico, parió 12 hijos en casa y conoce las propiedades medicinales de todas las plantas de su región, aunque entiende el español prefiere comunicarse en quechua y si bien no le escuché quejarse de algún doctor, tampoco sé que haya ido a algún consultorio. “Para qué voy a ir si ni entienden lo que digo”, es su justificación.

¿Por qué pasan estas situaciones? ¿Qué se podría hacer para evitarlas? ¿Cómo coadyuvar en una atención de salud efectiva a personas del campo, principalmente a mujeres embarazadas, para evitar muertes innecesarias? ¿Por qué en los pueblos de mis abuelos –que también son los míos– la gente se sigue resistiendo a ir al hospital? ¿Por qué esa confrontación implícita entre la medicina tradicional y la biomedicina?

Las respuestas aún no las conozco con exactitud, pero su búsqueda marcó mi vida y desempeño profesional. Con la bendición de Dios, logré ser parte de equipos de proyectos e investigación que compartieron la misma motivación y que me permitieron, por ejemplo, ser parte de un proyecto emblemático en salud intercultural<sup>1</sup> en un municipio eminentemente indígena: Tinguipaya, paradójicamente destacado por su riqueza en cuanto a prácticas terapéuticas culturalmente propias y sus altas tasas de mortalidad materna.

El municipio de Tinguipaya está conformado por ayllus indígenas desde tiempos ancestrales, es uno de los municipios con mayor concentración de población indígena quechua que conservó prácticamente intactas sus características étnicas y culturales. Tinguipaya es la capital de la provincia Tomás Frías, del departamento de Potosí, Bolivia; está ubicado en la región del altiplano donde sus montañas llegan a superar los 4.000 msnm y se encuentra a tres horas de la ciudad de Potosí, capital del departamento del mismo nombre.

---

1 Proyecto: Disminución de la mortalidad materna en el municipio de Tinguipaya a través de la implementación de un modelo de salud intercultural. Potosí. ONG Cooperazione Internazionale (Coopi), 2002-2006.

A primera vista, la característica de su población es la vestimenta, elaborada artesanalmente por ellos mismos con base en lana de oveja y llama. Hombres y mujeres visten ropa desbordante de color y calor, tejida por mano propia. A un tinguipayeño se identifica también por el uso del idioma quechua; y si de medicina (tradicional) se trata, el reconocimiento a sus prácticas y conocimientos ancestrales traspasó fronteras debido a las múltiples especialidades de sus agentes. La pericia en el uso de plantas medicinales, masajes, atención de partos, tratamientos espirituales y restauración “del equilibrio” para conservar la salud no necesitó publicidad específica: se difunde de boca en boca, a través de las personas que dan fe de esta efectividad.

No obstante, y según los datos estadísticos del Ministerio de Salud, en el periodo de esta investigación e intervención Tinguipaya presentó las tasas más altas de mortalidad materna, pese a que tiene una red de salud de médicos y enfermeras. ¿Cómo es posible que esto ocurra ante tal presencia de personas dedicadas al cuidado de la salud? Precisamente, esta pregunta motivó una intervención ejecutiva interdisciplinaria con importantes hallazgos sobre este problema: “Altas tasas de mortalidad materna infantil en contraposición a los sistemas de atención en salud vigentes (tradicional y biomédico)”.

En Tinguipaya, la confluencia entre desnutrición, pobreza extrema, analfabetismo y el rechazo mutuo entre la biomedicina y la medicina tradicional son las causas de los ya elevados índices de morbi-mortalidad materna e infantil, “alcanzando a los 234 x 1.000 n.v.” (Coopi, 2005), y se ubica como el municipio más con más habitantes en el departamento (cerca de 26.000).

Sin embargo, esos datos fueron revertidos y se logró encaminar una salud intercultural, principalmente vinculada a la salud materna, donde se demostró que una intervención conjunta y complementaria entre la biomedicina y la medicina tradicional –cada una entendiendo sus limitaciones– puede reducir las elevadas tasas de mortalidad materna.

En el presente capítulo, al transmitir los principales hallazgos logrados en dicho proyecto es importante mencionar que éstos son parte de la publicación titulada *Encuentro de dos: la biomedicina y la medicina tradicional de Tinguipaya*, escrito junto a Rosario Pérez Mendoza, en 2007, como parte de una sistematización del proyecto Disminución de la Mortalidad Materna Infantil en el Municipio de Tinguipaya, coordinado por Cooperazione Internazionale (Coopi).

## 2. Los ayllus de Tinguipaya

### 2.1. Historia

En su libro *Los ayllus de Tinguipaya*, Vicent Nicolas (2002) relata que la ubicación de Tinguipaya data de 1575, donde:

...tras negociaciones de Juan Vasalla, que en un lugar tan estrecho e inaccesible al fondo de un cañón, ubicado entre dos ríos que dividen el sector de arriba y el sector de abajo (...) se da origen a la creación de la reducción –para alejar a los indios de sus lugares de idolatría y facilitar la evangelización– conformando el repartimiento de Tinguipaya (palabra quechua que significa dos ríos y también dos parcialidades), pues se intentó restablecer un orden simbólico basado en el antagonismo de sus dos parcialidades (*Qaqina* y *Pikachuri* se dividieron en *Janansaya* y *Urinsaya*).

Lo que generó un lugar de encuentro, que físicamente también se da entre dos ríos que dividen el sector de arriba del sector de abajo, “es el encuentro de dos ríos que propicia el encuentro de dos parcialidades”.

Tinguipaya, “un nombre muy sugestivo, que significa caída de dos (ríos) y a la vez debe entenderse como tinku-paya: encuentro de dos (dos ríos y también dos parcialidades)” (Nicolas, 2002).

A lo largo de su historia, y a pesar de la colonización, Tinguipaya mantuvo la vigencia de pueblo originario; la resistencia de la población y la inaccesibilidad de la zona si de un lado conservaron la región como territorio de comunidades originarias; por otro lado, determinó un proceso de aislamiento y abandono por parte de los gobiernos que llegaron al poder desde el surgimiento de Bolivia como república independiente.

## 2.2. Situación demográfica actual

Después de cuatro siglos y medio desde su fundación y tras un diagnóstico en 2005 (Coopi, 2005), se evidenció que Tinguipaya continuaba como uno de los municipios más pobres de Bolivia, pues ocupaba el puesto número 306 en la clasificación municipal sobre un total de 314 municipios con un IDH de 0,363, uno de los índices más bajos de Bolivia en cuanto a ingresos familiares (0,205), equivalente a que los ingresos anuales de una familia de seis hijos fueron de 275 dólares/año y la pobreza asociada a las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para el 99,3 por ciento de las familias, con una esperanza de la vida al nacer de 52,9 años (INE, 2002).

Para 2006 el Instituto Nacional de Estadística, a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (Snis), asignó al municipio un total de 27.686 habitantes, población asentada en 168 comunidades con una estructura preponderantemente rural, el 98,5 por ciento de las familias vivía en el área rural y sólo el 1,5 por ciento habitaba en el poblado urbano del municipio Tinguipaya.

Esta población se caracteriza por su cultura tradicional presente en todos los sectores de la sociedad: aplicación de justicia, gestión del territorio y del agua, relaciones interpersonales, días festivos y prácticas terapéuticas perpetuadas en

“prácticas andinas ancestrales que determinan las formas de vivir y actuar actuales que se contraponen a las formas de vivir y actuar de un Estado moderno en un mundo globalizado” (Pérez, 2007).

### 2.3. El territorio

El municipio de Tinguipaya, primera sección de la provincia Tomás Frías del departamento de Potosí, está ubicado al noreste de la provincia y tiene una superficie aproximada de 1.400 km<sup>2</sup>, corresponde a la zona andina del territorio de Bolivia. Su geografía es accidentada, con cerros, colinas, mesetas, planicies y serranías que cambian en función a las altitudes (desde 3.000 a 4.800 msnm), donde la proporción de terrenos planos y de pendiente moderada es reducida.

Se identifican tres ecosistemas diferenciados representados por la ribera, la ladera y la puna. En *la ribera*, ubicada entre los 3.000 y 3.200 msnm, la temperatura promedio anual es más benigna (14°C) y existe mayor cantidad de agua para el riego de cultivos de papa, cebada, haba y trigo. *La ladera* se encuentra entre los 3.400 y 3.900 msnm, con una temperatura promedio anual de 11°C, donde se distribuye la mayor parte de los cultivos de cebada, papa, oca y en menor proporción maíz, trigo y papalisa; allí la principal limitante es la falta de agua para riego. *La puna* está ubicada entre los 4.000 y 5.000 msnm, con una temperatura de 9°C como promedio anual y donde la producción agrícola se limita a papa y cebada.

### 2.4. La economía

La economía de Tinguipaya se basa en la agropecuaria, con la participación de toda la familia en formas de trabajo comunales (*ayni* y *mink'a*), donde prima la cooperación y reciprocidad. En agricultura se destaca la producción de papa, trigo, maíz, cebada y haba de manera artesanal con la labranza manual de la tierra, el uso del arado de madera y yunta jalada por bueyes, aprovechando al máximo las pocas cantidades de agua generadas según la temporada de lluvias (300 mm por año). En la pecuaria se cría ganado camélido, ovino y caprino, toda esta producción es reservada generalmente para el autoconsumo y en pocos casos para comercialización, que generalmente es practicada a través del “trueque” como una forma de intercambio de productos principalmente en las ferias y en menor medida para “pagar” un servicio recibido (salud, educación, judicial).

El bajo nivel de ingresos y las insuficientes ofertas laborales provocan la migración temporal de la población masculina; fuera del tiempo de siembra y cosecha los varones trabajan generalmente como peones en la explotación minera del Cerro Rico de Potosí, en la zafra del oriente y en el cultivo de la coca en el Chapare.

## 2.5. La educación

Tinguipaya presentaba una media de analfabetismo del 53 por ciento (hombres 34 por ciento y mujeres 71 por ciento), media de escolarización de 1,7 años, con una asistencia a las 94 unidades educativas del 62 por ciento de la población en edad escolar y donde el desplazamiento desde el lugar de residencia hasta la escuela es caminando distancias de entre 3y 25 km (INE, 2002). La mujer se encuentra en fuerte desventaja frente al varón (7 de cada 10 mujeres son analfabetas) pues se privilegia la educación de los hombres porque a futuro asumirán la jefatura de la familia, ocuparán espacios de representatividad y encargo social en la comunidad, lo que demanda que sepan leer y escribir. En la educación familiar están claramente definidas las responsabilidades educativas y de transmisión de la cultura: “Los padres educan a los hijos varones y las madres a las hijas mujeres”.

Con relación a la educación en salud, ésta es transmitida oralmente y principalmente son las mujeres las encargadas de asumir el autocuidado familiar, atendiendo y tratando las enfermedades que se presentan en la familia a través de plantas medicinales y de las prácticas terapéuticas culturalmente propias.

## 2.6. Las viviendas

Las viviendas en Tinguipaya son rudimentarias, precarias y multifuncionales, generalmente de uno a dos ambientes, donde los muros son construidos con adobe (bloques rectangulares de barro y paja prensados), el piso es de tierra y generalmente sólo poseen una puerta y una ventanilla para permitir la entrada de luz diurna e impedir el ingreso del frío. En ellas se desarrollan todas las actividades familiares (sexual, reproductiva, descanso, preparación de alimentos, etc.) y el patio es destinado al esparcimiento de animales y personas, ya que muy cerca de las casas está el corral de los animales, por lo que la convivencia personas-animales es natural.

La higiene de las mujeres, hombres, adolescentes, niños y niñas no es un hábito permanente; es más, la presencia de suciedad en determinadas partes del cuerpo, a más de ser un riesgo para la salud, simboliza prosperidad: la suciedad y pelusa acumulada en la palma de las manos de los bebés (*wawwas*) significa que de adultos tendrán abundancia, la suciedad acumulada en los codos de las personas significa que tendrán ganado pequeño y la suciedad que acumulan en las rodillas significa que contarán con ganado vacuno para la actividad agrícola.

## 2.7. Saneamiento y servicios básicos

El abastecimiento de agua a las comunidades y viviendas de Tinguipaya es precario, insuficiente e insalubre, las que están cerca de la carretera reciben agua por

tubería en piletas públicas, el resto de comunidades debe abastecerse de pozos colectivos, vertientes, norias, manantiales o del río, siendo los niños, niñas y las mujeres responsables de este trabajo. En cuanto a la eliminación de desechos biológicos y basura, existen sólo pozos sépticos en el pueblo de Tinguipaya, en tanto en las comunidades dispersas estos procesos los desarrollan al aire libre.

## 2.8. La organización política: el ayllu

La organización territorial comunitaria divide al municipio en siete *ayllus*, el *ayllu* es definido como “un tipo de organización social de origen prehispánico con una determinada jurisdicción territorial y poblacional, se concibe como una unidad política, económica y social de la cultura andina, estructuralmente conformada por un ayllu mayor, ayllus menores, cabildos, islas, comunidades y/o ranchos y cocinas” (Sayarina, 1998).

Los ayllus de Tinguipaya son los siguientes:

1. Qullana, con dos ayllus menores Alto Qullana (con tres cabildos) y Qullana Baja (con dos cabildos)
2. Qaña, dividido en dos cabildos
3. Qanasa Alta (recientemente se dividió en dos cabildos), Qanasa Baja
4. Sullk'a Inari, con un solo cabildo
5. Qullana Inari, dividido en tres cabildos
6. Mañu
7. Urinsaya, con 11 cabildos

Los cabildos son unidades organizadas dentro de los ayllus, conformadas por varias comunidades que están dirigidas por una autoridad originaria (*kuraca*), cuyo rol y función fue redefinido en los últimos años, tras la Revolución Nacional de 1952 cuando el gobierno del MNR (Movimiento Nacionalista Revolucionario) introdujo su propia red de sindicatos campesinos como únicos interlocutores válidos frente al Estado y luego con la institucionalización de la organización sindical en 1979 a través de la creación de la CSUTCB (Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia), limitando las competencias de las autoridades originarias a un rol exclusivamente interno y esencialmente ritual, dejando a los sindicatos la representación política. Para ver hasta qué punto el sindicato fue integrado a la organización originaria, es necesario indicar brevemente cómo funciona el sistema de autoridades vigente en las comunidades.

Los cargos de autoridad obedecen a un turno por origen (*wrjin*), concepto designado a la vez a un lugar determinado y a la gente que está inscrita en el pedazo de territorio considerado como originario. Los cargos circulan de origen en origen y cuando le toca a un origen ser *kuraca* o alcalde todos los parientes

inscritos en este origen asumen el cargo, aunque uno solo es el juramentado. Los comunarios pasan los cargos que les corresponden por origen (porque le toca) y para el origen (para no perder sus derechos sobre los terrenos). Antes de aspirar a un cargo importante, los comunarios deben asumir cargos menores que también pasan de origen en origen, aunque no son de responsabilidad familiar sino individual. Los cargos más importantes son los que se desarrollan a nivel del cabildo o, en su caso, del ayllu (como ser *kuraka*, segunda, alcalde o corregidor). Los cargos menores se desarrollan en el ámbito de la comunidad y son variados según las comunidades: hay generalmente un *alcalde de agua* (*yaku alcalde*), que es el responsable de la distribución equitativa del agua, organizar la limpieza de los canales y resguardar las nacientes de agua (*t'apis*). *El preste* es el encargado del cuidado de la capilla –si existe en la comunidad– y de traer a un sacerdote para las fiestas patronales.

En el caso de los sindicatos, si bien en teoría se obedece a un turno por origen, suelen prevalecer la capacidad de liderazgo, de hablar en reuniones, de leer y escribir, etc. Contrariamente a otros cargos, se toman en cuenta las capacidades individuales y se nombra solamente a los más aptos, por lo que no existe rigurosamente un turno, sin embargo, en la comunidad el dirigente sindical aparece como una pieza más de la organización originaria y no se diferencia mucho de los demás cargos.

El *ayllu* está relacionado al linaje y al territorio. Hoy en día los comunarios de un mismo ayllu no se reconocen como descendientes de un ancestro común; al contrario, reconocen a varias familias, varios apellidos, cada uno con su historia y sus ancestros propios. Pero la relación entre linaje y territorio se mantiene como el modo de existencia fundamental de los ayllus a nivel micro, de los orígenes. El origen es como un átomo de ayllu: es el elemento más pequeño en el que se encuentra la unión de sus dos componentes más esenciales: linaje y territorio, el origen es linaje que está inscrito en el territorio: (*k'uchuwasi*) casa del rincón, (*pukapampa*) pampa colorada, (*chawpiwasi*) casa del medio, etc.

El territorio del ayllu está dividido en muchos orígenes que se transmiten de generación en generación. Frente a esta trama rígida en la que están inscritos todos los hombres del ayllu, contrasta la movilidad de las mujeres. Los hombres nacen, viven y mueren en un territorio que les fue heredado por sus ancestros y cuya transmisión está ahora a su cargo. Ellos se confunden prácticamente con su territorio. En tanto, las mujeres cambian de comunidad al casarse y así tejen una red de relaciones entre comunidades y ayllus, entrelazando las comunidades y uniendo el tejido social de los ayllus, que si no fuera por los hombres quedaría dividido y parcelado. Si comparamos la estructura social de Tinguipaya con el telar tradicional (*pampaaway*), encontramos que los orígenes son como la trama inmóvil de los hilos verticales del telar en la que están inscritos los hombres, mientras las mujeres son como el hilo horizontal que cruza la trama vertical (*mini*)

y cada comunidad es como una figura (*pallay*), producto del entrecruzamiento de los hilos horizontales con los hilos verticales. Ellas, al distribuirse en todas las comunidades de Tinguipaya, contribuyen a difundir un mismo modelo cultural y educativo en todos los ayllus, cuya coherencia es mantenida precisamente por el intercambio de mujeres (Nicolas, 2002).

## 2.9. Las fiestas

El calendario agrícola y las estaciones marcan la vida de los pobladores de Tinguipaya, las fiestas representan el reencuentro de los ayllus y momentos de recreación tras los duros trabajos del campo. En Tinguipaya muchas tradiciones pervivieron a través del tiempo, un ejemplo son las fiestas religioso-paganas como las celebradas el 6 de enero por la Mamita Belén, la Pascua y el 8 de septiembre por la Virgen de Guadalupe, en esta última cada ayllu trae la imagen de una virgen para una misa y la procesión, para bailar y cantar tres días en Tinguipaya, y después continuar las fiestas en sus comunidades.

Cientos de espectadores llegados de todos los rincones de los siete ayllus asisten a la gran entrada, caracterizada por música pentatónica de instrumentos de viento (*wawkus*) elaborados por ellos mismos, en lo posible lucen ropa nueva, llevan puesta su montera (casco de cuero), sus calzas y gruesas canilleras de lana multicolor. Como guerreros intrépidos, entran a la plaza dispuestos a todo, lo demuestra tanto su atuendo como la energía que irradia cada grupo, ellos están listos para pelear; pero a diferencia de la fiesta del encuentro (*Timku*) de Macha, el motivo del encuentro no es la pelea, sino la competencia musical, una demostración de fuerza que a veces –no siempre– degenera en un enfrentamiento pugilístico.

Las siete tropas, correspondientes a los siete ayllus, compuestas por aproximadamente 60 músicos cada una, se cruzan y se entrecruzan muchísimas veces, serpenteando al son de sus bailes (*waylis*) en la minúscula plaza de Tinguipaya, en una competencia musical llamada “rueda”. Mientras que toda la tarde y la noche, grupos de jóvenes llegados de todas las comunidades y ayllus de Tinguipaya retoman sus bailes y cantos al ritmo del charango. Las mujeres lucen sus ropas y rebosos (*aymillas*, *ajsusy lljllas*) más finos; los hombres, sus gorros (*ch'ulus*), chaquetas y chalecos de bellos colores. Chicos y chicas corretean en las calles cantando sus versos. La fiesta de Guadalupe recrea la gran unidad de los tinguipayas, reafirma su identidad cultural y vuelve a fundar un modelo de sociedad para los ayllus de Tinguipaya (Nicolas, 2002).

## 2.10. Las alianzas matrimoniales

Aparentemente existe una sola regla que rige los casamientos: no se pueden casar entre familiares consanguíneos, es decir, entre personas que tienen un abuelo o

bisabuelo común. No está definido hasta qué generación se considera el parentesco, simplemente ambas familias recorren su árbol genealógico hasta donde se acuerdan y si no encuentran ningún pariente consanguíneo, la boda puede llevarse a cabo. Las relaciones amorosas entre primos que tienen un abuelo común son sancionadas por la comunidad; el hombre infractor suele ser castigado con la abstención de relaciones con mujeres durante un periodo de tres a cinco años, luego del cual podrá casarse; pero únicamente con una mujer de una comunidad lejana. La mujer infractora es entregada a algún hombre viejo que no tenga pareja. Fuera de esta prohibición no se conocen otras normas para contraer matrimonio, pero la tendencia general y la más valorada es casarse con una persona de otra comunidad, no importa que sea de otro ayllu.

Los casamientos en Tinguipaya obedecen a cierta endogamia; en la encuesta realizada por Coopi en 2004, de las 295 mujeres entrevistadas 272 (el 92 por ciento) pertenecían al territorio del municipio, mientras que sólo 23 (el ocho por ciento) provenían de fuera de él.

Las fiestas son el momento oportuno para buscar pareja; los jóvenes de ambos sexos llegan de lejos para participar del *rumitanqay* (palabra quechua que significa empujar piedras), en el que las jóvenes (*sipas*) se hacen robar a veces por la pareja deseada y otras no. La libertad para las relaciones sexuales, consentidas y no consentidas son moneda corriente en los *rumitanqay*, pero no derivan generalmente en uniones matrimoniales y no parecen responder a una estrategia de búsqueda de pareja. Basta un solo encuentro para que el hombre se lleve a la mujer a su comunidad, las jóvenes no se meten con desconocidos y observan a su posible pareja antes de dejarse robar.

Salvo la fiesta de Guadalupe, todas las festividades tienen un “rayo de atracción local”, por lo que las parejas se unen generalmente entre jóvenes de comunidades relativamente cercanas aunque de otro ayllu. Si a una mujer le interesa un hombre, ella averigua qué terrenos tiene, si es hijo único o si tiene muchos hermanos, para decidir hacerle caso o no.

En la fiestas las jóvenes se fijan en los gorros (*ch'ulus*) de lana que los hombres llevan sobre la cabeza, que implícitamente revelan la virilidad masculina “si es tieso quiere decir que es de un soltero, pero si es caído es de un casado, porque los casados ya no tienen fuerza para tejer”.

Los hombres jóvenes (*waynas*) también hacen sus averiguaciones sobre el comportamiento de las mujeres, si tienen terrenos y, sobre todo, si tejen bien “el tejido del sobre vestido (*ajsu*) revela el tipo de mujer”; la belleza física queda en segundo plano, las mujeres más cotizadas no son las más bonitas, sino las mejores tejedoras.

La edad para ir a las fiestas se determina por el tejido de su propio *ajsu* como requisito indispensable para las mujeres solteras, ya que si usan uno ajeno se considera como el mayor engaño durante la conquista y si la pareja se entera puede rechazarla o maltratarla por el resto de su vida (Nicolas, 2002).

Formalizada la relación de pareja, los hombres se resisten a vivir en la comunidad de su esposa y lo hacen solamente en caso de necesidad absoluta, porque saben que allí serán probablemente mal vistos y maltratados por sus cuñados y los comunarios en general. A los yernos (*tullqas*) que viven en la comunidad de su esposa se les dice hombre-nuera (*qbariqhachun*) u oveja pelada (*q'ala oveja*) y no tienen voz ni voto en la comunidad (Nicolas, 2002).

En ese contexto, es fundamental la conservación del equilibrio a todo nivel, con uno mismo, interpersonalmente (con la pareja, con la familia y con la comunidad), así como con las deidades mágico-religiosas (el rayo, la madre tierra, el tío de la mina, etc.), armonía que garantizará el buen vivir, incluyendo la ausencia de enfermedades.

### 3. La cosmovisión andina de la salud y de la enfermedad

Según la concepción andina, el hombre se compone de tres elementos vitales que son: el *cuerpo material*, el *alma* y el *espíritu*. **El cuerpo** es la sustancia o materia de que está compuesta la persona y comprende la carne, los huesos, la sangre y otras sustancias palpables, es una entidad abierta a energías externas; existe una semejanza entre el hombre y la naturaleza. **El alma**, o soplo divino, es lo que da la vida y que trasmite al ser las facultades de pensamiento, de sensibilidad, de movimiento, si ésta sale del cuerpo sobreviene la muerte. **El espíritu**, o ánimo (*ajayu*), es el fluido que da consistencia al cuerpo, sin causar la vida ni la muerte, es un complemento sin cuyo elemento la persona no puede vivir con normalidad; es el encargado del control del cuerpo, en un estado anormal genera caos, desorden y sobreviene la enfermedad. Al ser el *ajayu* el elemento aglutinador del cuerpo, cuando la persona se asusta pierde el ánimo y se enferma.

Una situación de desorden en cualquier ámbito se revierte en el cuerpo a través de: enfermedad, desorden, calamidades. El tratamiento consiste en el recomponer el equilibrio con todo lo que rodea al enfermo. Salud y enfermedad en el mundo indígena andino son en sí una dualidad, pareja de opuestos y complementarios en la cual se define la vida de los individuos.

A diferencia de la biomedicina, la enfermedad no se concibe como la mala función de un órgano determinado, sino como que el cuerpo y su entorno (medio ambiente natural y social) están funcionando mal, por tanto, entran en desequilibrio; por ello se debe curar el cuerpo y su entorno, incluyendo lo físico, lo anímico, lo social y lo que pertenece a la sociedad extrahumana. No se trata de vencer la enfermedad, sino buscar un equilibrio y un acuerdo con la enfermedad, no sólo y no tanto expulsar; en este entendido, el proceso salud-enfermedad es parte integral del fenómeno social y no un elemento que pueda considerarse aislado de su contexto, todo está relacionado.

La medicina científica continúa siendo la hegemónica en el sistema de salud boliviano, donde la medicina tradicional –caracterizada por su transmisión eminentemente oral– es débilmente incorporada en las políticas públicas de salud, aunque en los últimos años hubo puntos de encuentro entre la medicina tradicional y la medicina científica, las diferencias y contradicciones persisten.

**Tabla 1**  
**Cuadro comparativo entre medicina científica y medicina tradicional**

Rubros de comparación	Medicina científica	Medicina tradicional
Agente de salud Idioma empleado Raza del agente Sexo del agente Edad Clase social Selección Capacitación	Español Blanco/mestizo Varón predominantemente Adulto Burguesía capa media Por élite social En universidad	Quechua/aymara Indígena mestizo Varón y mujer Anciano/adulto Clase pobre o media Por sector popular Experiencia/aprendizaje
2. Lugar de atención	– Ciudad/pueblo – Hospital/consultorio	– Campo/margen ciudad – Comunidad/hogar
3. Horarios de atención	– Horario fijo – Durante el día	– Horario flexible – De día y noche
4. Factores económicos	– Cobro en dinero – Medicamentos comerciales – Atención a personas con posibilidades económicas	– Dinero/viveres – Medicina natural – Atención a pobres
5. Causas de la enfermedad	– Virus, bacterias, parásitos, etc.	– Factores ecológicos, biológicos, psíquicos y religiosos
6. Análisis y diagnóstico Centro de interés Examen inicial Trata verbal Examen físico Examen auxiliar Uso instrumental Diagnóstico final	– Casos especiales – Superficial/físico – Interrogatorio – Sección corporal – Laboratorio – Técnicas modernas – Somático	– Enfermedades comunes – Profundo/integral – Conversación – Cuerpo y alma – Examen orina, vena, etc. – Lectura de coca /sueños – Psicosomático
7. Terapias – Orientación – Dieta – Medicamentos – Medios psicológicos – Religiosidad	– Individual – Alimentos costosos – Farmacológicos – Escasos – Ritual secular	– Individuo comunidad – Mates y alimentos del campo – Hierbas, frotaciones, etc. – Abundantes – Ritos de prevención, reconciliación, curación
8. Objetivo	– Curar una dolencia	– Curar a la persona
9. Actitudes mutuas – Paciente hacia el especialista – Especialista hacia el paciente – Especialista hacia la comunidad	– Temor – Objetividad – Segregación	– Confianza, respeto – Simpatía, servicio – Integración

Fuente: Encuentro de Dos.

Dentro de los ayllus de Tinguipaya se advierte que la población concibe sus cuerpos en analogía con el entendimiento de la naturaleza, como señala Iván Castellón en su libro *Abril es tiempo de Kbarisiris* “los animales resultan ser para los campesinos, una especie de espejo en el que pueden ver o suponer lo que ellos tienen por dentro” (Castellón, 1997).

### 3.1. Tipos de enfermedades

Salud y enfermedad son parte integral del fenómeno social y no un elemento que pueda considerarse aislado de su contexto, por ello la enfermedad es vivida de forma colectiva, en el seno de la familia y la comunidad, la salud es el estado en el que todos los extremos llegan a un equilibrio, tomando en cuenta: dispersión y concentración, frío y caliente, mojado y seco. En ese marco, en el contexto andino de Tinguipaya las enfermedades pueden clasificarse en: míticas, naturales, frías y calientes.

#### 3.1.1. Enfermedades míticas

La enfermedad mítica es la agresión de un ser sobrenatural, con forma más o menos humana, proveniente del espacio hostil, maligno o de la Madre Tierra (*Pacha Mama*), que produce una lesión permanente al espíritu (*ajayu*) o al cuerpo, por lo que tales “seres sobrenaturales” pueden tomar posesión del espíritu dentro del mismo cuerpo y también arrebatarlo, llevándolo fuera del cuerpo y dejarlo vagando por los alrededores donde estuvo caminando el enfermo, mientras el cuerpo tiene una progresiva pérdida de su vitalidad.

Ejemplos de este tipo de enfermedad son la desnutrición infantil y la anemia, cuyos orígenes –en el caso de nos niños– son atribuidos a los olores de un animal muerto y en los adultos se habla de seres malignos con forma humana (*kbarisiris* o *liquichiris*) que consumen la grasa del cuerpo, siendo los responsables de la debilidad. La enfermedad mítica lleva a considerar la realidad específica del mundo aymara-quechua que es el espíritu. Al contrario de la concepción religiosa de cuerpo y alma, la visión cultural andina mantiene en el hombre una concepción de triada, es decir, tres elementos que hacen al hombre andino: entre el cuerpo orilla exterior del ser humano y el principio vital o alma, existe el espíritu, ente volátil que da precisamente un equilibrio estable a la relación de cuerpo y alma.

Sin embargo, el espíritu puede recibir perturbaciones, ser expulsado y de nuevo recuperado, puede disminuir la vitalidad corporal al no encauzar con fluidez la vitalidad del alma o principio vital. En esto consiste la salud o enfermedad mítica, esta es siempre interna y exige una curación mágica (Aguiló, 1982). El ser sobrenatural es superior, normalmente maligno, conforma humana, poderoso y arbitrario, por ello hay que escapar de él porque cuando penetra en el cuerpo

produce la enfermedad, entonces debe ser tratado con toda delicadeza y se deben desarrollar ritos de propiciación hasta que decida apartarse de la víctima. Los nombres de estos “demiurgos” hacen referencia a lugares o accidentes geográficos o atmosféricos, y en algunos casos toman el mismo nombre que la enfermedad que producen. Algunos de ellos son:

- *Pachamama*: Madre tierra, que puede ser benigna, exigente y puede dar castigo. Como viento, por la forma extraña y repentina de desencadenarse tiene la forma de huracán y de remolino, y está en íntima relación con la muerte.
- *Wayra*: viento, aire, es la intrusión del “espacio hostil”, como aire viene a ser transmisor de diferentes enfermedades.
- *Sajra*: malo, maligno.
- *Pujyo*: manantial, fuente.
- *Kuychi*: arco iris
- *Gloria*: los rayos del sol
- *Rayo*: Santiago
- *Ch'ullpa*: enterratorio, tumba antigua
- *Mara*: insecto del bosque
- *Qhapaj*: el rico, el dueño
- *Machu*: viejo
- *Ajayu*: ánimo, espíritu.
- *Supaya*: diablo
- *Tata*: el padre, el sol
- *T'iu*: diablo
- *Quyqi*: nube, vapor de agua
- *Kharisiri, Llik'ichiri*: chupador de grasa humana
- *Paloma*: perro negro

### 3.1.2. Enfermedades naturales

Pueden definirse como un daño en las zonas periféricas del cuerpo, sin afectar al espíritu, ocasionada por un agente exterior, por tanto, se queda fuera del enfermo, afecta su cuerpo pero no su espíritu y su etiología es captada como algo real y objetivo, externo y natural a los ojos de los campesinos. En esta categoría se pueden incluir las heridas, quemaduras y otras lesiones externas cuyo origen es fácilmente reconocible.

### 3.1.3. Enfermedades frías y calientes

Este tipo de enfermedades se diagnostican por haber roto la lógica de equilibrio, se identifican por la forma en que se manifiestan en el cuerpo: una enfermedad es cálida cuando interna o externamente provoca en el cuerpo un aumento de temperatura y va acompañada de fiebre. Y una enfermedad es fría o fresca cuando hay descenso de la temperatura del cuerpo. Las enfermedades cálidas y frescas

se reconocen por haber sido causadas por factores físicos cálidos y fríos (el sol, el viento, la lluvia) o por un mal control en la alimentación que se compone de alimentos cálidos: frutas tropicales, café, chuño, charque, yerbas de altura; y alimentos frescos: carne de llama, papa, verduras, etc. (Castellón, 1997). Por ejemplo, en el ciclo reproductivo de la mujer los periodos de menstruación, parto y puerperio se identifican como periodos fríos; la concepción y embarazo como calientes. Cuando el equilibrio se rompe se toma una serie de medidas correctivas para restablecerlo, es así que en el parto y el puerperio se toman infusiones y caldos calientes.

### 3.2. Agentes terapéuticos culturalmente propios

De la misma manera que en la biomedicina, dentro la medicina tradicional existen agentes terapéuticos culturalmente propios, entre ellos:

*Médicos tradicionales.* Se constituyen en un pilar importante del hoy denominado sistema médico tradicional, en general, actúan en consonancia con su cosmovisión. El proceso de curación de una enfermedad no se limita a la consulta ni al enfermo, cuando el médico tradicional es requerido busca integrarse a la familia y comunidad del enfermo, comparte con ellos la comida e incluso algunas veces permanece en la vivienda durante un tiempo, de esta forma busca restablecer el equilibrio perdido entre el individuo y su entorno social, no trata sólo al enfermo, sino a toda la familia. Busca el equilibrio con los elementos físicos del entorno, explorando los lugares frecuentemente visitados por el enfermo, tratando de encontrar explicaciones a la enfermedad en la ruptura de las leyes de la naturaleza, no respeto de los ritos, peleas con la familia y la comunidad. Los tratamientos generalmente incluyen rituales para restablecer el espíritu.

No todos los médicos tradicionales son capaces de tratar las diversas enfermedades, existe un proceso de especialización y el campo de tales conocimientos es vasto y amplio, sólo algunos mantienen una dedicación más intensiva y llegan a dominar mejor las infinitas posibilidades de la naturaleza como kallawayas, en ese contexto existe una especialización de conocimientos íntimamente ligada a las raíces ancestrales de su cultura:

- *Aysiri.* Médico tradicional **espiritista**, designado por la naturaleza y las deidades a través del rayo (que “le llega” tres veces), pone en equilibrio al ser ‘persona’ en relación al espíritu grande ‘cosmos’ y el espíritu pequeño de la persona y su entorno. Responsable de los rituales (energía virtual) fundamentales del año calendario, los solsticios y los equinoccios.
- *Jampiri.* Médico tradicional **herbolario y ritualista** que a través de la interpretación de las hojas de coca identifica la enfermedad, así como el momento, el día en que se debe realizar la curación y los elementos a utilizar, todo esto

con autorización de las deidades y espíritus tutelares correspondientes (*Pacha Mama, achachilas*, etc.).

