

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES



TESIS

**INTERCULTURALIDAD EN RELACIÓN AL USO DE LA MEDICINA
TRADICIONAL EN LA PROVINCIA DEL CUSCO**

PRESENTADA POR:

DELMIA SOCORRO VALENCIA BLANCO

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORIS SCIENTIAE EN CIENCIAS SOCIALES

PUNO, PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

TESIS

INTERCULTURALIDAD EN RELACIÓN AL USO DE LA MEDICINA
TRADICIONAL EN LA PROVINCIA DEL CUSCO

PRESENTADA POR:

DELMIA SOCORRO VALENCIA BLANCO

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORIS SCIENTIAE EN CIENCIAS SOCIALES

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE



.....
Dr. JESÚS EVARISTO TUMI QUISPE

PRIMER MIEMBRO



.....
Dr. FELIPE SUÑO CONDORI

SEGUNDO MIEMBRO



.....
Dr. EDGAR QUISPE MAMANI

ASESOR DE TESIS



.....
Dr. JOSÉ DANTE GUTIÉRREZ ALBERONI

Puno, 18 de octubre de 2018

ÁREA: Ciencias sociales.

TEMA: Interculturalidad y cultura.

LÍNEA: Interculturalidad y cultura popular en el Perú.

DEDICATORIA

*A Nunay del Carmen y Kantu Alhelí.
Con la viva esperanza que en un
futuro reconozcan y valoren la
grandeza cultural de su país.*

*A mis hijos Dely y Joel quienes siempre me
brindaron su aliento y ánimo para seguir
adelante en el logro de las metas propuestas.*

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar, debo agradecer a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, que me brindó la oportunidad de realizar estos estudios, y su distinguida Plana Docente en el doctorado de Ciencias Sociales, con quienes trabajamos durante dos años de intensa labor, viajes constantes y también momentos de amistad y conversaciones con los profesores de la UNA.
- Mi reconocimiento y gratitud, a la Plana Docente de los miembros del Jurado de esta tesis, quienes tuvieron a bien revisar las primeras versiones del trabajo, y proponer oportunas observaciones para mejorar su presentación. Igualmente, a mi asesor de tesis Dr. José Gutiérrez.
- Al personal médico y administrativo de los hospitales Regional, Antonio Lorena y Centro de Salud de Belenpampa, en las personas de sus directores, y cada uno de los galenos quienes me facilitaron información y contactos en estos centros de salud. Al Dr. Santiago Saco, médico investigador de la UNSAAC por compartir su experiencia en la enseñanza de la interculturalidad en salud.
- Mi gratitud a la población de Huasao, sus autoridades, las y los curanderos con quienes conversamos ampliamente sobre sus conocimientos y la labor que realizan ayudando a la población que más necesita. A Hilaria Mogrovejo, quien me enseñó cómo curar del susto, cómo atender a los enfermos que la buscan y cómo hacer que los profesionales en salud, valoren los conocimientos ancestrales.
- A los antropólogos que trabajan en la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, Ingrid y César, que hacen posible el encuentro anual de Medicina tradicional. Su trabajo e información fueron de mucho valor. A mi alma mater la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, donde trabajé con profesionales de la salud, en las Maestrías de Salud Pública y Gestión Política en Salud, así nació mi interés de profundizar el tema de interculturalidad en este campo de la vida humana.
- Gracias al antropólogo Milthon Maque, mi asistente de Cátedra.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	Pág. i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE ANEXOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I**REVISIÓN DE LITERATURA**

1.1 Contexto y Marco Teórico	3
1.1.1 Relación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud	3
1.1.2 Salud e interculturalidad	10
1.1.3 El sentido social de la salud pública	14
1.1.4 La salud comunitaria	15
1.1.5 Interculturalidad y bioética	16
1.1.6 La medicina tradicional	18
1.2 Antecedentes	20

CAPÍTULO II**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

2.1 Definición del problema	24
2.1.1 Pregunta general	25
2.1.2 Preguntas específicas	25
2.2 Justificación	25
2.3 Objetivos	26
2.3.1 Objetivo general	26
2.3.2 Objetivos específicos	27

CAPÍTULO III**MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1 Acceso al campo	29
3.2 Selección de informantes y situaciones observadas	30
3.3 Estrategia de recogida y registro de datos	31
	iii

3.4	Análisis de datos	32
-----	-------------------	----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Caracterización intercultural del ámbito de estudio	33
4.2	Valoración de la Medicina Tradicional en los Establecimientos de Salud de la provincia del Cusco y el Centro Poblado de Huasao	35
4.2.1	Hospital Regional del Cusco	35
4.2.2	Hospital Antonio Lorena	42
4.2.3	Centro de Salud de Belenpampa	47
4.2.4	Valoración de la medicina tradicional en el Centro Poblado de Huasao	52
4.3	Reconocimiento de la Medicina Tradicional por parte de las instituciones locales y regionales	57
4.3.1	Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco	57
4.3.2	Centro de Estudios de Plantas Alimenticias y Medicinales CEPLAM	61
4.4	Discusión de los resultados	63
4.4.1	Valoración de la medicina tradicional	63
4.4.2	Reconocimiento de la medicina tradicional por instituciones locales.	67
	CONCLUSIONES	70
	RECOMENDACIONES	71
	BIBLIOGRAFÍA	72
	ANEXOS	75

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Hospital Regional de la ciudad del Cusco	38
2. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Hospital Regional de la ciudad del Cusco	41
3. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco	44
4. Mapa Hermenéutico de Valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco	46
5. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Centro Médico de Belenpampa en la ciudad del Cusco.	49
6. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Centro Médico de Belenpampa en la ciudad del Cusco	51
7. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los curanderos del pueblo de Huasao en Cusco	54
8. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios de los curanderos del Centro Poblado de Huasao en Cusco	56
9. Mapa Hermenéutico del reconocimiento de la medicina tradicional por la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco	60
10. Mapa Hermenéutico del reconocimiento de la medicina tradicional por el centro de estudios de plantas alimenticias y medicinales – UNSAAC, Cusco	62
11. Hospital Antonio Lorena - Local de Contingencia	80
12. Atención al Adulto Mayor	80
13. Sala de parto del centro de salud de Belenpampa	81
14. Letreros de aviso a casa de curanderos:(a casa de nieta de Benito Ccorihuaman)	82
15. Foto de Don Benito Ccorihuaman en el Consultorio de su Nieta	82
16. Preparación de Ofrenda a la Pachamama	83
17. Preparación del Baño para susto	83
18. VI Encuentro de medicina tradicional: Ministerio de Cultura	84
19. Predicción de la Salud a través del pulso	84
20. Hanpi qatu en Cusco: Mercado de Qasqaparo	85

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Guía de entrevista utilizada en la investigación	76
2. Flujograma de la atención del parto vertical con adecuación intercultural	78
3. Atención de partos verticales en el Centro de Salud Belenpampa 2017	79
4. Panel fotográfico	80
5. Aportes de CEPLAM - UNSAAC	86

RESUMEN

La presente tesis investigó el tema de la salud intercultural y su repercusión en la sociedad del Cusco, sus centros de salud más importantes y los distritos aledaños con zonas urbanas y rurales. Se generó información sobre la situación en que se encuentra el proceso de interculturalidad en dichos centros de servicio, y su efecto en los usuarios. Por esta razón se planteó como interrogante: ¿Qué avances significativos se han logrado en la aplicación de la interculturalidad en salud, en la zona urbana y rural de la ciudad del Cusco, y cómo es la valoración otorgada a la medicina tradicional en los centros de salud estudiados? El objetivo de la investigación fue analizar los avances en la interculturalidad en salud, así como la valoración y aceptación del conocimiento tradicional y popular, en centros de salud rural y urbana de Cusco. La investigación fue de carácter cualitativo y se aplicó la fenomenología como método de trabajo para la interpretación de los datos obtenidos, los cuales fueron procesados mediante el sistema software atlas ti, acorde a una investigación social. Los resultados obtenidos en esta investigación están en función de los objetivos propuestos, demostrando que en el área de estudio todavía no existe una adecuada aplicación de la medicina tradicional que ayude al desarrollo intercultural en el campo de la salud.

Palabras clave: centros de salud, conocimiento ancestral, curanderismo, Interculturalidad, medicina tradicional y salud.

ABSTRACT

This thesis researched the issue of intercultural health and its impact in society of Cusco, their most important health centers and surrounding districts with urban and rural areas. We generated information on the situation in which the process of inter-culturality is found in these service centers, and its effect on users. For this reason, it was established as a question: What significant advances have been made in the application of intercultural health, in the urban and rural area of the city of Cusco, and how is the valuation given to traditional medicine in the centers of health studied? The objective of the research was to analyze advances in intercultural health, as well as the valuation and acceptance of traditional and popular knowledge, in rural and urban health centers in Cusco. The objective of the research was to analyze advances in intercultural health, as well as the valuation and acceptance of traditional and popular knowledge, in rural and urban health centers in Cusco. The research was of a qualitative nature and we used phenomenology as a working method for the interpretation of the obtained data, which were processed through the atlas ti software system, according to a social research. The results obtained in this research are based on the proposed objectives, demonstrating that in the study area, there is still no adequate application of traditional medicine to help intercultural development in the field of health.

Keywords: ancestral knowledge, health centers, health, interculturality, traditional medicine and quachery.

INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio tanto de la medicina tradicional como de la salud, ha sido tratado desde diferentes perspectivas, por ser precisamente una situación de suma importancia para la población en general, y porque encierra un tema relacionado a la vida humana, al bienestar de las personas, a salvaguardar y preservar su tranquilidad física, psíquica y emocional.

La tesis desarrolla un estudio en el área de la salud, y lleva por título: **APLICACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA PROVINCIA DEL CUSCO**. Concretamente plantea investigar sobre los avances logrados en la aplicación de la interculturalidad en salud, en espacios urbanos y rurales de la ciudad del Cusco, y señala la forma cómo el conocimiento de la medicina tradicional está siendo valorado o no, dentro de los cánones de la medicina occidental. Además, toma en cuenta la participación de instituciones que están involucradas en el reconocimiento y aplicación de la medicina tradicional. Así, su interés se enfoca en observar la actitud de los centros médicos más importantes del Cusco frente al conocimiento de la medicina ancestral y el nivel de aceptación que pueda tener ésta, bajo un proceso de interculturalidad que busque el bienestar de las personas.

Se ha tomado en cuenta tres centros de salud representativos de la ciudad: el Hospital Regional del Cusco, el Hospital Antonio Lorena, y el Centro de Salud de Belenpampa. Asimismo, el Centro Poblado de Huasao, como zona rural, que es un lugar bastante conocido por la presencia de curanderos andinos y la práctica de la medicina tradicional y que es frecuentemente visitado por propios y extraños. Igualmente se ha descrito el trabajo realizado por la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, y el Centro de Plantas Alimenticias y Medicinales (CEPLAM) en la búsqueda de ese interés.

Siguiendo un orden sistemático, la tesis está organizada de la siguiente manera: en el capítulo I, se presenta la revisión de literatura que fundamenta teóricamente la investigación. El capítulo II, contiene la definición del problema, con su respectiva descripción y formulación de interrogantes, así como la justificación y los objetivos planteados.

En el capítulo III, se propone la metodología empleada para la investigación y las estrategias usadas durante la misma. Por último, en el capítulo IV se expone los resultados

y la discusión de los mismos, analizando los mapas hermenéuticos elaborados en el Software Atlas ti en cada uno de los centros de salud propuestos para el estudio, así como en el Centro Poblado de Huasao, como modelo del curanderismo en la región, el rol de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco en el tema de conservación de la medicina tradicional, y del CEPLAM. Luego a manera de discusión se contrastan los resultados del estudio, con los referentes teóricos, de acuerdo a los temas eje o categorías de análisis.

Finalmente, se presentan las conclusiones a las que se ha llegado y las recomendaciones que se pueden tomar en cuenta para encaminar el tema de la interculturalidad en salud.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 Contexto y Marco Teórico

1.1.1 Relación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud

La relación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud tiene sus antecedentes desde fines del siglo XIX, cuando el médico alemán Rudolf Virchow define a la medicina como una ciencia social, a consecuencia de que fue miembro de una comisión designada para investigar las causas de una epidemia de tifus exantemático. Virchow redacta un informe en cuyo contenido explica que las razones de esta y otras enfermedades deben ser estudiadas desde una perspectiva social y manifiesta una frase interesante “Los médicos debemos ser los abogados de los pobres” Virchow (2018), creando así los orígenes de lo que más adelante será la medicina social.

Parsons (2006) define la relación entre médico y paciente, como una estructura social. Un capítulo de su libro logra un gran impacto, tanto por la difusión y relevancia en la misma sociología, como por ser una construcción teórica relacionada a la salud, pero desde el campo de la perspectiva sociológica y no médica. Parsons reconoce que el fundamento de este capítulo se basa en un estudio previo hecho por un médico, de ahí que ubica la relación médico-paciente, en su teoría de los roles, para mostrar cómo ser paciente y ser médico son fundamentalmente roles sociales impuestos a los individuos, consistentes en un conjunto de comportamientos y que estos generan expectativa en la sociedad.

Parsons, además, sostiene que el rol del enfermo o paciente, lo libera de sus responsabilidades sociales y al mismo tiempo le impone un conjunto de obligaciones, como desear mejorar, buscar a alguien que lo cure y seguir cuidadosamente las indicaciones dadas por el médico. Por otra parte, es la sociedad, a través del médico, quien está en la capacidad de darle una legitimidad a ese rol, pues no se trata de estar enfermo físicamente, sino de ser socialmente reconocido como tal por una decisión del sistema médico.

Este análisis sociológico de la relación médico-paciente, mejora ampliamente la situación del campo teórico de las ciencias sociales, la salud y la medicina, y se inicia un nuevo campo para las investigaciones y estudios en las universidades, sobre todo en las carreras de sociología. A partir de ese momento se logra una legitimidad propia en el terreno de la ciencia social, dejando de ser solo un “asunto social”, tratado por los médicos en las escuelas de medicina. Así mismo esto sirve de punto de partida para el logro de un trabajo multidisciplinario en los hospitales norteamericanos, donde se toma la decisión que, en el tema de salud pública y atención a los grupos sociales, deben participar tanto médicos como sociólogos, antropólogos, y psicólogos sociales.

Por otra parte, Foucault (2003) señala que las ciencias sociales y las ciencias de la salud, se encuentran relacionadas desde su mismo nacimiento, afirmando que las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico, fueron las mismas que facilitaron el surgimiento de las ciencias del hombre. Foucault contradice el supuesto que la medicina permaneció como actividad de tipo individual hasta finales de la Segunda Guerra Mundial, y que solo se enfrentó con tareas sociales, a mediados del siglo XX (el derecho a la salud, el servicio nacional de salud, etc.) Su teoría niega este tipo de medicina social. Él afirma que en cierto sentido la medicina social no existe, porque toda medicina es implícitamente social, sin embargo, no siempre cumplió este rol de práctica social, y lo que podría existir es una medicina “no social” que es la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.

Asimismo, haciendo una referencia histórica de la medicina, y sobre la antigüedad de la clínica, Foucault, (2003) manifiesta:

En el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina en su integridad residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que se alivia. Esta relación era más de instinto y sensibilidad, que de experiencia; estaba establecida por el individuo, por él mismo y para sí mismo antes de entrar en una red social. La sensibilidad del enfermo le enseña que tal posición o tal otra lo alivian o lo atormenta. [...] Esta relación establecida sin la mediación del saber, es comprobada por el hombre sano, y esta observación misma, no es opción para un conocimiento por venir, no es ni siquiera toma de conciencia, se cumple en lo inmediato y a ciegas. [...] Todo el mundo indistintamente practica esta medicina... las experiencias que cada uno hacía eran comunicadas a otras personas...y estos conocimientos pasaban del padre a los hijos. Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites entre mirada y palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás, y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica, sino una vez pasado por el esoterismo del saber. (Foucault, 2003, pág. 85)

Esta cita inspira una reflexión sobre el concepto de medicina, como un saber natural que busca el bienestar de la persona, frente a los males que pueda aquejar su cuerpo. El “saber” surge de la experiencia empírica, es parte de la tradición, cuando se habla que se transmite por generaciones, y su comunicación era libre y general. Hace énfasis en los bienes otorgados por la naturaleza y su uso, que a nuestro parecer hace referencia al conocimiento de la medicina tradicional en base a la flora y fauna de cada espacio geográfico y de cada grupo o sociedad cultural.

Otro punto a comentar es el relacionado a un tipo de medicina académica, manifestando que el conocimiento médico se convierte en un privilegio, que podrá ser usado por un grupo de élite. En realidad, esto sucedió así, y el conocimiento natural, tradicional, pasa a ser una práctica, y como el autor manifiesta, dentro del campo del esoterismo del saber. Este campo implica tanto el conocimiento como el simbolismo ritual de cada cultura. Los grupos humanos no solo acuden al conocimiento del uso de la naturaleza, este es complementado con expresiones culturales, dentro del campo religioso, las creencias, magia y las ceremonias de curación. Precisamente, el interés de esta investigación es indagar cómo se relaciona

en la actualidad ese conocimiento académico del grupo privilegiado, que cuenta con el apoyo tecnológico y los avances modernos en la medicina; con el conocimiento natural y libre que en la actualidad manejan muchos grupos humanos, y que es denominada medicina tradicional.

Hayward (1993) manifiesta que existen causas esenciales de las enfermedades, llámese desnutrición, trastornos mentales y otras, y que la medicina social significa ir hasta las fuentes de estas causas, que a nuestro entender muchas tendrían su origen en razones de orden socioeconómico, sobre todo en países en vías de desarrollo, y cuyas poblaciones se caracterizan por la presencia de un multiculturalismo que a su vez genera una hegemonía política, social y económica. El mismo autor dice que “Las ciencias y la técnica, han llegado a dominar a la medicina, excluyendo a la ciencia más importante, la ciencia del conocimiento del hombre”. Es clara esa relación ciencias sociales y medicina, en cuanto ésta última, tenga el interés de servir a la vida humana, y para hacerlo debe estar totalmente vinculada a esta ciencia del conocimiento humano, en toda su dimensión, sobre todo cultural. Sin embargo, la expresión citada líneas arriba, reflexiona sobre esa separación involuntaria de las ciencias sociales. Al respecto se cita a Vicens, (1995) quien propone la idea que la noción de salud, en un equilibrio relativo entre la estructura social y la función corporal, es consecuencia de la tensión dinámica del organismo, ante las fuerzas que tienden a destruirlo.

De igual forma, Moreno (2007) menciona la situación sociopolítica como condicionante de la enfermedad. Desde una visión antropológica, esta autora señala una perspectiva que integra, y a su vez diferencia los conceptos de enfermedad, padecimiento y disfunción social. A la letra dice:

“En el intrincado trayecto salud-enfermedad, la mirada sociológica se ha propuesto dilucidar la discrepancia entre la enfermedad y el padecer. No está muy claro quién señaló inicialmente esta diferencia, sin embargo, Susser fue quien trató de aclarar la confusión al proponer la enfermedad (*disease*) como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva; y el padecer (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo, percibido por el individuo. Recientemente algunos antropólogos han retomado de Parsons, la categoría de: disfunción social (*sickness*), referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo de la sociedad” (p. 26)

En efecto, el término *ill* en inglés, se traduce como: enfermo, y su variante *Illness* se entiende como adversidad, calamidad que aqueja a un individuo. Mientras que *disease* alude más a una afección o dolencia, haciendo relación a un germen o microbio patológico causante del mal. Y el término *sickness* se traduce igualmente como enfermedad, o mareo, pero con una especial atención a cansancio o disgusto, afligido del corazón, o estar “harto” de alguna situación.

Toda esta explicación se traduce en el sentido de la relación existente entre la enfermedad física o patológica, y las razones sociales que la producen. De ahí que su tratamiento no debe ser solamente clínico, sino de orden humano y social.

El conocido libro de Levi Strauss, (1969) “La eficacia Simbólica” analiza un ritual chamánico usado por los indios Kuna, para asistir un tipo de parto complicado. Viendo el resultado positivo, denomina precisamente eficacia simbólica a esa fuerza de psicoanálisis, de creencia, de convencimiento, usada por el chamán, mediante mitos y rituales, para hacer que la parturienta, salga de esa situación de peligro. Levi Strauss propone que el ser humano solo busca ordenar el caos a través de dar explicaciones mediante narraciones de mitos que explican la causa de las cosas, dentro de una estructura mental inconsciente. Este trabajo dentro de la teoría de la antropología estructural, es una muestra también de la relación de la medicina con el campo subjetivo que estudia la antropología, dentro del simbolismo y ritual, propio de muchos grupos étnicos.

De acuerdo a la propuesta de Leyens (2013) dentro de las teorías de las ciencias sociales, la teoría funcionalista cumple un rol importante en el paradigma de las ciencias biológicas, con el fin de comprender la salud y la enfermedad. Manifiesta:

“La salud, para esta teoría es la posesión de una capacidad funcional normal, es decir, la disponibilidad que tiene cada parte interna de un organismo perteneciente a una clase de referencia para llevar a cabo sus funciones normales. Una clase de referencia es un tipo de organismo con una estructura funcional común, por ejemplo, el tipo de hombres adultos de la especie *homo sapiens*. Por lo tanto, según esta teoría, es un hecho de la naturaleza, que la función normal del corazón es bombear sangre con la finalidad de que circulación en el organismo permita la distribución o eliminación de los elementos necesarios para el correcto funcionamiento de otros órganos del cuerpo. [...] Una patología es un estado que altera la salud así definida. Salud y

patología son realidades naturales y la teoría funcionalista de las ciencias biomédicas da conceptualizaciones que corresponden mejor a la realidad natural de estos fenómenos” (Leyens, 2013).

Esta teoría funcionalista de las ciencias biológicas, muestra ser adecuada y pertinente, para comprender estos conceptos de salud enfermedad, en términos sociales.

De otra parte, Briceño (2003) hace énfasis en las condiciones sociales que el hombre tiene que enfrentar, y su relación con su cuidado y estado de salud o enfermedad. Plantea la presencia de escalas micro y macro sociales que determinan su situación. Dentro del campo micro considera las condiciones familiares y de vivienda, hasta pasar al campo macro social, donde tiene que ver su situación laboral, la organización en clases sociales de su grupo, e incluso formas de división del trabajo. En todos los casos considerando la variable explicativa como de tipo colectivo o estructural, no individual, por eso que estas situaciones pueden analizarse desde perspectivas sociales, antropológicas, y geográficas en algunas circunstancias. Desde la visión macrosocial, percibe la relación entre la población y el territorio, con un punto de confluencia entre demografía y geografía. Citando a Silva (1999) pone como ejemplo un estudio realizado en el Estado de Sao Paulo, y la evolución de la enfermedad de Chagas, cuya expansión está en relación con los cambios que se dan en las relaciones sociales del trabajo y la organización y ocupación del espacio de la caficultura:

Por esta necesidad de considerar aspectos tan variados en el análisis de una situación epidemiológica han surgido unas visiones holistas que procuran combinar las variables macrosociales con las microsociales. Una de estas visiones que ha tenido relevancia en las ciencias sociales es la de la ecología humana dedicada a la salud, la cual es una fusión entre la antropología médica y la sociología de la salud. Para algunos autores esta perspectiva tiene tres características que la hacen singular. La primera es la perspectiva propiamente ecológica que considera a las personas como unos seres que forman parte de un medio ambiente y que pueden ser dañados por los cambios que se produzcan en el ecosistema, inclusive aquellos que son obra de los propios humanos. La segunda es la comprensión de los patrones locales de salud existentes en cada comunidad humana y que pueden ser muy diversos; y el tercero

son los cambios macrosociales que ocurren en el mundo, ligados a los procesos de urbanización, modernización y globalización (Briceño, 2003, pág. 41).

Sobre las formas de movimientos poblacionales, Briceño manifiesta que pueden tener efecto en la situación de salud de la población, ya sea en forma diaria, semanal o estacional, y que en muchos casos están relacionados con hechos culturales. Esta última afirmación es claramente aplicable en la realidad de nuestros pueblos andinos y amazónicos, cuyos patrones culturales y de comportamiento, tanto en el campo micro como macrosocial, son indicadores directos de su estado de salud y enfermedad, correspondiendo al Estado, la aplicación de políticas sanitarias que diagnostiquen estos problemas, desde la comprensión y reconocimiento del saber de la medicina tradicional, hasta el desarrollo de campañas de salud que logren mejorar el desarrollo humano en las diferentes comunidades del país.

Por otro lado, Giddens (2012) hace un análisis sociológico sobre los conceptos de salud y enfermedad, en los siguientes términos:

“El carácter sagrado de la vida humana también es el valor primordial que subyace en el desarrollo de los sistemas sanitarios de las sociedades contemporáneas. “Salud” y “enfermedad” son términos que se definen cultural y socialmente. Como en el caso de los trastornos de la alimentación, en cada cultura es diferente lo que se considera sano y normal. En todas existen ideas conocidas sobre la salud y enfermedad en un sentido físico, pero gran parte de lo que hoy consideramos medicina, es consecuencia de la evolución de la medicina occidental en los tres últimos siglos. En las culturas pre modernas la familia era la institución que se ocupaba de las enfermedades y dolencias. Siempre han existido individuos que se especializaban en curar utilizando una mezcla de remedios psicológicos y mágicos, y muchas de estas terapias siguen existiendo en las culturas no occidentales de todo el mundo. Por ejemplo, la medicina ayurvédica (curación tradicional) se viene practicando en la India, desde hace más de dos mil años. Se basa en una teoría entre los aspectos psicológicos y físicos de la personalidad, y los desequilibrios se tratan con remedios que inciden en la alimentación y uso de hierbas. La medicina popular china es parecida ya que se basa en una armonía general de la personalidad, también se sirve de hierbas y de la acupuntura. La medicina moderna promovió un enfoque de la enfermedad que considera que su origen y tratamiento son físicos y explicables de forma científica.

La aplicación de la ciencia a la diagnosis y a la curación mediante la medicina, fue la característica principal del desarrollo de los sistemas sanitarios contemporáneos. Otros rasgos directamente relacionados con el anterior, son la aceptación de que el hospital es el lugar en el que hay que tratar las enfermedades graves, con la participación de un cuerpo de profesionales de la medicina, que se rigen según un código ético aceptado y que tienen un considerable poder social”. (Giddens, 2012, pág. 169).

Lo manifestado por Giddens se aplica en la realidad de los países occidentalizados como el nuestro, en lo que se refiere al concepto de la enfermedad, con orígenes físico-biológicos que tendrían solución en centros médicos especializados; Sin embargo, una gran población sobre todo en zonas rurales o urbano marginales, buscarán solución a sus problemas de salud, en la curación mediante remedios tradicionales, propios de los reinos naturales, y quienes los conocen, recurran también a tratamientos psicológicos y rituales mágico-religiosos, en la creencia común y muchas veces certera, que la enfermedad puede tener un origen sociocultural, como parte de ese carácter sagrado que hace mención Giddens, y que en muchos grupos culturales es vital para la vida humana.