- *Layq'a*. Brujo. Es **maligno** y su oficio es hacer caer la maldición sobre determinadas personas, usa el arte de la magia negra. Moviliza el espíritu desde lejos.
- *Qbaquri*. Médico tradicional que a través de los **masajes y los ejercicios** determina la curación de la enfermedad de cualquier punto anatómico, considerando la integridad y la particularidad de cada uno de los órganos.
- *Yatiri*. El sabio. **Conocedor del futuro**, analiza las causas de la enfermedad, las circunstancias que han llevado a la persona a ser arrebatada por los demiurgos, hace el diagnóstico aconsejando el medicamento o lo que debe evitarse o prevenirse para no caer en enfermedad, destruye la maldición y libera al enfermo del hechizo que lo encadena. Es el que enseña el conocimiento profundo de la vida.
- *Kallarwaya*. Etimológicamente, proviene de las voces aymaras *qolla* = médico, *suyu* = pueblo. Entonces *Qollasuyu* = pueblo de médicos; *qolla*= médico, *waya* = itinerante. Médico tradicional **herbolario itinerante** que lleva sus conocimientos de curandero de comunidad en comunidad, curando las enfermedades psicosomáticas.
- *Q'pachaqira*. El que ejerce la práctica del **secado y molido de las plantas medicinales** y se encarga de comercializarlas.
- *Milluri*. Especialista **curandero del millu** o mineral salitroso. Es benigno y cura las enfermedades de las vertientes.
- *Parteros/as*. Médico tradicional, generalmente mujeres, **encargados de la atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio**.
- *Qulliri*. Parece significar curación, tiene un oficio **idéntico al jampiri**, utiliza la herbolaria y es oficiante de ritos mágicos más sencillos.
- *Llankhiri*. **Leedor de pulsos**, identifica la enfermedad a través del pulso, también con este método apoya el tratamiento a seguir.
- *Yerberero*. Médico tradicional con profundo conocimiento de las **plantas medicinales**, sus propiedades terapéuticas y correcta aplicación en distintas enfermedades, también realiza algunos diagnósticos que se curan con estas plantas.
- *Huesero*. Médico tradicional encargado de la curación y tratamiento de los **huesos**.

### 3.3. Elementos curativos

Para el hombre andino, la naturaleza es una fuente inagotable de elementos al servicio y beneficio propio. El curar tiene siempre características de rito, aún el hecho más sencillo de recoger una hierba entre las breñas de la puna y hacer

un mate es una experiencia de siglos, de experimentos y pruebas, una búsqueda confiada de la naturaleza.

La mayoría de los elementos curativos pueden ser utilizados para uno u otro tipo de enfermedades, distinguiendo elementos minerales, vegetales y animales, incluyendo elementos humanos. La curación real se basa fundamentalmente en el principio del hacer, aplicar, volver (*kuti*) lo contrario a lo que supone ser la enfermedad: lo frío por lo caliente y viceversa, elementos analgésicos contra los dolores, etc. A continuación se detallan algunos productos utilizados en las curaciones.

**Tabla 2**  
**Elementos curativos**

Minerales	Animales	Vegetales	Humanos
Anta = cobre	Aycha = carne	Aceite	Asna = olor
Azufre	Asna sik'imira = hormigas	Aqha = chicha	Saliva
Hollín	Chinchawra = caracolillos	Azúcar	Orines
Kerosén	Chujcha = cabellos	Akulliku = hojas de coca	Ropas
Ladrillo caliente	Jisp'ay = orines	masticadas	Pertenencias
Milqu = limón	Leche	Coca	
Millu o mineral salitroso	Millma = lana	Gomas	
Piraylupis = cobre	Misk'i = miel, dulce	Incienso	
Qulqi = plata	Qallu = lengua	Lloq'i-cruz	
Qupagira = agua de mineral	Qhara = cuero	Molle-cruz	
Q'uchuyaku = agua del fondo	Runtu = huevo	Pisq'u = trago	
Salmuera	Senqa = nariz	Q'uwa = planta aromática	
Sosa = bicarbonato de sodio	Tuétano = tuétano	Phiri = cocido de harina	
Siwayrus	Wanu = bosta	Resinas	
T'uru = lodo	Wira, untu = grasa	Sayre = tabaco	
Ushpha = ceniza	Yawar = sangre	Singani	
		Vinagre	
		Waqay = savia	

Fuente: Encuentro de Dos

A este listado se suman una variedad de vegetales entre: arbóreas, tubérculos, hortalizas, cereales, herbáceas y matas diferenciadas del trópico, del valle, de puna, o de altura, que constituyen el entorno andino y cuya utilización para las curaciones es en infusiones, cocidos, molidos, etc. También las flores, tallos, raíces y semillas hacen parte de la farmacopea herbolaria tradicional de los pueblos andinos.

### 3.4. Proceso de toma de decisiones e itinerarios terapéuticos

Ante la enfermedad la búsqueda de ayuda consiste en una trayectoria para reencontrar el equilibrio y, dado que el sistema biomédico oficial aún no se considera plenamente, lo anteriormente citado es que la población prefiere acudir al autocuidado (que pertenecería al sistema médico popular), es decir, primero se trata de dar solución al problema de salud en el entorno familiar. Si los conocimientos

tradicionales para alivio del mal no son suficientes se acude a los médicos tradicionales para determinar la causa de la enfermedad, sea mágica, natural, fría o caliente. Cuando el recurso terapéutico no es suficiente, recién es llevado a un establecimiento de salud, pero como la terapéutica médica cura sólo el cuerpo, muchas veces se recurre nuevamente al recurso tradicional de la comunidad para completar la curación.

Este itinerario a veces de ida y vuelta se puede interpretar por el diferente enfoque que se tiene de la causalidad, tratamiento y pronóstico del problema en salud, que es enfocado de manera totalmente distinta, generalmente la gente acude a la medicina occidental para atacar los síntomas de la enfermedad y acude a la medicina tradicional para resolver la causa de la enfermedad: el conflicto/desequilibrio que generó el problema, entonces su enfoque es complementario.

No obstante, en este itinerario las más vulnerables son las mujeres principalmente durante el embarazo, parto y puerperio, circunstancias en las que pese a las complicaciones propias de este periodo prefieren no acudir a los puestos de salud por experiencias iniciales de rechazo, humillación, burla e incluso impresión de violación a su intimidad durante la consulta al tener que mostrar sus partes íntimas a un varón (el médico) que no es su esposo.

## 4. Mujeres y salud materna

### 4.1. El significado de ser mujer en Tinguipaya

La relación de confianza generada con las mujeres de Tinguipaya en más de tres años de intervención permitió tener cierto conocimiento de sus diferentes roles: hija, madre, abuela, partera, esposa, etc., con su implicancia en la salud sexual y reproductiva, lo que permitió evidenciar que por el arraigo de sus culturas y prácticas ancestrales, así como por la ubicación geográfica de este municipio, el rol de la mujer se mantiene casi intacta.

Durante los últimos seis años, desde la nueva bonanza minera, la migración de la población de Tinguipaya hacia las minas del cerro de Potosí se incrementó, principalmente en la población joven de hombres y mujeres, hecho que genera cierta tensión generacional, demostrada principalmente en los nuevos modos adquiridos en la ciudad. Cabe recalcar que esto no incide en la concepción de la maternidad, pues incluso cuando estas mujeres tienen a su hijos en las ciudades prefieren sus prácticas terapéuticas culturales para su atención, hecho que incide en las bajas coberturas de salud materna de los puestos de salud ubicados en las zonas periurbanas: “Al puesto de salud máximo vienen para confirmar su embarazo, al primer control, ya no para el parto, cuando vamos a inspeccionar la *wawa* ya ha nacido; ‘aquí nomás he tenido’, nos dicen. El parto lo siguen haciendo en sus casas” (Tinguipaya, 2005).

También la tensión generacional se traduce en la libertad sexual y la irresponsabilidad para asumir la paternidad, propia de las ciudades, donde las jóvenes indígenas al estar solas cumpliendo labores como empleadas domésticas o ayudantes de mercados son más vulnerables a vivir situaciones de desamor y desengaño. Una consecuencia visible es la cantidad de madres solteras que se encuentran en este grupo generacional, no obstante, esta condición es ocultada hacia sus familias por temor al rechazo en sus comunidades, que asumirían su maternidad como un obstáculo para conformar una nueva familia. Esta situación es resuelta con un aborto clandestino, el abandono del recién nacido y/o entrega del mismo a sus empleadores, hecho que también evidencia la falta de educación reproductiva y sexual en las nuevas generaciones, sin embargo, este aspecto será motivo de otra investigación.

En ese marco, a continuación se describe lo que significa ser mujer en Tinguipaya, en una referencia directa a las mujeres que son y viven en los ayllus de la región.

*La concepción.* Contrariamente a la creencia de las mujeres urbanas respecto al periodo de fertilidad e infertilidad, para las mujeres de Tinguipaya es la menstruación el inicio y fin del periodo potencialmente fértil, “ahí se encuentran (*cuajan*) la sangre roja de la mujer (de la menstruación) y la sangre blanca del hombre (esperma en la eyaculación) dando lugar a una nueva vida”. De esta manera y como describe Tristan Platt en *El feto agresivo* (2001):

La fertilización inicia con el encuentro de estos dos tipos de sangre, roja y blanca, pues el semen blanco (*muju*) del hombre se complementa y combina con la sangre roja (*wila*) menstrual de la mujer en el momento de la concepción. La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y el hombre da espíritu o soplo.

En Tinguipaya, la menstruación está asociada a la luna, llena o negra, y al igual que la universalidad de las mujeres si la sangre no aparece hasta la próxima luna hay la alta probabilidad de un embarazo.

“Esta idea parece ser la de ordeñar el pene para que la semilla cuaje en el vientre de la mujer y produzca un feto, insinuando la idea que la gota seminal de sangre blanca produce la coagulación de la sangre menstrual roja de la mujer” (Platt). Las ideas andinas acerca de la concepción producida por la mezcla fertilizante de semen y sangre menstrual plantean simplemente lo opuesto a la realidad fisiológica reconocida por el sistema biomédico (Burgos, 1995).

## 4.2. Señales de embarazo

Al no presentarse la sangre de la menstruación en la próxima luna entonces hay sospecha de embarazo, lo que se confirma con la presencia de antojos, mareos,

vómitos, desgano y el crecimiento del vientre. El vientre crece porque hay acumulación de sangre en el *cuajo* inicial, agudizando aún más los antojos en la mujer embarazada, tanto que si no son saciados pueden interrumpir el embarazo o generar graves secuelas. Las mujeres de Tinguipaya atraviesan generalmente por situaciones económicas limitadas, por lo cual emplean paliativos para satisfacer su antojo.

Hay que lamer un poco de azúcar en la mano derecha, eso hace pasar el antojo, si no podemos tener mal parto o fracaso. Yo me he antojado chirimoya y no he podido comprar, tampoco tenía azuquítar, entonces mi hijo (hoy de 24 años) hasta ahora tiene su lengüita afuera como si se antojara algo (Tinguipaya, 2005).

### 4.3. El embarazo

Al confirmar el embarazo (*Warmi Usuri*) con la no presencia de la sangre de la menstruación (*Wilapájsi*) se aguardan unas nueve lunas (*Llatunkapájsis*) y para la verificación de la posición del bebé (*wawa*) se aplican suaves masajes que pueden ser realizados por la propia mujer. Ahora bien, si se identifica que hay mala posición se puede enderezar al bebé a través de masajes suaves, pero firmes y ligeras sacudidas sobre una cobija tejida de lana (*pbullu*) sujeta fuertemente por cuatro personas, esta práctica se conoce como “manteo”.

Desde la octava luna los parientes empiezan a hacer el (*taltapi*) a la mujer, ubicándola en medio de una frazada o cobija para hacerla rodar varias veces o motivar suaves movimientos para que el bebé se acomode mejor y el parto sea sin dificultades, en este periodo los masajes continúan (realizados por la madre, suegra, partera o esposo) añadiendo infusiones de yerbas cálidas en proporciones supervisadas por quienes la administran (soltasolta, matico, romero) y en caso necesario malva, manzanilla y hasta orín de niño (considerados frescos) para contrarrestar lo cálido del cuerpo durante el embarazo.

El embarazo de la mujer es considerado como ausencia de salud en ella, pues su equilibrio se rompió, por ello cuando los parientes y vecinos hacen referencia a una mujer embarazada la nombran como no sana (*mana sanuchu*), enferma está (*unqusqakasan*), extendiendo esta denominación hasta que llegue el momento del alumbramiento.

Para determinar el sexo del bebé (*wawa*) tanto la madre como quienes conviven con ella deben presentar mucha atención a los movimientos que el bebé hace en el vientre materno y a su colocación: “Si el vientre se muestra redondo será mujer, si es ovalado como puntiagudo será varón” (Tinguipaya, 2005). Asimismo, estas interpretaciones se hacen con base en la construcción social del género dentro la comunidad, por ello se interpreta que el niño se mueve más que la mujer porque tiene más fuerza y por ello requiere también permanecer más tiempo en el vientre

materno para hacerse más fuerte. Las niñas están constituidas de una masa de sangre y los hombres tienen una constitución más sólida.

La importancia de la sangre materna en el desarrollo del feto es enfatizada continuamente como parte de la etnofisiología andina. Se considera que el feto crece en el vientre de la madre alimentándose de la sangre que hay dentro y que el bebé se convierte en persona con la sangre. Respecto a la alimentación durante el embarazo, las mujeres evitan ingerir alimentos cálidos, pues hacerlo podría provocar mal parto. Al considerar al embarazo como un proceso de enfermedad normal, en muchos casos no se realizan los exámenes prenatales y quienes lo hacen buscan la ayuda de un masajista (*qbaquri*), una partera, quien además puede ser una leedora de pulsos (*llankbiri*).

#### 4.4. Riesgos culturalmente propios

El embarazo en la mujer de Tinguipaya adquiere una connotación sociocultural, por cuanto hay una normativa de conducta social y religiosa que cumplir. Una mujer embarazada no debe frecuentar ciertos lugares como cementerios, ciénagas y otros que le estén prohibidos, hay restricción en cuanto a su contacto con cierto tipo de animales y fenómenos naturales (viento, lluvia, rayos, etc.).

##### 4.4.1. Fenómenos naturales

En cuanto a su relación con los fenómenos naturales, se cuida que la futura madre no se exponga a los **rayos y truenos** porque se considera que por su estado los atrae hacia su persona. Es mejor si evita salir descalza en días de lluvia, ya que se cree que si es atrapada por un rayo y/o trueno o éste cae cerca de ella producirá daños físicos en el bebé como labio leporino o un parto gemelar: “El rayo/trueno parte en dos a la *wawa*” (Tinguipaya, 2005).

Es creencia entre las mujeres de Tinguipaya que el encuentro de la futura madre con **vientos malignos** produce en el bebé daños congénitos y transformaciones de conducta: “La *wawa* llora mucho, no duerme, no quiere lactar...” (Tinguipaya, 2005). Otro fenómeno natural que debe evitarse es el **arco iris**, una mujer embarazada debe evitar verlo, ya que al creer que el arco iris es una especie de vapor, este al ser visto puede ingresar en la mujer y luego dañar al feto.

##### 4.4.2. Lugares

Los lugares que debe evitar una mujer embarazada, según las creencias en Tinguipaya, son los cementerios, ciénagas y otros lugares solitarios y/o abandonados, especialmente “en sus horas” cuando se percibe una energía negativa y/o presencia extraña en estos sitios, que ingresaría en la madre y al bebé a través de

la respiración: “Clarito es el olor en el cementerio, donde hay muertos (velorio) y donde hay ciénego (*putrefacto*), ese olor hace mal a la madre y a la *wawa*” (Tinguipaya, 2005). Se tiene la creencia de que esta especie de aliento invisible secará al feto paulatinamente, tanto que incluso cuando nazca seguirá adelgazando en extremo hasta morir.

Esta percepción denota que las mujeres no sólo identifican los aspectos tangibles como los alimentos o las bebidas que son transmitidos de la madre al niño, sino también los intangibles como los alientos emitidos en los velorios y/o cementerios, emanaciones, vapores, etc., por lo que existe la percepción de que el “mal olor” no dejaría al niño/a “comer bien” dentro de la mamá y, por lo tanto, adelgazaría. Estos olores llegarían al bebé a través de la respiración de la mamá, si no se toman medidas para evitar entrar en contacto con estos olores y si la mujer embarazada infringe, todo esto afecta de sobremanera al bebé (Santa María, 2002).

#### 4.4.3. *Animales*

El encuentro con cierto tipo de animales como los sapos, lagartos y víboras también es evitado por las futuras madres, principalmente si éstos causan “susto” porque lo consideran un riesgo durante el embarazo y potencial causa de un aborto.

#### 4.4.4. *Trabajo y quehaceres*

Si bien las mujeres embarazadas en Tinguipaya continúan desarrollando sus actividades con normalidad, hay algunos quehaceres y trabajos que les están restringidos por su estado, por ejemplo: *permanecer sentada largo tiempo, alzar cosas pesadas, viajar por caminos accidentados, bañarse en aguas termales, exponerse al sol de espaldas por tiempo prolongado, etc.*

En cuanto a las *relaciones sexuales*, se cree que en el acto sexual se aplasta al feto lo que le produce lesiones, malformaciones e incluso la muerte dentro del vientre materno: “Si hay relaciones sexuales cuando la mujer está embarazada, puede que la *wawa* nazca con la cabecita partida” (Tinguipaya, 2005), las situaciones antes señaladas son causas potenciales para un aborto. La restricción también se debe a que el cuerpo de la mujer, durante el embarazo, se considera sagrado y de mucho respeto, por lo que por lo menos dentro de los primeros meses del embarazo éstas deben evitarse.

*Tejer* durante el embarazo es considerado de alto riesgo para el feto ya que se asocia la lana del tejido con el cordón umbilical, creyendo que el acto de tejer induce a que el cordón se enrolle en el cuello del bebé (circulares del cordón).

Todo lo explicado por las mujeres de Tinguipaya tiene de base la conservación del equilibrio en sus cuerpos, familia y comunidad; de esta manera se evitan los excesos durante el periodo de gestación.

*Solearse la espalda* es de alto riesgo pues se cree que el calor del sol sobre la espalda de la mujer embarazada produce que la placenta se pegue firmemente a la matriz, lo que traerá como consecuencia una seria dificultad al momento del parto (retención placentaria) que podría concluir con la muerte de la madre.

*Agresiones.* Sean físicas o verbales se constituyen en un gran riesgo para la mujer embarazada y el feto, que podría derivar en un aborto o daño psicológico, con consecuencias críticas para el recién nacido: niños nerviosos, asustadizos, violentos, etc.

Asimismo, hay cuidados “culturalmente propios vinculados con un entorno mágico religioso” que se deben asumir para resguardar al feto, por ejemplo, no hilar con rueca “porque a la par de la lana el cordón umbilical se envuelve en su cuello”. Cuidarse de los embrujos ya que si la mujer es embrujada afectará también al bebé que lleva en su vientre, que tendría alguna lesión física o psíquica por ser más vulnerable.

Se mitigan estos riesgos y fortalece la vulnerabilidad de la madre y el bebé a través de prácticas terapéuticas culturalmente propias, asumidas por los médicos tradicionales y parteras especializados en salud materna, con una participación obligatoria de la familia.

#### ***4.4.5. Señales de peligro durante el embarazo***

Dentro la epidemiología cultural de los ayllus de Tinguipaya, las señales de peligro durante el embarazo se caracterizan por su connotación sociocultural, que a diferencia de los riesgos obstétricos dentro de la biomedicina, su curación no depende de medicación e intervención en los procesos fisiológicos, sino del restablecimiento del equilibrio. Sin embargo, cabe destacar que hay gran relación y similitud entre las señales de peligro culturalmente propias y las consideradas por la biomedicina.

*Mal parto* (sangrado o hemorragia). Las mujeres lo reconocen como riesgo obstétrico cuando su presencia es abundante, mayor al de la menstruación, caso contrario no se le da importancia. Se cree que entre las causas que lo producen está el hecho de coger objetos pesados, realizar trabajos que requieren de mucho esfuerzo, tocar agua fría, comer oca, antojos, problemas emocionales, riñas y peleas.

*Hinchazón* (edema). Su presencia en el cuerpo de la mujer embarazada, principalmente en las piernas, se relaciona con el hecho de caminar mucho, haber tenido contacto con lugares malignos (viento que le ha soplado muy fuerte, haber estado en lugares donde haya caído el rayo, etc.) que produjeron la hinchazón: “Si la mamá se hincha también se puede enfermar la *wawa* y no va a nacer bien” (Tinguipaya, 2005). Las mujeres de Tinguipaya no relacionan la hinchazón de su cuerpo con hipertensión arterial, como lo hace la biomedicina.

*Dolor de cabeza.* Está asociado con momentos de rabia o tristeza que pasa la futura madre: “Está triste o su marido le ha debido hacer renegar, por eso tiene dolor de cabeza” (Tinguipaya, 2005). Asimismo, si esta dolencia no es curada

oportunamente se puede extender hasta el periodo del puerperio (sobreparto), lo que tiende a empeorar la salud de la madre e incluso llega a afectar al bebé: “Le ha pasado (el dolor de cabeza) a la *wawa*, por eso ha nacido triste y/o renegado” (Tinguipaya, 2005).

*Convulsiones.* El origen dentro de las creencias de las mujeres de Tinguipaya es parecido a los que ocasionan el dolor de cabeza, rabia y/o tristeza, añadiendo que también se atribuye a la mala alimentación de la mujer.

Todos los riesgos anteriormente descritos fueron verificados empíricamente por la comunidad, con una tradición ancestral que demostró su certeza y cuyos tratamientos terapéuticos culturalmente propios tuvieron una eficiencia que es reconocida por esta población, según sus propias descripciones.

*Infertilidad.* La infertilidad es considerada como falta de salud, asociada generalmente a la mujer. Se considera que las mujeres que tienen hijos son más saludables, pues se cree que a través de la concepción se elimina la sangre mala que tiene la madre: “La sangre mala se acumula dentro de la mujer porque reniega, se preocupa, por todo eso, y cuando nace la *wawa* eso le cura, en el parto se sale todo eso y la mujer está sana otra vez” (Tinguipaya, 2005). De esta manera la mujer que tuvo más hijos es la más saludable, en cambio aquella que no los tuvo es considerada enferma y con trastornos de conducta: “Ella no ha tenido hijos, no ha votado la sangre mala, por eso enferma mucho, por eso es renegona” (Tinguipaya, 2005). Una vez más hay una oposición entre lo expuesto por la biomedicina y la medicina tradicional, ya que en la primera la multiparidad es considerada como riesgo obstétrico.

*Edad.* Para las mujeres de Tinguipaya la edad no representa un problema para el embarazo, un indicador de estar apta para ser madre es la regularidad en la menstruación, se considera normal que una mujer de 15 años o una menopáusica se embaracen. El embarazo es un evento natural en la mujer y se asume como tal, a diferencia del punto de vista biomédico que marca como riesgo un embarazo en mujeres menores de 18 años y mayores de 35.

Concluido el periodo de gestación, durante dos o tres semanas previas al parto se prepara un cuero de oveja, el mismo que es lavado y secado al sol, para luego ser acomodado en un sitio accesible al momento del alumbramiento. “Casi al mismo tiempo se reúne la familia para pedir permiso a los seres del *alax pacha*, *manqha pacha* u *aca pacha* (Pacha Mama, achachila, awicha, los terrenos, las casas, los antepasados y otros) para que reciban al *machajjaqhe* (gente nueva-recién nacido)” (Miranda, 1997).

#### 4.4.6. *El parto*

El primer cuidado que se tiene durante el parto es velar por que se conserve el equilibrio en la mujer y el bebé. Al iniciar el trabajo de parto, que es considerado

una etapa de pérdida de calor por el alumbramiento, se tiene el cuidado de no dejar que la madre “pase el frío”, ya que la temperatura condiciona que el útero, los músculos y huesos (*mari o mari-mari*) se contraigan y el parto se dificulte; para ello se calienta la habitación, se abriga a la parturienta hasta la cabeza y se procura no hacer ruidos fuertes o hablar en voz alta para no asustar a la mujer durante el trabajo de parto. La familia y la partera alientan a la futura madre en el trabajo de parto, quien debe beber chocolate caliente, caldo e infusiones para facilitar el alumbramiento.

Las posturas durante el parto son diferentes, pero prevalece la de cuclillas; los brazos, la cintura del esposo, el respaldo de la cama o de una silla son apoyos importantes para la madre a la hora del parto. El trabajo de parto es también acompañado por sahumeros y vapores de plantas medicinales, entre ellos el molle es el preferido, se tiene la creencia de que estos facilitan el trabajo de parto y conservan el equilibrio en la temperatura de la mujer. También se administran infusiones de manzanilla, romero, *kanchalawa*, *alusima* u otras con miel –todo hervido en singani– que ayudan a producir mayor calor en el cuerpo.

El lugar para el parto debe ser el ambiente más caliente del hogar, que es la cocina, el cual debe estar completamente cerrado para evitar las corrientes de aire. La pareja o un familiar aplican repetidamente un masaje al cuello de la parturienta, el mismo que se extiende a los hombros y la espalda; de la misma manera se aplican aceites o grasas de animales con suaves masajes para calentar el útero y acomodar al bebé, si se sospecha que no se ha acomodado –está trancado– se procede a sacudir suavemente a la madre, aplicar otros masajes o mantearla si es necesario; otra medida aplicada es que la madre sople una botella vacía para ayudarse a pujar con más fuerza.

A la hora del parto el cuero de oveja, previamente preparado, cumple cuatro funciones: recibir al recién nacido cuando se desprenda del cuerpo de la madre, absorber de manera eficaz la sangre y el líquido amniótico, mantener caliente al bebe y contactar por primera vez al nuevo ser con la Madre Tierra.

Tras el nacimiento, la madre se recuesta y se abriga para no perder calor, su cintura es apretada con una faja tejida de lana (*chumpi*) para impedir que la placenta se suba dentro del cuerpo y se aguarda el alumbramiento para separar el cordón umbilical, si esto demora se hace la separación y en tanto se continúa con otras prácticas para que la placenta salga se deja atado el cordón umbilical al dedo gordo del pie de la madre con un cordón de lana torcida (*kaito*) para impedir que vuelva a ingresar al útero. Se da de beber a la madre un poco de singani o aceite –elementos que mantendrán el calor del cuerpo y facilitarán la expulsión–, se aplica un cataplasma caliente sobre la espalda de la madre, se dan golpes suaves a un costado del cuerpo de la madre con una cuchara de madera invocando los nombres de antepasados maternos, quienes “salieron bien” del parto y también se hace soplar a la madre una botella vacía para que haga más fuerza al pujar.

La separación del cordón que une la placenta con el bebé se hace con un pedazo de cerámica, se evita usar objetos metálicos por considerarlos fríos, existe la creencia de que si se usa un cuchillo o una tijera producirían una drástica ruptura emocional entre la madre y el recién nacido.

La cantidad de sangre y fluidos diferencian los partos en Tinguipaya, se considera un parto fácil aquel donde hubo mayor cantidad (parto húmedo) y el más dificultoso es el parto seco, por el dolor que representa parir sin sangre y fluidos abundantes. Una vez que la placenta sale, es entregada a los familiares para que puedan enterrarla debajo del umbral de la casa o en el campo, donde puedan pisarla asegurando que no podrá salir para amenazar a la familia, pues es considerada como un cuerpo dotado de espíritu propio y, al igual que un cadáver, se debe permitir que su espíritu se libere.

El parto es un momento y trabajo inspirados, de profundo respeto y dedicación en la familia y la comunidad. Es un asunto doméstico, íntimo, donde la mujer es atendida por el marido, la suegra, su madre o la partera de la comunidad; sólo en caso de complicaciones se busca la ayuda de un agente de salud local, pues los servicios de salud, puestos u hospitales son temidos y percibidos como lugares siniestros.

#### **4.4.7. Riesgos durante el parto**

Durante el parto hay dos riesgos que pueden poner en peligro la vida de la madre y del recién nacido: el *susto* y la *retención de placenta*.

*El susto.* Por ser la pérdida de la energía vital, al disminuir la fuerza de la mujer la hace más vulnerable al ingreso de espíritus malignos (*sajras*) o de un ser maligno que, transformado en pájaro, se lleva la vida de la madre y del niño (*antawalla*), por ello la madre no debe permanecer sola ni un instante, ni exponerse a situaciones que le generen sustos.

*La retención de la placenta.* Si la placenta no es expulsada pone en riesgo a la mujer, por lo que si demora más de lo normal en salir (el tiempo que tarda en hervir una olla en el fogón de leña) se acude al sistema biomédico: “Si la placenta se queda dentro de la mujer, la mata” (Tinguipaya, 2005).

#### **4.4.8. La placenta (*parixa*)**

Tras ser expulsada, la placenta recibe un cuidado especial por parte de la familia: se la lava con un preparado de plantas medicinales y es enterrada en un acto ritual junto a pequeñas figuras que representan las futuras herramientas de trabajo del recién nacido. Así, la placenta (*parixa*), que es hermano menor del bebé, vivirá dentro de la Madre Tierra y cuidará del recién nacido.

#### **4.4.9. *El puerperio***

Al ser considerado también un momento frío para la mujer, el puerperio demanda también de cuidados para conservar el calor y evitar el frío. La mujer debe permanecer abrigada de pies a cabeza, con medias de lana, guantes, chompas y la cabeza cubierta con un pañuelo o gorro de lana. Esta característica también se advierte en las mujeres que acuden a los hospitales para su atención. Se previene la entrada de espíritus malignos (*sajras*) evitando las corrientes de aire y el contacto con el agua fría, los vapores de plantas medicinales continúan en el espacio donde la mujer descansa y la buena alimentación es esencial, con una dieta abundante en caldos hervidos de diferentes carnes y huesos de animales,

#### **4.4.10. *Riesgos durante el puerperio***

*El sobreparto* comprende afecciones propias de los órganos reproductores de la mujer y estados depresivos de mayor o menor gravedad, los síntomas también se traducen en trastornos gastrointestinales, infecciones en las mamas, dolor de los músculos y huesos, por ello es importante que la mujer permanezca en un espacio cerrado y poco iluminado, se cree que el viento y el frío podrían soplar en sus adentros y causarle alguna enfermedad.

#### **4.4.11. *Atención del recién nacido y lactancia***

A diferencia de lo que pasa en las ciudades y hospitales biomédicos, en la cultura quechua de los ayllus de Tinguipaya es la mujer quien recibe atención preferencial durante y después del parto, tomando en cuenta que ella representa la sobrevivencia y estabilidad de la familia, “es más importante la vida de la mamá, la *wawa* no es tan importante” (Tinguipaya, 2005). Sin embargo, el/la recién nacido/a, al igual que su madre, no sale de la habitación por temor a que adquiera enfermedades causadas por el frío o del viento.

Separado el cordón umbilical se procede a limpiar o bañar al recién nacido, se lo abriga y envuelve en pañales con una faja gruesa de uso exclusivo (*waltha*). En cuanto a la alimentación del recién nacido, éste no debe tomar leche después del parto porque le crearía incesantes ganas de comer “comeloncito va a ser” (Tinguipaya, 2005), esto generará a futuro dificultades en la familia para la dotación de alimentación a hijos y padres, es una manera de iniciar el control del hambre, la disciplina y templanza para ayudarle a sobrevivir en ese contexto; esta acción se constituye en una prueba fisiológica, psicológica y emocional impuesta por los adultos a los recién nacidos. De esta manera, se desecha el calostro, que es reemplazado por pequeñas dosis de infusión de anís administradas con una cucharilla, recién desde el tercer día de nacido el bebé recibe alimento materno.

#### 4.4.12. *El aborto*

*Aborto espontáneo.* También llamado mal parto o fracaso, es considerado de gran riesgo para la mujer embarazada. Con todo lo que implica, el parto es un evento natural en la mujer; pero el aborto es identificado como el mayor riesgo de mortalidad para la mujer embarazada. También pone en duda la calidad del vientre de la mujer que lo sufre, ya que en algunas comunidades la consideran débil porque no pudo aguantar la presencia del bebé. Las mujeres que sufrieron un aborto son mal vistas en su contexto, reciben el rechazo social y su pareja las subestima.

*Aborto provocado.* En las comunidades de Tinguipaya es llamado “curarse” y es provocado con la utilización en extremo de hierbas cálidas para inducir las contracciones hasta someterse a todas las situaciones de riesgo durante el embarazo (caerse, levantar cosas pesadas, asustarse, etc.); este tipo de aborto es sancionado socialmente por la comunidad pues puede llegar a ocasionar tormentas y granizos.

Para prevenir estas “desgracias”, una vez identificado el cuerpo del feto abortado éste es bautizado y enterrado en el cementerio, sin embargo, muchas mujeres optan por el aborto, aún a sabiendas de que sus actos ocasionarán heladas, granizadas y otras tempestades en su entorno. Este tipo de aborto generalmente es inducido por mujeres sin pareja estable (solteras y viudas), quienes actúan por la presión de su contexto social, igual que en la ciudad al ser censurado este tipo de abortos generalmente se producen en condiciones de inseguridad y con total falta de apoyo, llegando a producir la muerte de la madre.

Si el bebé llegara a nacer sin padre conocido, la mujer es rechazada por su propia familia, sus amistades y su comunidad; esta situación provoca también el rechazo de ella a su hijo o hija. De esta manera, un embarazo no deseado afecta la integridad física, espiritual y social de la mujer y del recién nacido, ya que el desamor con que el bebé crecerá le generará problemas de conducta posteriores.

#### 4.4.13. Regulación de la fertilidad

Para las mujeres de Tinguipaya, *la lactancia materna* se constituye en un método eficiente de anticoncepción, que se extiende incluso hasta el tercer año de vida del recién nacido, que generalmente coincide con el espacio de tiempo entre cada embarazo; la *abstinencia sexual* durante la menstruación y días de luna llena y luna nueva son otra alternativa para regular la fertilidad de las mujeres; otra técnica utilizada es el *matrimonio tardío* dando por hecho que las relaciones sexuales se producen solamente durante el matrimonio.

En cuanto a los métodos biomédicos de anticoncepción (la inyección de Depoprovera y la “T” de cobre), estos son utilizados casi secretamente por la mujer, tanto así que ni la pareja es informada de su aplicación. Otra práctica común—cuando el varón migra de su lugar de origen por razones de trabajo u otras— es que la mujer quede embarazada como una forma de control social sobre ella.

#### 4.4.14. *Relaciones de género*

La construcción de las relaciones de género se hace desde el nacimiento, el entierro de la placenta marca las responsabilidades que tendrá el/la recién nacido/a en su comunidad: “La placenta del hombrecito se entierra con palita y piquito porque va a trabajar la tierra, de la mujer enterramos con su *k’anticito* (rueca) porque tiene que hilar” (Tinguipaya, 2005). De esta manera, el niño aprende sus labores de su padre y la niña de su madre, así como las reglas de comportamiento y relación con la comunidad.

#### 4.4.15. *La sexualidad*

En la mujer es la madre la responsable de su proceso de enseñanza-aprendizaje, en cuanto a sexualidad la madre le brinda información cuando inicia la primera menstruación, explicándole que ya es mujer y, por lo tanto, debe evitar la compañía masculina hasta que sea más joven, encuentre una pareja y se vaya de la casa paterna para crear su propia familia.