1.1.2 Salud e interculturalidad

Para Tubino (2001) el multiculturalismo supone la tolerancia y el reconocimiento de la presencia de varias culturas diferentes, que conviven en una nación, mientras que la interculturalidad debe entenderse como el diálogo entre estas culturas diferentes, El reconocimiento del saber, dejando de lado el hegemonismo tradicional de la cultura occidental frente a las tradicionales. En ese entender, en este campo del marco teórico, es necesario reconocer el concepto de la interculturalidad en salud, como el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario, en el proceso de atención de salud, en otras palabras, se considera como una estrategia eficaz para la provisión de servicios a la población indígena, de acuerdo a sus características culturales y sus necesidades propias. Lerin, (2004) dice que para lograr el objetivo de la interculturalidad se requiere del conocimiento de toda esa lógica de instituciones, prácticas y normas que conforman los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas andinos y amazónicos, así como de la adecuación de los servicios de salud institucionales

reconocidos y aplicados por el sector salud, estableciendo mecanismos de diálogo, concertación e interacción entre los dos sistemas (tradicional y occidental). Así mismo es importante reconocer el desarrollo de la interlocución con los proveedores de la salud indígena, para la articulación de los sistemas estatales y tradicionales, en función de una mejor salud para los pueblos.

En este tema de la interculturalidad, citamos a una antropóloga española, que ha trabajado sobre este aspecto en Bolivia: S. Ramírez. En su libro “Salud Intercultural” (2012) sostiene que la interculturalidad ha sido asumida como un tema que sugiere una reivindicación política dirigida a las poblaciones indígenas de ese país, pero que en realidad no ha influido en una mejora de la calidad de atención en los centros y hospitales, ni en la introducción de cambios epidemiológicos y que más bien se ha adaptado como un modelo externo gracias a alguna cooperación internacional. El Ministerio de Salud boliviano promueve su aceptación en la población, a través de talleres a mujeres parteras, médicos tradicionales y personal sanitario. Ramírez, (2012) dice:

“En este contexto histórico, considero que las categorías que sirven para analizar teóricamente las condiciones de interculturalidad, son las de integración y desarrollo, como parte de una más amplia: la de la globalización. Estas categorías se expresan en los conceptos de hegemonía y subalternidad, que no son reconocidos dentro del de interculturalidad, y que sin embargo son las que le dan sentido y significado. Las categorías mencionadas sirven para analizar las transacciones existentes entre el Estado (boliviano), los servicios de salud y la población (entendida como diversidad de grupos étnicos y poblaciones mixtas). La integración que se propone desde la biomedicina y el Estado implica el abandono de lo tradicional” (Ramírez, 2012, pág. 107).

Esta realidad en el país vecino podría ser también la nuestra si no se toma medidas oportunas para la reivindicación y rescate del conocimiento popular médico, de ahí la propuesta de la investigación, para lograr un trabajo de continuidad en este tema.

Así mismo, en su libro “¿Podremos vivir juntos?” Touraine (2000), habla sobre la sociedad multicultural, y sostiene que debe existir un principio universalista que permita la comunicación de grupos sociales culturalmente diferentes. Este principio debe tener en cuenta el respeto a la libertad de cada grupo. Afirma que la diferencia

y la igualdad no son contradictorias, sino más bien inseparables una de la otra.

Propone tres concepciones de multiculturalismo:

- a. Como encuentro de culturas: Supone la existencia de conjuntos culturales concretamente constituidos, pero no ajenos los unos respecto a los otros; entonces políticamente el reconocimiento de la diversidad cultural conlleva a la protección de las culturas minoritarias.
- b. Como búsqueda de un parentesco entre diferentes experiencias culturales: intenta establecer conductas colectivas que buscan como fin resolver los mismos problemas fundamentales.
- c. Como búsqueda de comunicación entre conjuntos culturales que estuvieron separados hace mucho tiempo, y clasificados según una lógica de dominación. Esta concepción busca lograr una comunicación entre individuos y cultura, para ampliar su experiencia a través del contacto entre ellos.

Si bien es cierto Touraine usa el término multicultural para entender lo manifestado anteriormente, esto se aplica claramente a la interculturalidad, partiendo del hecho que plantea ampliar la experiencia de los individuos pertenecientes a cualquier cultura, con los conocimientos de cualquier otra. En el caso de la salud, reconocer el saber de las culturas ancestrales y usarlas en concordancia con los conocimientos occidentales, hace referencia a esa búsqueda de comunicación entre conjuntos culturales.

Otro punto de importancia dentro de la propuesta de interculturalidad en el campo de la salud, está referido al tipo de dolencias que pueden surgir en determinados grupos, con un marcado carácter cultural, hecho que puede generar confusiones a los médicos académicos, en cuanto se refiere al tratamiento a aplicar, lo que a su vez puede traer como consecuencia, desconfianzas y dudas frente a los profesionales de salud, y por ende incertidumbre en la población enferma.

Fernández (2009) sostiene que la antropología médica busca precisamente el estudio y análisis de esos puntos que implican la conceptualización cultural de la enfermedad. Este sería un paso fundamental para intercambiar conocimientos. Dice al respecto:

“Constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos Estados de Latinoamérica, de marcado talante pluricultural y multilingüe, donde las aplicaciones médicas adoptan multitud de formatos divergentes, y las prácticas y categorías cognitivas diferenciadas entran en conflicto frecuentemente con las aspiraciones de la medicina formal o convencional asumida por los Estados y delegada frecuentemente en las ONGs de desarrollo” (Fernández, 2009, p. 274)

El caso es similar en nuestro país, que tiene las mismas características, e incluso más pluralizadas, si pensamos en la zona amazónica y la variedad de conocimientos y costumbres de acuerdo a este espacio geográfico, la variedad de idiomas y las conceptualizaciones nativas en relación a la salud enfermedad. Es un reto para las instancias estatales de salud. La presencia de una multiculturalidad implícita, deberá ser razón suficiente para encontrar soluciones en el tratamiento de enfermedades diversas, que sirvan realmente de apoyo a la población.

Por otro lado, Fernández (2009), en su experiencia de la interpretación aymara de la salud, dice sobre la práctica médica intercultural que nada se puede reflexionar en el parecer de la otra parte, es decir la medicina oficial: “Resulta difícil encontrar a médicos formados a la “occidental”, dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y respeto sobre el quehacer de yatiris y médicos nativos. Siguen siendo excepciones de enorme valor testimonial, pero excepciones, al fin y al cabo, los dispuestos a entablar conversación en niveles de equivalencia con los médicos tradicionales aymaras” (Fernández, 2009, p. 277).

Sobre esta situación precisamente es que gira el interés de esta investigación, en la zona andina peruana, específicamente en el caso de Cusco. Cuánto se ha avanzado en aceptar el conocimiento tradicional, llámese del curandero, alto mesayoq o paqo, dentro del manejo de la medicina occidental. Si es posible o no ese “encuentro” y apoyo mutuo.

En resumen, vemos que hay muchas iniciativas para la aplicación y mediación intercultural, en el ámbito de salud, con una orientación variable, entre las propuestas teóricas en extremo y otras sólo prácticas. En consecuencia, la mediación intercultural en el ámbito de la salud resulta todavía deficiente, notándose más diferencias que similitudes entre los grupos.

1.1.3 El sentido social de la salud pública

Partimos entendiendo que la aplicación de la interculturalidad en salud es propiamente responsabilidad del Estado, en tanto, ´su interés sea la mejora del servicio y su efectividad, sobre todo en zonas donde prima la pobreza, o los comportamientos culturales sean diferentes a los occidentales. La obligación del Estado se traduce en políticas de salud pública.

En el concepto original de salud pública, su autor el sanitarista norteamericano Winslow, (1920), la define como:

“El arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.” (Winslow, 1920).

En ese entender podemos definir la salud pública, como la disciplina que tiene como finalidad la protección de la salud de la población, en todos sus niveles, llámese mujeres, varones, adultos mayores, niños en edad escolar, infantes y neonatos. Busca igualmente mejorar las condiciones de salud en las comunidades alejadas de la ciudad, mediante la promoción de estilos de vida saludables, campañas de concientización, campañas de vacunación y prevención de enfermedades. Entre sus objetivos centrales, podemos mencionar dos importantes:

- Llegar a la mayor cantidad de gente posible: El cumplimiento de este implica el conocimiento del mayor número de grupos, comunidades quechuas, aimaras y amazónicas que conforman el país, además de las características socioculturales que las caracterizan. Muchas de ellas tienen sus propios conceptos de salud y enfermedad, y la forma cómo curarse, y si el Estado a través de sus agentes de salud no los conoce o hace caso omiso de este conocimiento, el objetivo propuesto de atender a la mayor cantidad de gente posible, no se cumplirá.

- No hacer distinción entre los habitantes de una región: Para lograr este objetivo, es importante reflexionar sobre la hegemonía existente, relacionada a factores económicos, étnicos y sociales. Es imprescindible el rol del Estado en esta situación, pero con políticas bien trazadas, que incluyan el reconocimiento de la interculturalidad en estos espacios.

La sociología de la salud y la salud pública tienen en común que ambas son resultado de una visión filosófica y social, pensada profundamente en busca del bienestar de la sociedad, cuya esencia consiste en tomar en cuenta los fenómenos y procesos en el marco de sus relaciones más generales. Ambas requieren de un pensamiento integrador y de una visión holística de la realidad. El nivel de análisis que proponen es la población, y los distintos grupos y estratos sociales que conforman la sociedad.

Posteriormente surgen otros conceptos de salud pública, teniendo todos en común lo propuesto por Winslow. Es así que por ejemplo Terris (1990) siete décadas más tarde, propone una definición similar, pero agregando el hecho de que es necesario desarrollar la maquinaria social que asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. Entonces podemos afirmar que la salud pública es una ciencia social, y que su ambiente de acción está constituido por la población en general, tanto personas sanas como enfermas.

1.1.4 La salud comunitaria

Dentro de este contexto teórico, es importante reconocer lo que se entiende como Salud Comunitaria, tomando en cuenta que la participación de la comunidad es una de las fortalezas más sólidas, en lo que se refiere a la aplicación de los programas de salud. Es necesario recurrir al concepto de comunidad, para integrarlo en términos de salud. Etzioni (1999) afirma que las comunidades para definirse como tales, deben cumplir con dos características fundamentales: 1) El desarrollo de relaciones afectivas entre sus miembros, y 2) el compartimiento de valores y normas con una historia e identidad común. Desde una perspectiva socioantropológica, se entiende que existen otras premisas, como la territorialidad, la participación en sus objetivos comunes, el conocimiento de saberes ancestrales en los diferentes campos del conocimiento humano, vale decir costumbres,

creencias, religión (en el campo cultural) y alimentación, hábitos salud, en el campo vivencial.

Sobre esta base conceptual de comunidad, se menciona la Declaración de Alma Ata, (capital de Kazajistan) en 1978, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Este importante evento sobre política de salud internacional, puso un hito para el inicio del reconocimiento de la medicina ancestral, aparte de promover la protección de la ciudadanía en general, con énfasis en las zonas más deprimidas. Es así que se define la estrategia de APS (Atención Primaria de Salud), como la ayuda sanitaria básica con el uso de métodos y tecnologías prácticas, socialmente aceptables, al alcance de toda la comunidad y su participación, tomando en cuenta costos alcanzables a las mayorías (Zurro & Cano, 2008).

La atención primaria de salud así entendida, está en directa relación con la salud comunitaria, que se supone pretende servir a la comunidad en el campo del bienestar. La Conferencia de Alma Ata define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente como la ausencia de enfermedades. Para lograr esto es importante el trabajo en equipo, tanto técnico como de la propia comunidad; entonces la salud comunitaria representa una competencia del equipo de la atención primaria de la salud.

En ese sentido la salud comunitaria se considera como un derecho natural y social inherente al hombre, que el Estado y la sociedad deben garantizar, trascendiendo el concepto de cuidado del funcionamiento biológico - individual, para introducirse en la relación de los individuos entre sí y con el Estado, en su condición de integrantes residentes de un lugar geográfico denominado comunidad, capaces de actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad, y ejercer el derecho a participar.

1.1.5 Interculturalidad y bioética

Entendemos la bioética como una disciplina de las ciencias de la salud, que tiene que ver con el respeto a todo ser viviente, desde plantas y animales, hasta el propio ser humano, que como el máximo representante de “la creación”, supone el interés y la razón de toda forma de organizar su bienestar en este mundo. Todo lo

creado por él mismo -el hombre- es para asegurar su mejor permanencia en el espacio que le toque vivir.

El origen del término fue creado por el alemán Fritz Jahr, que en 1927 publicó un artículo titulado “Concept of Bioethics”, haciendo referencia al respeto de la vida. Sin embargo, son las versiones norteamericanas, que posteriormente alcanzan mayor difusión, considerándose las pioneras de esta disciplina en América Latina y el Caribe, así, por ejemplo. Lolas, (2009) determina la bioética, como una semántica social que redefine dilemas y ressignifica conflictos y desafíos. Es considerada por el autor una disciplina “puente”. Al respecto dice: “son éstas que se sitúan en los intersticios que dejan los saberes ya constituidos, forman parte de la esperanza de comprensión universal que palpita bajo las ciencias llamadas humanas” (Lolas, 2009, pág. 16)

Esta expresión de Lolas, cuando menciona los saberes constituidos, da a entender el conocimiento propio de todas y cada una de las culturas ancestrales del mundo, que en el correr de la historia muchas han ido perdiendo su valor al ser suplantadas por nuevas, pero que a pesar de eso significan la confianza que aún puede tener la humanidad, para mantener ese conocimiento vivo, que es de gran utilidad para la vida.