En los varones la educación sexual también es empírica, su aprendizaje se completa con la observación de las actividades sexuales de los adultos –pues al dormir toda la familia en un solo cuarto no puede ser ocultada fácilmente– las relaciones sexuales se consideran algo normal, sin embargo, un hombre está listo para iniciarlas y tener una familia recién cuando concluye su servicio militar: “Un soldado que vuelve del cuartel, ya es un hombre y puede tener pareja porque ya conoció el mundo” (Tinguipaya, 2005); asimismo, esta condición convierte al hombre joven en potencialmente elegible para las mujeres de su comunidad. En ambos casos el aprendizaje se completa con las actividades de pastoreo y carneado de sus animales, donde descubren la ubicación y nombre de los órganos, el nacimiento de las crías de los animales y el comportamiento sexual son comparados con los de los animales.

Para iniciar el enamoramiento hay un lenguaje interesante entre ambos géneros, la mujer joven al haber aprendido a tejer, trenzar, hilar, etc., luce este arte a través de su vestimenta en las fiestas de su comunidad –la mujer más codiciada es aquella que muestre el tejido más complejo. En tanto, el varón –quien también aprendió a hilar, trenzar y hacer sogas con mucha fuerza– durante las fiestas luce un gorro (*ch’ulu*) tejido por él, que demuestra su fuerza, la firmeza de su gorro hace alusión a la firmeza de su virilidad.

Estos son los aspectos propios que si bien hacen a la vida de una mujer en Tinguipaya, son similares a la realidad de las millones de mujeres indígenas quechuas de Bolivia y que son desconocidos o intencionalmente ignorados por el mundo occidental, y por supuesto por los agentes terapéuticos como el personal de salud, principalmente médicos y enfermeras (pues hay que admitir que esta realidad es

compartida con los y las auxiliares de salud), lo que genera una doble resistencia: “De las mujeres indígenas para acudir al puesto de salud y del personal de salud biomédico para aceptar estas prácticas terapéuticas culturalmente propias”.

## 5. Encaminándonos hacia una salud intercultural

Durante los años de intervención del proyecto Disminución de la Mortalidad Materna Infantil en el Municipio de Tinguipaya, realizado por la ONG italiana Coopi (antes de la promulgación de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural-Safci), se trabajó intensamente en una comprensión y reconocimiento mutuo de limitaciones, con el único objetivo de “salvar vidas”, de evitar la muerte innecesaria de cientos de mujeres al año sólo por una concepción diferente en medicina. A la conclusión del proyecto los resultados superaron las expectativas iniciales, pues del puesto número 306 que ocupaba Tinguipaya se situó entre los 10 primeros por resolución de complicaciones durante el embarazo y atención del parto sin riesgo.

No se trata de llevar a las mujeres a parir al puesto de salud –pues ello sería insistir en su occidentalización y rechazar su propia medicina, lo que impediría construir una salud intercultural–, sino que se actuó e intervino conjuntamente. Personal de salud y médicos tradicionales entendieron que primero hay que comprender las limitaciones propias, antes que las ajenas y admitir, reconocer la destreza y capacidad del otro.

Ejemplos repetitivos y constantes fueron la atención, principalmente, de mujeres embarazadas. En la mayoría de los casos se encontró a médicos y parteras tradicionales que ante la presencia de una sospecha de aborto, trataban a la mujer embarazada del susto, antojo u otro riesgo “tradicional” referido, recomendándole que para una efectiva atención acuda al puesto de salud, admitiendo que para detener el sangrado los más experimentados eran “los médicos de mandil blanco”.

Varios fueron los casos en los que en situaciones de accidentes que comprendían fracturas, heridas expuestas y hemorragias, los mismos médicos tradicionales trataban al espíritu (*ajayu*) e inmediatamente acompañaban al paciente al hospital para que sea atendido, o bien explicaban al paciente que primero deberían atenderles los “médicos de mandil blanco” y ellos continuarían con el tratamiento paralelamente.

En menor medida médicos y enfermeras, ante la atención de una mujer con amenaza de aborto, la medicaban para detener el sangrado y también inquirían a la paciente sobre que creía que le había ocasionado tal situación, y cuando ella refería que se había asustado o visto el arco iris, el médico y la enfermera ya no se reían, es más le recomendaban acudir con el médico tradicional o partera de

su comunidad, admitiendo que si bien ellos no podían resolver ese problema aceptaban que sus “colegas tradicionales” lo hagan.

La consecuencia inmediata de esas consultas fue la que cambió las estadísticas y dio un giro sorprende en cuanto a muertes maternas: “El retorno de la paciente”, muchas veces acompañada de la partera, para que ella diera más detalles sobre su enfermedad culturalmente propia.

No obstante, y como es la limitación de cada proyecto, estas experiencias se advirtieron y fueron una característica en Tinguipaya durante la permanencia del personal sensibilizado, ya que el nuevo personal que años más tarde y hoy mismo ingresa a esta red de salud siempre intenta aplicar de modo hegemónico la medicina que le enseñaron en la universidad, la biomedicina.

A la fecha, son los propios médicos tradicionales, las parteras y la población misma de Tinguipaya quienes exigen que su medicina sea respetada y el doctor se involucre y encamine en la salud intercultural.

La Safci intenta favorecer este camino, aunque en la mayoría de las veces médicos y enfermeras acudieron a estos “sabedores ancestrales” para que les enseñen sus prácticas terapéuticas e intentar aplicarlas en el hospital (ellos mismos sin los médicos tradicionales).

Es triste admitir que si esta actitud continúa no se estará encaminando adecuadamente la salud intercultural y peor aún fortaleciendo la medicina tradicional, enajenándolo que se habrá hecho es enajenar sus conocimientos sin reconocerles realmente. “Nos llevan a cursos, a congresos, nos preguntan cómo curamos, toda esa información nos sacan diciendo que es salud intercultural y luego ellos quieren curar como nosotros, sólo quieren sacar nuestros conocimientos para su beneficio; pero no nos reconocen como médicos”, dijo un médico tradicional de Tinguipaya durante una entrevista en 2013. “Parece que nos utilizan sólo para ferias, yo creo que nos están utilizando pues ellos nos piden a nuestros pacientes, nuestras plantas, nuestros conocimientos; pero no nos ayudan a atender, no nos envían pacientes, no coordinan con nosotros”, manifestó otro.

Es más, el representante de los médicos tradicionales de Bolivia, el kallawaya Hugo Ticona, en un acto de inauguración de un consultorio para medicina tradicional en el hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí expresó:

Pese a la Safci, hay ciertos errores en cuanto a la salud intercultural, aquellos espacios destinados a la coordinación con la medicina tradicional y médicos tradicionales están siendo copados por la biomedicina, por médicos académicos, si esto sigue así nuestros hermanos una vez más serán desplazados y no se habrán resuelto los problemas de salud-enfermedad de nuestra población en el campo (Ticona, 2013).

En ese marco, con estos antecedentes y otras experiencias que sin duda recogió el Ministerio de Salud será indispensable tomar en cuenta que para que el

proceso de salud intercultural marche es elemental que todos los sujetos que lo componen comprendan sus limitaciones y admitan las capacidades del otro, lo contrario significará dar más poder a un modelo de salud hegemónico y dejar sin resolver los problemas de salud de la población indígena de Bolivia.

## Glosario de términos quechuas utilizados en este capítulo

Según el orden de aparición en el texto

*Aqulliku*. Hojas de coca masticada. Acto de masticar las hojas de coca.

*Ch'umpi*. Faja tejida con lana de llama, alpaca y oveja.

*Tinguipaya*. Dos ríos y también dos parcialidades.

*Qaqina* y *Pikachuri*. Nombres propios de las dos parcialidades que dieron origen al pueblo de Tinguipaya.

*Janansaya* y *Urinsaya*. Parcialidades de Tinguipaya “de arriba y de abajo”.

*Tinku-paya*. Según el libro de Vicent Nicolas *Los ayllus de Tinguipaya*, encuentro de dos (dos ríos y también dos parcialidades).

*Ayni* y *mink'a*. Formas de trabajo comunal.

*Wawas*. Denominación quechua a la persona desde que está en el vientre materno, hasta su primera infancia.

*Qullana*, *Qaña*, *Qanasa Alta*, *Sullk'aInari*, *QullanaInari*, *Mañu*, *Urinsaya*. Nombres propios de los siete ayllus de Tinguipaya.

*Kuraka*. Autoridad originaria.

*Urjin*. Origen.

*Yaku alcalde*. Alcalde de agua.

*T'apis*. Nacientes de agua.

*Ayllu*. Como “un tipo de organización social de origen prehispánico con una determinada jurisdicción territorial y poblacional, se concibe como una unidad política, económica y social de la cultura andina, estructuralmente conformada por un ayllu mayor, ayllus menores, cabildos, islas, comunidades y/o ranchos y cocinas” (Sayarina, 1998).

*K'uchurwasi*. Casa del rincón.

*Pukapampa*. Pampa colorada.

*Chawpiwasi*. Casa del medio

*Panpaaway*. Telar tradicional de Tinguipaya.

*Mini*. Hilo horizontal que cruza la trama vertical para el tejido del telar tradicional de Tinguipaya.

*Pallay*. Figura en el tejido del telar tradicional de Tinguipaya.

*Wawkus*. Instrumentos pentatónicos de viento, elaborados con base en caña.

*Tinkuy*. Fiesta del encuentro.

*Waylis*. Bailes.

*Ajsu*. Sobrevestido, es un tejido vertical muy elaborado con diferentes figuras y colores, que según el estado civil de la mujer se lo ubica al lado derecho o izquierdo del cuerpo.

*Llijlla*. Tejido cuadrado que se utiliza principalmente para cargar al bebé o algunas cosas pesadas, también se usa como reboso.

*Aymilla*. Vestido de mujer finamente tejido con lana negra.

*Ch'ulu*. Gorro de lana tejido.

*Rumitanqay*. Empujar piedras. Con esta expresión también se denomina a una fiesta tradicional para la conquista y cierta libertad sexual.

*Sipas*. Mujeres jóvenes.

*Waynas*. Hombres jóvenes.

*Tullqas*. Yernos.

*Qbariqbachun*. Expresión quechua para decir “hombre-nuera”.

*Q'ala oveja*. Oveja pelada.

*Ajayu*. Espíritu o ánimo.

*Pacha Mama*. Madre Tierra.

*Karisiris o liquichiris*. Seres malignos con forma humana.

*Kuti*. El principio del hacer, aplicar, volver.

*Muju*. Esperma masculino durante la eyaculación.

*Wila*. Sangre menstrual femenina.

*Warmi Usuri*. Mujer embarazada.

*Wilapájsi*. No presencia de la sangre de la menstruación.

*Phullu*. Cobija tejida de lana.

*Taltapi*. Procedimiento aplicado a la mujer embarazada, que consiste en hacerla rodar varias veces o motivar suaves movimientos para que el bebé se acomode mejor y el parto sea sin dificultades.

*Mana sanuchu*. “No está sana”, expresión para referirse a la mujer embarazada.

*Unqusqakasan*. “No está sana”, expresión para referirse a la mujer embarazada.

*Machajjaqbe*. Según R.P. Miranda, en su libro *Obstetricia práctica: socioantropología médica de la reproducción humana en la zona andina*, expresión para referirse a “gente nueva – recién nacido”.

*Mari o mari-mari*. Expresión quechua para referirse al frío que siente la mujer después del parto.

*Kanchalawa, alusima*. Tipos de plantas medicinales.

*Kaito*. Cordón de lana torcida.

*Sajras*. Espíritus malignos.

*Antawalla*. Ser maligno que transformado en pájaro se lleva la vida de la madre y del niño.

*Parixa*. Placenta.

*Waltha*. Acción de abrigar y envolver en pañales y sujetar con una faja gruesa, de uso exclusivo, al bebé.

*K'anti, k'anticito*. Rueca.

### **Glosario de enfermedades míticas**

*Pacha Mama*: Madre Tierra, que puede ser benigna, exigente y puede dar castigo.

*Wayra*. Viento, aire, es la intrusión del “espacio hostil”, como aire viene a ser transmisor de diferentes enfermedades. Como viento, por la forma extraña y repentina de desencadenarse tiene la forma de huracán y de remolino, y está en íntima relación con la muerte.

*Ajayu*. Ánimo, espíritu.

*Ch'ullpa*. Enterratorio, tumba antigua.

*Gloria*. Los rayos del sol.

*Illapa*. Rayo.

*Karisiri*. Chupador de grasa humana.

*Llik'ichiri*. Chupador de grasa humana.

*Kuychi*. Arco iris.

*Mara*. Insecto del bosque.

*Machu*. Viejo.

*Paloma*. Perro negro.

*Pujyo*. Manantial, fuente.

*Qhapaj*. El rico, el dueño.

*Quyqi*. Nube, vapor de agua.

*Santiago*. Rayo.

*Sajra*. Malo, maligno.

*Supaya*. Diablo.

*Tata*. El padre, el sol.

*T'iu*. Diablo.

### **Glosario de especialidades de la medicina tradicional**

*Ayisiri*. Médico tradicional espiritista, designado por la naturaleza y las deidades a través del rayo (“el rayo le ha llegado tres veces”), pone en equilibrio al ser (persona) con relación al espíritu grande (cosmos) y el espíritu pequeño de la persona y su entorno. Responsable de los rituales (energía virtual) fundamentales del año calendario, los solsticios y los equinoccios.

*Huesero*. Médico tradicional encargado de la curación y tratamiento de los huesos.

*Jampiri*. Médico tradicional herbolario y ritualista que a través de la interpretación de la coca determina la enfermedad, así como el momento y el día en

que se debe realizar la curación y los elementos a utilizar, todo esto con autorización de las deidades y espíritus tutelares correspondientes (*Pacha Mama, achachilas*, etc.).

*Kallawaya*. Etimológicamente, proviene de las voces aymaras *qolla* = médico, *suyu* = pueblo, entonces *Qollasuyu* = pueblo de médicos; *qolla* = médico, *waya* = itinerante. Médico tradicional herbolario itinerante que lleva sus conocimientos de curandero de comunidad en comunidad, curando las enfermedades psicosomáticas.

*Layq'a*. Brujo. Es maligno y su oficio es hacer caer la maldición sobre determinadas personas, usa el arte de la magia negra. Moviliza el espíritu desde lejos.

*Llankbiri*. Leedor de pulsos.

*Milluri*. Especialista curandero del *millu* o mineral salitroso. Es benigno y cura las enfermedades de las vertientes.

*Parteros/as*. Médico tradicional, generalmente mujeres, encargados de la atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio.

*Qulliri*. Parece significar curación, tiene un oficio idéntico al jampiri, utiliza la herbolaria y es oficiante de ritos mágicos más sencillos.

*Q'pachaqira*. El que ejerce la práctica del secado y molido de las plantas medicinales y se encarga de comercializarlas.

*Qbaquri*. Médico tradicional que a través de los masajes y los ejercicios determina la curación de la enfermedad de cualquier punto anatómico, considerando la integridad y la particularidad de cada uno de los órganos.

*Yatiri*. El sabio. Conocedor del futuro, analiza las causas de la enfermedad, las circunstancias que llevaron a la persona a ser arrebatada por los demiurgos, hace el diagnóstico aconsejando el medicamento o lo que debe evitarse o prevenirse para no caer en enfermedad; destruye la maldición y libera al enfermo del hechizo que lo encadena. Es el que enseña el conocimiento profundo de la vida.

*Yerbero*. Médico tradicional con profundo conocimiento de las plantas medicinales, sus propiedades terapéuticas y correcta aplicación.

## Glosario de elementos curativos

*Aqulliku*. Coca masticada

*Aqba*. Chicha

*Anta*. Cobre

*Asna*. Olor de las pertenencias de una persona

*Asnbasik'imira*. Hormigas

*Aycha*. Carne

*Chinchawra*. Caracolillos

*Chujcha*: Cabellos

*Jisp'ay.* Orines  
*K'unchuyaku.* Agua del fondo  
*Lloq'i.* Cruz  
*Milqu.* Limón  
*Millma.* Lana  
*Misk'i.* Miel  
*Piraylupis.* Cobre  
*Runtu.* Huevo  
*Pisq'u.* Trago  
*Phiris.* Cocido de harina  
*Q'uwa.* Planta aromática  
*Qallu.* Lengua  
*Q'ara.* Cueros  
*Qupagira.* Agua mineralizada  
*Qulqi.* Plata  
*Sayri.* Tabaco  
*Sinqa.* Nariz  
*Sivayrus.* Semillas  
*T'uru.* Lodo  
*Ushpha.* Ceniza  
*Wanu.* Bosta  
*Waqay.* Savia  
*Wira, untu.* Grasa  
*Yawar.* Sangre

## Bibliografía

- Aguiló, F.  
 1982 *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua.* Sucre.  
 Burgos, M.  
 1995 *El ritual del parto en los Andes.* Alemania: KUN.  
 Castellón, I.  
 1997 *Abril es tiempo de kharisiris.* Cochabamba: Serrano.  
 Coopí  
 2005 *Proyecto Disminución de la mortalidad materna en el municipio de Tinguipaya a través de la implementación de un modelo de salud intercultural.* Potosí.  
 Ibacache, J.Y.  
 1996 Chile.

- INE  
2002 *Datos de población y vivienda.*
- Miranda, R.P.  
1997 *Obstetricia práctica: socioantropología médica de la reproducción humana en la zona andina.* La Paz.
- Nicolas, V.Z.  
2002 *Los ayllus de Tinguipaya.* La Paz: PIEB.
- Pérez, R. y Fuertes, A.  
2007 *Encuentro de dos: la biomedicina y la medicina tradicional en Tinguipaya.* La Paz: Tupac Katari.
- Platt, T.  
2001 *El feto agresivo.* Mimeo.
- Santa María, D.  
2002 *Concepciones y prácticas sobre problemas durante el embarazo.* Potosí: Willaqquna.
- Cidi Sayarina  
1998
- Ticona, H.  
(Enero de 2013). *Salud intercultural* (A.F. Mamani, entrevistador).
- Tinguipaya, M.d.  
2005 Entrevistas de Campo. Proyecto de Disminución de la Mortalidad Materna Infantil en el Municipio de Tinguipaya (Azucena Fuertes, entrevistador).

Azucena Alejandra Fuertes Mamani es especialista en Cooperación Internacional para el Desarrollo (Universidad de San Buenaventura de Cartagena, Colombia y Universidad de Pavía-Italia). Trabajadora Social (Universidad Autónoma Tomás Frías, Potosí) y periodista (Universal Center, Argentina). De procedencia quechua. Coautora del libro *Salud intercultural Tinguipaya: Encuentro de dos*. Desde 2003 forma parte del Instituto de Ciencias Sociales y Aplicadas (ICSA) de Argentina, y en 2010 se une al Grupo de Investigación de la Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo (GIELACID) de la Universidad de San Buenaventura de Cartagena, Colombia. azucenafm@gmail.com



CAPÍTULO VIII  
Yiti Amobo  
(Está naciendo el bebé)  
Percepción y prácticas del pueblo Yuqui  
en torno a la maternidad

*Ely Silvia Linares Chumacero*

## **Introducción**

El pueblo Yuqui es conocido principalmente a través de noticias alarmantes sobre su crítica situación de salud y las constantes amenazas hacia su territorio y su integridad física, que se ve amenazada por los altos niveles de discriminación al que es sometido. Los medios que difunden ese tipo de información suelen justificar los hechos ante la supuesta “falta de interés del mismo pueblo” por superar su situación de pobreza, justificando de esta manera actitudes discriminadoras hacia este sector como la expulsión de los yuqui a empujones entre amenazas e insultos de la localidad de Chimoré el año 2005, área que paradójicamente hace menos de un siglo era parte de su territorio.

En los años de trabajo en la zona y con el pueblo Yuqui, en repetidas oportunidades me plantearon interrogantes cargadas de prejuicios: “¿Por qué los yuqui se enferman tanto y viven en esas condiciones? ¿Por qué se comportan de tal o cual manera? ¿Por qué no se van a su comunidad, por qué se vienen en tropa al pueblo?”. Sin pretender conocer la respuesta cabal yo misma partí de esas preguntas para adentrarme en sus percepciones y sentimientos con la finalidad de presentar la situación del pueblo Yuqui a la luz de la integralidad y de sus antecedentes históricos, como también de las decisiones que toman hoy como nación indígena con derechos y obligaciones en este nuevo Estado Plurinacional que estamos construyendo.

El objetivo de esta investigación es presentar la realidad de un pueblo a partir de uno de los temas más sensibles: la salud *-cherasiam-*, ese estado de equilibrio que como humanos anhelamos alcanzar, donde los aspectos sociales,

económicos, políticos, emotivos e históricos son definitivos como factores determinantes sociales de la salud; y a partir de esta información identificar insumos para el diseño de instrumentos que formalicen las intervenciones con un enfoque intercultural, adecuado y sensible a poblaciones indígenas, sea a través de ordenanzas, resoluciones, es decir, políticas públicas en los diferentes niveles de la gestión pública.

Lograr cambios e iniciativas en el sector de salud, que beneficien de manera específica al pueblo Yuqui a partir de este esfuerzo, es un desafío personal y profesional asumido conmigo misma y con la comunidad, con la convicción de que más allá de las diferencias culturales y de pensamiento “el vivir bien en sus propios términos y significados” es un derecho de todos los humanos.

La obtención de la información que se presenta a continuación es el resultado de acciones desarrolladas en diferentes instituciones a partir del año 2007, la función pública, consultorías y la asesoría independiente al Consejo Yuqui como organización indígena; la metodología utilizada fue de permanente acción, investigación y participación. Según los temas que se abordaron se recurrió a entrevistas informales, encuestas, grupos de discusión, investigación documental, observación participante en sus diferentes espacios cotidianos y de discusión comunal; otra técnica importante fue el seguimiento a sus acciones como organización y el acompañamiento a las autoridades para la gestión de demandas en instancias públicas y privadas, transmitiendo algunas veces procedimientos formales para la gestión.

Este artículo presenta inicialmente una descripción de la situación actual del pueblo *bia* yuqui en cuanto a aspectos generales, para posteriormente mirar hacia atrás no sólo con el afán de reivindicar su vida en “estado de libertad” en el monte, que nos dejará comprender su propia visión: “bienestar”, y en qué medida ese concepto se asemeja al de “salud”, a través de la descripción de su etnofisiología y de sus creencias con respecto a su cuerpo y la relación con su entorno.

Finalmente, se presenta una descripción y análisis de la percepción que la población yuqui tiene en torno a la maternidad en su concepción más amplia, la importancia de la familia, las prácticas persistentes en la comunidad, el aspecto generacional, el rol de las mujeres y varones en la reproducción de la vida y los factores que determinan los cambios que hoy se vislumbran.

Tengo la expectativa de llegar con este aporte inicialmente al personal de salud que trabaja con pueblos indígenas, ampliando su perspectiva sobre interculturalidad, a investigadores del área social y de salud para que indaguen con mayor profundidad en estos temas, a autoridades del sector público y privado para la toma de decisiones adecuadas y sensibles dirigidas a poblaciones indígenas, y principalmente a las mujeres del pueblo Yuqui, devolviendo la información que de manera fraterna me otorgaron.

## 2. El pueblo Yuqui

### 2.1. Un pueblo altamente vulnerable

El pueblo Yuqui está caracterizado como un Pueblo Indígena Altamente Vulnerable (PIAV) por la situación de riesgo para su supervivencia.<sup>1</sup> La mayoría de los pueblos indígenas en condiciones de vulnerabilidad se encuentran en las tierras bajas del oriente y la cuenca amazónica, y algunos están asentados en Tierras Comunitarias de Origen (TCO). Bajo esta figura, cuentan con territorios que teóricamente les permitirían su reproducción social, cultural y material, mitigando su vulnerabilidad al etnocidio. Sin embargo, continúan sufriendo agresiones por parte de agentes externos que les colocan en procesos que afectan su supervivencia física y cultural, y por supuesto la integralidad territorial.

Algunos de estos pueblos se encuentran ubicados en áreas fronterizas internacionales. Esto quiere decir que sus espacios de vida están atravesados por las fronteras y limitando sus circuitos, recorridos y sistemas de producción itinerantes. Esta situación incrementa el grado de vulnerabilidad de estos pueblos al colocar restricciones políticas de tránsito en su territorio ancestral. Además, establece problemas de ciudadanía y situación legal en los países. La frontera también se constituye en un peligro para la supervivencia física de estos pueblos ya que el contrabando, el narcotráfico y otras actividades ilícitas suelen llevarse a cabo en estos trayectos de itinerancia.

Los criterios para determinar la vulnerabilidad son el aspecto demográfico; territorial; la agresión física, cultural y ambiental; salud e inmunológica; desestructuración del tejido social; geopolítica.<sup>2</sup> Entre estos pueblos se encuentran el pueblo Yuqui, Araona, Pacahuara, Machineri, Yaminahua, Esse Ejja, Moré, Sirionó, Canichana, Baure, Chácobo, Cayubaba, Mosestén, Cavineño, Tapiete, Weenhayek, Uru.

Dentro de esta categorización, el pueblo Yuqui se ubica como el de mayor vulnerabilidad y riesgo de etnocidio; uno de los elementos en común con los otros pueblos de similares condiciones es su contacto reciente y, por tanto, la falta de ejercicio de sus derechos ciudadanos. Particular situación es la que afrontan los yuqui en el trópico de Cochabamba, una región que en las últimas décadas recibió una alta ola migratoria que generó la conformación de pueblos intermedios importantes con altos niveles de producción, comercio y transporte; este es el ámbito

---

1 El Viceministerio de Justicia Indígena Originaria y Campesina ha elaborado el Anteproyecto de Ley a Naciones y Pueblos Indígena Originario en Peligro de Extinción, en Situación de Aislamiento Voluntario y No Contactados, que se encuentra en proceso de socialización con las organizaciones indígenas.

2 Estos criterios fueron definidos por la Comisión de Trabajo para PIAV, que estaba conformada por varias instituciones públicas y la organización matriz Cidob.

en el que se desenvuelve, un espacio con movimiento económico y tecnológico, y sectores sociales cohesionados en una organización fuertemente consolidada.

## 2.2. La comunidad Bia Recuate<sup>3</sup>

El hábitat del pueblo Yuqui se ubica en el trópico de Cochabamba, en un área categorizada como bosque muy húmedo subtropical (Unzueta, 1975), con una temperatura promedio entre los 17°C y 24°C, con pequeñas variaciones a lo largo del año y una precipitación fluvial que fluctúa entre los 3.500 y 5.000 mm.

El pueblo Yuqui logró consolidar su territorio el año 2002, constituyéndose en Territorio Comunitario de Origen (TCO Yuqui CIRI),<sup>4</sup> con una superficie de 115.924 hectáreas que comparte con una fracción del pueblo Yuracaré y Trinitario. La principal comunidad yuqui, denominada Bia Recuate, está ubicada en el Distrito I del municipio de Puerto Villarroel.<sup>5</sup>

## 2.3. Datos poblacionales

Los datos oficiales que se tienen sobre la población yuqui del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) realizado el 2001 son bastante imprecisos, se deducen dentro de la categoría de “otras lenguas nativas” que es de 248 habitantes<sup>6</sup> para el municipio de Puerto Villarroel, y tampoco precisa la cantidad de indígenas yuqui que viven en los centros urbanos del trópico.

El año 2007 la organización indígena levantó un censo comunal con el apoyo del Viceministerio de Tierras,<sup>7</sup> donde se determinó la presencia de 257 habitantes, información que se actualizó constantemente. La versión correspondiente a la gestión 2010 y permite concluir los siguientes datos:

---

3 Bia Recuate es la comunidad yuqui donde habita la mayoría de la población y el significado en idioma *biaye* es el “lugar de la gente”.

4 INRA Cochabamba. Título ejecutorial TCO Yuqui CIRI.

5 Mapa de ubicación de Bia Recuate en el municipio, provincia y el departamento de Cochabamba.

6 El CNPV 2001 sólo se indagó sobre “lengua o idioma hablado”, con las categorías: quechua, aymara, castellano, guaraní, extranjero u otro nativo. Por lo tanto, se asume que los 248 casos de otro nativo se refiere al pueblo Yuqui.

7 El año 2007 el Viceministerio de Tierras implementó una estrategia de seguimiento al escenario de vulnerabilidad del pueblo Yuqui.

**Tabla 1**  
**Población yuqui por edad y sexo**

AÑOS	VARONES	MUJERES
1 a 5	28	29
6 a 15	42	39
16 a 30	33	28
31 a 59	31	27
60 y más	2	3
TOTAL	136	126

**Fuente:** Unidad de Gestión Territorial Indígena Viceministerio de Tierras

La población yuqui en la actualidad alcanza aproximadamente a 262 habitantes, de los que 126 son mujeres y 136 varones, con un índice de masculinidad de 107 hombres por cada 100 mujeres. En cuanto a la distribución de la población por edades, como se observa casi la mitad de la población, es decir 138 habitantes, está en el rango menor a 15 años. El sector más pequeño está constituido por personas de la tercera edad mayores de 60 años: 5 personas que representan el 2% de la población.

En el caso del pueblo Yuqui, los indicadores demográficos son bastante particulares, tomando en cuenta que se trata de una población reducida, que vivió sucesos que diezmaron su población,<sup>8</sup> tales como enfrentamientos con otros grupos indígenas, el ataque de cazadores furtivos, colonizadores y las enfermedades; aunque no se cuenta con datos oficiales sobre la cantidad aproximada de la población yuqui antes de su contacto con la sociedad, los testimonios confirman números mayores.

Aun en la época inicial del contacto, no existía ni la costumbre ni la necesidad de registrar de manera escrita los nacimientos y/o las defunciones; el uso y acceso al registro civil son relativamente nuevos, y se le da prioridad a los registros de nacimientos<sup>9</sup> principalmente porque es una exigencia para la inscripción de los niños en la escuela y no así en el caso de las defunciones, pues la gente es enterrada en la comunidad. No se tiene información sobre la cantidad de gente que murió en el “monte”<sup>10</sup> en la época de contacto, como en el periodo de vida bajo la

8 El misionero Mariano Ichu manifiesta que el segundo y tercer grupo fueron contactados en situaciones muy tristes debido a que habían enfrentado “guerras” que diezmaron su población de manera significativa.

9 En la actualidad, la exigencia del certificado de nacimiento en los niños y niñas para ingresar a la escuela se debe al respaldo que requieren los maestros para el pago del bono Juancito Pinto, y en los últimos años para beneficiarse con el bono Juana Azurduy, que aún no ha recibido ninguna mujer yuqui.

10 Se usa la palabra monte para referirse al bosque, a la selva tropical.

tutela de misión.<sup>11</sup> Recientemente, desde que la población acude a los servicios de salud del trópico,<sup>12</sup> se tiene información confirmada sobre el deceso de personas principalmente por enfermedades respiratorias, que continúa siendo la principal causa de muertes en el pueblo Yuqui, junto con la anemia.

En cuanto a los fallecimientos, en la gestión 2009 sucedieron cinco decesos que corresponden a aproximadamente el 2% de la población, con una tasa de mortalidad bruta de 2 muertes por cada 100 personas al año. El año 2010 igualmente se tuvo cuatro decesos y el 2011 cinco.<sup>13</sup> La tasa bruta de natalidad es del 5,2%, es decir, nacen cinco niños y niñas por cada 100 personas al año. Por tanto, existe un crecimiento natural de la población de nueve personas por año, una proyección en las actuales condiciones permitiría que en 20 años el pueblo Yuqui doble el número actual.

## 2.4. Áreas tradicionales de ocupación

La población *bia*<sup>14</sup> yuqui recuerda que su territorio (*osendi*) estaba ubicado desde el sindicato hoy conocido como Todos Santos (en las nacientes del río Chapare) hasta el área donde termina el río Ichilo y al este por el río Víbora, en Santa Cruz. El concepto de *osendi* estaba referido al área de ocupación extendida en la que accedían a sus recursos, donde realizaban sus recorridos, conocedores de su aspecto fisiográfico, como también el área de itinerancia de otros pueblos que lo frecuentaban, con los que solían enfrentarse en “guerras”.

Antes de su contacto con la sociedad nacional, el pueblo Yuqui vivía en el monte, sus habitantes eran nómadas y se dedicaban a la caza y la recolección, se movilizaban en pequeños grupos familiares<sup>15</sup> para acceder a los recursos del territorio o hábitat tradicional: “...se quedaban en un lugar hasta que se agoten los recursos comestibles, principalmente los animales, después se iban a otro lado...”.<sup>16</sup> Se estableció que su hábitat estaba cerca de la actual Reserva del Choré (departamento de Santa Cruz), se calcula que eran aproximadamente dos mil

11 Kimura presenta una lista de la población en 1979, donde aparecen al final 48 nombres de “los muertos”; pero no se sabe si murieron bajo la tutela de la Misión o son los muertos que refiere la población, y tampoco las causas.

12 Registro de actividades del Programa Tuberculosis del Sedes Cochabamba.

13 Información corroborada personalmente en los hospitales del trópico y la ciudad de Cochabamba, en el seguimiento a su situación de salud.

14 *Bia* es el etnónimo que este pueblo reconoce como propio para identificarse como un pueblo con una cultura diferenciada. A lo largo del documento se utilizará este etnónimo para hacer referencia al pueblo indígena antes del contacto.

15 El tipo de residencia del pueblo Yuqui corresponde a familia extendida, es decir, la pareja, los hijos, algunos hermanos y/o cuñados con sus hijos.

16 Entrevista a un comunario yuqui, febrero del 2005, en el marco de la elaboración del Plan Estratégico Indígena (PEI).

familias y en esta etapa este pueblo indígena tenía acceso y disponibilidad de una gran extensión de territorio,<sup>17</sup> tenían además estrategias para el uso de los recursos naturales y para el control territorial, lo que garantizaba su sobrevivencia.<sup>18</sup>

La percepción o concepción de territorio está matizada por sus antecedentes históricos, así como la forma en la que hoy preserva y asume su territorialidad; la cuestión de la defensa del territorio en términos de acciones de protección de áreas de control de recursos para los yuqui es previa a la titulación, ellos sostuvieron *guerras* con pérdidas humanas en muchas oportunidades contra otros grupos “*abaa*<sup>19</sup>/bolivianos” para consolidar su derecho, al igual que los violentos encuentros con cazadores y colonizadores que acechaban su territorio. Estos tristes recuerdos todavía persisten en su memoria.

Bajo la tutoría misional, la defensa territorial en términos violentos no era necesaria, los jóvenes yuqui acompañaban a los misioneros a conquistar a sus hermanos *bia* en el monte, mas no el territorio; en esta etapa se buscaba introducir y reforzar una visión de vivencia segura y colectiva en comunidad, que se circunscribió a Bia Recuate. Actualmente, libres de decidir dónde establecerse, la ocupación del territorio retomó su significado en cuanto a una práctica importante, la itinerancia que le permite acceder a amplias áreas territoriales, más allá de la comunidad.

Hoy el concepto de territorio se ha reconfigurado, de *osendi* que se puede entender como el bosque a *nande tuyu* que es la la Casa Grande, que va más allá de Bia Recuate, el bosque vivo que les proporciona sus recursos para vivir no sólo en cuanto a carne y frutos, es materia que se transforma en madera con precio; el *osendi* donde viven sus hermanos aislados, los espíritus, donde descansan los que partieron; también el territorio hoy es las comunidades de sus hermanos yuracaré y trinitarios, con los que comparten el título otorgado por el Estado. Por lo que su visión de territorio se amplió en cuanto a los sujetos que lo habitan, a la espiritualidad que lo posee y a la versatilidad de lo que le brinda, retomando también la importancia de su defensa activa de amenazas externas, como la colonización.

El área de hábitat de los yuqui se circunscribió a la TCO, siendo la de mayor importancia en la comunidad Bia Recuate, y posteriormente el área conocida como YU12,<sup>20</sup> áreas donde pueden reproducir sus prácticas culturales. En los últimos cinco años se intensificó su presencia en los poblados del trópico donde se asientan en espacios públicos, como plazas y calles, en una protesta silenciosa

17 Melgar, Edwin. (1990). *Procesos de aculturación en los Yuqui*. Cochabamba: tesis de Licenciatura en Sociología UMSS.

18 El nomadismo es una forma estratégica de uso y acceso racional de los recursos naturales, y permite desarrollar un control constante y físico del territorio.

19 *Abaa*, término que se refiere al otro que no es *bia* (yuqui).

20 YU12 es un punto de ubicación de la TCO, donde se asentó alguna población y aún no se definió un nombre como comunidad.

y de recuperación de su territorio ancestral, aunque generando el malestar de los residentes urbanos que se traduce en actitudes de discriminación hacia los yuqui.

## 2.5. Prácticas culturales

Se tiene muy poca información sobre las prácticas culturales del pueblo Yuqui, principalmente sobre aquellas relacionadas a sus representaciones simbólicas para sobrevivir en el monte y su universo espiritual, tanto a nivel individual como colectivo, aparentemente como resultado de su convivencia con la Misión.<sup>21</sup>

Una de las prácticas culturales más importantes era la *fragmentación del grupo* con la finalidad de expandirse y desenvolverse en el territorio que recorrían. Esta fragmentación también respondía a una necesidad de solucionar conflictos internos entre las familias extendidas *Bia* (Isategua y Linares, 2010), debido a que los sistemas relacionados con el uso y distribución de recursos tenían gran vinculación con los sistemas de prestigio y jefatura, que solían trascender en conflictos de poder al crecer el grupo. Esta práctica todavía persiste y se observa cuando existe algún conflicto entre familias y una de éstas opta por dejar la comunidad por un tiempo.

*La movilización en grupo*, otra práctica que permanece vigente, es una de las estrategias de cohesión y respaldo familiar más fuerte, donde el grupo familiar se moviliza en las situaciones más adversas, como a los hospitales o a reuniones en otras ciudades; pero que garantiza el apoyo mutuo del grupo y su protección recíproca ante cualquier adversidad. Es una práctica totalmente incomprendida y cuestionada por actores externos que la ven como una limitación para las acciones planificadas.

Probablemente el aspecto que genera mayor rechazo es que los yuqui reproducen su forma de vida, donde se encuentren; lo que equivale a instalar un pequeño campamento en el hospital, plaza de pueblo o ciudad, confrontando nuevamente las diferentes representaciones de *bias* y *abaa* en cuanto a espacio, orden y limpieza.

La *cacería* se realizaba en grupo y las estrategias que se empleaban tanto para la adquisición como para la distribución de la carne estaban ligadas al sistema de mando (Stearman, 1990), siendo una actividad que fundamentaba a su vez las nociones jerárquicas de liderazgo y poder, como líder cazador y con posibilidad de distribuir la carne; esta habilidad le otorgaba prestigio y beneficios como seguridad de contar con una pareja, por lo tanto, a reproducirse status y poder. En la actualidad los hombres cazadores van de caza solos o con algún pariente, en el monte mientras cazan todavía replican las formas de relacionamiento jerárquicas, entre suegro y yerno, por ejemplo; como también en la distribución de la carne que se realiza a nivel familiar.

---

21 Deducciones personales a raíz de conversaciones con la población en sentido de evitar hablar de temas que los relaciona con “lo bárbaro”.

La caza era uno de los medios principales del mantenimiento de la vida junto con la recolección de los recursos vegetales de la selva.<sup>22</sup> La caza era una actividad casi exclusiva y favorita de los hombres jefes de familia por la importancia social y el valor que otorgaba, Kimura detalla:

Los hombres van a cazar solos o en grupos pequeños (...) son muy hábiles en la interpretación de las huellas, sabiendo cuantos animales han estado y el tiempo de la huella (...) los yuqui cazan con los arcos y las flechas, no usan trampas ni redes, no usan venenos ni cebos; no emplean el método de esconderse en la espesura selvática ni sobre los árboles, los yuqui tiene preferencia por perseguir a los animales grandes (Kimura, 1979).

Actualmente, los hombres cazadores replican sus técnicas de caza y su conocimiento y habilidad es mucho más exigida ante la reducción de los animales en las cercanías de la comunidad, ante la falta de control de terceros que ingresan a su territorio a cazar de manera indiscriminada.

En cambio, la *pesca* era y es una actividad de menor importancia: “Para los yuqui la pesca no es tan importante como la caza y los pescados son fuentes adicionales de proteína de los animales cazados. No componen un grupo para pescar...” (Melgar, 1990), esta actividad todavía es complementaria a la alimentación de los yuqui y en determinadas épocas se constituye en una fuente de ingreso temporal por la venta a terceros. Hoy la pesca es una actividad común que realizan hombres, mujeres y principalmente los niños y niñas.

La *recolección* y consumo de frutos del monte tenía un papel importante pues balanceaba la alimentación y era una actividad realizada por las mujeres y los niños que acompañaban al padre en la cacería. Esta práctica todavía fue realizada por la gente de las antiguas generaciones que vivieron mayor tiempo en el monte, que en contacto con la sociedad occidental reproduciendo sus prácticas culturales por cientos de años, como lo plantean investigaciones como la de Holmberg (1969); hoy las mujeres y los niños no acompañan frecuentemente a los adultos a cazar, por lo que se está reduciendo la transmisión de conocimientos sobre las propiedades y usos de los frutos y semillas silvestres. A pesar de ello, y principalmente porque la comunidad está ubicada en un bosque primario, gran parte de la población recolecta frutos de temporada y los consume constantemente.

## 2.6. Estructura social

El tipo de organización yuqui antes del contacto corresponde a lo que Evans Pritchard (1940) caracteriza como ‘sociedades sin Estado’, que son sociedades

---

22 Todavía persiste esta práctica, que consiste en encargar al hombre cazador que en el camino que recorre traiga frutos y/o algunas cortezas vegetales para la elaboración de artesanía.

segmentarias basadas en sistemas de linajes que establecen unidades corporativas con funciones políticas, en las que no existe autoridad centralizada, son sociedades segmentarias, sin rango de riqueza o estatus. Donde los conflictos y las relaciones de poder son regulados por un sistema de linajes, en el que los sistemas de parentesco juegan un rol fundamental.

Antes del asentamiento, las relaciones entre los yuqui estaban determinadas por el sexo, el aspecto generacional y la posición social. La estructura social a nivel de la comunidad estaba definida por la predominancia de liderazgos familiares; y en el núcleo familiar por la relación de dependencia en cuanto a edad y sexo, donde predominaba el mayor y lo masculino.<sup>23</sup>

En su vida nómada, la estructura social de los yuqui se constituía de grupos familiares de descendencia unilineal, con tendencia a la patrilinealidad y a la uxori-localidad, con liderazgo de hombres fuertes y aptos del grupo, líderes proveedores, capaces de mantener y guiar a la familia. Asimismo, la sociedad *bia* estaría estratificada en dos grupos sociales: uno superior denominado *saya* o amo, y otro compuesto por esclavitud hereditaria u orfandad denominado *eremecua* o esclavo (Kimura, 1979; Stearman, 1990).

El concepto yuqui sobre el mando y el prestigio “(...) consistía en: 1. Ser *saya*; 2. Ser un buen cazador y por consiguiente proveedor de carne para la banda; 3. Tener un estatus de hombre basado en la edad, pero sólo en relación de las edades del resto de la banda y; 4. Poseer cierto carisma en términos de una personalidad agresiva y capacidad para tratar con sus iguales”. Aunque ha cambiado el ámbito, hoy las cualidades que persisten son pertenencia a una familia grande tradicional de *sayas*; ser proveedor de la familia y el grupo, aunque no necesariamente mediante la cacería; y la capacidad de negociación con los *abaa*.

## 2.7. Condiciones actuales de la comunidad

La comunidad yuqui recibió varias intervenciones institucionales, pero no se lograron resolver las principales necesidades que garantizan una vida saludable, como el saneamiento básico y ambiental; no se cuenta con un sistema de agua, la población consume diariamente agua sin ningún tratamiento, que proviene directamente del río Chimoré. Por iniciativa de iglesias evangélicas se realizó la perforación de dos pozos de agua en la comunidad que proporcionan agua, que al igual que la del río tiene altos niveles de contaminación por bacterias y la presencia de altos niveles de hierro, inadmisibles para el consumo humano.<sup>24</sup>

23 El relacionamiento dentro de la comunidad yuqui todavía mantiene esta norma, aunque los jóvenes que frecuentan los pueblos suelen tener conflictos ante la falta de respeto a las normas sociales de relacionamiento.

24 El Programa Mundial de Alimentos en el marco de una iniciativa interinstitucional para instalar un sistema de agua, realizó el año 2011 un estudio físico químico y bacteriológico del

No se cuenta con un sistema de tratamiento de excretas,<sup>25</sup> sólo un pequeño pozo séptico en cercanías de la escuela; no se definió un ordenamiento espacial para la eliminación de desechos orgánicos e inorgánicos, situación que en época de lluvias es alarmante pues la comunidad se inunda y los desechos quedan expuestos como un alto factor contaminante. En la vivencia en el monte este factor no revestía importancia debido a que los desechos de la comunidad eran de composición orgánica de fácil absorción por la tierra, espacios que además no eran ocupados de manera permanente debido a su itinerancia.

Muestras tomadas en la población, y sometidas a estudios parasitológicos realizados por el médico de una institución religiosa y que frecuentaba la comunidad, revelaron una amplia presencia de parásitos,<sup>26</sup> que se transmiten por el consumo de alimentos y agua contaminada; y de nematodos,<sup>27</sup> que se introducen al cuerpo por los pies descalzos y son una de las principales causas para el deterioro de su sistema digestivo, como resultado de las constantes enfermedades gastrointestinales que debilitan el organismo y dejan secuelas de anemia y desnutrición.

En cuanto a las condiciones ambientales del área de la comunidad, hay presencia de todo tipo de desechos, como ser plásticos, latas y prendas de vestir en desuso; tomando en cuenta que existen pocas viviendas construidas de material o de madera, todo este material está regado por el piso de la comunidad. En su vida en el bosque, para el pueblo Yuquí no existía el problema de la contaminación por acumulación de basura, porque no existía la basura ni su concepto de basura (Jabin, 2005 en la lengua *biaye*, las cosas tenían una funcionalidad y otras simplemente dejan de usarse porque ya no son útiles; pero en las condiciones que vive la comunidad hoy sin un ordenamiento para el tratamiento de desechos, y la constante adquisición de objetos de plástico y metal se convierte en un verdadero problema de acumulación de desechos sólidos.

En cuanto a la contaminación del río, no se tiene datos probados sobre los niveles de contaminación que contiene; pero es un hecho conocido que los centros urbanos del trópico arrojan todo el sistema de alcantarillado al río, así como la basura que se acumula.

**La escuela y la posta.** La comunidad cuenta con una Unidad Educativa *Yaicuate*,<sup>28</sup> que atiende a aproximadamente a 70 niños y niñas desde preescolar hasta

---

agua, con los resultados mencionados. Esta iniciativa pretende instalar un filtro de hierro y un ozonizador, para filtrar el agua (Unicef, PMA, OPS/OMS, Yagua Samu y el Municipio de Puerto Villarroel).

25 La institución CHF (Comunidad Hábitat y Finanzas) construyó en la gestión 2005 letrinas en la escuela, que nunca funcionaron debido a que no se logró hacer la instalación de agua para su mantenimiento. Estas permanecen cerradas y se inundaron en época de lluvias.

26 *Entamoeba Histolytica*, quistes de *Giardia*, quistes de *Escherichia coli*.

27 Tipo de gusanos *Trichuris* y *Ascaris*.

28 Yaicuate significa conocimiento en biaye.

octavo de primaria;<sup>29</sup> corresponde al Núcleo Educativo Ayopaya y a la Dirección Distrital de Puerto Villarroel, que trabaja con un calendario y programa de la región quechua que no se adecua a la forma de vida, idioma y costumbres de los yuqui, con dificultades de comunicación entre maestros y padres.

El municipio de Puerto Villarroel construyó dos aulas de material el año 2006 y todavía se ocupa un aula antigua de la infraestructura construida por los misioneros evangélicos.<sup>30</sup> Lamentablemente la comunidad no existe tiene ningún espacio de esparcimiento para los niños y jóvenes.<sup>31</sup>

Desde el año 2006, la comunidad cuenta con una posta de salud de material y agregados,<sup>32</sup> bastante amplia y con espacios para consulta, internación y farmacia; está medianamente equipada y actualmente se encuentra deteriorada.<sup>33</sup> Tiene un médico y un auxiliar de salud que se turnan para atender la posta de forma permanente, aunque suele ocurrir que el personal de salud no coordina adecuadamente y pueden pasar varios días sin atención en la posta de Bia Recuate.

En la posta se implementan todos los programas del sistema de salud nacional, con las limitaciones que genera la cantidad poblacional con la lógica de atención y distribución de medicamentos a partir de las coberturas, que en el caso yuqui es mínima en comparación con otros centros de salud de la zona. Se cuenta con los medicamentos para el SUMI,<sup>34</sup> SSPAM,<sup>35</sup> el PAI<sup>36</sup> y el programa Tuberculosis.

La población que frecuenta los poblados acude a los hospitales de Ivirgarzama y Villa Tunari, ambos de segundo nivel, con bastante dificultad debido a varios factores: maltrato hacia la población,<sup>37</sup> falta de recursos económicos para cubrir atenciones, prohibición de ingreso de acompañantes. En los últimos dos años, la organización indígena cancela los servicios de salud en los hospitales a través de los recursos que genera la venta de sus recursos forestales.<sup>38</sup>

29 Los jóvenes no tienen posibilidad de terminar el bachillerato en la comunidad. Existe un núcleo en Ayopaya, pero debido a los altos niveles de discriminación y a la falta de recursos económicos por parte de los padres para mantener a sus hijos éstos abandonan la escuela.

30 Los misioneros que contactaron a los yuqui construyeron una escuela grande; pero de madera, que en la actualidad está deteriorada.

31 Desde la gestión 2009 se tiene presupuestada en el POA la construcción de una cancha poli-funcional que hasta la fecha no se ejecutó.

32 La posta de Bia Recuate fue construida por la ONG Comunidad Hábitat y Finanzas (CHF), el año 2006.

33 La posta fue equipada en la gestión 2007 gracias a la cooperación de Gestión y Calidad en Salud, en convenio con el municipio de Puerto Villarroel.

34 Seguro Universal Materno Infantil

35 Seguro de Salud Para el Adulto Mayor

36 Programa Ampliado de Inmunización.

37 Se registraron varias denuncias de maltrato en el Sedes y el Defensor del Pueblo de Villa Tunari.

38 La TCO Yuqui CIRI cuenta con un Plan de Manejo Forestal administrado por una instancia técnica dirigida por autoridades indígenas. Las cuentas anuales en servicios de salud ascienden a 230.000 bolivianos aproximadamente (información OIF Yagua Samu).

### 3. La percepción yuqui sobre bienestar (Cherasiam)

#### 3.1. Creencias y representaciones de su entorno

El pueblo yuqui tenía una visión animista de su entorno, es decir, "...creencia de que los seres naturales están dotados de un principio espiritual propio y que, por tanto, es posible que los hombres establezcan con estas entidades unas relaciones especiales: relaciones de protección, de seducción, de hostilidad, de alianza o de intercambio de servicios" (Descola, 1998), donde las relaciones sociales y humanas, y los seres del bosque determinan su entorno social, natural y espiritual.

Este pensamiento persiste en la población que se sugestiona ante señales de su entorno, como los fuertes truenos, los relámpagos, los ruidos del bosque y el canto de los pájaros; principalmente la población adulta y del segundo y tercer grupo, que son justamente los que vivieron menor tiempo en contacto con la sociedad. Los hombres yuqui, cazadores que todavía recorren el bosque, conocen cada sonido y lugar, así como el comportamiento de los animales, a los que les atribuyen un determinado carácter y personalidad.

Igualmente, los presagios "maldiciones" de parte de su entorno social influyen mucho en el ánimo de las personas, como la remembranza de episodios dramáticos, provocando episodios marcados de mucha tristeza que suelen volverse lamentos colectivos; el pueblo <<Yuqui determina su mundo por el tipo de relación que establece con su entorno social, espiritual y natural. Su entorno social se diferencia entre sus relaciones con la misma gente (*bia*) ("sus parientes")<sup>39</sup> y con la gente de afuera (*abaa*) ("los otros").<sup>40</sup>

Aparentemente, el pueblo Yuqui en su vida nómada no tenía especialistas médicos (Holmberg, 1969b), facilitando en alguna medida su adhesión a la medicina moderna, ya que desde el primer momento de contacto se proveyó a la población de médicos y medicinas. Aunque los ancianos (Isategua y Linares, 2010), refieren que conocían y consumían alimentos con propiedades curativas, que regulaban el funcionamiento de su organismo (raíces, frutos, semillas y aceites). Existiendo además normas internas sobre el consumo de alimentos ("restricciones alimentarias") relacionadas con el ciclo de vida de las mujeres y con los ciclos reproductivos del bosque; estas restricciones y permisiones equilibraban las relaciones sociales hacia dentro del grupo, en cuanto a la distribución de alimentos por ejemplo. Una parte de la población todavía mantiene estas prácticas, pero no logró mantener

---

39 No todos los Yuqui se reconocen como parientes entre sí. Usualmente la población foránea denomina a un Yuqui pariente de otro, pero ellos reconocen a sus parientes sólo a aquellos que tienen una relación cosanguinea, es decir que es del mismo grupo de contacto, por que las relaciones entre grupos recién están generando nuevas generaciones.

40 Es un término de alteridad.

la transmisión de la información a las nuevas generaciones, justamente por su estigmatización con lo *bárbaro*, entonces ese conocimiento se está perdiendo progresivamente.

### 3.2. Los cambios en las representaciones *bia*

El pueblo Yuqui afrontó la desmitificación progresiva de su creencia en los espíritus del bosque y su visión animista, mas no en su totalidad persistiendo éstos en su memoria larga; tampoco se apropió totalmente de la creencia cristiana evangélica de la concepción del mundo a pesar de los esfuerzos de la Misión. Esta situación, sumada a la llegada del segundo y tercer grupo al campamento, confrontó a la población yuqui con su origen “salvaje-bárbaro” o “libre”,<sup>41</sup> lo que generó un fuerte conflicto religioso, existencial y espiritual que aún influye mucho en su estado de salud, y en su equilibrio físico, psíquico y emocional.

El proceso de sedentarización de la población dio inicio al cambio de hábitos alimentarios ante la diferente forma de acceso a los recursos naturales, principalmente en cuanto a la capacidad de acceder a la carne y a frutos silvestres, actividades que se ven afectadas por la fuerte presión sobre el bosque en el área de la comunidad como también en otras áreas frecuentadas por terceros y de otros pueblos indígenas que habitan la zona.

En la etapa de evangelización la población todavía tenía cierta libertad en el ejercicio de sus prácticas culturales, a pesar de la sedentarización, pero cuando la Misión dejó la zona después de 1995 los yuqui no habían abandonado sus propias creencias y prácticas; pero tampoco habían logrado adaptarse a los comportamientos y normas de la sociedad boliviana. Esta situación empeora cuando se aventuran hacia los centros urbanos y se inicia un progresivo proceso de abandono de sus costumbres y creencias, evidente en las nuevas generaciones que se encandilan con la modernidad y subestiman el valor de su propia cultura.

El yuqui, indagador innato, inicia su proceso de aculturación cuando llega al *pueblo* un entorno adverso que discrimina su forma de vida, su aspecto, su pasado y provoca un sentimiento de defensa y autoprotección, en el sentido que pierde sus conocimientos y prácticas propias sin adaptarse o transformarlas en nuevas prácticas útiles que le permitan sobrevivir. Esta realidad es lacerante, principalmente en los jóvenes, porque la población adulta sólo va al pueblo a proveerse de productos necesarios del mercado y vuelven a la comunidad, donde –como ellos afirman: “...en la comunidad no se paga, todo es gratis en el monte y no se duerme en el cemento”, refiriéndose al pernocte en la calle.

---

41 En una entrevista con una misionera boliviana, refería que los jóvenes del tercer grupo no dejaban de jugar desnudos por todas partes, pero la descripción que daba, definía un sentido de libertad plena.

### 3.3. Percepción sobre *ore resa getin ñõn de* (somos hartos)

Desde la percepción o yuqui, el factor de la baja densidad poblacional no está asociado con un factor de riesgo<sup>42</sup> debido a que en su memoria colectiva los grupos que recorrían el bosque eran pequeños, no más de 30 personas (Stearman, 1996: 215); la existencia de un grupo demasiado numeroso podría generar conflictos interfamiliares, como ocurre en la actualidad en Bia Recuate. El factor numérico también podría incidir en la cantidad de recursos en el bosque, principalmente hablando de la cacería, una población numerosa reduciría la cantidad de probabilidades de buena caza y, por lo tanto, de ingesta de carne de las familias.

Un elemento que fundamenta este punto es la dificultad de convivencia entre los tres grupos contactados, que se evidencia en algunas actitudes negativas de la gente del primer grupo hacia los del segundo y tercer grupo contactado, en expresiones como: "...ellos son bárbaros (*bias*)... son del lado de Santa Cruz",<sup>43</sup> que por el tiempo de su contacto con la sociedad boliviana han tenido menor acceso a información y educación cristiana: "...ellos no conocen a Dios...",<sup>44</sup> refiriéndose a los *bias* contactados en 1986 y 1989.

Aun cuando ocurrían muertes, los fallecidos *espiritual* y *físicamente* continuaban acompañando al grupo a través de sus restos (huesos). Existe información de que cuando existía algún tipo de desequilibrio numérico que amenazaba la reproducción del grupo, los yuqui aplicaban estrategias de repoblación como raptar mujeres o infantes<sup>45</sup> en enfrentamientos con otros grupos indígenas.

Hoy la población yuqui está cambiando su percepción sobre la muerte y su incidencia en la cantidad numérica de su pueblo, suelen mostrar molestia ante la supuesta falta de comprensión de los *abaa* sobre la importancia de la pérdida de un *bia*, y asumen que el dolor que sienten ellos (los *bia*) por la muerte es mucho más profundo que el de otros pueblos: "Nosotros no somos como los *abaa*, que bailan y comen cuando su hermano se muere, nosotros no podemos comer, acordamos todo el tiempo, podemos morir también".<sup>46</sup> U otras expresiones como que la muerte de un *bia* equivale a la de dos *abaa*, rememorando la época en la que al morir un *bia* debía ser acompañado por otra persona.<sup>47</sup> Este tipo de expresiones

42 Se suele especular en cuanto a la supuesta extinción del pueblo yuqui, principalmente sobre la base del factor poblacional, que para el pueblo yuqui no es un factor determinante. Aunque últimamente se observaron discursos en sentido de aumentar su población.

43 Testimonios de población yuqui del primer grupo.

44 Comentario de una mujer yuqui del primer grupo JGI.

45 "Nuevos elementos para comprender la esclavitud yuqui" Jabin David 2008. Doctorante del IRD y la Universidad de Orleans (Francia).

46 Testimonios de población yuqui.

47 Existía la práctica de enterrar o matar a una persona para que acompañe a un *bia* fallecido, que solía ser su esclavo.

no hacen más que develar la percepción particular del pueblo yuqui sobre la vida y la muerte, sus implicancias sobre la cuestión demográfica, así como sobre su visión etnocentrista con respecto a otras percepciones.

Se puede afirmar que los yuqui, cuando vivían en el bosque, tenían control sobre la cuestión demográfica, sobre la cantidad de población y las condiciones principalmente físicas de los miembros del grupo que aseguren la reproducción del mismo. Esta cantidad (reducida) de población les permitía además mantener un sistema de jerarquías donde algunos sectores podrían tener privilegios, aunque ser pasivos en algunas actividades y otros subordinados de prestar servicios. De esta forma, la población yuqui contaba con las destrezas y habilidades necesarias para enfrentar el tipo de vida nómada, que exigía en algunos casos prescindir de nacidos con algún tipo de limitación física (Stearman, 1996: 215), o por la falta de definición de un padre,<sup>48</sup> que pudiera convertirse en motivo de conflicto –desequilibrio social– entre los miembros del grupo.

En la actualidad la percepción de la cuestión poblacional en el pueblo Yuqui está cambiando, existe conciencia de que se constituyen en un grupo reducido comparado con otros pueblos indígenas. La población reconoce como el principal riesgo a la enfermedad –la tuberculosis, la anemia y la micosis–, que es el equivalente a los espíritus del bosque; es muy común escuchar: “En las noches sudo harto y me llega la fiebre”.<sup>49</sup>

La difusión mediática sobre la vulnerabilidad del pueblo Yuqui, determinada por el número de muertes de su población, el acoso de los colonizadores por sus tierras “tanta tierra para tan pocos”<sup>50</sup> está generando la visión de que ser pocos puede constituirse en un riesgo y manifiestan que no desean ver morir más a su gente. Últimamente se observó un discurso positivo en sentido de reproducir el grupo como pueblo Yuqui, para fortalecerse no sólo como organización, sino también numéricamente, que si bien fortalece el sentimiento de identidad como yuqui, podría generar presión sobre las mujeres en cuanto a tener mayor cantidad de hijos.

### 3.4. Percepción sobre su cuerpo

Una peculiaridad de la vida nómada de los *bia* era la ausencia de prendas de vestir, algunos registros fotográficos muestran sus cuerpos desnudos, portando

---

48 Kimura plantea que debido al rito de iniciación de las jóvenes, es posible que quedaran embarazadas y no conocieran al padre genitor, lo que sería un motivo para recurrir al aborto del primer embarazo.

49 Este comentario está referido a uno de los síntomas de tuberculosis, que es la sudoración y altas temperaturas al atardecer.

50 Es una frase que constantemente repiten los campesinos colonizadores del trópico de Cochabamba con respecto a los yuqui.

sus características flechas de aproximadamente dos metros de largo y unas bolsas (*jirabo*) que colgaban de sus cabezas. Esta desnudez fue la primera costumbre que trataron de cambiar los misioneros y lo lograron a través de la entrega de ropa que hoy han adoptado, aunque existen testimonios que refieren que principalmente en el tercer grupo hubo resistencia, inicialmente por parte de algunos jóvenes que se deleitaban jugando desnudos, ya en su vivencia en la comunidad ante la reprobación de los misioneros.

Este es uno de los elementos que generó diferencias internas entre los tres grupos, probablemente referida al tiempo de contacto del primer grupo con diferencia a los otros dos, pues contrariamente a la percepción de los misioneros en cuanto a cubrir el cuerpo por pudor, la percepción de los *bia* estaba relacionada a no cubrirlo por la falta de un motivo para hacerlo, en una oportunidad el líder del tercer grupo caminaba desnudo y le pidieron que se cubriera, textualmente le dijeron que era “cochino”,<sup>51</sup> a lo que él contestó que eran cochinos los que se tapaban porque él no tenía que ocultar nada.<sup>52</sup>

Por tanto, la desnudez de sus cuerpos estaba relacionada con la libertad y sensualidad de la naturaleza y su sociedad, donde probablemente era más distinguido un cuerpo apto para la sobrevivencia y por supuesto más práctico para sus actividades como la cacería; en esas condiciones también se podría distinguir fácilmente el estado físico del cuerpo, en cuanto a su funcionamiento y bienestar. La desnudez del cuerpo y la sensualidad del monte como una unidad, en una oportunidad un investigador<sup>53</sup> llevó un grupo de hombres y mujeres *bia* al monte para reproducir jornadas de cacería y comentó cómo (los *bia*), a medida que se adentraban en la selva, se iban quitando la ropa, mostrando una sensación de placer; la desnudez de sus cuerpos se adecua a la exuberancia del monte, en una relación sensual.

En cuanto a los elementos o señales corporales que todavía le permiten a la población determinar el estado físico está la cantidad de sangre en el cuerpo, que se la mide observando el color de la palma de sus manos o de su cara, el color de sus pupilas, la contextura del cuerpo: “Yo era linda antes, gordita era, mi cara llenita...”,<sup>54</sup> señales que van a determinar las ganas de realizar actividades. Estas características se traducen en capacidad para reproducir el grupo y proveerse de alimentos (piel rosada, una buena contextura física, apetito y energía en el cuerpo). En estas circunstancias, la población yuqui se siente con deseos de comer, de alegrarse, de sonreír (*vayuyai*).<sup>55</sup>

51 Término popular que refiere a la persona que no tiene hábitos de limpieza y no se asea.

52 Testimonio de mujer que trabajó para la Misión y vivió en la comunidad durante 30 años.

53 El investigador que realizaba este tipo de actividades era David Jabin, en los años 2005-2006.

54 Las mujeres principalmente manifiestan su aprecio por la buena contextura física, robustos. En el sentido de gozar de buena salud.

55 Se usa bastante esta palabra en negación, para explicar el estado de enfermedad, es decir si no ríe es porque está enfermo: *vayuyai biti*.

La parte principal del cuerpo es la columna vertebral y el fluido más importante es la sangre, la vitalidad. La columna debe ser recta y larga para que soporte las otras partes del cuerpo, la contextura física de los yuqui es robusta y se aprecia si es así; paradójicamente, en la actualidad los altos niveles de desnutrición en la infancia podrían provocar baja talla en las nuevas generaciones.

	Cabeza - ito	
Brazos - eviba		Piernas - etima
	Columna - esoque	

Otro aspecto que desde la perspectiva yuqui incide en la salud, y es una señal del estado del cuerpo, es el equilibrio entre el calor y el frío. Cuando el cuerpo está frío (*erissa*) es una mala señal, se relaciona con la pérdida de la vida, lo mismo pasa con el calor excesivo (*enarasi*); además el calor en la actualidad está relacionado con la fiebre en el atardecer, es temido por ser “síntoma de tuberculosis”.

Se le otorga gran importancia a los fenómenos de la naturaleza como el trueno (*totonoae*), que rememora la muerte de algunas personas y la tristeza; cuando truena el cielo los yuqui se acuerdan de sus familiares muertos y también de las personas queridas que están lejos y por las que sienten nostalgia. La lluvia es una buena señal (*ijoe*) porque da vida, pero cuando es abundante temen a las inundaciones.<sup>56</sup>

La energía y la vitalidad del cuerpo están determinadas por las condiciones del cuerpo y el alma, por lo tanto, la cantidad de sangre que tiene el cuerpo y con el bienestar del alma en cuanto a sus relaciones sociales y con la naturaleza. La necesidad de tener ‘sangre buena’ en el cuerpo es muy importante, en los últimos años una parte importante de la población yuqui cree que las transfusiones de sangre son “casi mágicas” y que resolverán rápidamente la anemia,<sup>57</sup> es muy común escuchar que están ahorrando para hacer poner sangre a alguno de sus parientes o suelen pedir a otras personas que le donen sangre.

### 3.5. Cherasiam-cherasi

Los términos que se usan para expresar la ausencia o presencia de la enfermedad en el cuerpo, tienen una fuerte influencia de la medicina occidental; aparentemente antes del contacto el concepto de equilibrio del cuerpo (Aguiló, 1978) era un aspecto sobre el que tenían control a través del tipo de alimentación, con

56 Se advierte que en la naturaleza los fenómenos como la lluvia deben mantener un equilibrio.

57 Evidentemente, en algunos casos sí son necesarias las transfusiones de sangre por sus niveles bajos de hemoglobina.

presencia de proteínas y vitaminas, esto era normado por restricciones alimentarias y preceptos sociales de distribución de alimentos para asegurar el bienestar del pueblo (Isategua y Linares, 2010), situación que hoy cambió por la falta de control de esos aspectos.<sup>58</sup>

Los cazadores recolectores como los *bia* yuqui se caracterizan por la falta de especialistas médicos (Holmberg, 1969), supuestamente porque aplicaban estrategias para contar con un grupo apto para la vida nómada.<sup>59</sup> Una práctica para fortalecer el grupo era la guerra entre pueblos, en la que se capturaba a mujeres y niños, que por un lado enriquecen las nuevas generaciones y son personas que facilitan las tareas de las familias jerárquicas.

En ese contexto, el término en *biaye*, equivalente al de salud-enfermedad, es *cherasiam-cherasi*, que tiene un sentido más amplio y aunque últimamente la población utiliza bastante los términos en castellano “estoy mal, estoy enfermo”, “casi me muero”, no tienen la misma connotación. En ambos casos, cuando se manifiesta uno de estos estados no son necesariamente resultado de un diagnóstico médico, sino un estado de ánimo que podría ser efecto o síntoma de una enfermedad.

CHERASIAM	CHERASI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo hambre</li> <li>• Estoy con ganas de trabajar</li> <li>• Me siento bien</li> <li>• Me siento contento</li> <li>• Tengo harta fuerza</li> <li>• Estoy SANO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tengo sueño nomás</li> <li>– No tengo ganas de nada</li> <li>– Me duele la espalda, todo mi cuerpo</li> <li>– Creo que me voy a morir</li> <li>– Estoy decaído</li> <li>– Estoy ENFERMO</li> </ul>

Las causas que provocan un estado *cherasi* no sólo tienen que ver con el padecimiento de una enfermedad, también están relacionadas con el comportamiento propio y el entorno social, entorno que se amplió a otras áreas más allá de la comunidad, siendo:

- Conflictos en las relaciones sociales con sus parientes.
- Maldiciones recibidas por parte de otras personas.
- Comportamiento erróneo de las personas que podrían atraer la desgracia, como la mención de los nombres de los difuntos.
- El llanto excesivo de las personas que puede generar su pérdida o enfermedad.
- El susto (*ejjakutai*) cuando se cae en el bote o en otra situación de riesgo.

58 En los pueblos por ejemplo consumen lo que pueden obtener producto de compra o regalos.

59 Antes de la Misión los *bia* yuqui acostumbraban a matar a los hijos primerizos, y especialmente a las mujeres, por una supuesta debilidad por razón de primer embarazo. Esta práctica fue controlada por la Misión. Entrevista MI.

- La ansiedad, la depresión ante la falta de oportunidades como *bia* y como ciudadanos.

También se puede mencionar fenómenos naturales y señales de parte de los seres del bosque:

- Fenómenos naturales, como los truenos, la lluvia.
- Señales de los animales, como el canto de las aves, aparición de un tipo de insectos en determinadas épocas.

Otro aspecto o causa es la aparente falta de normas internas que permiten el desarrollo de conflictos entre la población, el abandono de normas para relacionarse con el ámbito espiritual, que ha generado un desequilibrio de su entorno; en alguna medida existe conciencia de que están transgrediendo su propio mundo a costa de otro que quieren apropiarse, sin conseguirlo.

La debilidad de sus creencias propias, que fueron estigmatizadas en la época de evangelización y que tampoco fue apropiada totalmente, donde la población manifiesta una creencia cristiana que no sostiene a través de su comportamiento. En este escenario, sus creencias ancestrales están diluyéndose ante la falta de práctica y de valorización principalmente de las nuevas generaciones, la falta de una creencia del pueblo Yuqui podría significar la ausencia de sentido en el futuro, de significado de la vida.

Algunas prácticas que podrían parecer negativas, como la existencia de jerarquías (amo-esclavo) que tenían una funcionalidad, cuando se cambió “un esclavo por una escopeta”,<sup>60</sup> sin comprender que la relación *saya-eněbaco* aparentemente era una relación de reciprocidad entre un sector que le facilita la vida a otro a cambio de seguridad, protección y estatus, es decir, una interrelación que asegura la subsistencia de unos y otros (al margen de las posibles situaciones de abuso que implicaban), y equilibra las diferencias sociales al interior del grupo. En la actualidad, estas formas de relacionamiento se deformaron y se suelen observar situaciones de subordinación de unos a otros; pero no tienen ningún efecto en el equilibrio social de la comunidad, más bien son mercantilistas, explotación laboral de personas menos favorecidas.