La bioética como disciplina en el campo de la salud, muestra un interés en la aplicación correcta de generar salud, manteniéndose sobre tres principios básicos:

- **La Autonomía:** Respetar el derecho del paciente a estar informado de su situación, y aceptar sus propias decisiones, salvo que sus condiciones no se lo permitan.
- **La Beneficencia:** Obligación de actuar siempre en beneficio de las personas, promoviendo sus legítimos intereses.
- **La Justicia:** Tratar a cada uno de los pacientes como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad ideológica, social, cultural, económica. Este principio se desdobra en dos perspectivas: el principio formal, que implica tratar con igualdad a las personas (y que en realidad es sólo una aspiración subjetiva) y el principio material, que determina las características relevantes para la distribución de los recursos

sanitarios del Estado. En este último principio se ve lejanamente esa igualdad de condiciones, que también debería traducirse como una igualdad de conocimientos médicos, es decir el diálogo entre las medicinas occidental y ancestral, para un mejor resultado en la salud de los enfermos.

Sin embargo, entre todos los fines de la bioética, uno de los más importantes es su perspectiva intercultural. Albuquerque (2015), luego de reconocer esta importancia, manifiesta:

“La bioética [...] se ocupa de las consecuencias decurrentes del encuentro entre culturas distintas en el campo de la medicina, de las ciencias de la vida y de las tecnologías. Ese foco de la bioética lanzado sobre los conflictos culturales, es esencial para ampliar su esfera de actuación, en la medida en que, al incorporar una dimensión intercultural cuando lidia con conflictos entre personas o grupos de diferentes culturas, la bioética se torna herramienta esencial en la solución de cuestiones que surgen en la esfera hospitalaria o en el ámbito de políticas y programas públicos. (Albuquerque, 2015)”

En ese entender, la autora propone la elaboración teórica de una perspectiva bioética intercultural (PBI) y afirma que ésta no debe caracterizarse solamente por su forma objetiva, sino también por sus condiciones normativas, siempre y cuando tenga como principal ocupación, la defensa del respeto a las diferentes culturas. Hace mención al etnocentrismo, que debe desaparecer en este campo de la salud, y más bien buscar un encuentro en igualdad de condiciones.” (Albuquerque, 2015).

1.1.6 La medicina tradicional

En el Perú, así como en otros países latinoamericanos, la medicina tradicional ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de muchas reuniones, congresos y eventos relacionados al tema. Es a partir de 1978, como resultado de la Conferencia Internacional de Alma Ata, (Kazajistán), que se da el valor a la medicina tradicional, recomendando su articulación con la medicina académica. De este modo se podría cubrir la atención sanitaria en muchos lugares. Reconoce así mismo, la importancia de la medicina tradicional, como una mejora para la calidad de vida de muchas personas, y oficialmente la define como: “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas, que incorpora medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales; terapias espirituales, técnicas manuales, y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación

para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (OMS, 2002)

Brown (1988) citado por Aparicio (2012) sobre la medicina tradicional, dice que las respuestas terapéuticas a los problemas de salud, se adaptan a las especificidades culturales de los pueblos. La antropología reconoce esas diferencias y defiende el derecho a la existencia y continuidad de ellas. En la historia y realidad del mundo, el hegemonismo occidental ha impuesto modelos sociales, económicos, políticos, culturales, religiosos y científicos, y han creado corrientes de pensamiento de corte totalmente etnocentrista entre los eruditos y la gente común. Ningún pueblo originario del Amazonas, de Mesoamérica, de China o de cualquier otra parte del mundo, ha seguido los mismos caminos que llevaron a Europa a la revolución científica (Aparicio, 2012).

En el uso de la medicina tradicional, se tiene muy en cuenta la relación salud-enfermedad. Sobre esta última, Laplantine (1992) manifiesta:

“Mientras la intervención médica oficial pretende únicamente proporcionar una explicación experimental de los mecanismos químico-biológicos de la enfermedad y de los medios eficaces para dominarlos, las medicinas populares aportan una respuesta integral a una serie de insatisfacciones -no solamente somáticas sino también psicológicas, sociales, espirituales para algunos y existenciales para todos- que el racionalismo social no está dispuesto a incorporar. (Laplantine, 1992)

Sin embargo, frente a esta propuesta teórica, encontramos el texto de Guivovich (1989) quien, en un análisis de los dos tipos de medicinas, -tradicional y moderna- sostiene que ambas poseen un radio de acción, cumpliendo fines similares. Así por ejemplo dice que una y otra desarrollan una posición ética basada en la necesidad, en la moral y en la supervivencia humana, o que ambas diagnostican a sus pacientes antes de la curación, aunque con métodos diferentes. Afirma también que los dos tipos de medicinas “se desenvuelven en áreas culturales diferenciales, generalmente los médicos se ubican en las grandes urbes y en áreas urbanas, mientras que los curanderos tienen un mayor radio de acción, por cuanto actúan en el área andina o amazónica, en las áreas rurales, en los pueblos jóvenes y en algunas urbes” (Guivovich, 1989).

1.2 Antecedentes

Un interesante texto sobre la medicina tradicional en el Perú, fue presentado por los médicos (Valdizán & Maldonado , 1985). “La medicina popular peruana”, (1922) escrito en tres amplios volúmenes, y que han sido actualizados por el CISA (Consejo Indio de Sud América) en 1985. Estos médicos peruanos hacen algo así como un trabajo etnográfico narrativo, de corte antropológico, en el que se muestra una recopilación de las formas curativas usadas en el antiguo Perú, y que, en la actualidad, en esta época contemporánea, aún es usada este tipo de medicina, en muchas regiones peruanas.

Otro antecedente se observa en un documento publicado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, a través del Organismo Andino de Salud, convenio Hipólito Unánue. Con el título “Aún nos cuidamos con nuestra medicina”, (2010) se presenta un inventario sistematizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos. En el texto se manifiesta que la interculturalidad en salud como estrategia eficaz en cuanto a proveer de servicios de salud a la población indígena, acorde a sus características y necesidades, debe partir del reconocimiento de normas y prácticas que conforman los sistemas culturales de salud de los pueblos, considerando igualmente la adecuación de servicios de salud institucionales a través de mecanismos de diálogo, concertación e interacción entre los dos sistemas; así mismo del desarrollo de la interlocución con los proveedores de la salud indígena para la articulación de los sistemas estatales, en función de una mejora en las condiciones de salud para los pueblos originarios.

En este mismo texto, Velasco (2010) hace un análisis histórico sobre las relaciones y conflictos que se presentaron entre los médicos tradicionales o terapeutas, y los protomédicos llegados de Europa. Afirma: “En los primeros tiempos después de su llegada a los Andes, los conquistadores arribados en las primeras expediciones, tuvieron que acudir a los curanderos nativos por necesidad ya que no tenían médicos propios, encontrando que a menudo las medicinas indígenas brindaban mejores respuestas que las de su continente de origen y en algunos casos hicieron conocer esto a la Corona, con entusiasmo y hasta admiración, lo que cambió radicalmente, cuando ya establecidos y organizada la estructura colonial, llegaron sus médicos y cirujanos”. (Velasco, 2010)

Dentro de la medicina tradicional, es importante hacer un especial aparte, en cuanto se refiere al uso de la hoja de coca, tanto por su poder curativo y alimenticio, como por su

significado cultural y social tan influyente en la salud física y mental del poblador rural andino. Bolton (2013) en un estudio realizado en la zona sur andina del Perú, explica sobre el mascado de la coca, desde una perspectiva metabólica. Dice que la alimentación en el habitante de comunidades andinas ubicadas a una considerable altura (vale decir más de 3.500 msnm) comúnmente es alta en carbohidratos y baja en proteínas, entonces es posible encontrar una relación del mascado de la hoja de coca, con una mejor nutrición. Las personas con un bajo nivel de proteínas, debieran consumir más coca. La adquisición de otras fuentes proteínicas está limitada por factores económicos, que aluden a la pobreza muy común de estas zonas. Las causas del mascado de coca son muchas, y están interconectadas en forma compleja, desde los factores fisiológicos y de nutrición, hasta los factores históricos, simbólicos y culturales.

Bolton concluye: Para millones de indios, la coca es una parte integral de su forma de vida (Hanna, 1974) esencial para su bienestar cultural y fisiológico. Aunque he concentrado mis comentarios en el sustento biológico del mascado de la coca, no quisiera negar la importancia que su uso tiene en otros ámbitos de la cultura andina. La coca sirve para facilitar la interacción social, ella desempeña un papel fundamental en los sistemas de intercambio de muchas comunidades y es ubicua en los contextos rituales. La coca puede, en efecto ser considerada el símbolo dominante de la cultura tradicional andina. [...] Las evidencias científicas contra el mascado de la coca (por oposición a su uso como cocaína, son débiles en el mejor de los casos: las evidencias a favor de sus funciones positivas vienen creciendo. Dadas las implicaciones que el conocimiento del mascado de la coca tiene sobre las políticas públicas, y en vista del actual estado insatisfactorio de la literatura referida a este problema, necesitamos con urgencia más investigaciones de todos los aspectos del uso de esta planta. Una mejor comprensión de las causas del mascado de la coca ciertamente debiera anteceder a cualquier programa que busque destruir dicha costumbre. A decir verdad, las campañas pasadas para abolir la coca siempre han fracasado en Perú y Bolivia, pero de resultar exitosos los proyectos actuales o futuros, las consecuencias culturales y biológicas podrían ser devastadoras. (Bolton, 2013).

Estas percepciones del citado autor, abren espacio para entender la importancia de mantener el uso de la coca, con una comprensión intercultural. Entendiendo el significado nutricional y saludable de la coca, podemos ver que ya está inmerso en un tipo de mercado local, y nacional, aunque no con el vigor y libertad que debería estarlo, aún hay cierta

restricción o escepticismo de las entidades involucradas en salud, para una aceptación plena, reconociendo sus bondades, como parte de la medicina tradicional.

Sobre el tema de la coca, otro antecedente es el texto de Allen (2002) “La coca sabe”; en el que presenta un estudio etnográfico sobre la forma cómo los campesinos de la comunidad de Sonqo usan y respetan la hoja de coca, como parte de su vida. Hace igualmente una descripción de la nosología andina, y el conocimiento aplicado en el tratado de algunas enfermedades.

Golte (2009) sostiene que hay un fino rastreo de la medicina tradicional, como conocimiento de los pueblos originales, con la finalidad de que los elementos de la naturaleza usados por estos, pasen por un laboratorio sofisticado, que los convierta en fármacos, con el sello de sus “inventores académicos”; habla de ese sistema hegemónico, que aún en el siglo XXI, parece determinar la suerte de la humanidad. Afirma: “Nuevamente nos encontramos con una articulación real, y otra que es una articulación deseada, pero no efectiva” (pág. 312). Golte propone que la articulación deseada se estaría dando con un proceso de apropiación, diríamos ilícita, pero selectiva de conocimientos de medicina. Sin embargo, reconoce también los intentos de organizaciones no gubernamentales para financiar estudios del conocimiento tradicional andino y amazónico sobre medicina. Al respecto algo estaría haciendo también el Estado, a través de foros, organizados por el Ministerio de Cultura, encuentros de médicos tradicionales, y otros eventos similares; pero se desea que no quede en hechos académicos teóricos, sino que en la práctica se reconozca estos saberes, a través de su inserción en el sistema médico peruano.

Otro antecedente sobre medicina tradicional, nos muestra el libro de Lira, (1998) reeditado en 1995: Medicina Andina. Farmacopea y rituales. Es un compendio de métodos, recetas y curaciones tradicionales recopiladas en la provincia de Canchis básicamente, aunque también se encuentra testimonios de curanderos y curanderas de Huancayo, Ancash, Trujillo, y otros lugares del país.

Por otro lado, Santiago Saco y Oscar Liendo (1988) publican un importante texto sobre Medicina Simplificada, realizado en la Granja Escuela Pumamarca de Yucay (Cusco), donde se muestra un trabajo descriptivo graficado de las enfermedades más comunes que sufre el poblador del lugar. Este manual cuyos autores son reconocidos médicos de Cusco

es resultado de un diálogo entre profesionales de la medicina científica, y los conocedores del saber popular en este campo.

Martínez (1987) señala la importancia del ritual en el imaginario del hombre andino, y su influencia en su vida cotidiana. Además de la relación salud, enfermedad, ritual.

El médico Frisancho (2009) escribe el artículo titulado “Las enfermedades: su etiología según la mentalidad indígena y popular”. En el mismo explica cómo el “indígena” explica las enfermedades y sus causas, atribuyéndolas tanto a agentes físicos y emocionales, como a situaciones irreales relacionadas a espíritus malignos, castigos o maleficios. En el mismo libro compilado por Ricardo y Rodolfo Sánchez (2009) se presenta el trabajo de Enrique Urbano, cuando habla sobre Implicancias de la tradición y modernidad en las prácticas curativas de los Andes, explicando estos indicadores, desde un contexto de globalización, y a su vez haciendo una reflexión sobre la marginalización y olvido a las que están sometidas algunas zonas andinas, con el pretexto de la tradición.

Frontera (2015) en los objetivos de su trabajo sobre la integración de la medicina tradicional con la moderna, propone la integración de ambos conocimientos, para lograr que los profesionales en salud tomen en cuenta “nuestra manera de prevenir las enfermedades con las hierbas que nos da el monte, y nosotros aceptamos los actuales sistemas de salud con los adelantos tecnológicos de hoy, considerando que son un complemento del que todos salimos beneficiados” (2017:94)

Por otro lado, Medrano & Vela (2017) realizan una investigación que establece el origen clínico y a su vez cultural de lo que comúnmente se denomina “sobreparto”. Durante su experiencia profesional como médicos, han encontrado que las mujeres parturientas en la región de Juliaca, presentan cuadros sintomáticos que no están relacionados a cuadros clínicos, por lo tanto, la influencia cultural resulta vital en el estudio de estos casos.

La Riva (2017) igualmente ha trabajado sobre la reconstrucción del cuerpo de la mujer luego de dar a luz. El “hualthana hanpi”o “fajado” en la mujer parturienta tiene un significado cultural y a su vez terapéutico, de mucha importancia en la mujer andina. La investigación se ha realizado en Canas, Cusco.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Definición del problema

En América Latina, el Perú es uno de los países con mayor diversidad cultural, y esto significa una riqueza admirable en todos los campos del saber humano: conocimientos, arte, creencias, costumbres, idiomas y otros que se expresan en todos y cada uno de los diversos grupos culturales, en relación a cada medio ambiente, que también es muy diverso.

Uno de estos campos del conocimiento humano de gran interés en todos los tiempos, espacios y culturas es el de la salud. La diversidad cultural en el tema de salud, representa una problemática social, cuando se aplica la medicina occidental sin una planificación intercultural. Se percibe una marginación al conocimiento ancestral de la medicina tradicional, considerándola como parte de las “creencias del pueblo”, por no tener origen científico o de formación académica, desconociendo así todo el saber popular, en base a la naturaleza, o las costumbres de una sociedad, generando con esto, una exclusión social hacia los pobladores rurales.

En la actualidad esta situación ya es de interés del Estado, y parcialmente se viene trabajando, a través de las instituciones relacionadas a salud. Resultado de esto, se encuentran en actual funcionamiento por ejemplo las casas maternas, que en caso de Cusco se tienen en funcionamiento más de un centenar de establecimientos ubicados en zonas rurales, y en varias postas se atiende el parto vertical con adecuación intercultural, como una medida del Ministerio de Salud, lo que ha disminuido considerablemente la mortalidad neonatal y de la madre gestante.

Sin embargo, aún son palpables ciertos desencuentros, por una hegemonía cultural, que no permite el reconocimiento del saber popular, que, si bien es cierto encierra mucho de simbólico y ritual, es efectivo en muchos casos. Como se manifiesta comúnmente, lo importante es curar, dentro de la lógica del buen vivir, y prolongar la vida sana de las personas, en tanto las posibilidades de curación así lo permitan.

En ese sentido nos interesa investigar sobre los avances en el tema de la interculturalidad en el campo de la salud, y hacer un análisis de la situación del reconocimiento y valoración que ha logrado la medicina tradicional en los espacios oficiales, con la participación de instituciones relacionadas al Ministerio de Salud, centros de estudio de la medicina tradicional, e incluso el Ministerio de Cultura, desde la perspectiva antropológica del conocimiento de los pueblos.

Dado que la interculturalidad implica el diálogo de conocimientos, es necesario conocer los adelantos alcanzados en el tema de salud, y sobre todo la aceptación que estos tienen en los centros de salud más importantes de la ciudad. De ahí que para la investigación propuesta se plantean responder a las siguientes interrogantes:

2.1.1 Pregunta general

¿Cuál es el valor y el reconocimiento de la interculturalidad en salud y el uso de la medicina tradicional en la provincia del Cusco?

2.1.2 Preguntas específicas

- a) ¿Cómo es la valoración del uso de la medicina tradicional en los principales establecimientos de salud del Cusco y en el centro poblado de Huasao?
- b) ¿Cuál es el reconocimiento de la medicina tradicional y su aplicación, por otras instituciones ajenas a los establecimientos de salud?

2.2 Justificación

La relación de las ciencias sociales y las ciencias de la salud ocupan en la actualidad un espacio importante dentro de las disciplinas de la antropología y sociología, en el entender que la salud y el bienestar físico del ser humano está en permanente relación con situaciones sociales, comportamientos culturales, así como con políticas de salud nacionales, regionales y locales que busquen el bienestar de la población. Por esa razón creemos pertinente investigar desde una perspectiva antropológica, el aporte del

conocimiento popular en salud, llamado comúnmente medicina tradicional, o medicina popular y que, aplicado en conjunto con la medicina científica o académica, conforman una alternativa de orden intercultural, para la atención en salud, sobre todo en áreas rurales, donde existen todavía diferencias y barreras culturales, por el desconocimiento del valor del saber tradicional, o la aplicación a veces inconveniente de la medicina científica, en un espacio social determinado.

Una investigación en este espacio requiere de fundamentos teóricos sobre la relación de las ciencias sociales y la medicina, cultura e interculturalidad, identidad social, salud pública comunitaria. Bioética, y por otro lado el reconocimiento del saber popular en el campo de la medicina tradicional.

Desde esta visión consideramos importante realizar este trabajo que ampliará y actualizará el conocimiento sobre la interculturalidad y su aplicación en la salud, intentando buscar una articulación de los conocimientos occidentales y andinos, con una perspectiva de igualdad, reconocimiento al saber popular, sin intereses hegemónicos o que busquen provechos económicos sólo para los grupos de poder. Es clara la idea que una investigación sistemática y cuidadosa puede ser útil para una mejor aplicación de la medicina en la salud de los pueblos. Consideramos que trae consigo un aporte necesario para continuar con una correcta aplicación intercultural de la salud, que sea realmente efectiva para la población más necesitada.

Por otra parte, el interés es de coadyuvar al conocimiento en la antropología de la salud, con información sobre la medicina tradicional y su servicio a la humanidad. Aportar al conocimiento y preservación de la cultura de nuestro pueblo, en lo que se refiere a la sanación. Igualmente contribuir para futuras investigaciones al respecto, sobre todo en el reconocimiento de cómo se viene aplicando la interculturalidad, en el tema de salud, siendo nuestro país un espacio tan rico en conocimientos y saberes originarios diversos, de acuerdo a la variabilidad geográfica que posee cada región del Perú.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Analizar la situación de la interculturalidad en salud, mediante la valoración y reconocimiento de la medicina tradicional, en los centros médicos urbanos y rurales de la provincia del Cusco.

2.3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar la valoración de la medicina tradicional en los principales establecimientos de salud de la provincia del Cusco.
- b) Analizar el reconocimiento de la medicina tradicional por parte de otras instituciones del Cusco.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

El departamento de Cusco se encuentra situado en la zona central y sur oriental del Perú. Está conformado por 13 provincias: Acomayo, Anta, Calca, Canas, Canchis, Cusco, Chumbivilcas, Espinar, La Convención, Paruro, Paucartambo, Quispicanchi y Urubamba. La provincia de Cusco, capital departamental de la región, está compuesta por ocho distritos: Cusco, Wanchaq, Santiago, San Sebastián, San Jerónimo, Saylla, Poroy y Ccorca.

De toda la población anteriormente señalada para el trabajo de investigación se seleccionaron los distritos de Cusco, Santiago y Saylla, por mostrar características más representativas relacionadas al tema de investigación.

En el distrito de Cusco, que viene a ser la zona urbana, se aplicó la investigación en el centro de salud del Hospital Regional del Cusco, donde acude una diversidad de pacientes, sobre todo provenientes de áreas rurales.

El distrito de Santiago, ubicado igualmente en espacio urbano, donde se ubica el Centro de salud de Belenpampa, el mismo que en la actualidad atiende casos de parto vertical con adecuación intercultural, dado que muchas de sus pacientes provienen de áreas rurales. En el mismo distrito está ubicado el Hospital Antonio Lorena, con características similares.

Oropesa, queda a mayor distancia, hacia el sur de la ciudad y tiene características rurales. El Centro Poblado de Huasao se ubica en este distrito, a 50 minutos de la ciudad del Cusco. Esta población es importante para la investigación, por su fama de ser conocida como el pueblo de los curanderos, altomesayoq, (equivalente al yatiri en la zona

altiplánica) paqos, laiqas, y personas dedicadas a la medicina tradicional. Es la razón por la que se hará una descripción especial de esta zona.

3.1 Acceso al campo

En la zona urbana, vale decir los centros médicos y hospitales en los que se trabajó, algunos requirieron de una solicitud escrita, para acceder oficialmente a alguna información, sobre todo con los médicos.

Es el caso del Hospital Regional del Cusco, donde una vez realizado un primer contacto, el personal de profesionales se mostró asequible a una entrevista abierta, lo que nos permitió volver en otras ocasiones para completar la información. Fueron en total seis oportunidades que se visitó este hospital, incluso para solicitar información del personal profesional existente en el momento. Las mismas visitas se aprovecharon para poder hablar con los pacientes. Esta situación fue más difícil, dado que el acceso a ellos depende de su estado en el momento, tomando en cuenta además que es muy variado el ingreso de pacientes al hospital, en el sentido que pueden volver o ya no, por lo que fue difícil hacer un seguimiento a alguno de ellos, sin embargo, se consiguieron las entrevistas. La misma situación se presentó en los demás centros de salud.

En el Hospital Antonio Lorena, hubo mayor accesibilidad gracias a contactos con personas conocidas, que ayudaron a lograr relacionarnos con los médicos y enfermeras. Igualmente se aplicaron entrevistas abiertas, según la guía de preguntas propuesta. Algunas entrevistas se realizaron en el domicilio del informante, en lo que se refiere a médicos y un funcionario del hospital. Los pacientes aquí ofrecieron posibilidades de entrevistarlos, aunque con cierta restricción.

El Centro Médico de Belenpampa, requirió igualmente, una solicitud para el ingreso. Cumplido esto, se autorizó a las obstetras darnos información. Aunque muy reservadas en las entrevistas, se logró algunos testimonios de su trabajo en la atención del parto vertical. En cuanto a las pacientes, igualmente fue difícil conversar con ellas, dada su situación. Estuvimos a la espera de alguien que sea dada de alta, y a su salida poder abordarla. Aunque igualmente con dificultad.

En Huasao el trabajo fue menos restringido, por la relación constante que se tiene con los pobladores de la zona, vale decir los curanderos. La información general del área se logró en base a una investigación previa que realizamos en el lugar. Igualmente se aplicó la

guía de preguntas, tanto a curanderos o chamanes, como a algunos pacientes o usuarios, y que dieron lugar a interesantes entrevistas abiertas, narraciones y testimonios de los actores.

Todo este proceso se desarrolló en un período de aproximadamente un año, teniendo en cuenta los diferentes espacios visitados y las veces que se trabajó en cada uno.

3.2 Selección de informantes y situaciones observadas

Dada la naturaleza del tema, se requirió de diferentes tipos de informantes clave: profesionales médicos y usuarios de los establecimientos de salud (pacientes), médicos tradicionales o curanderos de Huasao, y sus pacientes o usuarios.

Básicamente los actores se clasificaron en:

- Personal médico de los tres centros de salud: Hospital Regional del Cusco, Hospital Antonio Lorena, Centro de salud de Belenpampa.
- Usuarios o pacientes de estos tres centros
- Médicos tradicionales o curanderos de Huasao
- Usuarios o pacientes de curanderos.
- Representantes del Ministerio de Cultura
- Representantes de CEPLAM

La selección de la muestra se realizó de la siguiente forma:

- Hospital Regional del Cusco: 05 profesionales de un total de 70.
- Usuarios o pacientes del Hospital Regional del Cusco: 04
- Hospital Antonio Lorena: 05 profesionales de un total de 70
- Usuarios o pacientes del Hospital Antonio Lorena: 03
- Centro de Salud Belenpampa: 05 profesionales de un total de 70
- Usuarios o pacientes del Centro de Salud de Belenpampa: 03

- Curanderos de Huasao: 05 curanderos del total de 30 identificados.
- Usuarios o pacientes de curanderos de Huasao: 03
- Representantes de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco: 03
- Representantes de CEPLAM: 02

Por consiguiente, se han conseguido 38 entrevistas, de las cuales se ha trabajado con 10 mapas hermenéuticos que representan claramente todas las entrevistas logradas.

En el caso de otras instituciones involucradas en la interculturalidad en salud, se tomó en cuenta a los organizadores del Encuentro Anual de Medicinas Andinas y Amazónicas, que está a cargo de la Dirección Descentralizada de Cultura de Cusco, y habiendo observado y participado en el evento, se tuvo la oportunidad de describirlo. En el caso del CEPLAM (Centro de Plantas Medicinales) de la UNSAAC, se entrevistó a dos docentes integrantes del mismo.

En líneas generales, esta es una investigación de orden cualitativo, cuyo diseño es fenomenológico, y consecuentemente interpretativo, tomando en cuenta que los fenómenos sociales no tienen capacidad por sí solos para imponerse a las personas, sino que son las personas las que hacen posible la producción de fenómenos sociales a través de su práctica social cotidiana, a eso que los teóricos de la fenomenología llaman el mundo de la vida cotidiana.

3.3 Estrategia de recogida y registro de datos

Para la recogida de datos se ha utilizado las técnicas e instrumentos de acuerdo con la información que se presenta en la siguiente tabla.