Situación similar ocurre con las relaciones de parentesco, que se vieron trastocadas por el cambio de forma de vida al sedentarismo y su contacto con la sociedad nacional. Las principales costumbres referidas a las preferencias matrimoniales,<sup>61</sup>

---

60 Testimonios de la población.

61 Antes del contacto los yuqui eran endogámicos, esta norma todavía fue rescatada por los misioneros en el Reglamento que les ayudaron a escribir. En la actualidad esta norma se ha flexibilizado y existen varios matrimonios mixtos.

los criterios de selección de las parejas,<sup>62</sup> los elementos que aportaban para la reproducción se vieron trastornados por su nueva situación y en alguna medida afectan en su bienestar, el hombre cazador ya no puede estar seguro de que merecerá un mujer como otrora, porque las mujeres yuqui cambiaron y ampliaron sus expectativas hacia quién será su pareja. En ese sentido, existe el riesgo de tener un amplio sector de hombres jóvenes solos, que no tienen expectativa de consolidarse como líderes familiares; así como el ser cazador no tendrá el mismo prestigio que “tener la capacidad de negociar con los *abaa*”,<sup>63</sup> y la capacidad de obtener dinero. Por tanto, la satisfacción y seguridad que generaban los productos de la cacería, donde el cazador comparte su presa, comparte la carne, la distribuye y retorna a él en otra oportunidad, dejaron de funcionar en algunos casos y obviamente esto genera angustia (*sitie*) entre la población yuqui.

### 3.6. Perfil epidemiológico biomédico

La zona del trópico, donde se ubica la comunidad yuqui Bia Recuate, es una región donde conviven por lo menos tres culturas diferentes: los yuqui, los yuracaré y los interculturales (migrantes colonizadores en su mayoría de regiones quechuas). Una de las enfermedades de mayor incidencia en las zonas tropicales es justamente la enteroparasitosis, que favorece la proliferación de un tipo de parásitos<sup>64</sup> por el clima cálido y húmedo.

En la comunidad Bia Recuate la situación es bastante compleja debido a otros factores que determinan la persistencia de otras enfermedades que se asocian a la enteroparasitosis; las 10 principales causas de enfermedad que se presentaron en el pueblo Yuqui, en el periodo de enero a junio de 2009, fueron: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), enteroparasitosis, conjuntivitis, lumbalgia, Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), anemia, amebiasis, odontalgia y desnutrición.<sup>65</sup> Esta información evidencia el predominio de enfermedades infectocontagiosas seguidas de las gastrointestinales con complicaciones nutricionales.

En cuanto a las enfermedades de tipo respiratorio, existe una alta incidencia de casos de tuberculosis, como también casos de micosis pulmonar. En la gestión

---

62 Los criterios de selección estaban relacionados con la capacidad y habilidad de obtener carne principalmente, hoy el buen cazador tiene todavía prestigio social; pero la caza no le permite obtener dinero en grandes cantidades.

63 Actualmente, una de las virtudes que se valora en una persona es su capacidad de relacionamiento con los otros ‘*abaa*’.

64 Los enteroparásitos que alcanzan relevancia en zonas tropicales son los *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichuria* y *Uncinarias*, que agravan situaciones de desnutrición afectando la cantidad de sangre y el desarrollo cognitivo. El enteroparasitismo en Bolivia Mollinedo y Prieto 2006. MSD. NO FIGURA EN LA BIBLIOGRAFÍA, COMPLETAR LOS DATOS Y PONER EN LA BIBLIO.

65 Informe presentado por el doctor Omar Cabezas el 24 de septiembre de 2009.

2009 se registraron siete casos de tuberculosis (TB) y se tiene identificados varios casos de sintomáticos respiratorios (SR), con alto riesgo de contagio. El surgimiento de estos siete casos de TB en un año representa casi el 3% de la población, número muy alto para poblados pequeños.

En la infancia<sup>66</sup> las principales afecciones son bronconeumonías, laringitis, anemia; en los adultos los episodios de malestar están ligados a la TB. Datos del médico de la posta<sup>67</sup> revelan que el 70% de la población yuqui se puede catalogar como sintomáticos respiratorios, aunque los casos confirmados para la gestión 2010 son de nueve personas<sup>68</sup> que se constituye el 3% de la población; cabe hacer notar que estos son sólo los casos reportados a la Red de Salud IV y existen varios otros que se diagnostican en otras áreas, como la ciudad de Cochabamba. Para la gestión 2012, después de una actividad coordinada entre la Red de Servicios de Salud IV, la OPS/OMS y la organización indígena se identificaron 14 casos de TB: dos pulmonares, ocho ganglionares y tres casos de micosis pulmonar, lo que incrementó a 5% el porcentaje de población afectada.

### 3.7. Itinerario de tratamiento de las enfermedades

La forma de contacto de los yuqui con la sociedad y sus instituciones generó una dependencia total de los servicios de salud, siendo el primer recurso que buscan en situación de enfermedad, es decir, la posta de salud y el médico de la comunidad. En algunos casos las afecciones o molestias podrían ser atendidas en un ámbito familiar, tratándose simplemente de golpes o lastimaduras; pero la capacidad de resolver los dolores físicos se redujo a la búsqueda del médico.

Cabe destacar que el servicio de salud que prestaba la Misión a la población luego del contacto era bastante amplio y, desde la percepción de los yuqui, contaba con “buenos medicamentos”, lo que generaba la percepción de que las prestaciones que brinda un servicio de primer nivel son insuficientes, por tanto, a pesar de las limitaciones de acceso vial, la distancia y el factor económico; cuando los yuqui consideran un caso de emergencia llegan hasta un servicio de segundo nivel en el pueblo, de tercer nivel hasta la ciudad de Cochabamba. Esta decisión del paciente yuqui suele provocar algunas dificultades en los servicios de salud, que ven innecesaria su presencia sin una referencia, actitud que los yuqui advierten como discriminación.

---

66 En los últimos dos años se han diagnosticado varios casos de TB en niños, en la actualidad hay cuatro niños internados en el Centro Nutricional Albina Patiño, donde reciben tratamiento.

67 Conversación informal con Dr. Omar Cabezas, responsable de la posta de Bia Recuate.

68 Datos proporcionados por la responsable del Programa Tuberculosis de la Gerencia de Red IV. Ivirgarzama, abril de 2011.

Cuando he llegado al hospital dijeron: “Aquí no podemos atenderte sin una referencia del médico de la posta, además no han dejado plata para ustedes”.<sup>69</sup>

No quieren atenderme, me han dicho: “No tenemos oxígeno, tampoco está el médico de turno, tienen que volver el lunes”, ¿cómo voy a esperar hasta el lunes en el pueblo o ir a Cochabamba?

Me sentía mal y me han dicho (en el hospital) que si no tengo mi carnet no me van a atender. Yo le he dicho: “¿Desde cuando un bárbaro tiene carnet!”.

No le querían llevar al hospital Viedma en la ambulancia, él no podía respirar y no le querían poner oxígeno... en el camino ya casi nos hemos accidentado y ha empezado a sangrar, toda su sangre se ha salido. Me lo han matado... (CE)

A pesar de estas actitudes de parte del personal de salud, que lejos de comprender las condiciones de vida de los yuqui, requiere formalidades de una población que no entiende la importancia de las mismas, la población yuqui continúa acudiendo al servicio de salud, con riesgos de conflicto entre los dos sectores:

En una oportunidad el personal de salud se preparaba para realizar una biopsia tanto al padre como a su hija, de repente el padre que no había comprendido lo que iba a ocurrir salió agresivamente del quirófano sólo con la bata a buscar a su hija, entre los gritos de las enfermeras cubriendo al paciente y la confusión del hombre que había perdido el control.

Aun así, los yuqui aceptan los procedimientos y tratamientos que se les aplica principalmente cuando están internados, pero el sistema de salud no acepta sus costumbres, como la del acompañamiento de su familia.

En cuanto al tratamiento cuando la consulta es externa, las principales dificultades están referidas a la falta de formalidad en el manejo de medicamentos, horarios y dietas por parte de los yuqui. Aunque se presentaron algunos casos aislados que ante la recomendación de una cirugía (apéndice, por ejemplo) recurrieron a conocidos curanderos (yuracarés), lo que deja entrever la aceptación de conocimientos culturales diferentes que pueden funcionar en sus cuerpos y el temor que existe hacia las intervenciones quirúrgicas.

Se dieron varios casos de personas mayores, principalmente del segundo y tercer grupo, que fueron internadas principalmente por enfermedades respiratorias y huyeron del hospital, la causa aparente fue la falta de comunicación por las diferencias de idioma y el temor de morir en el hospital. Otro comportamiento muy común es la “alta solicitada” a consecuencia del cansancio de los pacientes y

---

69 La organización indígena deja un monto de dinero en la administración como garantía para que se atienda a la población indígena, posteriormente se concilia con las atenciones prestadas.

su intolerancia a tratamientos de largo aliento, principalmente en casos de desnutrición, situación a la que accede el personal de salud previa firma del paciente; la alta solicitada también es un estrategia de descargo del centro de salud ante cualquier eventualidad.

El estado de salud de los yuqui en los hospitales es atendido como una cuestión individual, aislada, además se generaliza su tratamiento presuponiendo que el paciente no cumplirá el tratamiento o huirá; hasta el momento los servicios de salud del trópico (dos hospitales de segundo nivel) no consideraron la elaboración de un diagnóstico de salud integral de la situación de los yuqui, a pesar de que cuentan con toda la información básica como historias clínicas, análisis complementarios e informes de varios casos de fallecimientos por anemia, tuberculosis y otros.

Un análisis integral permitiría emitir recomendaciones importantes dirigidas a las instituciones públicas, para enfocar acciones integrales y estructurales orientadas a mejorar las condiciones de vida, como principal causa de sus enfermedades, considerando antecedentes históricos, persistencia y/o cambio de sus prácticas y creencias, acceso a servicios sociales, situación de saneamiento ambiental, visión de vida de los Yuqui. Una relación de estos factores con el ejemplo de la enteroparasitosis se podría ver de la siguiente forma:

EL CICLO DE LA ENTEROPARASITIS EN EL CASO YUQUI	FACTORES DETERMINANTES
Consumo de alimentos con las manos, sin uso de utensilios, ya que estos son un bien susceptible a ser sustraído.	Hábitos perjudiciales
Consumo de agua sin tratamiento.	Falta de servicios básicos
No hay costumbre de definir espacios para la acumulación de los desechos. No se consideran como basura.	Antecedentes históricos Saneamiento ambiental
No existen letrinas ni pozos sépticos. No hay ordenamiento espacial para los desechos fecales, que están a la intemperie.	Falta de servicios básicos Saneamiento ambiental
Ambiente húmedo y cerrado donde se ubican las viviendas, por la costumbre de ubicar sus hamacas cerca de los árboles (en un bosque primario).	Saneamiento ambiental Persistencia de costumbres
Los cuerpos de los difuntos estaban enterrados a poca profundidad y cerca de sus viviendas. Debido a la costumbre de mantenerlos cerca (efecto negativo del cambio de una de sus prácticas).	Persistencia de costumbres Aculturación Saneamiento ambiental
Consumo de alimentos con baja calidad nutricional que se adquieren en los pueblos.	Aculturación Antecedentes históricos
No se utiliza calzados, exponiéndose a contraer parásitos del suelo. Los calzados son, por un lado, inaccesibles y, por otro, son un bien susceptible a ser sustraído.	Pobreza Hábitos perjudiciales Saneamiento ambiental
DESNUTRICIÓN - ANEMIA	VULNERABLE A TBC

Los factores mencionados son determinantes de la salud y tienen mayor relación con el concepto *cherasiam*, debido a que existen costumbres y prácticas que persisten en la población y que deben ser tomados con formalidad, con el propósito de un sistema de salud intercultural. La falta de una visión intercultural,

sumada al conocimiento de ciertas costumbres y prácticas que eran estrategias para la conservación del grupo y del equilibrio de la sociedad yuqui, pueden ser mal interpretadas y mal utilizadas por terceros, como ser:

- La costumbre que existía de parte de los hombres mayores de ayudar a la familia de su futura esposa, cuando esta era aún una niña. Se acostumbraba que el hombre lleve carne y frutos a la familia, como una forma de aporte a su crianza.<sup>70</sup>
- La costumbre de criar, “hacerse cargo” de niños y niñas de familias con la incapacidad de hacerlo por razón de enfermedad o por la cantidad de niños; esta costumbre se practicaba principalmente por miembros de jerarquía de la comunidad, se debe recordar que una de las virtudes de los líderes yuqui (saya) es la capacidad de tomar decisiones, liderar el grupo.
- La costumbre de mantener a sus difuntos cerca, una vez que secaban cargándolos con ellos, que a raíz del contacto se incorporó en entierros que están cerca de las áreas de vivienda y de circulación de la población a poca profundidad.<sup>71</sup>
- La injerencia de instituciones como la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, que prohibió la tenencia de criados (emerebecña), que se constituía en una estrategia de sobrevivencia, convivencia y relacionamiento social entre dos clases que se beneficiaban, por un lado, con servicios personales y, por el otro, con protección y un referente. El cambio de esta práctica ha imposibilitado que sectores que pertenecen a un sector social puedan sobrevivir y sentirse protegidos,<sup>72</sup> siendo un tipo de huérfanos sociales (eyebe).

El cambio de valores tuvo efectos negativos como la habilidad de los hombres, que se reflejaba en su capacidad para obtener carne mediante la cacería, actividad que fortalece la cultura y que evidencia la autosuficiencia del hombre *vs* la tenencia del bien *dinero* y la capacidad de relacionarse con los *abaa*. Se presentaron casos de *abaa* que obtenían dinero de manera ilícita y que eran integrados a la comunidad por mujeres yuqui, seguras de haber consolidado una buena unión.

70 En una oportunidad un hombre que frecuentaba la comunidad apoyó a la madre de una adolescente con dinero, la madre interpretó que él estaba aportando a la crianza de la misma confiándola. El hombre se aprovechó de la situación y abusó sexualmente de la niña. Este caso llegó a instancias judiciales.

71 Recién el año 2009 se habilitó un área cerca de la senda principal de la comunidad, donde hasta la fecha se enterró a cinco personas, entre ellas un recién nacido.

72 Relatan que en una oportunidad los misioneros insistían en el abandono de la costumbre de tener esclavos/sirvientes y recurrieron a ofrecer escopetas a cambio de los mismos. Los amos *sayas* aceptaron, pero los *en baco* continuaban siguiéndolos de cerca pidiendo que no les dejaran y que siguieran siendo sus amos.

Contemplar la importancia y significado de estas prácticas y costumbres al momento de definir políticas públicas en salud, principalmente referidas a la atención de poblaciones como los yuqui y de otras con iguales características, aunque de manera inicial o gradual, podría mejorar la calidad del servicio de salud y sobre todo la efectividad de las intervenciones, en cuanto a reducir muertes, disminuir índices de prevalencia de la TB y la anemia. Esta es una de las acciones que podrían relevar más aún el rol de los médicos Safci, que todavía no se han contemplado en la comunidad.

#### 4. La maternidad en el pueblo yuqui

Para comprender la maternidad en el pueblo yuqui es necesario describir otros aspectos que están relacionados con este hecho, tales como la familia, el relacionamiento y el matrimonio.

##### 4.1. La familia es lo más importante

La familia es la base de la sociedad yuqui, tiene fuerza e importancia como institución y como instancia de cohesión, con ella por supuesto los liderazgos familiares que tienen mucha preponderancia. Para estar completo, un *bia* debe tener una familia, debe tener parientes; la falta de una familia es sinónimo de abandono y de posibilidad de esclavitud (*eyebe*), aunque por otro lado la convivencia de varias familias puede ser un problema.

Los conflictos interfamiliares eran y son bastante comunes, comentan los ancianos que el pueblo yuqui era uno solo, pero que se dividió al crecer y para evitar los conflictos (Isategua y Linares, 2010), sostienen además que las situaciones de conflictividad se daban principalmente entre los sirvientes.<sup>73</sup>

La primacía de una familia sobre otra está determinada por algunos aspectos como el prestigio tradicional de la familia y el factor numérico.

*Familia tradicional = varios hermanos y hermanas que además en sus relaciones de pareja han criado y procreado varios hijos, constituyéndose una familia con padres, hijos, tíos, primos, sobrinos, etc.*

*cheru quia tunda getàn – tengo hartos hermanos*

Las familias numerosas de la comunidad son aquellas que pertenecen principalmente al primer grupo contactado, porque tuvieron oportunidad de reproducirse

73 Dando por entendido que las personas conflictivas del grupo son los de menor rango.

y mantenerse en resguardo. Lo que no ocurrió con el segundo y tercer grupo, que fueron contactados justamente porque estaban siendo diezmados por empresarios madereros y colonizadores, de manera que llegaron al campamento de Chimoré en grupos reducidos, principalmente en cuanto a su composición masculina.

El otro aspecto es el tradicional, que está ligado principalmente al primer grupo, es decir, familias que tradicionalmente tuvieron el liderazgo y que continúan haciéndolo, cabezas de familia que habiendo pertenecido a familias poderosas mantienen su liderazgo a través de su prestigio conservado por su apego a la tradición, como la práctica de la cacería, el conocimiento del bosque, su capacidad de mando y de decisión (liderazgo nato). Otro aspecto que difiere de los líderes del segundo y tercer grupo con los del primero es que no son muy partidarios de la crianza de miembros menos afortunados como “criados-hijos”.<sup>74</sup>

## 4.2. Formas de trato y relacionamiento

El trato y relacionamiento entre hombres y mujeres yuqui estaba determinado por la edad, el sexo y por el estatus de la persona; se tenía restricciones en el trato hacia las mujeres mayores y solas, como también hacia las mujeres y hombres que tienen compromiso. Actualmente, la forma de trato se ha flexibilizado principalmente en espacios con poca influencia de la comunidad; pero dentro de la comunidad todavía persisten las normas en cuanto a dirigirse con respeto y deferencia hacia las personas mayores, de igual forma si son casadas o si son viudas.

La lengua *biaye* contiene variaciones en su uso para el trato con una persona mayor, contemporánea o menor; y aunque toda la población mantiene el uso de la lengua, su uso está disminuyendo principalmente en el ámbito público y aparentemente algunas palabras se están deformando. Uno de los aspectos que podría causar conflictos en el relacionamiento intergeneracional es la supuesta falta de respeto por el uso inadecuado de la lengua.

Se tiene términos para referirse a las personas dependiendo su edad y sobre todo la relación que tienen con la persona, es decir, si son cuñadas, madres políticas y otros. En su vida antes del contacto, el relacionamiento estaba normado por estos preceptos; en la actualidad utilizan los términos para el trato diferencial en castellano, pero con las limitaciones propias del idioma, veamos:

Niña – <i>etegayguasu</i>	Joven – <i>yiti yatu namore</i>	Adulta – <i>quiuyan</i>	Anciana – <i>yá chimba</i>
Niño – <i>chemba</i>	Joven – <i>yiti yatu namore</i>	Adulto – <i>quemba</i>	Anciano – <i>yá chimba</i>

74 En su vida nómada una práctica muy tradicional era la crianza de otras personas que no tenían familia (huérfanos, raptados), que se constituían en personas que debían realizar actividades serviles hacia sus benefactores. Algunos rastros de esta práctica, aunque un poco transformada, suele observarse todavía.

Cuando una persona menor se dirige a una mayor, la frase cambia:

Yaso piri yagion	Vamos a cazar (de un menor a mayor) usted
Yaso piri yaqui	Vamos a cazar (de un mayor a un menor) tu

Por su lado, los jóvenes que están en los centros urbanos descuidaron las normas básicas de trato, lo que generó malestar en la población mayor, que observa cómo los jóvenes violentan sus normas de relacionamiento a cambio de otras formas nuevas. Tanto así que se observa conflicto entre jóvenes y adultos debido a la forma de trato a sus hijas y esposas, observables en la falta de respeto, situación que está ampliando la brecha generacional y de subvaloración de la tradición.

Otro elemento que genera conflicto y que surgió en su vivencia sedentaria, donde se usa principalmente el *biaye*, es la difusión de rumores sobre otras personas, con la única finalidad de dañarlas o de hacerse de un beneficio ajeno; estas situaciones de conflictividad suelen traspasar lo verbal hasta las agresiones físicas.

### 4.3. La alianza - el matrimonio

La alianza antes del contacto, según afirma Kimura, no tenía ninguna prescripción o preferencia, y el factor que más se tomaba en cuenta era de la edad relativa entre las personas, la decisión sobre la pareja era un tema personal, aunque manifiestan también que las madres podían influenciar en la decisión en hombres con ciertas virtudes para que se unan a sus hijas; y de igual forma las mujeres jóvenes tenían expectativas de juntarse con un hombre que reúna los atributos de un hombre *bia* ejemplar y tradicional.

Stearman afirma que el pretendiente debía entregar suficiente *imbai* a la madre para que tejiera una hamaca, ésta lo hacía como muestra de aprobación. Son muy conocidas las historias sobre conquista de la pareja y su familia: “El convencimiento: llevando carne, frutas, y otros”; hasta que la mujer y su familia acepten y se vayan a la *hamaca*, que es el símbolo de la consumación de la unión con el *quemba*.

Una vez juntos, el hombre tenía que cubrir las expectativas de su pareja tanto en el aspecto sexual como proveedor de la familia, garantizando así su reproducción. Kimura (1979) afirma que se daban situaciones de infidelidad que eran aceptadas veladamente, cuando la mujer estaba cansada y le pedía a otra persona que se acueste con su marido, o cuando un hombre podía pedirle a una persona íntima como su hermano que se acueste con su mujer para embarazarla.

El hombre que no provee de carne suficiente corría el riesgo de que su mujer busque carne y, por lo tanto, favores sexuales en otros hombres. Aparentemente, el adulterio era bastante común, sobre todo en hombres que tenían prestigio de

cazadores, un secreto público que resultaba en adquisición de carne y alimento al feto en el vientre:

Los encuentros clandestinos entre adúlteros se procura hacer en secreto, pero era un secreto público. Es decir, tiene más resultados si otros se enteran. Eso porque es un hecho de prestigio para el hombre, hecho que significa que es mejor cazador y distribuidor de carne. Es también un método para la vida sexual, ej: alimentar al feto, favores sexuales, etc. (Firestone, 1990).

En el caso de las mujeres, el adulterio no era aprobado y la involucrada podía ser castigada y/o echada de la hamaca, repudiada, lo que constituye un acto de humillación para una mujer. En el caso inverso, la mujer ofendida agredía a su esposo verbalmente o podía vengarse matando a un hijo suyo (*Ibidem*, 1990).

Actualmente, todavía las familias tradicionales tienden a influenciar en la decisión de la elección de la pareja en un hombre con capacidad de proveer a la hija y a la familia extensa; todavía se dan casos de madres que tratan de casar a sus hijas con hombres cazadores, esperando que éstos mantengan a toda la familia, con resultados negativos por supuesto ya que en la actualidad es prácticamente imposible imponer un matrimonio a una mujer joven yuqui.

QUEMBA – Hábil cazador, fuerte, líder  
Parte de una familia grande

Los criterios que hoy toman en cuenta las madres son: que el hombre viva en la comunidad, que no tenga vicios, que trabaje con sus padres; en algunos casos también ponen sus expectativas hacia jóvenes *abaa*, ‘collas’ o ‘trinitarios’ que sean trabajadores y las puedan mantener, y por supuesto que vivan cerca de ellos y apoyen a toda la familia. Hay mucha resistencia e intervención de la familia cuando las parejas que se unen son muy jóvenes, y se advierte que el joven no podrá mantener a la muchacha, o no es adecuado para ella.

En la época que vivían bajo la tutela de la Misión aparentemente los misioneros trataron de inculcar la fidelidad entre las parejas yuqui, probablemente para evitar conflictos entre familias e introdujeron el *matrimonio*, acompañado del ritual que era presidido por un pastor. Hoy las parejas *se juntan* como lo hacían antes, sólo existen dos casos de parejas que se casaron por lo civil y son parejas mixtas, es decir, *bia* con personas *abaa*.

El incremento de los casos de mujeres *bia* jóvenes que buscan hombres con otros valores adoptados como el de “trabajador, que gane plata”, están generando un desequilibrio en la familia yuqui, pues cada vez son más mujeres que tienen parejas *abaa* y menos hombres *bia* que conquistan mujeres *bia* o *abaa*, a pesar de

las recomendaciones de los mayores. Lo mismo ocurre con las viudas jóvenes que tienen más facilidad para unirse a otras parejas, que los hombres viudos.

Yo no sé por qué las chicas ahora buscan a los collas, quieren su plata seguro... pero mamita el colla no les va a querer para su mujer, el colla quiere una mujer trabajadora como él, se va a aprovechar y les va a dejar (LG).

Es evidente la tristeza que sienten por las jóvenes que buscan pareja afuera con el resultado de incremento de hombres *bia* solos, jóvenes que en su soledad y ansiedad se dan al alcoholismo, la vagancia, el abandono y la depresión.

El matrimonio continúa siendo una institución importante para la reproducción de la familia yuqui; la endogamia ya no es una norma, pero los adultos la prefieren porque garantiza la estabilidad y permanencia de sus hijos cerca, no así las uniones con *abaa*. Los criterios para la selección de pareja en los jóvenes se fundamentan en sus necesidades individuales y no en intereses del grupo/familia.

Actualmente, los hombres, cazadores o no, deben esforzarse más para mantener a sus familias, las necesidades de sus miembros no son sólo de carne, por lo que el hombre yuqui está aprendiendo otras habilidades como la agricultura o el aprovechamiento forestal; pero en condiciones desfavorables, como ser el jornaleo y cargando productos. Mientras pocas mujeres optaron por realizar actividades laborales fuera de su hogar.

Tradicionalmente, el adulterio está aceptado en los hombres principalmente porque les dota de prestigio de cazador, cualidad positiva para procrear, justamente por la relación tan estrecha que existía entre carne y acceso al sexo. En la actualidad son pocos los hombres cazadores y todos tienen una familia estable, en las parejas jóvenes se observa mucha violencia doméstica y aunque es muy conocida la forma de defensa de las mujeres a través de rasguños, no se equipara a los daños que causan los golpes de los varones.

El adulterio o las relaciones ilícitas todavía son considerados como una *hazaña* en los hombres, no así en el caso de las mujeres; más aún, la esposa engañada suele burlarse de las partes de la otra mujer. Es evidente la predominancia de lo masculino en este tema. También se dan casos de mujeres que dejan a su marido y viven con otro hombre públicamente –aunque no en el ámbito comunal– ante lo cual la población queda indignada, pero no puede intervenir.

#### 4.4. La residencia familiar

La lógica que prevalece en la comunidad yuqui es la de grupo *familia*, es así que cuando se da una unión conyugal normalmente la pareja vive en la casa<sup>75</sup> de la

75 Cabe hacer notar que cuando se dice casa no necesariamente es dentro del mismo techo, pudiendo ser al lado o muy cerca.

familia de la mujer, aunque algunas parejas optan por irse al pueblo o a otra zona de la TCO, lo que puede ocurrir inmediatamente o después de un tiempo de vivir con los padres de la mujer. Por ello la residencia en los yuqui es uxorilocal, con tendencia a la neolocalidad.

Las viviendas yuqui son muy particulares, pues todavía mantienen la precariedad vinculada a la vivencia temporal en el lugar, aunque últimamente se observa que se están esforzando por construir viviendas más estables. Por lo que cuando una de las hijas lleva a su pareja a vivir a la comunidad sólo se observa una carpa o techito agregado en un área muy cercana a la vivienda de los padres de la mujer, si no viven dentro de la misma vivienda.

En la comunidad yuqui Bia Recuate actualmente viven de manera permanente aproximadamente 25 familias; en los alrededores de la comunidad viven otras 25 familias; en otras áreas de la TCO se ubican unas 20 familias; y finalmente en los centros urbanos viven unas 20 familias, que todavía reproducen la forma de vida que tenían antes de la Misión, es decir, dispersa y hasta cierto punto itinerante evitando las conglomeraciones entre parientes (yuquis). Los circuitos de itinerancia del pueblo yuqui definitivamente se trasladaron hacia los centros urbanos, bajo la misma lógica que en el monte: obtener mayores recursos para su sobrevivencia.

En la actualidad, el pueblo yuqui vive sedentarizado en una sola comunidad, donde conviven personas tanto del primer, segundo y tercer grupo –que en algún momento de su trayectoria pudieron haberse separado para evitar conflictos– juntos nuevamente en un espacio con una configuración diferente. Hoy viven en contacto permanente con la sociedad, los maestros, el médico, los empresarios forestales, los colonizadores y otros.

En el ámbito familiar se destaca el predominio de la mujer en la toma de decisiones, de manera jocosamente se comenta que un hombre requiere el “permiso de la mujer” para realizar alguna actividad, aunque en el ámbito comunal la cabeza de la familia es el varón. La comunidad formalmente no censura la participación de las mujeres en el ámbito político, aunque se limita principalmente cuando tiene niños y debe movilizarse con ellos y/o dejar a otros en la casa, como también por situaciones de infidelidad cuando ocupaban cargos, afirmando: “Las mujeres cuando son dirigentes no consiguen nada para la comunidad, sólo se consiguen marido”.<sup>76</sup>

#### 4.5. Prácticas de atención de la maternidad

Para los yuqui la concepción ocurría a consecuencia de la relación sexual –Stearman (1989) escribe “se planta la semilla”– pero el crecimiento del bebé se debe

---

76 Comentarios de la población en reuniones comunales, dirigidas a mujeres que tuvieron cargos políticos; de alguna manera estos comentarios constituyen un justificativo para evitar su participación política y su ausencia en el hogar.

a la repetición de la cópula; por tanto, un hombre puede concebir al bebé y el crecimiento puede ser fortalecido por otros, por eso la paternidad es social. Tiene mayor importancia el padre que cría (el que hace crecer) que el que engendra, suelen decir: “Padre es el que cría, yo le he criado desde que ha nacido, es mi hijo”.

Los embarazos también podían confirmarse en los sueños y son recibidos con alegría, las mujeres sienten gran satisfacción siendo madres. Ven el embarazo como un hecho bueno, es común preguntar a una mujer con vientre aumentado y de confianza: “¿*chiorisan?*” (¿estás embarazada?). Las madres de jóvenes con parejas estables se alegran mucho al saber que sus hijas están embarazadas y refieren que no importa si es varón o mujer, no les gusta mucho recordar que antes se prefería hijos varones a mujeres, y dicen: “Eso era antes, ahora es igual”, con tono de indignación, como evitando la asociación con el pasado.

Probablemente uno de los efectos negativos que tuvo el contacto del pueblo Yuqui con la sociedad, y específicamente con la Misión, fue reemplazar su conocimiento sobre el tratamiento de su cuerpo por la atención médica en la mayoría de los casos estigmatizando su conocimiento, su tipo de relacionamiento social y con los seres naturales. Esta influencia se amplió en parte a la crianza, llevando a las niñas en el día a casa de la misionera para enseñarle habilidades domésticas, pero alejándola de su familia.

Para la atención de los partos se introdujo personal que incentivó a las mujeres a abandonar la *queesa* (una estructura que estaba predestinada específicamente para apartar a las mujeres que menstruaban por primera vez y a las parturientas), que estaba ubicada a cierta distancia de la comunidad, a cambio de tener a sus hijos en el puesto de salud, un espacio asistido por personas ajenas, lo que quebró las cadenas de transmisión oral en cuanto al conocimiento y práctica de la atención de la mujer en el embarazo, el parto, el puerperio, con sus efectos en la etapa de crianza.

Existía la costumbre de apartar a la mujer del grupo para el parto, como también en la primera menstruación bajo la creencia de “evitar la contaminación” (Kimura, 1979 ; pero además estos partos eran asistidos por otras mujeres (hermanas, madres, suegras), situación que fortalecía lazos comunales y familiares, costumbre que hoy se abandonó casi en su totalidad y debilitó este nivel de cofradía. A pesar de las delicadas relaciones entre mujeres *bia*, el apoyo en el parto constituía un rol de las mujeres contemporáneas a la parturienta; hoy las mujeres yuqui prefieren dar a luz asistidas por personas *abaa*.

El *chio risan* (embarazo) y el *eyesua* (parto) eran hechos que tenían su trascendencia en la comunidad y en la pareja de manera inmediata, afectando sus actividades cotidianas a través normas de comportamiento y restricciones alimentarias tanto de la mujer, su padre y su pareja:

...el padre del bebé era entonces sujeto a una restricción y a un tabú sexual post-partum durante el tiempo en que el cuello del bebé se fortalecía, o alrededor de tres meses. No podía cazar para su esposa o para hombres más jóvenes que él, incluyendo sus propios hijos. De esta manera los protegía de algún daño. La mujer podía recibir carne de su padre o de su hermano mayor. La restricción separaba al marido de su esposa y del recién nacido (Querejazu, 2012).

Estas prácticas se han abandonado actualmente, pues el parto se desarrolla en otro ámbito: “el hospital”, con otros actores: “el personal de salud”, y son otras las condiciones físicas de los pacientes, que no podrían someterse a restricciones alimentarias por su situación nutricional deteriorada y el nuevo contexto en el que viven.

Cuando el parto ocurre en la comunidad puede ser asistido también por el médico o el auxiliar, si ellos no están presentes entonces la madre, la tía o el esposo pueden hacerse cargo para posteriormente llevar al hospital a la mujer, lo mismo si el nacimiento ha sido en el monte. Pero la “separación del padre y otros miembros de la familia” ya no se practica; en el ámbito comunal sí, se siguen algunas restricciones alimentarias y es observado el comportamiento del esposo, pero en menor grado.

En cuanto a la alimentación de la mujer, se presta atención al tipo de carne y otros alimentos que debe evitar, por ejemplo: comer frutas gemelas para evitar gemelos; carne de tejón porque es fuerte para el estómago; tejer o elaborar *imbay*<sup>77</sup> para evitar que el cordón umbilical se enrosque.<sup>78</sup> Tampoco el padre puede hacer flechas porque el bebé sería débil.

El conocimiento sobre la forma en la que las mujeres solían atender los *eyesua* (partos) no se transmite y tampoco se lo comenta abiertamente, justamente porque quedó asociado a una práctica de *bárbaros*, a su vida en condición natural que encubren. Si bien la atención del parto era asistida por otras mujeres del grupo, hoy manifiestan que no aceptarían que otra mujer yuqui las asista por el temor a que les haga daño, sólo buscan a sus madres o hermanas. El relacionamiento entre mujeres yuqui es muy particular, suelen desarrollar lazos muy afectivos, pero en determinada circunstancia podrían verse totalmente enfrentadas, las mujeres son la fuerza y vanguardia de la familia.

En la actualidad, las jóvenes no le dan importancia al conocimiento de sus madres sobre maternidad; al contrario, tienden a descalificarlo en su esfuerzo por parecer más modernas, más integradas a la sociedad nacional. Se puede advertir interés por recibir información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y cuidado de su cuerpo ante posibles enfermedades, hecho que es una actitud positiva, aunque a costa de sus tradiciones.

77 Imbay es la corteza del ambaybo, que se utiliza para tejer artesanía.

78 Esta costumbre tiene similitud con la creencia arraigada en el área andina o puede tener esa influencia.

La costumbre de evitar la conclusión del primer embarazo o de matar al primer hijo, que era motivado por la falta de certeza del padre, la juventud de la madre, o para evitar la debilidad por su primigenia también se ha dejado de lado. Las mujeres jóvenes hoy quedan bastante débiles después del parto por los pocos cuidados en sus actividades cotidianas, alimentación insuficiente, violencia intrafamiliar, como también su falta de experiencia y madurez; hay casos de mujeres de 14 años que tienen su pareja y han dado a luz.

#### **4.6. La maternidad social y natural**

Para el pueblo –Yuqui tiene una connotación negativa y de tristeza el ser solo (*eyebe*), por eso es importante la reproducción del grupo a través de los hijos, que pueden ser propios o adoptados, criados. Es así que se puede observar varios casos de familias que crían hijos que no son propios, que pueden ser de sus hermanas, primas o de algún pariente.