Estrategia para el recojo y registro de datos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Caracterizar la valoración de la medicina tradicional en los principales establecimientos de salud de la provincia del Cusco.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Registro etnográfico 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevista • Ficha de registro etnográfico.
Analizar el reconocimiento de la medicina tradicional por parte de otras instituciones del Cusco.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Registro etnográfico 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevista • Ficha de registro etnográfico.

Todas las entrevistas abiertas aplicadas a los informantes, se han tomado en cuenta en su calidad de testimonios. Cada entrevista estuvo programada para una duración promedio de 30 minutos, prolongándose algunas, de acuerdo a la posibilidad de tiempo y buena voluntad de los entrevistados, así como a las respuestas que en algunos casos prolongaron la conversación. Con algunos de los médicos se terminó en una conversación de sensibilización sobre el trato a los pacientes y la posibilidad de ayudarlos en su curación, usando su propia medicina tradicional.

Para el desarrollo de toda la investigación se aplicó la guía de entrevista semiestructurada a los participantes, de acuerdo a los tres tipos de actores mencionados arriba: personal profesional, curanderos de Huasao, y usuarios o pacientes de ambos tipos de médicos. A su vez se usó técnicas complementarias, como el registro etnográfico, con las técnicas de la grabación de entrevistas, fotografía y libreta de campo.

3.4 Análisis de datos

Siempre tomando en cuenta el sentido cualitativo de la investigación para el análisis de datos se procedió a una selección de información relevante, en base a la guía de entrevista, que a su vez están relacionadas con el problema de investigación y los objetivos. Una vez aplicada las entrevistas, algunas preguntas generaron una conversación informativa rica en datos para ser analizados. Si bien las categorías estuvieron centradas en base a los avances de la interculturalidad en los principales centros médicos, fue construyéndose la información, sobre los testimonios escuchados. Se plantearon comparaciones entre estos centros de salud, para analizar el nivel de aceptación que tiene cada uno frente al uso de la medicina tradicional.

Asimismo, se ha trabajado con el Software Atlas ti, con la finalidad de procesar y analizar los datos cualitativos conseguidos en base a la aplicación de una metodología fenomenológica que consiste en el análisis de los mapas hermenéuticos que dan cuenta de la relación que se produce entre los conceptos/datos y las categorías de análisis identificados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterización intercultural del ámbito de estudio

La interculturalidad en salud es una parte muy significativa del quehacer contemporáneo en el Perú, dada su condición de país multicultural. En este sentido es necesario identificar cómo se ha avanzado en esta labor, en el área definida para esta investigación.

La región del Cusco es una zona denominada quechua, geográfica y culturalmente. En la provincia capital, predomina el uso del idioma castellano y en segundo lugar el idioma quechua. En el resto de provincias igualmente se maneja el castellano, y con mayor énfasis el quechua en las zonas rurales, vale decir las comunidades andinas. La provincia de La Convención está habitada en gran parte por grupos étnicos amazónicos, con una variedad de lenguas aborígenes como el ashaninca o matsiguenga.

La provincia de Cusco ubicada a una altitud media de 3.300 msnm, tiene la extensión más pequeña en comparación a las demás provincias, sin embargo, es la que cuenta con la mayor población, que asciende a casi la tercera parte de la totalidad de la región. Incidimos en este dato resaltando que es aquí donde atiende su salud, la mayor población de la región, más aún si se toma en cuenta la migración constante de todas las demás provincias, hacia Cusco, buscando atención en los hospitales locales.

La responsabilidad del Estado en cuanto a salud se refiere, está a cargo del Ministerio de Salud, sectorizado en el país a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), en este caso del Cusco. Esta es la entidad gestora que agrupa la supervisión de los diferentes Centros de Salud, públicos y privados. Es el ente responsable de formular y

proponer las políticas regionales de salud, evaluar los centros de salud en concordancia con las políticas regionales y planes sectoriales. Propone su visión y misión, en los siguientes términos:

Misión: “Brindar atención integral de salud en las dimensiones de persona, familia y comunidad, mediante la Red de servicios de salud, con una gestión eficaz y eficiente en corresponsabilidad con la sociedad organizada, respetando la equidad de género, derechos e interculturalidad, priorizando los grupos de mayor riesgo en la región Cusco”.

Visión: “Somos una institución descentralizada, líder en la gestión y prestación integral de servicios de salud de calidad, con participación ciudadana, que practicamos la equidad, solidaridad, justicia e interculturalidad, contribuyendo a una mejor calidad de vida de la población en la región Cusco” (Dirección Regional de Salud Cusco, 2013).

Entre sus principios rectores rescatamos los de mayor relevancia: Respeto mutuo en las relaciones de trabajo y con la comunidad, trabajo en equipo multidisciplinario, honestidad en el manejo de los recursos institucionales, espíritu de iniciativa y superación e identificación y respeto a la diversidad cultural. Entre sus lineamientos de políticas de salud, destacan: la interculturalidad en la atención de salud, la atención prioritaria de la salud de las poblaciones excluidas y dispersas, la atención integral de salud en sus dimensiones de persona, familia y comunidad, la descentralización de la función salud a nivel regional y local, el uso de medicamentos de calidad para todos, y la participación ciudadana en salud. (Dirección Regional de Salud Cusco, 2013)

Asimismo, es importante citar los objetivos estratégicos institucionales, en cuanto se refieren al tema que nos ocupa, que es la interculturalidad y por consecuencia a la atención de un grupo humano con características de vida rurales. En ese sentido la DIRESA se propone: reducir la morbilidad materna neonatal, reducir la desnutrición crónica y la anemia en niños menores de 5 años y en la gestante, mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, promover estilos de vida saludable a través de programas de promoción de la salud. (Dirección Regional de Salud Cusco, 2013)

La DIRESA Cusco, cumple un rol importante en el servicio de salud, dado que tiene a su cargo toda la región, hace labor de prevención, cuidado y atención, en las provincias y zonas rurales alto andinas y amazónicas, con énfasis en la atención a la mujer gestante y el neonato, logrando estudios cualitativos y cuantitativos, de las representaciones sociales

de las familias de las diferentes comunidades, sobre el cuidado y valoración de los recién nacidos, la atención de la alimentación, cuidado de la higiene, etc. Para este fin ha dividido la región en cinco Redes de Atención a los pacientes: La Convención, Kimbiri Pichari, Cusco Norte, Cusco Sur, y Red Canas Canchis Espinar. De acuerdo a información de sus directivos, para esto cuenta con personal médico complementado con psicólogos y antropólogos; y esta interdisciplinariedad es de gran utilidad para el resultado de los informes, que toman en cuenta el aspecto cultural de las comunidades.

4.2 Valoración de la Medicina Tradicional en los Establecimientos de Salud de la provincia del Cusco y el Centro Poblado de Huasao

4.2.1 Hospital Regional del Cusco

Se considera que la medicina tradicional desde la antigüedad hasta la época contemporánea es un elemento importante para la existencia de la humanidad y sobre todo para las comunidades locales. En este sentido, con la investigación se ha podido encontrar datos en relación a la valoración de la medicina tradicional en los diferentes establecimientos de salud de la ciudad del Cusco, entre ellos, aquí se presenta la valoración de la medicina tradicional que se produce por parte de los profesionales de salud en el Hospital Regional del Cusco.

En relación a la subcategoría de análisis referida a la “comunicación y atención a pacientes quechua hablantes” en el citado Hospital se identifica una interacción social relativamente compleja entre los pacientes y los profesionales de salud, teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos, los profesionales (médicos) desconocen el idioma quechua, lo cual hace que en el proceso de detección o diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se produzcan dificultades en la atención de los pacientes. Sin embargo, existen profesionales del área asistencial (enfermeras y técnicos) que están familiarizados con el idioma quechua, y en muchos casos son quienes contribuyen en una mejor atención de los y las pacientes.

También, se observa un dato importante en términos de género: hay casos en que cuando las pacientes acuden solas o en compañía de familiares mujeres la comunicación es más difícil, impidiendo una atención adecuada; mientras que cuando las pacientes acuden acompañadas por sus esposos la comunicación es más fluida y con ello la atención y el tratamiento es mejor. Es notoria entonces la

condición sumisa de la mujer, limitada en el uso del idioma, y siendo mejor reconocida, cuando está con el esposo.

Por otro lado, hay una intención de reconocer la falta que hace el idioma, para una mejor comunicación. Algunos profesionales médicos se ven comprometidos en su trabajo y buscan ayuda con el mismo personal, sin embargo, también hay quienes desconocen totalmente el derecho del paciente, imponiendo su autoridad en su espacio laboral, y desconociendo totalmente algún derecho que pueda asistir al paciente. Esta situación se observa sobre todo con pacientes quechua hablantes y de condición humilde.

En cuanto a la valoración del origen y tratamiento de las enfermedades, se observa que la mayoría de los médicos no tiene la menor intención de valorar la opinión de los pacientes, para la explicación del origen de su enfermedad (que en muchos casos es cultural y obedece a creencias o prácticas habituales) y esto se ratifica con el desconocimiento del médico en el uso de la medicina tradicional, que se reduce a unas cuantas infusiones comunes. En resumen, no solo es el desconocimiento, sino también la actitud de no dejar que él o la paciente usen este tipo de medicina dentro del hospital, aunque se reconozca que también es efectiva y no atenta a la economía de los pacientes. Esto demuestra una forma de hegemonía y autonomía cerrada por parte de los profesionales dentro de su espacio laboral, que obedece posiblemente a normas o reglas institucionales, pero que en algún modo perjudica a su población usuaria. Esta es una clara muestra del nivel de atraso en que se encuentra en este hospital, el proceso de interculturalidad y valoración de la medicina tradicional.

Una tercera subcategoría en este punto, se refiere a la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Como antecedente debemos resaltar que esta forma de alumbrar está respaldada en una norma técnica emitida y avalada por el MINSA, y que se viene aplicando en el Perú desde el 2005. Se ha hecho varias prácticas a nivel nacional, sobre todo en áreas rurales, donde se incluye la creación de “casas maternas” para la atención previa de las gestantes. En el Cusco el área piloto para su aplicación, fue la comunidad de Huancarani en Paucartambo, donde se logró un éxito rotundo en lo referente a la atención de salud con aplicación del enfoque de la interculturalidad.

Al respecto la opinión de los médicos en el Hospital Regional del Cusco es completamente favorable, y se hace alusión a las áreas rurales donde se viene aplicando. En este caso la ayuda del profesional con una previa capacitación, es muy importante para lograr exitosamente un parto, y así generar una disminución de la tasa de mortandad materna y del neonato. Contradictoriamente, en este establecimiento de salud no se aplica la atención de parto vertical por razones de capacitación limitada, espacio limitado y porque este hospital sobre todo atiende casos de “referencias”, es decir casos de partos con complicaciones; por lo tanto, el personal está preparado para esto, más no para la atención de parto vertical.

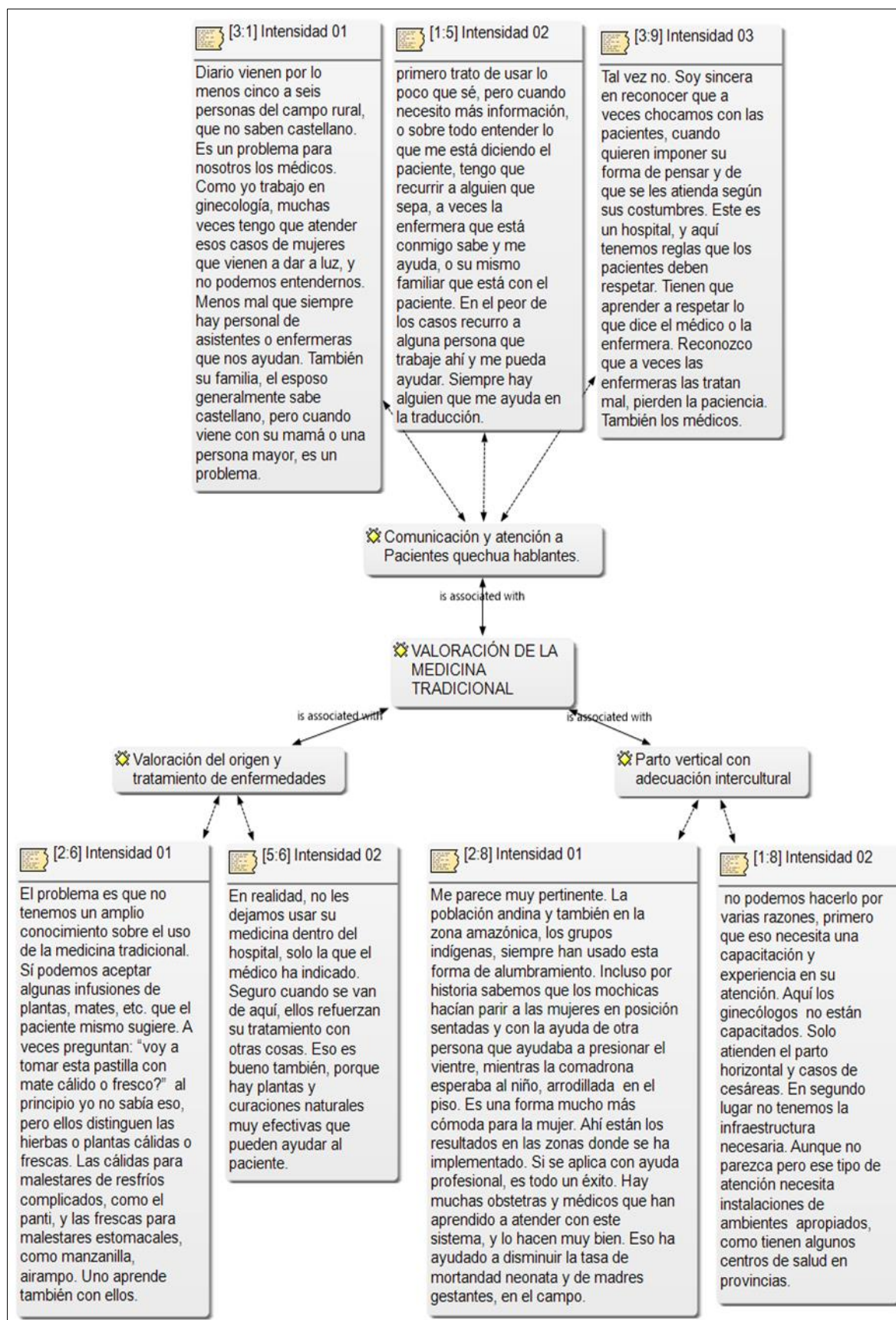


Figura 1. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Hospital Regional de la ciudad del Cusco

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (abril, 2019).