El hecho de contar con un niño significa la posibilidad de contar con apoyo a largo plazo, existen casos de ancianos que crían niños como propios con el objetivo de asegurar su atención a lo largo de su vida, aunque cabe hacer notar que esta percepción es desde el punto de vista tradicional *bia* y no como piensan hoy las nuevas generaciones. Existen varios casos de parejas que están criando niños pequeños, pero que además formalizaron la tenencia de estos niños como sus hijos propios, funcionalizando a su favor las normas como el registro civil, para garantizar su compañía y asistencia legalmente.

La maternidad, como la capacidad de reproducción, es reconocida en las mujeres; pero es socialmente aceptado que la mujer que no pueda criar a sus hijos por algún motivo (enfermedad, viaje o porque tiene muchos niños) entregue a uno de ellos a otra persona para que los críe. Aunque esa entrega no suele ser definitiva, la persona que acepta al niño o niña conoce los riesgos de hacer una inversión sin retorno; se han dado conflictos cuando la madre quiere recuperar a su hijo y para evitarlo sus nuevos padres le solicitan el retorno de lo gastado en su crianza.

Por lo tanto, si bien es importante la capacidad de la mujer para la reproducción, también lo es su capacidad de criar a los hijos, propios o adoptados. Las familias yuqui más tradicionales tienen entre su familia niños que no son hijos propios y que están criando, esta práctica dota a las familias de prestigio, por su capacidad de reproducción familiar y probablemente porque rememora la tenencia de esclavos.

El rol y la posición de la mujer no sólo se miden por su capacidad de ser madre reproductora, sino también como mujer que puede criar a las futuras generaciones, alimentar, cuidar, proteger, transmitir conocimientos. Respecto a este tema, la situación es bastante parecida en el caso de los varones porque no es determinante el padre genitor, sino el padre que cría al niño (“padre es el que cría y que le da su

apellido”), pues se le da mucha importancia a la crianza, más aun por la cantidad de padres viudos que tuvieron que afrontar en soledad la crianza de sus hijos.

#### 4.7. Datos de maternidad en el pueblo yuqui

La población yuqui, en su vivencia en el bosque, aparentemente practicaba formas de control de natalidad a través del aborto (Kimura, 1979), determinado por las actividades de supervivencia y tradicionales como la cacería. Cuando una mujer tenía un hijo de pecho y no podía mantener otro pequeño solía provocarse los abortos.

La supuesta existencia de casos de infanticidio está asociada a la creencia de que el primer hijo o hija es débil, hecho que justificaba los casos de infanticidio de niños o niñas con malformaciones, quienes habrían sido sacrificados (Stearman, 1996), una práctica propia de los sirionó y los yuqui, probablemente por la dificultad que implicaría para aquellos niños sobrevivir en el grupo: “Débiles en cuanto a condiciones diferentes que les limiten la sobrevivencia”. La práctica que sí persiste es la de la entrega de hijos,<sup>79</sup> por la incapacidad para su crianza.

Desde la visión de las mujeres yuqui adultas, las madres evitaban los embarazos tempranos de sus hijas con la finalidad de mantener el equilibrio de las parejas en el grupo. Narran que cuando una muchacha era jovencita su madre tenía mucho cuidado en cuanto a sus actividades y las relaciones, principalmente con sus pares, porque no era aceptado que una niña se embarace demasiado joven, aparentemente las madres cuidaban a sus hijas y si notaban algún comportamiento extraño les aplicaban masajes en el vientre para incentivar la llegada de la menstruación, acto que puede estar relacionada con el forzado de un aborto.

El año 2000 todavía el pueblo yuqui mantenía su práctica endogámica y no existían casos de parejas “mixtas”, estas se inician aproximadamente el 2002 con mucha dificultad porque no estaba aceptado que una mujer *bia* se junte con un *abaa*; pero luego de varios años se flexibilizó esta norma de parentesco y son principalmente las mujeres jóvenes las que salen de la comunidad y tienen parejas *abaa*, quedando algunas veces embarazadas y sin el apoyo esperado de parte de estas parejas casuales, donde la lógica de paternidad es diferente.

Las situaciones de embarazo en las jóvenes *bia* que viven en los centros urbanos suelen ser utilizadas para comprometer u obligar al padre biológico a que asuma una relación con la joven, aunque de todas formas no son parejas estables. Lo que no ocurre cuando el embarazo se produce en el seno de la comunidad,

---

79 Esta práctica de entregar a los hijos o hijas a terceras personas o parientes para que los críen, dentro del círculo yuqui, es comprendida y aceptada. Pero suele convertirse en un conflicto cuando intervienen las autoridades de instancias públicas como la Defensoría de la Niñez y Adolescencia.

donde no se da de manera temprana, sino después de un tiempo en el que conviven principalmente con los padres de uno o de la otra pareja, y después recién tienen niños. Por ello existe mucha diferencia entre las mujeres que tienen sus hijos y que están en los centros urbanos y las que viven en la comunidad.

En la actualidad hay un promedio de tres mujeres por año que se embarazan de hombres que no son *bia*, pero que tampoco tienen una relación estable con sus parejas de afuera; en cuanto a las mujeres que están embarazadas y que tienen parejas estables son justamente las que se dan entre yuquis. Lo que muestra que la apertura en las relaciones con hombres de otras culturas está generando un sector de madres solas, que probablemente dejen a sus hijos al cuidado de sus madres, aspecto que también reviste el riesgo de perder a su hijo, al entregarlo para que lo críe otra familia..

Los cuidados en el embarazo, que las mujeres jóvenes que viven en los centros urbanos practican, se basan en recomendaciones de los médicos de los puestos de salud a los que acuden, aunque de manera limitada ante la exigencia de la cédula de identidad, la asistencia en fechas precisas, recomendaciones alimentarias, controles prenatales y otros cuidados que difieren de los que se desarrollan en la comunidad donde se le brinda la protección en el entorno comunal, se la protege de riesgos y todavía se aplican las restricciones y prohibiciones alimentarias y de comportamiento hacia una mujer en estado de gravidez.

El principal problema en los partos hospitalarios es la muerte neonatal, en la gestión 2012 hubo tres fallecimientos por supuesto exceso de tiempo de embarazo, que habría causado la muerte por “síndrome de aspiración meconial”, hecho que resulta ilógico porque se trata de embarazos controlados y atendidos en el hospital. La mayoría de las mujeres que dan a luz en el hospital solicitan su alta para abandonar estos centros, aparentemente para evitar maltrato o la pérdida de sus hijos.

Casi me muero después de tener a mi bebé, grave me he puesto, tenía anemia, me han tenido que poner suero y me han donado sangre... dijeron que no había ambulancia y hemos ido en ‘surubico (vehículo de servicio público). En la cumbre casi me he muerto (JG).

Se molestan grave (los del hospital) por lo que vienen mis parientes, nos tratan mal, nos discriminan... por eso he pedido mi alta ese mismo día que nació mi hijo (MG).

#### **4.8. La crianza de los niños y niñas**

Entre los yuqui los niños y niñas son muy apreciados, aunque la gente mayor tiene mayor expectativa por la llegada de un varón, hecho que podría estar relacionado con el beneficio de contar con varones proveedores en el monte. En la actualidad se valora por igual la llegada tanto de varones como de mujeres.

Entre las costumbres para la crianza, cuando los niños nacen no son fajados, sino envueltos con prendas livianas, al igual que la población adulta hoy se los viste por la influencia en el uso de la ropa que existe; pero en muchas oportunidades se los puede ver desnudos muy junto al cuerpo de sus madres. Los niños y niñas están sometidos a muchos riesgos según el ambiente en el que se desarrollan, así en la comunidad están más protegidos que en los poblados.

El pueblo es un riesgo para la crianza de infantes, porque los yuqui no tienen viviendas y están a la intemperie, donde se resfrían, se contagian infecciones oftalmológicas e intestinales. Otro de los riesgos a los que están sometidos tanto en la comunidad como en el pueblo es la tuberculosis, aunque hayan sido vacunados al nacer, el contacto permanente con familiares con diagnóstico positivo amerita tratamientos preventivos (profilaxis).

En el proceso de crianza es muy importante el rol de la madre, la mujer transmite los conocimientos en cuanto a lengua y costumbres, porque los bebés permanecen más tiempo con ellas que con los varones. Las mujeres acostumbra colgar a los niños en telas alrededor de su cuello y bajo su brazo, de manera que los bebés quedan cruzados en el pecho, en una relación muy íntima con sus madres. En algunas oportunidades, principalmente de enfermedad de la madre, las abuelas cumplen esa función con mucha satisfacción, es bastante común la intención de éstas de criarlos como hijos propios, algunas veces hasta les dan su pecho para distraerlos.

En la crianza, los niños que crecen en la comunidad adquieren otros conocimientos y habilidades que los que crecen en el pueblo. En la comunidad, los niños tienen la posibilidad de aprender técnicas para la supervivencia como la pesca, la caza, la recolección de frutos; hasta los juegos que comparten están muy relacionados con su entorno natural porque suben a los árboles, tallan sus propios juguetes y herramientas, recorren el río y parte del bosque. Mientras que los niños criados en el pueblo están en contacto con la población que los discrimina, buscando su alimento en la dádiva de las personas que frecuentan las pensiones; también son sometidos a maltratos físicos, se han conocido casos de intentos de violación a niñas y de linchamiento por supuestos robos.

La etapa de la adolescencia aparentemente no era distinguida entre los yuqui, las niñas eran iniciadas sexualmente antes de tener su primera menstruación (Firestone, 1990), por lo tanto, estaban aptas para casarse y reproducirse en la juventud temprana, para lo que su familia debía iniciarla (sus tíos o abuelo materno). Querejazu (2012) resume la importancia de este hecho:

El grupo debía hacerla llegar al estado de madurez sexual [de tal forma que] la actividad sexual jugaba varias funciones en la banda yuqui, era parte de la concepción, de la alimentación del feto, y contribuía a que la joven llegase a la edad adulta de la reproducción.

Aparentemente, todavía las mujeres se inician sexualmente de manera temprana, aunque no se conoce si es en las mismas circunstancias.

## 5. A manera de conclusión

El análisis de la percepción de la maternidad en el pueblo yuqui y la forma en la que percibe y practica hoy se puede realizar a partir de la confluencia de varios factores, como ser: la influencia de la sociedad moderna sobre las prácticas tradicionales, que va a determinar la persistencia o abandono de éstas; la vigencia de las normas de parentesco del pueblo yuqui; la persistencia de la familia como base institucional; la adopción de nuevos hábitos y la transmisión de conocimientos sobre la maternidad entre mujeres (Castro, 2008).

El pueblo yuqui se encuentra hoy en una situación ambigua, entre la tradición y la modernidad; donde los *bia* tradicionales que viven en la comunidad se esfuerzan por reproducirse como pueblo en base a sus costumbres, sus prácticas y sobre todo en un ambiente que reconocen como su casa grande (*tuyu*); por otro lado, los *bia* que están en los pueblos y que se esfuerzan por integrarse a la sociedad moderna, en un ambiente hostil que los discrimina y al que intentan incorporarse cambiando progresivamente sus prácticas.

Las difíciles circunstancias en las que este pueblo vive hoy, entre la propagación de las enfermedades, la pérdida progresiva de sus costumbres y “la supuesta extinción del pueblo Yuqui”, es de un pueblo que resiste apegado a sus costumbres. Justamente aquellas prácticas que se cuestionan como la itinerancia o su costumbre de andar en grupo, que además utilizan como justificativo para la limitada y dispersa intervención institucional, son justamente los factores más estratégicos que los resguardan de la desaparición; estos rasgos de su cultura se constituyen en una gran capacidad de movilización y de adaptación al medio en el que se encuentran.

El pueblo Yuqui está consciente de que vive en otro tiempo, en otro contexto que es diferente al que nació, y ha decidido abandonar algunas prácticas culturales, principalmente aquellas que generarían rechazo por parte de sus vecinos. Si bien conserva una visión etnocéntrica, que demuestra cuando se molesta por la actitud de los *abaa* con respecto a ellos, cuando sus habitantes dicen que son únicos como pueblo yuqui y por lo tanto especiales, están interesados en mostrar una imagen positiva: “Alejada de la barbarie”.

Sobre la percepción y las prácticas en torno a la maternidad, se advierten varios cambios y algunos elementos que persisten; el aspecto que marcó un hito definitivo en la percepción del mundo y de la vida fue el tipo de contacto. Los cambios que introdujo la Misión con respecto a la maternidad fueron principalmente en cuanto a anular la capacidad y estrategias de grupo para la atención

del embarazo y parto, incorporando la presencia de un personaje afectivamente neutral para ello, reemplazando una actividad social y familiar, que además no generaba compromisos al interior del grupo. Los efectos negativos de este elemento son la ruptura de las cadenas femeninas de transmisión de conocimientos, la ruptura de los lazos solidarios femeninos, ocasionando pérdida de conocimiento y la disolución de los significados implícitos en el ritual del parto, y por supuesto la dependencia total de los servicios de salud biomédicos.

Otro cambio que se dio por su contacto con la sociedad fue el abandono de una de sus principales normas de parentesco: la endogamia, hecho que amplió la posibilidad de incorporar nuevos miembros a la población y acrecentar el grupo, y también trajo riesgos en cuanto a la reducción de posibilidades de sectores de la población para consolidar parejas, como los viudos y los jóvenes principalmente. Como también una diferente percepción que tienen los *bia* y *abaa* sobre “la unión de un hombre y una mujer”, que desde el punto de vista *bia* debe ser estable, perdurable, lo que no ocurre con las parejas *abaa* porque aparentemente se unen por algún interés (de acceder a sus recursos naturales) y luego se van.

En cuanto al significado de la maternidad, como se ha descrito, la mujer yuquí no necesariamente tiene que tener la capacidad de “parir” para ser madre; la maternidad es un hecho social en el que se implementan estrategias internas de grupo para cumplir con el rol de madre, como la crianza de otros niños. La maternidad social no se debe confundir con la tradicional crianza de “niños desafortunados” o huérfanos para la esclavitud, antigua práctica de este pueblo; las mujeres que no pueden tener hijos y crían niños como propios son muy cuidadosas y se esfuerzan por reconocerlos formalmente.

Ya no se practican las técnicas y costumbres de la atención del embarazo y el parto, y no se han aprendido nuevas, aunque se tiene algún conocimiento sobre las prescripciones del sistema biomédico en cuanto al cuidado de mujer embarazada, como evitar comer en exceso, no hacer esfuerzos, etc. Los cuidados tradicionales que las mujeres practican son en la medida que la mujer viva en comunidad y consolide una pareja en el entorno de una familia *bia*, donde seguirá las prescripciones alimentarias y de comportamiento que le recomiende la familia; en el pueblo la situación de las mujeres embarazadas y en el parto está totalmente sujeta a la medicina biomédica.

Las prescripciones y recomendaciones alimentarias sólo pueden practicarse en el entorno de la comunidad, como el tipo de carne que debe consumir, los frutos que desean y son del monte, el comportamiento que debe evitar la mujer embarazada y su marido; las prescripciones en el embarazo sólo tienen sentido en el ámbito comunal.

En cuanto al acceso a carne y recursos del bosque para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas (*chio risan*), requieren contar con un hombre cazador, que es uno de los sectores de la población que está disminuyendo por la falta de

práctica y la desvalorización de esta actividad principalmente por parte de los jóvenes. Otro factor también es que los cazadores hoy suelen ir a cazar solos, ya no en grupo, por lo que no llevan a muchachos jóvenes (*yaqui*) por los riesgos que implica introducirse en el monte, lo que está generando la reducción de cazadores y también el quiebre de la transmisión de conocimientos para cazar y caminar en el monte.

En general, la causa de su situación de salud es el cambio de patrones de asentamiento como efecto de la nueva forma de vida, cambios de prácticas sociales y de hábitos alimentarios culturales, lo que ha desembocado en un bajo estado anímico de la población, contaminación de su medio inmediato y del agua que consumen. A este estado se suman los factores subjetivos, como su relación con la naturaleza, que ha trastocado producto de sus nuevas actividades y que lo enferman. Tienen la sensación de saberse enfermos, de haber perdido el significado de su existencia como pueblo *bia de monte*, de no sentirse incluidos en la sociedad occidental, sino al contrario ser discriminados y saber que sus prácticas culturales fueron confundidas y estigmatizadas.

Otros cambios introducidos en el pueblo *yuqui* en cuanto a la percepción del ciclo de vida y que tienen efectos en el relacionamiento de las personas y, por tanto, en la reproducción del grupo como pueblo son:

- El cambio de normas de parentesco, como el de la endogamia, que abrió la posibilidad de uniones mixtas.
- La flexibilización de las normas de trato que estaban regidas por la pertenencia al grupo, las diferencias de edad y de posición.
- El cambio de hábitos alimentarios, que causa la aparición de enfermedades antes desconocidas y, por otro lado, que afectan al estado nutricional de la población (madres y niños especialmente).
- Cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes a raíz de la presencia de terceros en la comunidad, que ofertan otro tipo de condiciones de vida y que suelen concluir en embarazos de las adolescentes.
- Reducción de las posibilidades de varones jóvenes para consolidar uniones con mujeres *bia*, hecho que se expresa en depresiones y problemas existenciales de este grupo ante el cambio de expectativas y de los aspectos que valoran las mujeres.

En los poblados la situación es mucho más compleja, porque la población se siente forzada a practicar costumbres ajenas, de las que no tienen control y concluye en conflictos, por ejemplo:

- Acusaciones de robo, agresiones públicas y comportamientos inadecuados.
- Comportamientos extrovertidos en las jóvenes, que pueden concluir en situaciones de embarazos en adolescencia.

- Uso de alcohol, cigarro, pijcheo de coca (coquear) y drogas en los varones jóvenes.
- Relaciones mercantiles de mujeres mayores, que encuentran como una fuente de ingresos ofrecer su cuerpo, con el riesgo de llevar infecciones al núcleo comunitario.
- Generación de falsas expectativas en las jóvenes hacia la posibilidad de consolidar uniones con hombres de otros pueblos.
- Abandono de mujeres jóvenes en estado de gravidez, así como de niños.

Es evidente que la situación presentada justifica intervenciones integrales y de largo plazo por equipos multidisciplinarios organizados por el Estado, que atiendan la temática de pueblos de estas características y definan junto con ellos cuál es el futuro que desean consolidar: ¿integración y aculturación? ¿Apropiación y adecuación de elementos nuevos rescatando los propios?, es todavía una larga reflexión conjunta que nos desafía.

En cuanto a servicios de salud, se requiere flexibilizar mecanismos y procedimientos, diseñar indicadores específicos en salud con pueblos indígenas, generar una nueva normativa adecuada por supuesto a partir de estudios que reflejen en su sentido más amplio la vida de los yuqui.

## **6. Sobre interculturalidad, salud materna y DDHH**

La reflexión sobre la maternidad en el pueblo yuqui, originalmente nómada, cazador y recolector, definitivamente se debe hacer a la luz de la interculturalidad, considerando varios elementos; pero principalmente su visión como grupo humano en búsqueda de su sobrevivencia la de la familia.

Las normas que determinaban su forma de vida estaban destinadas a garantizar la permanencia del grupo, muchas veces a costa de los individuos, encontrando ya un elemento contrario al de los derechos humanos. Pero en el actual contexto y condiciones en las que viven, hay que preguntarse si todavía son válidas y aplicables estas normas, sobre todo cuando los yuqui están abandonando paulatinamente sus costumbres y viven en contacto con la sociedad.

El tema demográfico, por ejemplo, debía tener un equilibrio y era controlado por los yuqui a través del aborto y el infanticidio, también por el rapto de mujeres e infantes en enfrentamientos, esto se hacía desde una percepción de sobrevivencia del grupo en las mejores condiciones (acceso suficiente a carne y evitando los conflictos internos) y en la búsqueda del “buen vivir”, en sus propios términos.

La permanencia del grupo iba más allá de los derechos individuales, donde el infanticidio, el abandono de enfermos y/o ancianos eran necesarios, evitando

el perjuicio para todo el grupo; desde esta perspectiva los derechos colectivos serían de mayor importancia.

La maternidad es un conjunto de creencias y significados que construye cada sociedad, en el caso yuqui, la mujer tiene la función de reproducir el grupo a través de la maternidad biológica o social (crianza). A pesar de los cambios en su forma de vida nómada a una semisedentaria,<sup>80</sup> la maternidad continúa siendo su principal función con respecto al grupo. Este rol de la mujer yuqui está cargado de presión social como de satisfacción personal,<sup>81</sup> aunque es discutible si esta satisfacción no es un precepto cultural que ha asumido.

Por supuesto, las condiciones en las que se desarrolla la maternidad cambian, antes las madres se aseguraban de que las jóvenes tengan hijos fuertes, en familias estables, así preservaban el futuro del grupo; hoy las jóvenes son madres en malas condiciones, a edad temprana, en hogares con violencia, en situación de desnutrición y tuberculosis u orfandad. Hace tres décadas se habría quitado la vida a esos infantes para evitar una generación sin aptitudes para sobrevivir, evitando un niño débil y precautelando el futuro de la madre y del grupo; por tanto, me pregunto ¿cuál de las situaciones vulnera más los derechos humanos?

La posición y rol de la mujer yuqui aparentemente es relegada a la del hombre como jefe de familia; pero la relación “provisión de alimento/carne-sexo/reproducción del grupo” sigue siendo el principal objetivo de la familia yuqui y, por supuesto, el aspecto de mayor tensión para el hombre, que en las actuales condiciones no se puede conformar con ser buen cazador. Un hombre decía: “Nuestra mujer es como una flor, tenemos que darle todo”, pensamiento que desvirtúa totalmente las concepciones de igualdad de la mujer y el hombre en términos de participación política, económica en el hogar. Para la mujer yuqui, la pareja ideal es aquella que la pueda mantener cerca de su familia y alimentar a sus hijos, sin que ella deba trabajar.

La temática de la infidelidad que otorga prestigio al hombre es bastante parecida en la sociedad occidental, pero difiere en el hecho de que el hombre acepte veladamente la infidelidad de su mujer con el objetivo de obtener bienes (carne antes, hoy bienes o dinero) y/o asegurar la reproducción de la familia en un embarazo; una situación que exige compromiso con el grupo, por encima del egoísmo (celos) de una persona. Puede ser que esta capacidad de aceptación del bien colectivo esté cambiando porque las peleas por celos son muy comunes, rememoran situaciones de conflicto de esta naturaleza constantemente.

---

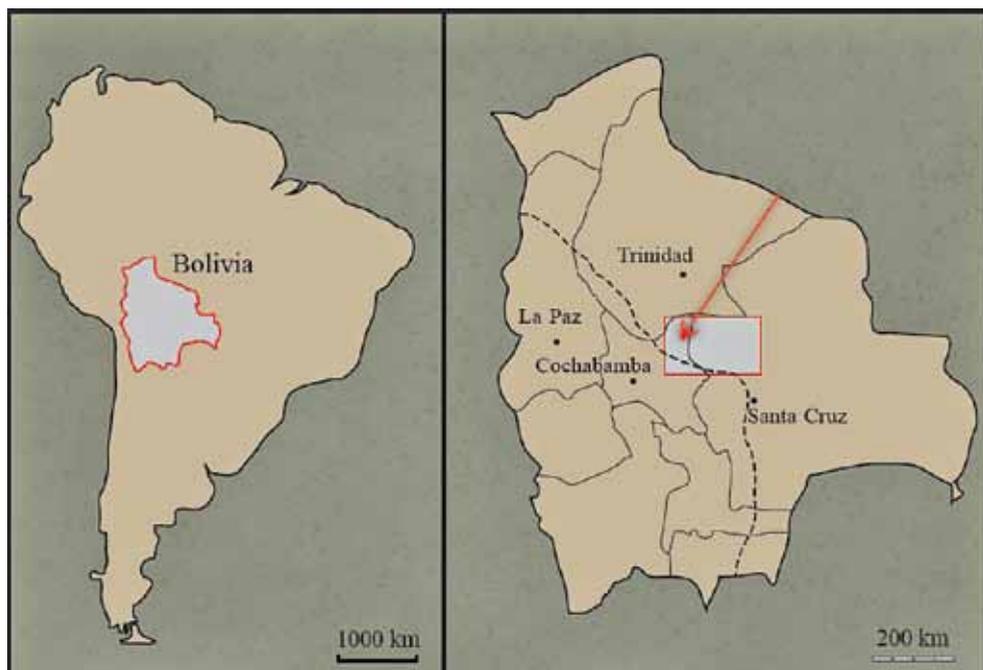
80 No se puede afirmar que el pueblo yuqui sea totalmente sedentario porque la itinerancia sigue siendo parte de sus prácticas más arraigadas.

81 Todas las mujeres yuqui desean tener hijos y si no aspiran a criar niños. En la actualidad se conocen casos de robos de niños por parte de mujeres yuqui que no podían tener uno propio.

Los yuqui, si bien están conscientes de sus nuevas condiciones de vida, ven al otro (*abaa*) como alguien muy diferente a él, que tiene otras costumbres, que piensa diferente, que no lo entiende; dicen a veces que “la muerte de un *bia*, vale por dos *abaa*”, esto se puede entender como una percepción de superioridad jerárquica o inferioridad numérica; también suelen decir: “Los yuqui somos solo uno, no hay yuqui en otro lugar, somos único”, para así sostener nuevamente su diferencia. Estas posiciones evidencian que la diferencia cultural de las sociedades como la yuqui requiere ser enfocada en términos de la interculturalidad, aunque superando posturas de superioridad o inferioridad.

La interculturalidad es un lente que nos permite ver y comprender las diferentes percepciones que tienen las sociedades de aspectos como la maternidad, y que nos reta a repensar en los derechos humanos como universales, porque como cualquier otro concepto, éste fue construido a la luz de la sociedad occidental, muy diferente a la yuqui, en este caso.

**Ubicación geográfica de la comunidad Bia Recuate,  
provincia Carrasc del departamento de Cochabamba**



## Glosario de términos *bia* y castellano

<i>Eyebe.</i>	Sin familia
<i>Tai rueten.</i>	Comunidad - casa grande
<i>Osendi.</i>	El monte
<i>Bia.</i>	Gente <i>bia</i> (yuqui)
<i>Abaa.</i>	Gente que no es <i>bia</i> , externos
<i>Saya.</i>	Amo - jefe
<i>Enêbaco.</i>	Esclavo - sirviente
<i>Yaicuate.</i>	Conocimiento de la gente
<i>Biaye.</i>	Idioma de los <i>bia</i> (yuqui)
<i>Vayuyai.</i>	Reír
<i>Vayuyai biti.</i>	No ríe
<i>Erissa.</i>	Frío
<i>Enarasi.</i>	Calor
<i>Totonoae.</i>	Trueno
<i>Ijoe.</i>	Lluvia
<i>Cherasiam.</i>	Estoy bien 'sano'
<i>Cherasi.</i>	No estoy bien 'enfermo'
<i>Ejiakutai.</i>	Susto
<i>Sitie.</i>	Ansiedad
<i>Erebeya.</i>	Gente de otros pueblos
<i>Jirabo.</i>	Bolsa tejida que cuelga de su cabeza
<i>Chio risan.</i>	Embarazo
<i>Eyesua.</i>	Parto
<i>Yaqui.</i>	Joven yuqui (muchacho)
<i>Eremecua.</i>	Criado
<i>Tuyu.</i>	Territorio

## Bibliografía

- Aguiló, F.  
1982 *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua.* Sucre.
- Castro M., Dolores  
2008 *Las determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas.* UNFPA-FCI.
- Centro de Enfermedades Tropicales Cenetrop  
2006 *Informe de estudio de muestras de esputo de población yuqui.*
- Comunidad Habitat Finanzas CHF  
2005 *Informe Plan yuqui.*

Descola, Philippe

1998 *Las cosmologías de los indios de la Amazonía.*

Firestone L., Homber

1990 *Guerrilleros de Monte Alto.* Cochabamba: Los Amigos del Libro.

Holmberg, Alan

1969 *Nómadas de arco largo. Los sirionó en Bolivia.*

1969b En: Stearman Maclean Allyn. *The Yuqui connection. Another Look the Siriono Deculturation.* 2008.

Instituto Nacional de Estadística INE

2001 Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Instituto Nacional de Reforma Agraria INRA

2007 *Informe jurídico y técnico de inspección a la TCO en fecha 09/08/2007.*

Isategua, José; Linares, Ely

2010 *Saberes, conocimientos y valores del pueblo bia yuqui.* La Paz: Ministerio de Educación y Deportes.

2005 *Documento público de certificación de Territorio Comunitario de Origen TCO YUQUI CIRI.*

Jabin, David

2005 *El hongo, el político y la basura: Análisis socioantropológico del problema de los bia yuqui del trópico de Cochabamba y sus enfermedades respiratorias.*

2009 *Nuevos elementos para una comprensión de la esclavitud Yuqui.* (inédito)

Kimura, Hideo

1979 *Informe sobre organización social de los yuqui.* La Paz: Instituto Nacional de Antropología.

1979 *Informe sobre el ciclo de vida de los yuqui.* La Paz: Instituto Nacional de Antropología.

Melgar, Edwin

1990 *Procesos de aculturación en los yuqui.* Cochabamba: Tesis de Licenciatura en Sociología, Universidad Mayor de San Simón.

Menéndez, Eduardo

2008 [http://es.wikipedia.org/wiki/Antropolog%C3%ADa\\_m%C3%A9dica](http://es.wikipedia.org/wiki/Antropolog%C3%ADa_m%C3%A9dica).

Mollinedo S. y Prieto S.

2006 “El enteroparasitismo en Bolivia” Ministerio de Salud y Deportes (OPS/OMS) Elite Impresiones. La Paz Bolivia.

Pérez D., Andrés

1978-79 “Los Bia – Yuki del Río Chimoré (Bolivia Oriental)”. En: Scripta Ethnológica – Archivo para una Fenomenología de la Cultura, N° V. Parte 2. Buenos Aires: Órgano del Centro Argentino de Etnología Americana. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

- Pritchard, Evan  
1940 *Los Nuer.*
- Querejazu L., Roy  
2012 *Los yuquis. Trayectoria cultural social e histórica de un pueblo amazónico.*  
Cochabamba: Kipus.
- Stearman M., Ayllin  
1990 *Recolectores yuqui en la Amazonía boliviana. Estrategia para la subsistencia, para prestigio, para la jefatura en una sociedad en proceso de aculturación.*  
1996 *Better fed than dead.*  
1996 "The yuqui connection: Another look at Siriono Deculturation". En: *American Anthropologist New Series.* Vol. 86, N° 3.
- Yagua Samu  
2002 *Reglamento interno y Estatutos.* Tuyu-Territorio.

Ely Linares Chumacero estudió antropología en la Universidad Mayor de San Andrés. En el trópico de Cochabamba acompañó procesos de fortalecimiento de liderazgo de mujeres Yuracares. Realizó investigación con sindicatos de migrantes quechuas y en procesos de planificación en los municipios de Puerto Villarroel y Villa Tunari en el área de género y cambio climático, siempre desde la perspectiva intercultural. En la actualidad es consultora de la OPS/OMS y continúa aplicando estrategias participativas para la facilitación de acciones integrales en favor de pueblos indígenas altamente vulnerables. Autora del libro: *CHERASIAM. Visión yuqui de bienestar* (2013). elylinares@hotmail.com

## CAPÍTULO IX

# Salud materna e interculturalidad en el horizonte de sociedades más inclusivas

*Manigeb Roosta*

El abordaje intercultural de la salud materna es una de las estrategias más acertadas para reducir los altos niveles de mortalidad materna en el país. El registro de las vivencias y testimonios de las madres indígenas, lejos de ser un rechazo, es una afirmación de la necesidad de profundizar aún más tanto su aplicación como sus implicaciones en cuanto a fortalecer justicia y equidad social como fundamentos de una sociedad más inclusiva.

Uno de los desafíos mayores de la salud en Bolivia es la salud-muerte materna. Los niveles de muerte materna, especialmente las pertenecientes a poblaciones indígenas, son inaceptablemente elevados y prevenibles,<sup>1</sup> sea que éstas ocurran fuera o dentro de los hospitales. Esos bolsones críticos de la mortalidad materna entre poblaciones indígenas demuestran la falta de acceso a los servicios de salud, que constituye una violación de los derechos fundamentales de las mujeres indígenas. La Declaración de las Naciones Unidas (2007) reafirma los derechos de los pueblos indígenas a disfrutar los niveles más altos posibles de salud física y mental, recomendando a los Estados implementar las medidas necesarias para el logro progresivo de estos derechos. Cabe mencionar que esta Declaración fue ratificada por el gobierno nacional mediante la Ley N° 3760 (7 de noviembre de 2007) como reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. En este sentido, las discusiones sobre la interculturalidad apuntan hacia el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales en el horizonte de equidad y justicia social.

---

1 Declaración de Ministros de América Latina Sobre Salud Sexual y Reproductiva Internacional para Mujeres Indígenas (2011). Salud Sexual y Reproductiva Intercultural: Por la Reducción de las Muertes Maternas Indígenas. Lima, 30 de junio de 2011.

Este capítulo, luego de describir algunas características y aspectos de las experiencias generadas, pretende abordar la complejidad de la interculturalidad –a partir de los casos estudiados– desde dos dimensiones complementarias. En primera instancia se procede a discutir la interculturalidad *basada en* las prácticas generadas en diferentes grupos culturales, para luego reflexionar sobre sus implicaciones; pero esta vez *a partir de* los casos estudiados. Este enfoque nace del convencimiento de que la mortalidad materna no se da en un vacío social y, por lo tanto, su reducción no se logra mediante estrategias meramente técnicas-clínicas.

Las condiciones socioeconómicas de la gente pueden determinar la mayor parte de los problemas de salud, sin embargo, en las políticas de este sector el tratamiento de las enfermedades constituye el enfoque principal, sin incorporar las intervenciones necesarias sobre las “causas de las causas”.<sup>2</sup> Desde esta perspectiva, el abordaje de las enfermedades va más allá de las “causas próximas” y apunta hacia las “causas de las causas”, que además de centrar en la conducta personal tratan de considerar las circunstancias sociales y económicas que producen una mala salud a lo largo de la vida.<sup>3</sup>

Los sistemas de salud se desarrollan en direcciones que contribuyen poco a la equidad y justicia social y, por lo tanto, a lograr mejores resultados. El reporte de la OMS (World Health Organization, 2008) sobre atención primaria, luego de reconocer los logros alrededor del mundo en la década de 2000, discute las crecientes brechas sociales. En dicho documento se admite que los progresos sustanciales en la salud en las décadas recientes han sido profundamente desiguales entre y dentro de los países, por esta razón la salud contribuye poco a la equidad y justicia social. El informe recomienda asegurar que el sistema pueda lograr esas metas y acabar con la exclusión social, reconociendo la importancia de las dimensiones sociales que van más allá de los asuntos meramente técnico y clínico. La discusión de la interculturalidad en la temática de la salud materna es abordada desde este marco de referencia y no puede considerarse un fin en sí mismo, sino como una etapa más en la construcción de sociedades más inclusivas.

En primer lugar, la interculturalidad constituye un paso más para visibilizar la diversidad cultural del país, que bajo el manto de la modernidad quedó oculta e ignorada durante muchas décadas. Pero el fin no es sólo demostrar la diversidad, sino también las desigualdades existentes que llevan a la injusticia social y profundización de la segregación y la exclusión social.

La discusión de la interculturalidad puede echar otro manto de invisibilidad sobre la diversidad cultural. Habría que preguntar si tiene sentido agrupar a

---

2 OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005). Preguntas y Respuestas.

3 Adaptada por la 62a. Asamblea General de la AMM [Asociación Mundial de Médicos], Montevideo, Uruguay, octubre de 2011.

todos los grupos étnicos bajo la categoría de indígenas (García Canclini, 2012), catalogando como un único fenómeno social a distintos grupos étnicos de diferentes países latinoamericanos, sean aymaras en Bolivia o mayas en México, y/o reproduciendo la misma noción al interior de cada uno de estos países, lo que conduce a invisibilizar la heterogeneidad de centenares de grupos con culturas distintas, creando una entidad abstracta. En este contexto, la presente investigación hace un tratamiento especial a la realidad de diferentes grupos étnicos, convirtiéndose en uno de los estudios pioneros en reconocer la diversidad étnica existente en el país, tanto en oriente como en occidente.