Además, se pone énfasis en la falta de infraestructura, que implica instalaciones especiales, pese a no ser muy costosas, requieren de espacio y adecuación necesarias para la atención de la mujer gestante, proveniente del campo y también de la ciudad, dado que últimamente existe una tendencia de la mujer ciudadana, a usar también esta forma de alumbramiento, menos dolorosa y más natural.

Dentro del mismo punto, referiremos aquí, la valoración de la medicina tradicional por parte de los usuarios del Hospital Regional del Cusco, que está plasmado en el mapa hermenéutico N° 2, donde la subcategoría referida al lugar de origen de los usuarios y la compañía familiar con la que llegan al centro médico. La mayoría de pacientes provienen de lugares alejados de la ciudad, y esto significa un enorme sacrificio para el traslado, tanto en su economía como por el mismo viaje.

En primer lugar, se analiza el tiempo y las condiciones del recorrido: de tres a cuatro horas, y aún más, hasta llegar al hospital, con todas las dificultades que implica la movilidad en una ciudad que no se conoce muy bien, o que tiene problemas de tránsito por exceso de vehículos, como es rutinario, en cualquier ciudad del Perú.

Una vez llegados al hospital, allí es también considerable el tiempo que les lleva los trámites de recepción, la espera de su turno en el pasillo, añadiendo a esto las dificultades de comunicación que puedan tener en cuanto al uso o conocimiento del idioma.

En segundo lugar, la referencia de la compañía familiar: puede o no que hable el castellano, y en el mejor de los casos, si así fuera, es la persona que debe realizar todo el dificultoso y burocrático trámite para la recepción o atención de su familiar. Es posible que esto genere en ella o él, un tipo de estrés, más aún si ha dejado en su lugar de origen el resto de su familia u otras actividades. Por eso se considera que el rol cumplido por el familiar acompañante es de mucha importancia.

La segunda subcategoría se refiere a la valoración del tratamiento médico por parte del usuario. La gente es consciente que a pesar de tener y conocer su propia medicina en base a plantas y otros elementos naturales, muchas veces necesitan de los médicos del hospital para casos que pueden considerarse de emergencia, sea una operación o atención de partos complicados, o igualmente si es el caso de un niño pequeño con problemas graves de salud, como vemos en el ejemplo de la figura 2.

Un paciente de origen rural, normalmente va a acudir en primera instancia al uso de su medicina natural, porque la conoce y valora plenamente. Varios casos no necesitarán más que esa curación, efectiva y al alcance del pueblo. En segunda instancia recurre al centro médico en busca de ayuda profesional, como dijimos, para casos graves que necesiten un avance tecnológico, y a su vez se pueda combinar ambos tipos de medicina: la occidental y la tradicional.

Es aquí donde se debe reflexionar en el uso de una medicina intercultural. Un paciente que proviene del campo debería tener la libertad de hacer su tratamiento con los dos tipos de medicina: tradicional y occidental, este ejemplo ya lo tenemos en el país vecino de Bolivia, donde en el hospital o centro médico existen los dos tipos de consultorios y tratamientos.

Se ha considerado también una tercera subcategoría, relacionada al trato humano que reciben los pacientes por parte de los profesionales. Es evidente el maltrato al que están expuestos, quienes vienen de provincias o zonas rurales, más aún si no manejan el castellano. Para este grupo humano venir hasta la ciudad a cuidar su salud en este centro médico resulta un sufrimiento completo: su traslado, el maltrato recibido, y el rechazo a su medicina tradicional. Un grupo considerable se queja del maltrato del personal y de las condiciones sobrepobladas del hospital que son las que generan las horas de espera, la impaciencia del usuario y también del galeno, recayendo estas incomodidades en quien ha venido a tratar su salud.

Toda esta situación contrasta con lo que denominamos la bioética, referente a los derechos y el trato humanitario que debe gozar un paciente, cualquiera que sea su origen y su situación económica, social y cultural. Esto será discutido posteriormente.

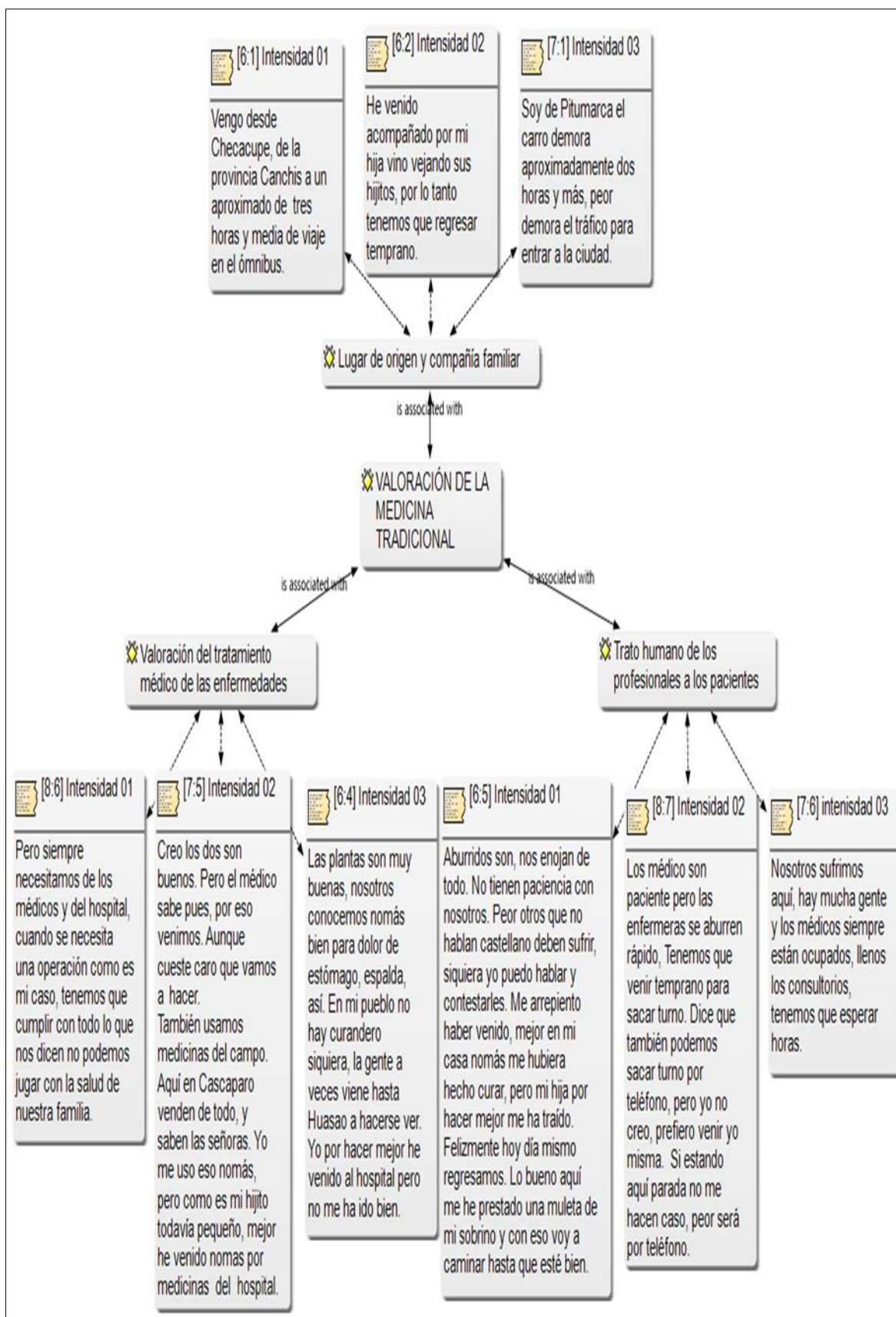


Figura 2. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Hospital Regional de la ciudad del Cusco

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.2.2 Hospital Antonio Lorena

Este hospital es una unidad ejecutora categorizada como Establecimiento de Salud de nivel III – I. Es también un hospital de referencia y su cobertura abarca regiones vecinas como Madre de Dios y Apurímac. En la actualidad viene funcionando en un espacio provisional o de contingencia, ya que su nuevo local está en plena construcción. Aunque con restricciones mantiene su organización y orden de trabajo y resalta en sus valores la importancia de la actitud de servicio y la identificación a la diversidad cultural y a la interculturalidad.

Como en el caso anterior, respecto a la categoría de valoración de la medicina tradicional, se han identificado las mismas subcategorías de análisis, siendo los resultados como sigue.

En lo que se refiere a la atención a pacientes quechua hablantes, se pondera la disposición del personal médico y administrativo, en su interés por hablar el quechua. Esto se traduce en una mejor atención al paciente, a quien se le facilita enormemente hacer sus trámites de ingreso, dado que el personal administrativo los entiende y atiende en su propio idioma, y el médico igualmente facilitará la comunicación con sus pacientes. Sin embargo, aún no es una totalidad de los profesionales médicos, que sean hablantes y estén dispuestos en el manejo del idioma nativo, pero la voluntad por hacerlo es lo que cuenta. En todo caso se valora el hecho del trato al paciente, que es de alguna manera más considerativo y humano.

Asimismo, el hecho que en la mayoría de los casos vienen acompañados por un familiar castellano hablante, facilita y agiliza el tratamiento con la información formal necesaria, si son referidos de otro centro, si es la primera vez que lo visitan y todos los antecedentes solicitados.

Es de reconocer igualmente la actitud de muchos galenos, por ofrecer un servicio no solo en el marco profesional, sino también amical y comunicativo con el paciente, para lograr la confianza del mismo, que muchas veces por su propia situación de enfermo, es cerrada y muestra una timidez entendible. Son pocos los médicos que tienen limitaciones con el idioma nativo, pero se percibe un interés para su práctica, aprendizaje y uso con el paciente.

En cuanto a la valoración que el médico puede dar a la versión del paciente sobre el origen y tratamiento de su enfermedad, se observa homogéneas reacciones de los profesionales. Todos dicen respetar y considerar positivamente el uso de la medicina tradicional y hacer uso de la misma, y eso es muy importante para la gente, se sienten escuchados y pueden complementar su tratamiento con esta medicina. Sobre el origen de la enfermedad se nota un respeto por las opiniones y creencias culturales, pero profesionalmente no se toman en cuenta. Es el caso del “susto” o “agarre de la tierra”, que no la consideran como enfermedad, pero sí su tratamiento puede tomar en cuenta la opinión del paciente.

Sobre la tercera subcategoría referida a la atención del parto vertical con adecuación intercultural, los resultados de las entrevistas señalan que el hospital Antonio Lorena no ofrece este servicio, por razones de restricciones en el espacio que actualmente ocupan, pero existe la intención traducida ya en coordinaciones oficiales, para implementar esta forma de atención de parto, en su nuevo local, que se espera estará al servicio de la comunidad, en uno o dos años más.

Es necesario hacer un comentario final respecto a este hospital, que siempre ha mantenido esa actitud positiva frente a la población más necesitada, razón por la que es conocido como

“hospital de los pobres”. Igualmente, en lo que se refiere al uso de la medicina tradicional ha propiciado su uso, tal es así, que, en su vetusto antiguo local, se fundó y se mantuvo uno de los primeros jardines de plantas medicinales, en el Cusco, que estaba conservado y cuidado por el personal médico y administrativo.

El Dr. Antonio Lorena, insigne médico cusqueño, quien trabajó hace muchos años en este centro, fue un constante defensor de la medicina tradicional y de quienes la usaban. Es posible que esa influencia aún tenga eco en la actualidad, y sea una de las razones que las políticas actuales del hospital, mantengan esta orientación.