## 1. Los contextos de interculturalidad

Bolivia no puede desconocer y pasar por alto dos hechos irrefutables:

- a) La existencia de las 36 naciones indígenas originarias, aspecto reconocido en la nueva Constitución Política del Estado y un porcentaje significativo de la población que según encuestas y censos se ha identificado con estos grupos étnicos.
- b) Que las migraciones rural-urbana y entre las diferentes regiones (altiplano, valles y llanos) en las últimas décadas han ocasionado que la mayoría de los grupos culturales estén en contacto con el resto de la población nacional. Las nuevas políticas públicas y transformaciones desde la década de los 90 han resaltado una visión del país que se extiende a todo el territorio nacional y cuya principal característica es la interculturalidad.

La larga convivencia en un mismo lugar, los matrimonios entre personas de diferentes pueblos, y la imposición de la religión cristiana contribuyeron a la formación del actual pueblo chiquitano y su cultura, la cual combina elementos heredados de los diferentes pueblos indígenas y del catolicismo jesuítico que forjaron la identidad chiquitana (Daniela Ricco).

... cada grupo cultura es como un ser vivo que con el tiempo se va transformando por crecimiento y adaptación, sin perder por ello su identidad... Por evolución interna y por los contactos entre diversos pueblos y grupos culturales, lo que fue fundamental en un momento pierde relevancia en otros y surgen en cambio otros factores que pasa a un primer plano. Por factores internos y externos, rechazan unos elementos mientras se crean o asimilan otros (Ineke Dibbits).

La cultura andina, como todas las culturas no se encuentra aislada y está en permanente intercambio con otras culturas especialmente la cultura occidental... que sigue siendo una cultura dominante (Azucena Fuertes).

El hecho de reconocer la característica intercultural del país no pretende negar la existencia la interculturalidad negativa, que consiste en la disminución y asimilación de los culturalmente distintos y eventualmente a su destrucción por las cultura/as dominantes (Diez Hurtado, 2009: 29. Albó, 2009: 86). En este sentido, la salud materna en los contextos de interculturalidad pretende generar mayor sensibilidad y conciencia respecto a la complejidad tanto de la naturaleza del fenómeno de la salud-muerte materna como la diversidad cultural del país, que no se agota en uno o dos grupos mayoritarios.

### **1.1. Las experiencias de la interculturalidad en salud**

La experiencia de la interculturalidad en salud en el país es de larga data y abarca diferentes niveles de implementación, desde la adecuación cultural de la sala del parto hasta la habilitación de laboratorios para la preparación de medicamentos, generación de conocimientos y saberes medicinales, y la gestión conjunta de salud. El siguiente resumen permitirá ponderar la diversidad y la evolución de la experiencia en el país:<sup>4</sup>

- El hospital Kallawaya de Curva (departamento de La Paz) fue construido con el apoyo de la cooperación española en el año 2004, creando un espacio de integración de la medicina tradicional con la occidental como una muestra de la interculturalidad.
- En el hospital municipal de Patacamaya (departamento de La Paz) –con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y otros, (desde 2006 hasta el presente)– se ha implementado la estrategia de salas de parto con adecuación cultural, lado a lado con la sala biomédica, posibilitando el ingreso de parteras al centro médico. Además se ha hecho un esfuerzo para sensibilizar al personal de salud para lograr la articulación entre los prestadores de servicios de salud y las parteras con el fin de mejorar la calidad de los servicios.
- La experiencia del municipio de Tinquipaya (departamento de Potosí), llevada adelante por la Cooperación Italiana entre 2004-2005, se caracterizó por un abordaje complejo de la interculturalidad en salud. Este modelo de salud integral contó con la participación comunitaria como elemento crucial, y con estrategias de amplio impacto como el fortalecimiento y capacitación de personal tradicional y biomédico, promoción del diálogo intercultural, lo que permitió alcanzar un buen grado de complementariedad de la atención en salud. Además, un rasgo distintivo de la Cooperación Italiana fue impulsar la investigación y el estudio de plantas medicinales y la habilitación de labo-

---

4 Vargas, Yolanda (2013). Salud Familiar Comunitaria Intercultural [capítulo del presente libro].

- ratorios artesanales para la elaboración de medicamentos a partir de hierbas, por lo tanto, procesos de generación de conocimientos.
- La experiencia de Salud Comunitaria Intercultural en Caiza D y Cotagaita (departamento de Potosí) contó con el apoyo de la ONG Causananchispaj. Los dos ámbitos de acción de esta experiencia, a saber: salud y gestión comunitaria, promovieron la construcción y fortalecimiento de capacidades y destrezas de los actores locales para mejorar la calidad de vida de los comunarios. En el ámbito de salud, además de apoyar la infraestructura, equipamiento y suministros, promovió la educación en salud participativa. El apoyo de Causananchispaj en un proceso de reflexión y análisis con los actores sociales permitió generar un proceso de aprendizaje colectivo y construcción de mejoras en la salud. En la primera etapa sólo buscaba la consolidación de las capacidades técnicas clínicas y la infraestructura para mejorar la presentación de servicios de salud; esto fue complementado con procesos de sensibilización y capacitación del personal de salud biomédico para incorporar la aceptación y respeto de la cosmovisión de los comunarios y la valoración del conocimiento médico local, todo con el fin de generar una atención de calidad con pertinencia cultural. Finalmente, promovió la participación social en la toma de decisiones para otorgar eficiencia y sostenibilidad al proyecto.

Esta descripción sintética de algunas experiencias refleja la complejidad de abordajes de interculturalidad en salud. La construcción de diferentes modelos de atención no se logra con acciones puntuales y aisladas, requiere de un proceso paralelo de reflexión y análisis participativo que permita desarrollar y profundizar la interculturalidad.

Otro factor que se destaca es el rol de la cooperación internacional. Cada una de las experiencias descritas contó con el apoyo continuo de las ONG y agencias internacionales. Si bien éstas trabajaron con las autoridades locales y en algunas con la participación de los comunarios en las diferentes fases del proyecto, la continuidad de cada una de las experiencias se ha visto afectada por la disminución y/o suspensión de fondos y apoyo de parte de las organizaciones financiadoras. Aunque la cooperación internacional es vital, puede convertirse en un factor de riesgo y vulnerabilidad para estos proyectos. Al asumir el Estado la interculturalidad como política pública, no sólo se garantiza la continuidad y consolidación de dichos proyectos, sino también hace posible contar con normas básicas que la cooperación internacional tendría que respetar y aplicar.

La sostenibilidad y profundización de la interculturalidad en salud requiere de apoyo constante de las instancias locales, municipales, departamentales y estatales. Sin una determinación institucional de incorporar estas experiencias en líneas y partidas presupuestarias, difícilmente se podrá garantizar la ampliación y

profundización de la interculturalidad en salud, como un mecanismo fundamental para mejorar la atención a las madres.

## **2. Reflexiones sobre experiencias generadas**

Las reflexiones sobre las experiencias de interculturalidad, generadas en el país, permiten profundizar dos aspectos importantes e interrelacionados. Primero, en todos los pueblos estudiados se comprueba la presencia del uso simultáneo de diversos recursos y formas de asistencia en búsqueda de salud. Segundo, las raíces de este pluralismo medicinal podrían corresponder a las percepciones y concepciones de salud-enfermedad prevalecientes en cada grupo cultural.

### **2.1. Interculturalidad y pluralismo medicinal**

El pluralismo médico y terapéutico es una realidad innegable y se constata tanto en comportamientos emergentes frente a la enfermedad como también en el creciente uso de las medicinas alternativas y complementarias (MAC) (Perdiguero, 2006: 33). Ambos fenómenos demuestran que luchar contra la enfermedad no se da sólo mediante el uso de la medicina occidental, poniendo en tela de juicio modelos “prescriptivos”, en el horizonte del pluralismo asistencial médico-medicina que tiene más vigencia (Goldstein, 2004). Llama la atención que el surgimiento del fenómeno del pluralismo se da en los países donde la medicina occidental está en plenitud de desarrollo y predominio.

La presencia del pluralismo médico y asistencial entre los grupos étnicos marca uno de los rasgos destacados de la interculturalidad en cuanto a la salud materna. Las cosmovisiones, creencias y prácticas existentes en cada grupo étnico, sumadas a la presencia legitimada de personas encargadas de la salud (aysiri, jampiri, qhaquri, yatiri, kallawaya, parteras/os, picharero, curanderos, ipaye, chamán..., etc.) y el uso prevalente de hierbas y plantas medicinales, han sido la principal manera de curación de enfermedades entre los pueblos indígenas antes de la prevalencia de la biomédica. En la actualidad, la mayoría de los pueblos estudiados enfrenta barreras de acceso geográfico por las distancias, la comunicación y el idioma, las culturas, y sobre todo por factores económicos que les impiden acceder a los servicios, de manera que ellos combinen diferentes estrategias en búsqueda de la recuperación de su salud.

Ante la enfermedad, la búsqueda de ayuda consiste en una trayectoria para reencontrar el equilibrio y dado que el sistema biomédico oficial aún no considera plenamente lo anteriormente citado es que la población prefiere acudir al autocuidado (que pertenecería al sistema médico popular) o sea que en el entorno familiar se trata de

dar solución primero al problema de salud. Si los conocimientos tradicionales para alivio del mal no son suficientes se acude a los médicos tradicionales para determinar la causa de la enfermedad, sea mágica, natural, fría o caliente. Cuando el recurso terapéutico no es suficiente, recién es llevado a un establecimiento de salud; pero como la terapéutica médica cura sólo el cuerpo, muchas veces se recurre nuevamente al recurso tradicional de la comunidad para completar la curación (Azucena Fuertes). Las diferentes interpretaciones sobre las causas posibles que predisponen a la enfermedad coexisten frecuentemente en una misma persona y se traducen en estrategias diversas a nivel de atención de los padecimientos, en lo que es conocido como pluralismo médico y/o asistencial.<sup>5</sup> En ese sentido, los ayoreode actualmente utilizan de forma alternativa o simultánea diferentes formas de atención en salud, que articulan tanto la autoatención, las medicinas tradicionales y la biomedicina. Cabe resaltar que es en el sector biomédico donde encuentran mayores dificultades de relacionamiento y barreras de acceso a atención en salud (Irene Roca).

Sin duda, la concepción, percepción y clasificación de la enfermedad en diferentes categorías constituyen una de las razones del pluralismo medicinal, práctica común en varios grupos estudiados.

Las enfermedades de Dios son causadas por algún elemento del medio, por el frío, el calor, la vista fuerte de una mujer, el espíritu de un muerto, entre otros; pero no son enfermedades que alguien las ha provocado de manera intencional, sino que han llegado por casualidad. Las enfermedades de Dios son bastante comunes y relativamente sencillas de tratar, pueden ser curadas con combinaciones de plantas (raíces, semillas, tallos, etc.), partes de animales (sobre todo en aceites) y actualmente medicamentos que se consiguen en la farmacia... Los chiquitanos de la provincia Velasco consideran que en el hospital<sup>6</sup> no saben y no curan este tipo de enfermedades [enfermedades por maldad o mal puestos], de hecho, solamente curan algunas enfermedades de Dios ‘las cosas malas en el hospital no cura, siempre es en

---

5 Definido por Menéndez como “la capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos” (Menéndez, 1994: 20). Aquí referimos rápidamente la clasificación propuesta por Kleinmann (1980: 50 sqq.) y ampliamente enriquecida por otros autores (Haro, 2000. Perdiguero, 2006. Citarella, 2009), que distinguen tres grandes grupos: el sector popular o sincrético, también conocido como autoatención; el sector de la medicina occidental, llamada también profesional, convencional o biomédica, que se constituye además el “modelo médico hegemónico” conceptualizado por Menéndez (1992, 2003, 2005); y el sector de las medicinas tradicionales, indígenas y alternativas. Estos diferentes sectores, que incluyen múltiples subsectores o formas de atención de los padecimientos, constituyen en su conjunto el sistema de atención en salud.

6 Por tanto, se evita ir al hospital o se va cuando ya no queda ninguna otra alternativa. Esto hace que la percepción del hospital sea bastante negativa, porque frecuentemente se llega ahí cuando ya no hay nada que hacer, la persona muere y queda en el imaginario de los parientes que en el hospital matan gente, lo que genera una especie de bola de nieve, pues como matan gente se evita ir.

el campo' (MA. Com. San Javierito, 2009). Esta clase de enfermedades solamente las puede curar el curandero. El curandero tiene básicamente dos formas de sacar la maldad del cuerpo del enfermo: por medio de sobadas o masajes, y por medio de succión (Daniela Ricco).

Un hecho destacable es el uso de medicina tradicional de otros grupos culturales. En el pueblo yuqui, ante la pérdida paulatina de propias prácticas culturales, acuden a los curanderos del pueblo yuracaré, como un ejemplo no frecuente de pluralismo medicinal.

El pueblo yuqui se encuentra hoy en una situación ambigua, entre la tradición y la modernidad; donde los bia tradicionales que viven en la comunidad se esfuerzan por reproducirse como pueblo en base a su costumbre, sus prácticas y sobre todo en un ambiente que reconocen como su casa osendi; y por otro lado los bia que están en los pueblos y que se esfuerzan por integrarse a la sociedad moderna, en un ambiente hostil que lo discrimina y al que intenta incorporarse cambiando progresivamente sus prácticas... Aunque se han dado algunos casos aislados que ante la recomendación de una cirugía (apéndice, por ejemplo) han recurrido a conocidos curanderos (yuracarés), dejando entrever la aceptación de conocimientos culturales diferentes que pueden funcionar en sus cuerpos y el temor que existe hacia las intervenciones quirúrgicas (Ely Linares).

Una estrategia emergente en esta trayectoria de búsqueda de salud es acudir a la los líderes religiosos de sus iglesias, especialmente entre el pueblo aymara. Ésta no solamente abarca la dimensión curativa, sino la promoción de regímenes alimenticios y estilos de vida más saludables como estrategias preventivas-curativas al mismo tiempo.

*(...) algunos sanan dice, ¿no ve?, ese, el doctor que dicen, ese es cristiano, de la mano lee dice y según, de la mano lee, cristiano y con la Biblia cura (...), ha orado con la Biblia y "necesita bautizo" me ha dicho, y lo ha bautizado según a la Biblia y después mi hijo estaba mal, estaba con diarrea y todo, y después dice que le ha pescado la tierra y todas esas cosas de la Biblia me lo ha leído, porque el doctor de aquí no me lo ha pescado y a la semana se ha sanado* (testimonio citado en el capítulo de Ineke Dibbits).

*Porque primera vez que mi esposa se enferma, el médico me dice: 'Mañana no se opera, chau la señora'. Ya pasó hace 12 años esto. Llegó un hermano mío de la Iglesia y ya estábamos siempre en clase de alimentación vegetariana, entonces él pide a Dios y dice: '¿Usted quiere sanarse?'. 'Sí'. '¿Quiere sanarse de verdad? Si usted quiere sanarse no coma carne, frituras, fuera carne, fuera frituras'. Y mi esposa, desde ese momento hemos hecho así, régimen vegetariano, hasta ahorita no se ha operado y tampoco se retuerce. ¿Qué le parece? No ha tomado medicina, solamente la alimentación. (...) Y gracias a la alimentación mi esposa se ha sanado. Por ejemplo, para tos quieres, y eso nos han enseñado en la Iglesia también, 'antes que aparezca el problema, haga tomar a su hijo mucha naranja', y hacemos eso, los chicos nunca tienen ni tos ni gripe, nada* (testimonio citado en capítulo de Ineke Dibbits).

La presencia simultánea de estas estrategias en la práctica cotidiana de los diferentes pueblos estudiados demuestra la complejidad de la interculturalidad en la materia de salud materna. Para mejorar la calidad de atención, además de promover la adecuación cultural del espacio físico y la sensibilización del personal de salud, se hace necesario conocer tanto estas prácticas como las creencias que los pueblos indígenas tienen acerca de salud y enfermedad, para así poder fortalecer la articulación y complementariedad entre ambos sistemas.

## 2.2. Concepciones de salud-enfermedad en los contextos de interculturalidad

Las concepciones de diferentes grupos étnicos estudiados tienen un rasgo común que constituye uno de los más significativos potenciales aportes a la biomedicina. Percibir la salud como un concepto holístico que no sólo abarca dimensiones físicas del individuo, sino también aspectos psíquicos, sociales y espirituales puede impactar estructuralmente en los servicios de salud.

Según la concepción andina, el hombre se compone de tres elementos vitales, que son: el cuerpo material, el alma y el espíritu. *El cuerpo* es la sustancia o materia de que está compuesta la persona y comprende la carne, los huesos, la sangre y otra sustancia palpables, es una entidad abierta a energías externas, existiendo una semejanza entre el hombre y la naturaleza. *El alma*, o sople divino, es lo que da la vida y que trasmite al ser las facultades de pensamiento, de sensibilidad, de movimiento, si ésta sale del cuerpo sobreviene la muerte. *El espíritu* o ánimo (*ajayu*) es el fluido que da consistencia al cuerpo, sin causar la vida ni la muerte, es un complemento, sin cuyo elemento la persona no puede vivir con normalidad; es el encargado del control del cuerpo, en un estado anormal genera caos, desorden y sobreviene la enfermedad (Azucena Fuertes).

La noción de salud del pueblo ayoreode mantiene un concepto holístico vinculado a conceptos como bienestar, alegría, fuerza y resistencia a niveles individuales, familiares y grupales (Irene Roca Ortiz).

La base de la cosmovisión andina constituye la experiencia y la percepción del universo como una totalidad. Dentro de esta realidad, todos los elementos o componentes están en una relación mutua, que se caracteriza por la reciprocidad: un dar y recibir que extiende a todas las dimensiones del universo. La base del principio de reciprocidad es el orden cósmico como un sistema balanceado de relaciones... cada relación tiene que ser bidireccional... cuando preguntamos a una mujer o un hombre aymara cómo se ve o cómo se siente una persona que goza de buena salud, se nos suele responder: 'alegre', 'feliz', 'se ríe, comparte, así, con sus amigos o con sus hermanos, con sus papás, así goza de buena salud...' los que están sanos son más sociables, todo eso, para mi parecer es eso... (Ineke Dibbits).

Por las mismas razones, las enfermedades y sus causas tienen que ver no sólo con aspectos físicos, sino con factores psíquicos, mágicos y sociales, y con romper el equilibrio entre estos factores:

La noción de enfermedad incluye factores físicos y espirituales, es decir, se relacionan con el estilo de vida y los valores morales, revelando todavía la influencia de la cosmovisión ancestral, así como del cristianismo y de las otras culturas con las que conviven... generan desequilibrio... (Irene Roca Ortiz).

Hasta la actualidad, los chiquitanos han mantenido este concepto de enfermedad y de acuerdo al origen del agente dañino que entra al cuerpo clasifican las enfermedades en dos tipos: enfermedades “de Dios” y enfermedades por maldad o “mal puesto”, ambas se diferencian por su origen, pero también por su gravedad. En otra categoría están las enfermedades por la ruptura de normas de “equilibrio” con la naturaleza, que son causadas por el *Jichi*<sup>7</sup>... En otra categoría, hay enfermedades que son causadas por castigos sobrenaturales de los *jichis* por transgredir normas de convivencia con relación a los amos de la naturaleza. Los *jichis* pueden ser muy generosos y dar animales para cazar o pescar, pero si se enojan porque el cazador ha dejado heridos a sus animales o ha abusado de la cacería y vendido carne de monte, puede castigar al cazador llevándolo al monte, de donde no regresa o regresa loco a raíz del desplazamiento de su espíritu por el de un ser de la naturaleza (Daniela Ricco).

Al ser el *ajayu* el elemento aglutinador del cuerpo, cuando la persona se asusta pierde el ánimo y se enferma... A diferencia de la biomedicina, la enfermedad no se concibe como la mala función de un órgano determinado, sino como que el cuerpo y su entorno (medio ambiente natural y social) están funcionando mal, por tanto, entran en desequilibrio, por ello se debe curar el cuerpo y su entorno, incluyendo lo físico, lo anímico, lo social y lo que pertenece a la sociedad extrahumana, no se trata de vencer la enfermedad, sino buscar un equilibrio y un acuerdo con la enfermedad, no sólo y no tanto expulsar; en este entendido, el proceso salud enfermedad es parte integral del fenómeno social y no un elemento que pueda considerarse aislado de su contexto, todo está relacionado (Azucena Fuertes).

---

7 Los *jichis* son, para los chiquitanos, los amos o dueños de la naturaleza; las lagunas, los animales y los cerros, entre otros, tienen amos o dueños a quienes hay que pedir permiso para utilizar algún elemento de su entorno. “Los espíritus del bosque, o *jichis*, regulan el aprovechamiento de los recursos naturales por el ser humano, vigilando que éste sólo aproveche lo estrictamente necesario para el sustento de su familia. Los *jichis* castigan a aquellos que transgreden estas normas” (Birk, 2000: 27). Como una característica de la imposición de la religión católica, se han ido asociando, de manera muy compleja, las “deidades” o “creencias” del pueblo chiquitano con lo negativo, maligno y demoníaco (Fischermann, Delgado y Ricco, 2009. Inédito).

Si bien es cierto que la Constitución de la OMS<sup>8</sup> define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, los centros de salud se enfocan principalmente en la salud física del individuo desde la perspectiva curativa. Ampliar la definición de salud más allá de la dimensión física-individual para incluir aspectos psíquicos y espirituales de la persona, reconociendo la importancia del efecto del entorno social en su bienestar, y además desde una perspectiva preventiva-curativa, abriría nuevos horizontes en los sistemas de salud vigentes.

El documento titulado “La iniciativa de salud de pueblos indígenas” (PAHO/WHO, 2006: 5), elaborado en el histórico taller de Winnipeg-Canadá (1993), señala cinco principios para trabajar con los pueblos indígenas. Precisamente, el primer principio se refiere específicamente a la necesidad de un abordaje holística de salud; junto al derecho de autodeterminación de los pueblos indígenas, derecho a participación sistemática, respeto y revitalización de las culturas indígenas, y reciprocidad en relaciones, con el fin de lograr el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

Esta percepción holística refleja una de las dimensiones más complejas de la interculturalidad en salud. El común denominador de las perspectivas diversas de los pueblos indígenas de América consiste en la creencia que la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, que incluyen la relación entre aspectos individuales (física, mental, espiritual y emocional) y grupales (política, económica, cultural y social), y entre lo que es natural y lo que es social (PAHO/WHO, 1993: 6).

En este contexto, uno de los desafíos de la interculturalidad es la comunicación y diálogo entre los sistemas con diferentes lenguajes, aunque verbalizada en el mismo idioma. La comprensión de los códigos, significados y significantes no siempre resultará fácil; pero no puede calificarse de imposible. La interculturalidad en salud materna plantea retos en el horizonte de posibilidad, demandando la necesidad de creer y perseverar en el diálogo.

### 3. Reflexiones a partir de las experiencias generadas

El análisis de los diferentes capítulos del libro evidencia la necesidad de reflexionar sobre las implicaciones de la interculturalidad. Sin duda, ésta genera escenarios de

---

8 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off.Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26.<sup>a</sup>, la 29.<sup>a</sup>, la 39.<sup>a</sup> y la 51.<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han incorporado al presente texto.

encuentro que, por un lado, hacen visible la diversidad de las creencias, lógicas y percepciones de los diferentes grupos étnicos y, por otro lado, pone de manifiesto tensiones y cuestionamientos como resultado de la interacción.

La identificación y discusión de estos aspectos surgen como resultado de una reflexión a partir de las experiencias generadas y tienen alcances que van más allá del campo específico de la salud. En este sentido, las implicaciones de la interculturalidad con relación a la dimensión de género, derechos humanos y la 'otredad' hacen visibles ejes temáticos necesarios para la construcción de sociedades inclusivas, que propician entornos más favorables para la elaboración de estrategias para la reducción de la mortalidad materna.

### **3.1. Interculturalidad, género y derechos humanos**

La discusión de la interculturalidad pone acento especial en el tema de derechos humanos. Sin duda, en la última década hubo avances significativos en el reconocimiento y respeto hacia los pueblos indígenas, incluyendo sus derechos a la salud materna.

El encuentro o la interacción entre la cultura y los postulados de derechos humanos pueden generar tensiones que requieren de especial atención. Para poder abordar estas tensiones es necesario discutir algunos aspectos relacionados con las características y naturaleza de las culturas, y reflexionar sobre las resistencias y consensos generados a partir de la interacción entre tres ejes de cultura, derechos humanos y género.

La cultura (Albó, 2009: 83-84) comprende rasgos adquiridos y transmitidos de unos seres humanos a otros por aprendizaje y es esta capacidad de crear, transmitir, aprender y acumular que nos distingue como seres humanos. Este aprendizaje específico de la especie humana abarca la dimensión material (interacción con la naturaleza), social (interacción con individuos y grupos) y simbólica (interacción con lo imaginario como lenguaje, religión, arte, ideología y valores) para crear un sentido particular a la manera de pensar, actuar y valorar de un grupo humano respecto a otro.

Como afirma Diez Hurtado (2009: 21), aunque la cultura como sistema simbólico comprende las ideas y valores, modelos mentales colectivos-compartidos, sin embargo, no es un asunto de raza ni herencia biológica y está vinculada principalmente a los procesos de socialización y aprendizaje, como parte de integración de los individuos a la sociedad; como tal, aunque de manera desigual, es sujeto a contactos-conexiones con otras culturas y a cambios y transformaciones a largo plazo. Además, las normas, comportamientos y actitudes culturales son dinámicas y variadas, y no se puede suponer que todos los miembros de una cultura actúen de manera uniforme, lo que lleva a ignorar o rechazar la existencia de las múltiples expresiones de resistencia al interior de las culturas que

generan las transformaciones, como es el caso de la igualdad entre hombres y mujeres (UNFPA, 2008: 1, 13).

Es importante resaltar algunos aspectos mencionados, el primero se refiere al hecho de que la cultura como un fenómeno social es aprendida y socializada colectivamente, por lo tanto, puede ser sujeta a variación, alteración e innovación en largo plazo. El otro hecho importante enfatiza que las culturas no existen en aislamientos y que, en la práctica, interactúan mediante relaciones complejas y no siempre basadas en igualdad de derechos. Como resultado de estos procesos, las culturas, como los seres vivos, cambian y se renuevan como consecuencia del rechazo y/o aceptación de nuevas experiencias, para poder continuar y evolucionar en el tiempo (Albó, 2009).<sup>9</sup>

En este sentido, la cultura puede ser un referente de la identidad de la persona; pero no la única, ni la permanente-eterna.<sup>10</sup> Además, si bien el idioma, la historia, música, tradiciones... componían el fundamento de la identidad, hoy por el mismo hecho de interacción intercultural y la mundialización de las comunicaciones surgen nuevos referentes para la identidad. La protección del medio ambiente y la defensa de los derechos humanos –para mencionar algunos factores– han creado nuevos elementos simbólicos,<sup>11</sup> como referentes de identidad individual y colectiva que une a los habitantes en diferentes partes del planeta con diferentes prácticas culturales y diversas creencias. Al mismo tiempo, las migraciones, los sistemas educativos oficiales, los medios de comunicación, la propagación de movimientos religiosos y las tendencias globalizadoras de la cultura occidental promueven el surgimiento de nuevos referentes para la identidad de los individuos y grupos humanos. Por lo tanto, como se puede observar, la identidad se define por la diversidad y el cambio (Rivera Vela: 35).

Como afirma Fornet-Betancourt (2001), el ser humano tiene derecho a la cultura; pero como su creador y transformador, sin que ella llegue a limitar su libertad:<sup>12</sup>

El ser humano vive en su cultura y tiene derecho a ella; pero tiene derecho a ella no meramente como su reproductor mecánico sino justo como su creador y posible transformador. Pues la cultura no anula la libertad. De esta suerte las culturas se hacen y rehacen sobre el trasfondo de indeterminación o de libertad humana que

---

9 Albó, Xavier (2009). "Interculturalidad en el desarrollo rural sostenible. El caso de Bolivia". En: Rivera Vela, Enrique (Editor) (2009). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*.

10 Rivera Vela, Enrique (2009). "Comprendiendo la identidad cultural". En: Rivera Vela (Ed.). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*. P. 40.

11 *Ibidem*.

12 Fornet-Betancourt (2001). Transformación Intercultural de la filosofía (p. 378). En: Ministerio Salud (2005). *Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna* (p. 3).

permanece en sus creaciones concretas como posibilidad histórica de innovación, de transformación, de corrección.

Sin duda, es un desafío poder reconciliar la diversidad y el relativismo cultural con el universalismo. Resulta una simplificación excesiva y hasta peligrosa juzgar los valores y prácticas de una cultura a partir de las normas y los valores de otra (UNFPA, 2008). Sin embargo, los límites de aceptación de la diversidad cultural necesitan ser marcados por los postulados de los derechos humanos, que no aceptan ser relativizados. Por más que sea importante tomar en cuenta el universo simbólico de cada cultura a fin de comprender, respetar y juzgar sus valores y prácticas, esto no puede traducirse en aceptación de torturas, sacrificios humanos, o la consideración de la mujer o niños como no-personas (De Lucas, 1994: 83).

Resulta lógico aceptar la existencia de la diversidad cultural, la necesidad de establecer comunicación entre esta diversidad; sin embargo, no resulta razonable aceptar-rechazar por completo todo lo que cada cultura propone y defiende como bienes valiosos, sin que sean debidamente argumentados y justificados (*Ibidem*: 83-84). Los derechos humanos pueden ser considerados como valores culturales universales compartidos por todas las culturas, a la luz de las cuales es posible identificar, comprender y resolver aquellas prácticas sancionadas por las tradiciones que generan tensiones, y de esta manera fortalecer la cultura y enriquecer las vidas individuales (UNFPA, 2008: 9, 14).

Desde esta perspectiva, los derechos humanos son universales y particulares, ya que el lenguaje de derechos humanos es de resistencia contra las privaciones y la opresión que es compartida en todas partes, pero a la vez particulares, por lo que la resistencia surge como respuesta a los aspectos peculiares del contexto social (*Ibidem*: 22). Esto no niega la existencia de derechos grupales y colectivos, que son relevantes para las diferentes culturas, sin embargo, el límite de reconocimiento de los derechos colectivos está marcado por no forzar a ningún individuo a someterse a esos contra su voluntad, caso totalmente diferente de posturas individualistas que pretenden problematizar o rechazar la existencia y validez de dichos derechos colectivos (De Lucas, 1994: 85). Los registros de estas tensiones en el análisis de la situación de los grupos étnicos estudiados reflejan la complejidad de este principio.

Hasta hace una o máximo dos generaciones, se consideraba que doce hijos es el cupo que una mujer tenía que cumplir para entrar al cielo, este pensamiento se debe a una influencia de la iglesia, pues se relaciona a los doce hijos con los 12 apóstoles; pero ha podido tener asidero en la cultura chiquitana ya que los hijos también son una ayuda en el trabajo del chaco y en los quehaceres de la casa y mantienen a los padres cuando son viejos. De otro lado, hay un valor social sobre la descendencia numerosa que refleja la virilidad del hombre y el control que este ejerce sobre su mujer... La nueva generación de mujeres cuestiona este pensamiento de 'entrada al

cielo' y prefiere tener menos hijos porque se aspira costear nuevas necesidades, como la escuela e incluso la universidad (Daniela Ricco).

Esta cantidad (reducida) de población les permitía además mantener un sistema de jerarquías donde algunos sectores podrían tener privilegios, aunque ser pasivos en algunas actividades y otros subordinados de prestar servicios. De esta forma, la población yuqui contaba con las destrezas y habilidades necesarias para enfrentar el tipo de vida nómada, que exigía en algunos casos prescindir de nacidos con algún tipo de limitación física (Stearman, 1996: 215), o por la falta de definición de un padre<sup>13</sup> que pudiera convertirse en motivo de conflicto –desequilibrio social– entre los miembros del grupo... Una práctica para fortalecer el grupo era la guerra entre pueblos, en la que se capturaba a mujeres y niños, que por un lado enriquecen las nuevas generaciones y son personas que facilitan las tareas de las familias jerárquicas (Ely Linares).

La supuesta existencia de casos de infanticidio está asociada a la creencia que el primer hijo o hija es débil, hecho que justificaba los casos de infanticidio de niños o niñas con mal formaciones que eran sacrificados (Stearmn, 1984), que se practicaban entre los Sirionó y los Yuqui, probablemente por las dificultades que resultaría sobrevivir en el grupo en sus condiciones 'débiles en cuanto a condiciones diferentes que les limiten la sobrevivencia'; la práctica que si persiste como es la de la –entrega de hijos–<sup>14</sup> por la incapacidad de su crianza (Ely Linares).

En la [vida] tradicional en 'el monte', permitir la gestación no implicaba asumir la maternidad, ya que existía una serie de regulaciones que indicaban cuándo debía aceptarse la descendencia o proceder al 'entierro' de la criatura recién nacida (cf. Nostas y Sanabria, 2009). De acuerdo a los testimonios, se consideraba obligatorio el entierro al recién nacido primogénito, de mellizos, de 'hijos sin padre', con defectos visibles, etc., buscando dar respuestas a diversas realidades de contexto, como el mantenimiento de una vida nómada, condiciones climáticas/estacionales del Gran Chaco, enfrentamientos internos, etc. (Fischermann 2005: 81; Suasnábár 1995; Nostas y Sanabria, 2009: 120). Cabe recalcar que desde la concepción ayoreode, el recién nacido no cuenta con las dos esencias vitales oregaté y ayipie, necesarias para 'ser persona', de manera que el 'entierro' no era considerado un homicidio... La acción de misioneros evangélicos otorgó especial importancia a atacar esta práctica, de tal manera que hoy en día todas las mujeres ayoredie dicen que 'los hijos son una bendición de Dios' (Irene Roca Ortiz).

---

13 Kimura plantea que debido al rito de iniciación de las jóvenes, es posible que quedaran embarazadas y no conocieran al padre genitor, siendo este un motivo para recurrir al aborto del primer embarazo.

14 Esta práctica de entregar a los hijos o hijas a terceras personas o parientes para que los críen, dentro del círculo yuqui es comprendida y aceptada. Pero suele convertirse en un conflicto cuando intervienen las autoridades de instancias públicas como la Defensoría de la Niñez y Adolescencia.

La cultura guaraní es patriarcal en el sentido que los que toman las grandes decisiones son los hombres. (...) Una mujer no puede vivir sola, por lo tanto, pasa de la protección de su padre a la protección de su esposo y a la protección de sus hijos en caso de ser viuda. Por tanto, la mujer es considerada toda su vida como menor de edad y su trabajo queda invisibilizado, como en muchas otras culturas. Los roles que la mujer cumple en la casa y el cuidado de los hijos, no son reconocidos y tampoco son valorados, pareciera que esta situación es universal en todas las culturas (Gaby Gómez-García).

La discusión de derechos humanos de las mujeres en contextos interculturales no sólo es un asunto de prácticas de generaciones pasadas, sino que plantea dilemas significativos en la vida cotidiana de las mujeres indígenas de la presente generación:

*Yo quisiera, a partir de estas preocupaciones, compartir la complejidad desde los pueblos indígenas. Desde el 94 cuando sale como una política global, el frenar el crecimiento de la población, las mujeres indígenas fuimos fuertemente cuestionadas por los líderes varones principalmente de la Amazonia y porque ellos querían el derecho de libre determinación sobre el crecimiento de la población desde el enfoque de derechos territoriales, por eso cuando analizamos el asunto desde la tasa de fecundidad de las mujeres vemos un contra-sentido, entonces es necesario mirar el contexto, todas estamos de acuerdo de prevenir, por ejemplo el embarazo adolescente, cuando culturalmente eso era aceptado, pero estamos avanzando y ahora nos toca encontrar estrategias de incidir a nivel de pueblos en el tema de violaciones a mujeres que era culturalmente aceptado, entonces si las mujeres indígenas reconocemos el derecho a la cultura, esta cultura no es estática; entonces tiene que ver con los estándares de derechos humanos de hombre y mujeres, y esto también se amplía al contexto global. En el plano de las mujeres del área andina si estamos conscientes porque ya no queremos los hijos que nos manden sino los que puedo educar y dar de comer<sup>15</sup> (mujer, líder indígena).*

Introducir la perspectiva de género permite analizar y comprender la relación y la tensión entre los derechos individuales y colectivos. Al combinar los conceptos de género y de derechos se abre la posibilidad de examinar los valores, los supuestos, los comportamientos, las políticas...etc., a fin de identificar no sólo las maneras que conducen a la exclusión o la discriminación contra algunas personas, sino también los diferentes tipos de subordinación sea por género, clase social, grupos étnicos y otros factores, demostrando que los derechos humanos no se aplican a personas neutras, sino que están condicionados por las estructuras de poder y la posición del individuo en la sociedad y los roles que se le atribuyen (UNFPA, 2008: 25). Sin embargo, es importante enfatizar que lejos de pretender a eliminar, erosionar y/o deformar una cultura, este análisis contribuye a identificar y cuestionar los patrones y las jerarquías opresivos, a fin de promover la equidad

---

15 María Dolores Castro. Interculturalidad y SSR: Avances, Reflexiones y Acciones. Ponencia en la II Asamblea del Foro LAC. Lima, 10-12 junio de 2013.

e igualdad de todos sus miembros. La complejidad de la interculturalidad también permite identificar aquellos patrones que obstaculizan la inclusividad en el horizonte de la justicia y equidad social.

Es en este horizonte que la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001), reconoce en sus artículos 4 y 5 a los derechos humanos como garantes y marco propicio de la diversidad cultural:

Artículo 4. La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana. Ella supone el compromiso de respetar los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular los derechos de las personas que pertenecen a minorías y los de los pueblos indígenas. Nadie puede invocar la diversidad cultural para vulnerar los derechos humanos garantizados por el derecho internacional, ni para limitar su alcance.

Artículo 5. Los derechos culturales son parte integrante de los derechos humano, que son universales, indisociables e interdependientes. El desarrollo de una diversidad creativa exige la plena realización de los derechos culturales, tal como define el Artículo 27<sup>16</sup> de la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Artículos 13<sup>17</sup> y 15<sup>18</sup> del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales...; toda persona debe tener la posibilidad de participar en la vida cultural que elija y conformarse a las prácticas de su propia cultura, dentro de los límites que impone el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

---

16 Artículo 27: Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten...

17 Artículo (13-1): Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Conviene en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Conviene asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz.

18 Artículo 15: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a: a) Participar en la vida cultural; b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones; c) Beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora. 2. Entre las medidas que los Estados Partes en el presente Pacto deberán adoptar para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, figurarán las necesarias para la conservación, el desarrollo y la difusión de la ciencia y de la cultura. 3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora. 4. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen los beneficios que derivan del fomento y desarrollo de la cooperación y de las relaciones internacionales en cuestiones científicas y culturales.

La interculturalidad también permite visibilizar patrones vigentes que impiden el proceso de fortalecimiento de una cultura que promueve la dignidad de las mujeres como personas humanas cuyos derechos y libertades fundamentales deben ser respetados, y en este sentido, los derechos humanos son considerados como garante universal para la construcción de una nueva diversidad cultural.

### 3.2. La interculturalidad y la ‘otredad’

La interculturalidad desde un abordaje social se trata de cómo percibir al ‘otro’ y la diversidad en general: como parte orgánica e igualitaria de nuestras sociedades o como alguien totalmente diferente (en condiciones de desigualdad) que deberá ser ignorada, y/o subordinada y asimilada a “nuestra” sociedad homogeneizante. La ‘otredad’ no sólo abarca a nivel del individuo humano, sino de sus percepciones, principios, creencias y prácticas. La interculturalidad en la salud, especialmente materna, visibiliza esta dimensión de nuestras sociedades y provee el espacio para la discusión de las reacciones de la biomedicina y/o medicina occidental, y la traducción de la percepción de la ‘otredad’ tanto en prestación de servicios a las madres indígenas como en la aceptación y adaptación a sus creencias y prácticas.

Es la experiencia de esta ‘otredad’ en la vivencia de las madres indígenas que fue reflejada en la Declaración de las Mujeres Indígenas de América Latina sobre salud reproductiva intercultural, recomendando la erradicación de la discriminación, racismo en todos los niveles como parte de los programas de salud:<sup>19</sup>

- Encarar los problemas de acceso y calidad a los servicios de salud tomando en cuenta las barreras lingüísticas y otras barreras culturales, trato discriminatorio, carencia de calidad humana de parte de prestadores/as, de servicio de salud hacia usuarias y prácticas médicas agresivas.
- Desde un enfoque intercultural, promover la generación de recursos humanos propios en las comunidades indígenas para la atención en aspectos de salud, a través de la capacitación de promotoras, parteras y prestadores institucionales, de esa manera acceder al derecho del bienestar y la salud y vencer el maltrato y desconfianza.
- Trabajar por la erradicación de la discriminación, racismo y violencia contra las mujeres indígenas en todos los niveles y formas incluyendo los ámbitos domésticos, comunales e institucionales como parte de los programas de salud.

---

19 Enlace Continental de Mujeres de las Américas (2011). Declaración de las Mujeres Indígenas de América Latina sobre Salud Reproductiva Intercultural. Lima, 30 de junio de 2011.

Sin duda, el relato de las madres de diferentes grupos estudiados afirma aún más el reclamo registrado en dicha Declaración.

*Les voy a contar que casi se muere la mujer de Abujei, abí en nuestra comunidad FUA. Ella estaba de parto y ella no comentó a nadie, y ellos se fueron al pueblito donde hay la posta en Taperas. Llegaron a la posta de Taperas pero la doctora no les atendió a ellos, le han estado golpeando la puerta, 'toc, toc, toc', y ella había estado abí adentro pero no salía a atenderlos. Se acobardaron y se fueron a buscar a un cojñoi por abí en frente de nuestra comunidad. Ellos volvieron a la posta porque el cojñoi les dijo 'vuelvan nomás a la posta, porque está abí ella, está abí adentro'. Y ella se acobardó de ellos y salió a atenderla. Dice que le dijo 'tu bebé está normal, pero todavía le falta, no es hoy día que va a nacer', pero había sido mentira. La mujer de Abujei decía 'yo ya me di cuenta que ella tenía asco de mí'. La doctora le comentaba a su otra enfermera, dice que decía 'ya está por dar a luz', yo entendía lo que ellos decían, pero dice que le decía 'pero no le voy a atender, porque la mujer está sucia, huele feo', según lo que ella decía, pero es porque ellos no nos quieren a nosotros las ayoreas. Y eso es lo que les cuento, ellos se tuvieron que volver a la comunidad porque decían que todavía le faltaba para dar a luz. Le decían: 'Seguramente usted alzó cosas pesadas, todavía no es el día que va a nacer tu hijo', pero era mentira. Ellos llegaron a nuestra comunidad, se vinieron a pie y mientras caminaba estaba con los dolores de parto. Hay siete kilómetros de Taperas hasta nuestra pequeña comunidad. Llegaron a nuestra comunidad al anochecer, como a las siete... ya después ella dio a luz. Ella dio a luz y nosotros le decíamos a Abujei: '¿Por qué ustedes no se quedaron en la posta de Taperas si han llegado hasta allá? Ustedes están así camine y camine, del pueblo a la comunidad con su esposa'. Él decía: 'Ella no nos quería, ella no nos quería, decía que le faltaba a mi mujer para que dé a luz'. Dio a luz pero muerto el bebé, lloró al nacer pero abí nomás se murió. Nació muerto... por poco el cordón casi se le escapa a la madre. Y esto es todo, es la verdad que los cojñone creen que no valemos nada (testimonio citado en capítulo de Irene Roca Ortiz).*

Los testimonios y historias de mujeres que por enfrentar discriminación en los hospitales y centros de salud pierden a su bebe o su propia vida, reflejan simultáneamente, los desafíos de la interculturalidad, pero a la vez la necesidad crucial de profundizar y mejorar la comprensión y practica de la interculturalidad en salud.

*Ella estaba muy delicada y necesitaba un tratamiento médico de urgencia por complicaciones después del parto, pero se fue del hospital con su bebé en brazos, no recuerdo si fue con alta solicitada o buyó. Sin embargo, su pálido rostro marcado por la angustia, sus raquícas manos que cargaban al niño y esos ojos negros que clamaban auxilio, permanecieron en mi retina tras aquella visita que hice a la sala de ginecología donde mi madre estaba hospitalizada, cuando yo aún era una niña... A los pocos días, me enteré que aquella mujer murió en su comunidad, poco después de abandonar el hospital. Protesté ante la noticia. ¡No era justo!, ella podía haberse salvado si se quedaba un par de días hospitalizada, pero no fue así (Azucena Fuertes).*

*Un día escuché un murmullo quechua, cargado de llanto y rabia, ambos protestaban y se lamentaban porque el médico se había negado a atenderles. Ella llevaba un pañuelo en la*

*cabeza con hojas de coca ya masticadas (aquilliku) que había provocado la burla durante la visita médica, y tenía amarrado un cinturón tejido con lana de oveja sobre la cintura (ch'umpi) para que la matriz no se suba”, hecho que fue rechazado por el doctor e indirectamente estaba provocando que la paciente abandone el hospital. Al mismo tiempo, el médico, junto a los internos, protestaba porque la mujer estaba sucia y olía mal (a coca masticada), además no quería quitarse el cinto que le estaba lesionando el torso. “Estos se hacen cosas con los curanderos y cuando empeoran recién vienen aquí; y si algo les pasa, nos echan la culpa”, exclamaba. Deduje que el médico ya no tenía voluntad de atenderles y por supuesto tampoco la paciente y su esposo querían continuar en el hospital (Azucena Fuertes).*

La negación de proveer atención y/o medicamentos necesarios a las madres, es manifestación obvia de violación de derechos humanos fundamentales de las pacientes. En todos los grupos culturales estudiados, las madres pueden contar varios episodios de los tratos discriminatorios que han enfrentado en los centros de salud. Estos testimonios se constituyen en una evidencia más que la práctica de la interculturalidad exige concientizar, enfrentar y erradicar los prejuicios y tratos discriminatorios tan penosamente presentes en los hospitales.

*Entonces cuando llego abí al hospital, me dicen ‘no, dejen a esa ayorea abí!, ¡pero si es de Rincón del Tigre... pa’ qué! Llévelo allá afuera’. Llegué y ella estaba en la cama con ese dolor para tener su hijo. Y me fui a hablarle al director y le dije: ‘¿Por qué no la atiende a ella?’, y él me dijo: ‘¡Pero si no está todavía!, ¿acaso yo soy Dios para que de una vez nazca el chico? Le falta semanas, señora, ¡cómo voy a hacer nacer a la fuerza! Yo no voy a hacer eso’. Entonces su mamá me pidió y dijimos ‘vamos, llevémosla a una clínica’. Y abí nos fuimos a la clínica del doctor Isidro. Mire, lo que él hizo fue... no sé lo que él hizo pero colocó una inyección y nació. ¡Cómo que faltaban días! Más bien ya se iba a morir ya puej de parto, como esa que..., desgraciados los médicos que no quieren atender (testimonio citado en el capítulo de Irene Roca Ortiz).*

*... Una vez llegamos a Tres Cruces, Alex y yo nos hemos escondido de los doctores porque la hija de Yuri me conoce, yo le decía a la hija de Yuri “no me vas a hablar, porque tu mamá viene acá al médico”, ella recién había tenido su hijo. Ella llegó y el médico le decía que no había medicamentos para ellos, pero yo sé cómo es la forma de los médicos porque yo he estudiado, ella tenía que recibir del SUMI porque era recién operada por su bebé. Yo le decía a ella “andá allá y decile al médico que tú estás cubierta por el SUMI” porque ella había tenido su hijo hace tres días. Y ella fue al médico pero el médico le hizo receta y la mandó a una farmacia, diciendo “andá allá y comprá esos medicamentos”, vino la chica y nos dijo “esta receta no está en el SUMI y me manda a que yo vaya a comprar a esa farmacia”. Yo le acompañé a la farmacia, yo estoy viva todavía y le digo a la cojñone “¿de quién es esta farmacia?” y ella me dijo “es del médico que las atendió a ustedes” y me fui otra vez al médico y me enojé con él. Le dije al doctor: “¿por qué usted le mandó a esta señora a su farmacia?” Había un trapo abí tapando los medicamentos y yo lo jalé con mi mano y le dije “mire, los medicamentos que están en esta receta están aquí y ¿por qué usted la manda a su farmacia? (testimonio citado en el capítulo de Irene Roca Ortiz).*

Pero la ‘otredad’ tiene otras manifestaciones que hasta afecta la comunicación médico-paciente. El ideal platónico del médico enfatiza “El saber de un médico no es completo si no sabe producir efectos con su palabra en el alma del enfermo...”,<sup>20</sup> la cual refleja el reclamo que las mujeres de diferentes grupos étnicos repetidas a lo ancho y largo del país. La falta de comunicación y una conversación clara y sencilla sobre los aspectos de la enfermedad, el hecho de que sólo dan órdenes sin explicación, la carencia de aclaraciones sobre los motivos por los que piden análisis, el hecho de no pronunciar ni siquiera una palabra de ánimo son testimonios registrados en los capítulos correspondientes a diferentes grupos étnicos.

*(...) hay algunos que siempre vamos, así, con preocupaciones, con penas vamos algunos, justo a esos también tiene que reñirle el doctor, y ahí nos lastima, pues, no entienden, pues, nos hace doler el corazón* (testimonio citado en el capítulo de Ineke Dibbits).

Las investigaciones para disminuir el riesgo de la mortalidad materna permiten identificar tres tipos de demora que pueden resultar en desenlace fatal. Si bien la primera (demora en la toma de decisión de buscar atención), y la segunda (demora en llegar al establecimiento de salud), identificadas por Thaddeus, S. y D. Maine (1994) en su obra clásica sobre factores que contribuyen a la mortalidad materna,<sup>21</sup> están en control de la madre y su familia, la tercera demora (en provisión de atención adecuada) está directamente relacionada con la calidad de servicios institucionalizados de salud. Los factores que contribuyen a esta tercera demora han sido identificados como falta de personal cualificado, carencia de medicamentos, retrasos y mal manejo clínico; pero la demora institucional debido a actitudes discriminatorias no ha sido registrada en esas investigaciones. Los testimonios descritos visibilizan una dimensión nueva que contribuye a la tercera demora. Las actitudes basadas en prejuicios y discriminación por parte del personal médico pueden derivar en demoras en atención a las mujeres indígenas que acuden a los centros de salud biomédica en búsqueda de atención con calidad y calidez.

Estas manifestaciones de percepción a las madres indígenas basadas en la ‘otredad’, una vez más afirman que el horizonte de la interculturalidad, más allá de las adecuaciones culturales de espacio de atención en los centros de salud, debe ser promoción de una sociedad más inclusiva, donde los prejuicios y discriminaciones son condenados en todas sus manifestaciones.

20 Abad González, Luisa (2004). “Reflexiones en voz alta acerca de las presiones e impresiones de la llamada salud intercultural”. En: Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*.

21 Thaddeus, S y D. Maine (1994). “Too far to walk. Maternal Mortality in context”. *Social Science and Medicine*. Vol. 38, N° 8, pp. 1.091-1.110.

### 3.3. La interculturalidad en el horizonte de sociedades más inclusivas

Los siguientes testimonios y opiniones más allá de reclamo por recibir atención médica con calidad y calidez, son un gemido y una denuncia de la discriminación y exclusión social existente en los centros de salud que tiene raíces profundas en las estructuras de nuestras sociedades desde lo individual a grupal e institucional:

*Los Yuqui, si bien están conscientes de sus nuevas condiciones de vida, ven al otro 'abaa' como alguien muy diferente a él, que tiene otras costumbres, que piensa diferente, que no lo entiende; dicen a veces 'la muerte de un bia, vale por dos abaa' que se puede entender como una percepción de superioridad jerárquica, o inferioridad numérica; también suelen decir: "los Yuqui somos solo uno, no hay Yuqui en otro lugar, somos único", sosteniendo nuevamente su diferencia (testimonio citado en el capítulo de Ely Linares).*

*...es verdad que nosotros lo Ayoreode no somos nada para los médicos. Yo creo que los cojñone creen que todavía somos los salvajes...pero antes que el sepa que yo soy ayorea, yo hablé con el doctor y le pregunté '¿usted conoce a los ayoreos de tres cruces?'. El dice: 'sí, los ayoreos están ahí, pero ellos no se bañan', y habló feo de ellos... Entonces yo le dije al doctor: 'olvidate de lo que has hablado de los ayoreos, yo también soy ayorea, porque esa discriminación que usted hace, a mí también me afecta, puede ser que yo haga una denuncia contra usted y entonces usted pierde, porque eso es una discriminación. No te olvides que nosotros tenemos los mismos derechos que ustedes los cambas, si usted atiende a otros pacientes nosotros los ayoreos tenemos el mismo derecho de ser atendidos'. Por eso tengo tanto deseo que la carta sea aprobada y ya nosotros los Ayoreode ya no seamos cómo antes, para buscar la manera cómo salir adelante, para que dejemos de ser nadie ante los cojñone (testimonio citado en el capítulo de Irene Roca Ortiz).*

El multiculturalismo reconoce la presencia de las culturas no eurocéntricas, pero en la medida que operan dentro de las comunidades que las adoptan, sin interferir en la cultura dominante en el resto de la sociedad (herencia proveniente del colonialismo),<sup>22</sup> llega a operar como un sistema de naturalización de las relaciones de poder, dominación y subordinación basada en diferencias étnicas y raciales (de Sousa Santos *et al.*, 2012: 20).<sup>23</sup> De esta manera, quita el disfraz homogeneizante que la modernidad tendió sobre la diversidad cultural, sin embargo, puede ser conducente hacia las sociedades segregada-fragmentadas (García Canclini, 2004).<sup>24</sup>

22 En 1948, en la ocasión de la creación de las Naciones Unidas, muchos de los países latinoamericanos declararon no contar con minorías étnicas, pese a que en algunos países tenían mayorías étnicas. Esto muestra la invisibilidad del otro, el inferior, el que no existe, como un rasgo de la sociología de las ausencias (De Sousa Santos *et al.*, 2012: 21).

23 Boaventura de Sousa Santos, J.L.Exeni, R (Editores) (2012). *Justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad en Bolivia*. Fundación Rosa Luxemburgo.

24 García Canclini, Néstor (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. México: Gedisa, Citado en González Ortiz, F. (2007): *Crítica de la interculturalidad*:

La interculturalidad postula no sólo reconocer, respetar y tolerar la diferencia, sino incluir a la diferencia como parte del proyecto de construcción de una sociedad más incluyente (González Ortiz, 2007).

En este sentido, para González Ortiz la interculturalidad se convierte en una idea utópica que busca contribuir a la construcción de una nueva sociedad fundamentada en la unidad de la humanidad, reconociendo su diversidad (2007: 69). El multiculturalismo, pese a que admite la diversidad de las culturas, pero poniendo acento en las políticas relativistas de respeto, a menudo llega a enfatizar las diferencias y reforzar la segregación; mientras la interculturalidad fundamentalmente es una categoría relacional, y por lo tanto remite a la confrontación y el entrelazamiento a lo que sucede en relaciones de intercambio (García Canclini, 2004). Así la interculturalidad se convierte en la crítica de aquella modernidad homogeneizante que busca la unidad de la humanidad mediante formulas que pretenden la uniformidad cultural.

La interculturalidad permite la discusión sobre el encuentro de las culturas, no solamente dos, sino en caso de nuestro país, decenas a la vez, aunque no con la misma intensidad en relacionamiento. Esta interacción simultánea, además en un contexto de globalización/mundialización, obliga reconocer las culturas antes silenciadas, abriéndoles un lugar en la producción de conocimiento (González Ortiz, 2007: 71).

Así, la diversidad cultural no será percibida como un obstáculo, sino como una potencialidad que corre contra la fragmentación social, ya que la interculturalidad pertenece a todos o no es intercultural (Schemelkes, 2007).<sup>25</sup> De esta manera, la interculturalidad podría promover una conciencia de unidad en la diversidad, donde los extremos –sea el fundamentalismo o la alienación– serían totalmente cuestionados. En la lógica del idioma quechua, transformaríamos de una sociedad que no incluye a ‘otro’, y se identifica a sí misma como *noqayku*,<sup>26</sup> a una sociedad de *noqanchis*, que incluye y acepta otros.

Si bien las relaciones de poder pueden influenciar la agenda ‘utópica’ de la interculturalidad, no se puede negar el crucial peso de los convenios y declaraciones internacionales y su impacto en las políticas de diferentes países y sus agendas nacionales. La Declaración de Derechos Humanos (1948), pese a las controversias

---

*La construcción de un proceso en el marco de la modernización. Cuadernos Interculturales*, Segundo semestre, año/vol. 5, número 009. Universidad Valparaíso, Viña del Mar, Chile, p. 69.

25 Schemelkes, Sylvia (2007). “Balance crítico de la educación indígena y educación intercultural”. En: *Cuarto Simposio Internacional Avances recientes en Educación*. México: Instituto Nacional Académico de Actualización y Capacitación, citado en González Ortiz, F. (2007): *Crítica de la Interculturalidad: La construcción de un proceso en el marco de la modernización. Cuadernos Interculturales*, Segundo semestre, año/vol. 5, número 009. Universidad Valparaíso, Viña del Mar, Chile. P. 80.

26 Nosotros, sin incluir a otros.

generadas, marcó el carácter universal de los derechos indicados para construirse en un marco conceptual evolutivo. La aprobación de la Convención sobre eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (1981), Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena (1993), Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo en El Cairo (1994), la Declaración y Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001), y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) han ampliado tanto los derechos colectivos de pueblos indígenas, como los derechos de las mujeres. No se puede negar que estas declaraciones han despertado una nueva conciencia colectiva a escala mundial respecto a la necesidad de reconocimiento de la diversidad cultural y de respeto a derechos humanos, resaltando los derechos de las mujeres. Además de despertar una conciencia mundial, también se han convertido en poderosos instrumentos en la lucha de los diferentes grupos, pueblos y movimientos sociales de la sociedad civil para neutralizar y contrarrestar las agendas particulares dominantes.

En este horizonte, la interculturalidad tiene que incidir en las instituciones y estructuras de la sociedad;<sup>27</sup> ya que las estructuras podrían condicionar las organizaciones y funcionamiento de grupos sociales. Por lo tanto, las instituciones tienen que contribuir a reflejar y facilitar la interculturalidad no sólo en relaciones de personas y grupos, sino cristalizarla en estructuras sociales (Rivera Vela, 2009: 33-34).

Por lo tanto, la interculturalidad también debería penetrar en el sistema y las instituciones educativas, ya que más allá de la presencia “simbólica”, exige la comunicación/consulta y la construcción de espacios educacionales para consolidar sus fundamentos.

La construcción de relaciones de solidaridad en el marco de la interculturalidad, como enfatiza González Ortiz, pueden convertirla en un escenario que nos obligue a imaginarnos como una humanidad con un solo interés en vez de fragmentos de humanidad con intereses segmentados. En este escenario, la interculturalidad se convierte en la intención política para fundar escenarios de comprensión entre los diferentes, en búsqueda de la equidad y con el objetivo lograr una sociedad global de paz<sup>28</sup> (González Ortiz, 2007: 68).

Avanzando en la dirección de esta utopía, un paso más en la profundización de la interculturalidad requerirá del despertar de una conciencia colectiva que perciba

---

27 Rivera Vela, Enrique (2009). “Comprendiendo la identidad cultural”. En: Rivera Vela, Enrique (Editor) (2009). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*. P. 33-34.

28 González Ortiz, Felipe (2007). *Crítica de la interculturalidad: la construcción de un proceso en el marco de la modernización*. Cuadernos Internacionales, Segundo semestre, año/vol. 5. Número 009. Universidad Valparaíso. Viña del Mar, Chile. pp.63-68.

la diversidad como parte integrante de una unidad orgánica. Remitiendo al modelo de la existencia fenoménica –el cuerpo humano, los modos de obrar característicos de la biología humana ilustran principio fundamental de la existencia. El rasgo más sobresaliente en este modelo es la unidad en la diversidad. Paradójicamente, es la integridad y la complejidad del orden y la perfecta acomodación de las células, órganos y sistemas que otorga vida, lo que lleva a la realización plena de capacidades que son inherentes y características de cada uno de los integrantes (BIC, 1995: 3). En este contexto, la interculturalidad puede contribuir a crear una mirada en la cual la diversidad es percibida no como amenaza al desarrollo de la sociedad, sino más bien como una necesidad fundamental para existencia orgánica y bien estar colectivo.

En este sentido, como versa la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001), se aspira a una mayor solidaridad, fundada en “la conciencia de la unidad del género humano” y, por lo tanto, la diversidad cultural es considerada tan crucial para la humanidad como lo es la diversidad biológica para los organismos vivos:

La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

#### 4. Para concluir

Los Ministros y Ministras de Salud de América Latina reconocen que la mortalidad materna entre las comunidades indígenas en la subregión andina registra niveles inaceptablemente altos, pese a que muchas de las causas de estas muertes son evitables.<sup>29</sup> Estas causas tienen que ver no solamente con asuntos meramente clínicos, sino también con el hecho de que los sistemas de salud enfrentan desafíos para contribuir a la equidad y acabar con la exclusión social.

La mortalidad en Bolivia es una de las más altas de la región. La OPS/OMS (2002)<sup>30</sup> implementa estrategias para mejorar significativamente la salud materna,

29 Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas. Lima, 30 de junio de 2011.

30 OPS/OMS (2002). “Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna”. 26<sup>o</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C. EEUU, 23-27 septiembre 2002. Citado en Uriburu, Graciela (2006). “Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?”. En: Perdiguero, Enrique (2006). “Una Reflexión sobre

aunque no siempre con los resultados deseados. Las mujeres que mueren por complicaciones del embarazo, parto y posparto constituyen un fenómeno socialmente invisible y sobre todo una tragedia evitable que tiene larga data,<sup>31</sup> dando lugar a la pregunta “por qué los recursos financieros y técnicos invertidos en países con alta población indígena y las estrategias propuestas por los organismos internacionales han tenido un impacto tan reducido y lento” (Uriburu, 2006: 173). Sin duda, una de las razones podría ser la no consolidación de estas iniciativas a nivel local y nacional, sin dejar de discutir otras razones.

Los diferentes relatos y temas discutidos en los capítulos de este libro demuestran la complejidad de la interculturalidad, al menos en lo relacionado a la salud materna; pero a la vez ponen en evidencia que la interculturalidad no puede ser percibida como un fin en sí mismo, tampoco puede resolver, por sí sola, los desafíos de equidad y justicia social. La discusión toma sentido en el horizonte de búsqueda de una sociedad inclusiva que visibiliza la diversidad no como fragmentos, sino como un todo orgánicamente articulado.

Sin duda, la interculturalidad se está convirtiendo en un desafío mundial; pero al mismo tiempo de despertar de una nueva conciencia colectiva. Las migraciones rural-urbana, sur-sur, sur-norte y la presencia de individuos, colectividades, comunidades y pueblos en diferentes partes del planeta dan pie para realizar serios cuestionamientos a los imaginarios basados en las divisiones de raza, sexo, nación y grupos étnicos. Al mismo tiempo, plantean retos a los sistemas democráticos de diferentes países tanto en el norte como en el sur, como al interior de cada nación, demandando la gestión de la diversidad basada en respeto a los derechos humanos individuales y colectivos como elementos esenciales de las sociedades democráticas.

La interculturalidad podría ser interpretada como un proceso omnipresente en todas nuestras sociedades que potencialmente nos pone en un escenario donde aprendizaje y desaprendizaje generan las fuerzas dinámicas de interacción. Sin embargo, es “la conciencia de la unidad del género humano” como versa la Declaración de UNESCO (2001), que nos llevaría a recrear nuevas dinámicas de interacción tanto a nivel individual y grupal como institucional y estructural.

En esta compleja trama de las relaciones entre culturas, las visiones que tenemos de nosotros mismos y de los otros condicionan la forma que vemos la realidad, el modo que participamos en la construcción de determinados fenómenos sociales, también nuestras percepciones acerca de la interculturalidad como modo de convivencia (Villegas, Ochoa, 2000-1). Lo más positivo que podemos

---

el Pluralismo Médico”. En: Fernández Juárez, G.(Coordinador). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica*.

31 Uriburu, Graciela (2006). “Mortalidad Materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?”. En: Perdiguero, Enrique (2006). “Una Reflexión sobre el Pluralismo Médico”. En: Fernández Juárez, G.(Coordinador). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica*.

extraer de las relaciones entre culturas es la mirada crítica hacia nosotros mismos, no de una complementación o de una reconciliación con nuestros prejuicios, sino de un movimiento que tiende hacia la universalidad, es decir, el reconocimiento de una intención de universalidad en cada cultura (Todorov, 1986). Así, la interculturalidad es un medio para realizar esa transformación (Villegas, 2000-2001).

Una transformación que lleva a los pueblos de la tierra moviéndose por diferentes fuerzas, desde puntos divergentes a escenarios de interculturalidad en un horizonte de construir sociedades más inclusivas-incluyentes de un carácter extraordinario e inimaginable. Este creciente y acelerado movimiento centrípeto de la población a la vez significará procesos de aprendizaje-desaprendizaje, a la luz de una nueva conciencia colectiva de la unidad orgánica de la sociedad humana y los postulados de los derechos humanos, para generar nuevos elementos culturales inspirados en esta nueva etapa de convivencia intercultural.

## Bibliografía

Albó, Xavier

2009 “Interculturalidad en el desarrollo rural sostenible. El caso de Bolivia”. En: Rivera Vela, Enrique (Ed.) (2009). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*.

Comunidad Internacional Bahá'í (BIC)

1995 *La prosperidad de la humanidad*.

Fernández Juárez, G. (Coord.)

2004 *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*.

Fornet-Betancourt

2001 Transformación Intercultural de la filosofía (p. 378). En: Ministerio de Salud (2005). *Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna*. P. 3.

De Sousa Santos, Boaventura, J.L.Exeni (Eds.)

2012 *Justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad en Bolivia*. Fundación Rosa Luxemburgo.

Diez Hurtado, Alejandro

2009 “Entre la cultura y la interculturalidad”. En: Rivera Vela, Enrique (Ed.) (2009). *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*.

García Canclini, Néstor

2012 “El horizonte ampliado de la Interculturalidad”. Ponencia en la Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales CLACSO. Ciudad de México.

Goldstein

- 2004 "The persistence and Reesurgence of Medical Pluralism". En: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, pp. 925-945, citado en Perdiguero, Enrique (2006). "Una reflexión sobre el pluralismo médico". En: Fernández Juárez, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. P. 34.

Gonzáles Ortiz, Felipe

- 2007 *Crítica de la interculturalidad: la construcción de un proceso en el marco de la modernización*. Cuadernos Internacionales, Segundo semestre, año/vol. 5. N° 009. Universidad Valparaíso. Viña del Mar.

Naciones Unidas

- 2007 *Declaración de las NN.UU. sobre los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas*.

De Lucas, Javier

- 1994 Derechos Humanos, Legislación Positiva e Interculturalidad. En el <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones> (visitado el 20 de septiembre de 2013).

OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

- 2005 Preguntas y Respuestas.

Pan American Health Organization (PAHO/WHO)

- 2006 *Health of the Indigenous Peoples of the Americas*. 47<sup>th</sup> Directing Council. 58<sup>th</sup> session of the Regional Committee.

Pan American Health Organization (PAHO/WHO)

- 1993 *Health of the Indigenous Peoples, Local Health Systems-34*. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Perdiguero, Enrique

- 2006 "Una Reflexión sobre el Pluralismo Médico". En: Fernández Juárez, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. P. 33.

Rivera Vela (Ed.)

- 2009 *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*. Arequipa, Perú: ANGELOGRAF.

Stearman M Allyn

- 1996 'Better fed than dead'. P. 215. Citado en el Capítulo Ely Linares.

Stearmn M Allyn

- 1996 'The Yuqui connection: Another Look at Siriono Deculturation' in *American Anthropologist* New Series Vol. 86 N° 3. Septiembre 1984. Citado en el capítulo de Ely Linares.

Thaddeus, S y D. Maine

- 1994 "Too far to walk. Maternal Mortality in context". En: *Social Science and Medicine*. Vol. 38, N° 8. Pp. 1.091-1.110.

Todorov, T.

1986 *Cruce de culturas y mestizaje cultural*, Madrid: Júcar; citado en Villegas Ramos, E; Carmen Ochoa Palomo (2000-2001). “Nosotros y nuestra visión de los otros. La interculturalidad y el desarrollo divergente”. En *Cuestiones Pedagógicas*: N° 15. Universidad Sevilla. ([http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art\\_12.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art_12.pdf) (visitado el 20 de septiembre de 2013)).

UNFPA

2008 *Estado de la Población Mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos*.

UNESCO

2001 Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural.

Villegas Ramos, E; Carmen Ochoa Palomo

2000-2001 “Nosotros y nuestra visión de los otros. La interculturalidad y el desarrollo divergente”. En *Cuestiones Pedagógicas*: N° 15. Universidad Sevilla. ([http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art\\_12.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art_12.pdf) (visitado el 20 de septiembre de 2013)).

World Health Organization

2008 *Report on Primary Health Care*.

Manigeh Roosta es Docente-Investigadora del CIDES, UMSA. Doctorado en Educación por Northern Illinois University at Dekalb. Maestría en estudios de Población por la University of Wisconsin at Madison. Licenciatura en Sociología de la UMSA, La Paz. Sus áreas de investigación incluyen la problemática del desarrollo desde perspectivas de dinámicas poblacionales, género, interculturalidad, y violencia contra mujeres, además de reflexiones transdisciplinarias sobre los nexos del desarrollo con sistemas de conocimiento, incluyendo ciencia y religión. Publicaciones: *Mujeres, salud y violencia en contextos de emergencias naturales* (2012); “Desarrollo en cuestión desde perspectiva de ciencia y religión”, en el libro *Desarrollo en cuestión* (2010). *Bolivia y los fenómenos de la migración internacional* (2009). Cidesmanigeh27@yahoo.com

La investigación sobre *Salud Materna en contextos de Interculturalidad: Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui* dirigida por la Dra. Manigeh Roosta, coordinadora del programa *Long Term Institutional Development* (LID) de la Organización Mundial de Salud (OMS), permite profundizar la complejidad del fenómeno. Los estudios de los diferentes grupos culturales visibilizan la diversidad étnica cultural de los pueblos tanto de occidente como del oriente del país. Los relatos y testimonios de las madres indígenas ponen en evidencia que la disminución de la mortalidad materna, además de aspectos médicos y clínicos, requiere considerar los determinantes sociales de salud y las barreras de acceso a los servicios en su relación con el derecho a la salud.

En el presente estudio, la interculturalidad es abordada no como un fin en sí mismo, sino como el requisito y un medio para el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales como el derecho a la salud en el horizonte de equidad y justicia social. De esta manera, el libro contribuye no solo a la discusión de la disminución de la mortalidad materna, sino que evidencia la necesidad de abordar la exclusión social como barrera significativa y la atención primaria intercultural como estrategia y posible fuente de logros.

Dr. Michel Thieren, Representante OPS/OMS-Bolivia