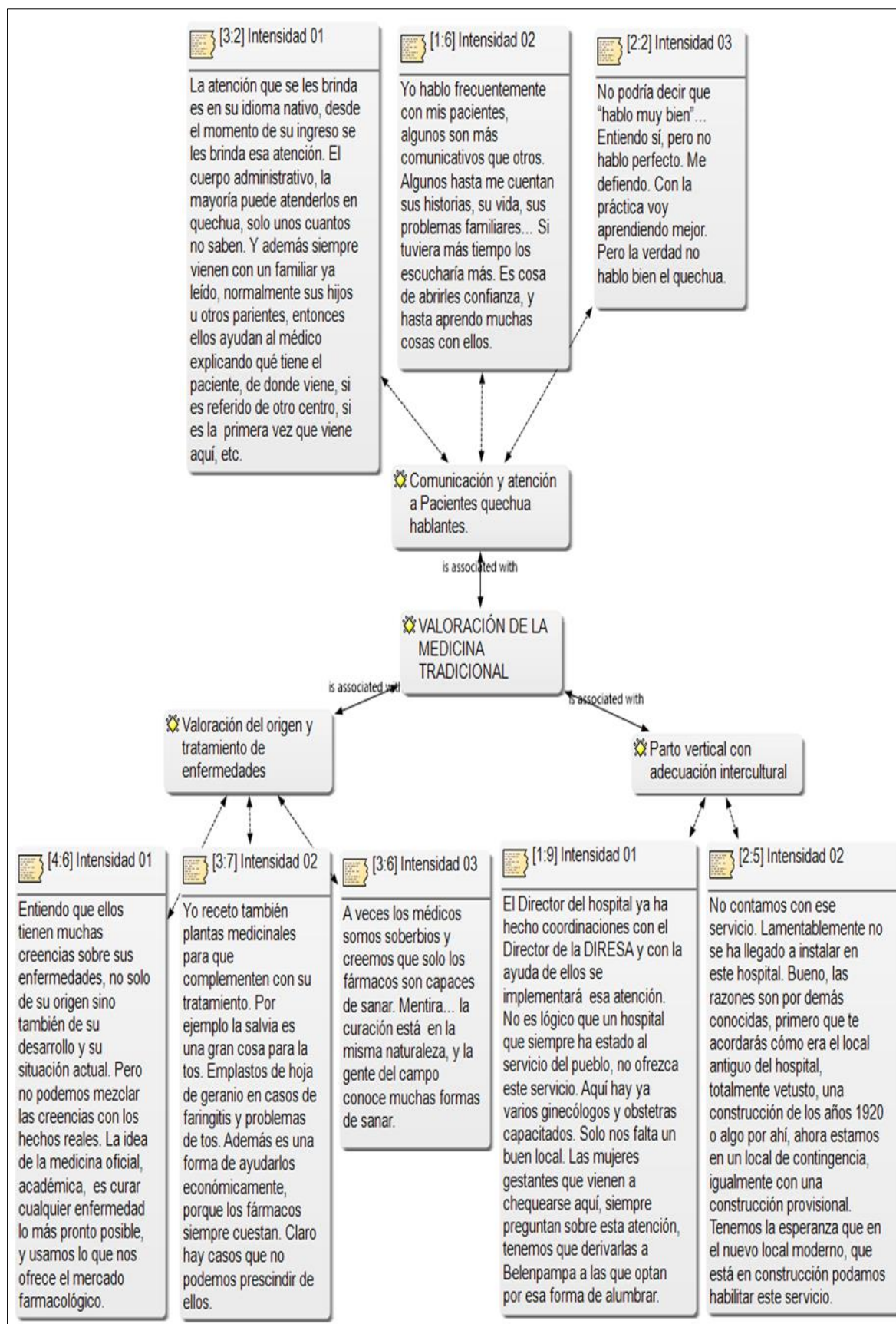


Figura 3. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco
Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

En cuanto a los testimonios de los pacientes o usuarios de este hospital, siempre dentro de la categoría de la valoración de la medicina tradicional, igualmente se ha considerado la subcategoría “lugar de origen y la compañía familiar”. Se observa en el mapa hermenéutico respectivo, (figura N° 4) que mayormente, el lugar de origen de los pacientes de este hospital, es rural, es decir provienen de provincias o distritos diversos, alejados del Cusco. Luego también hay una gran afluencia de las zonas aledañas de Cusco ciudad, o áreas marginales, es el caso de pueblos jóvenes, asociaciones de viviendas alejadas y con limitaciones en su desarrollo. En suma, son pacientes con dificultades económicas y sociales latentes, que encuentran en este hospital, una ayuda a su situación de salud.

En el caso de usuarios de las zonas marginales, normalmente vienen solos al hospital y se sobreentiende que no hay problemas de idioma; en cambio los que vienen de provincias siempre lo hacen con un familiar acompañante, que ayude en los trámites de recepción, que como ya se dijo son más sencillos que en el Hospital Regional del Cusco, por la facilidad que presta el personal administrativo, sobre todo a personas de la tercera edad.

La segunda subcategoría de análisis relacionada con la valoración del tratamiento de las enfermedades, muestra una capacidad profesional del médico y un interés cuidadoso por parte del usuario de cumplir las indicaciones. Siempre está presente el uso de la medicina natural, como frotaciones o bálsamos que complementan por ejemplo un tratamiento fisioterapéutico, en el caso del testimonio que nos ocupa en el mapa hermenéutico que interpretamos. Por último, el uso de tecnología a través de operaciones necesarias, es también parte de la atención cuidadosa y responsable hacia el paciente.

Sobre el trato humano de los profesionales a los pacientes se nota con satisfacción que existe una política de buen trato por parte de los médicos y enfermeras, que no sólo está escrito en sus estatutos o reglamentos, sino que se pone en práctica, prueba de ello son las manifestaciones de los usuarios. Estos, por ejemplo, reconocen y valoran el uso del idioma quechua por parte del personal comprometido en su atención, sin embargo, la infraestructura del hospital, que es provisional, no ofrece comodidades por el momento.

Se pondera igualmente, la actitud positiva de los galenos y enfermeras, cuando se trata de la atención y cuidado del paciente.

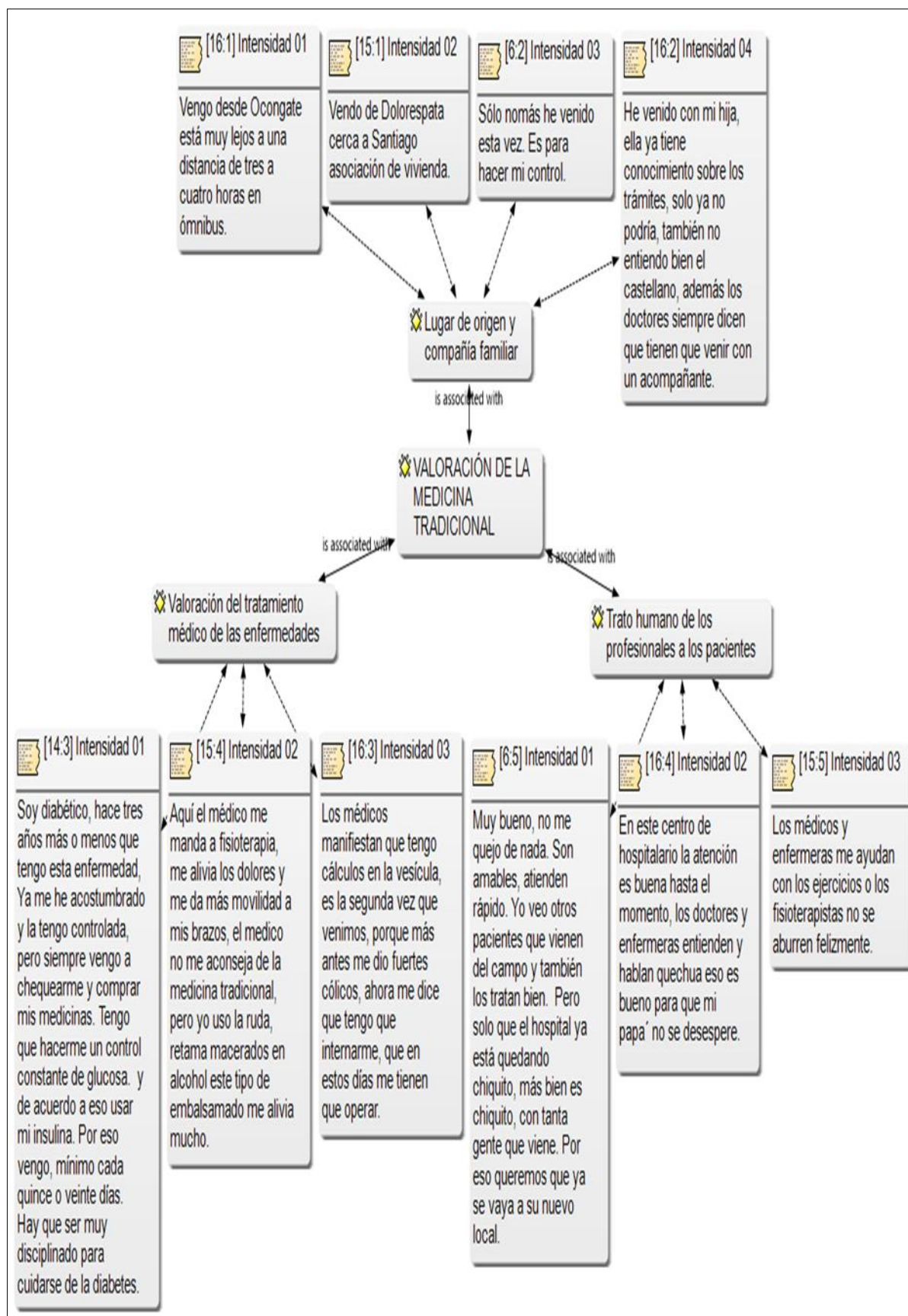


Figura 4. Mapa Hermenéutico de Valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.2.3 Centro de Salud de Belenpampa

Este centro de salud, ubicado en el distrito de Santiago, pertenece a la red de Servicios de salud Cusco Norte de la DIRESA y está considerado en el nivel I-4. No tiene la categoría de hospital, sin embargo, cumple un importante rol en la atención de una buena parte de la población de ese distrito y de otros cercanos con características rurales. Al igual que los hospitales, ofrece campañas de vacunación, prevención y cuidados de la madre gestante, puérpera, y para los recién nacidos.

Si bien es cierto que este centro de salud cuenta con diversos servicios, su máxima especialidad radica en la atención de partos, orientando entonces su apoyo, a la mujer y el neonato, así como del niño. Vale aclarar que es el único centro médico urbano que presta el servicio de atención del parto vertical con adecuación intercultural.

El Director del centro comentaba con satisfacción estar seguro de contar con un personal proactivo y entusiasta, que cumple sin temor el trabajo comunal que periódicamente realizan en zonas rurales aledañas.

Según el mapa hermenéutico N° 5, sobre la valoración de la medicina tradicional por los profesionales del centro médico de Belenpampa, se considera igualmente y en primer lugar la subcategoría de análisis sobre la comunicación y atención a pacientes quechua hablantes. En primer término, se percibe una comunicación fluida entre los actores (pacientes y profesionales) en la medida que una gran mayoría, o casi todo el personal, tanto profesional como administrativo hablan quechua, entonces toda la atención se hace en este idioma, cuando él o la paciente así lo requiera. Sin embargo, hay pocas excepciones en el personal, que aún no cuentan con esta facilidad de uso del idioma nativo, aunque es factible para ellos entender el quechua, mas no hablarlo.

También se observa que entre sus pacientes hay personas de origen amazónico que hablan yine o matsiguenga. Esto es poco común, sin embargo, nos hace recordar y reconocer que el Perú es un país multilingüe con más de 40 lenguas nativas, y que toda esa población, también tiene derecho a ser atendida en un centro hospitalario.

Una segunda subcategoría de análisis está relacionada con la valoración del origen y tratamiento de enfermedades, donde se aplica directamente a las mujeres

embarazadas. Está claramente mostrado que la medicina tradicional sí es aceptada. Bebidas calientes con yerbas apropiadas para la ayuda de la parturienta, son servidas por el mismo personal médico, para ayudar a su paciente, igualmente se deja usar los rituales o creencias que la mujer crea que la van a ayudar: uso de telas negras para amarrar la cabeza (produce más fuerza para pujar) o fajas en la cintura, y otras. Por otro lado, otras creencias sobre qué hacer o no hacer cuando se está embarazada, son escuchadas por el galeno, como parte de una expresión cultural, o creencia, pero no es tomada en cuenta como versión profesional por no tener base científica.

Una tercera subcategoría de análisis tratada en esta investigación, se refiere al parto vertical con adecuación intercultural. Hemos visto en los dos casos de los centros hospitalarios anteriores, que no se atiende esta forma de dar a luz. Solo el Centro de Belenpampa cuenta con la infraestructura necesaria para este tipo de atención, y sobre todo cuenta con el personal adecuado y capacitado para hacerlo. Son 14 médicos obstetras, todas mujeres. No hay varones, y no es que no se les acepte trabajar, hay muchos en otros servicios, pero esta especialidad está cubierta sólo por mujeres, y como dice el testimonio, es una fortaleza de este centro médico, la atención del parto vertical. Igualmente, el personal médico, vale decir las obstetras, así como el personal de apoyo, llámese enfermeras o técnicas de salud, son constantemente capacitadas para esta labor. En cuanto a la implementación de estas salas de parto vertical son imprescindibles las colchonetas debidamente higienizadas. Sillas o bancos especiales para el uso de la parturienta, una soga sujeta en el techo o parte alta, frazadas, y todo el material médico de rutina. También existe un espacio donde se prepara y se sirve los mates de albahaca, cebada, valeriana y otros, que son requeridos por la parturienta. El esposo es parte activa en este tipo de atención, él tiene su lugar, y con la indicación de la obstetra está permanentemente ayudando a la mujer. Esto significa que un trabajo de parto es compartido por la pareja, lo que luego influirá en su relación y el amor al hijo que esperan. Según información de la oficina de RENIEC instalada en el Centro de Salud de Belenpampa, el año 2017 se atendieron 882 partos verticales exitosos. Este anexo de la oficina facilita igualmente a las familias usuarias, la inscripción directa del niño en el mismo centro hospitalario.

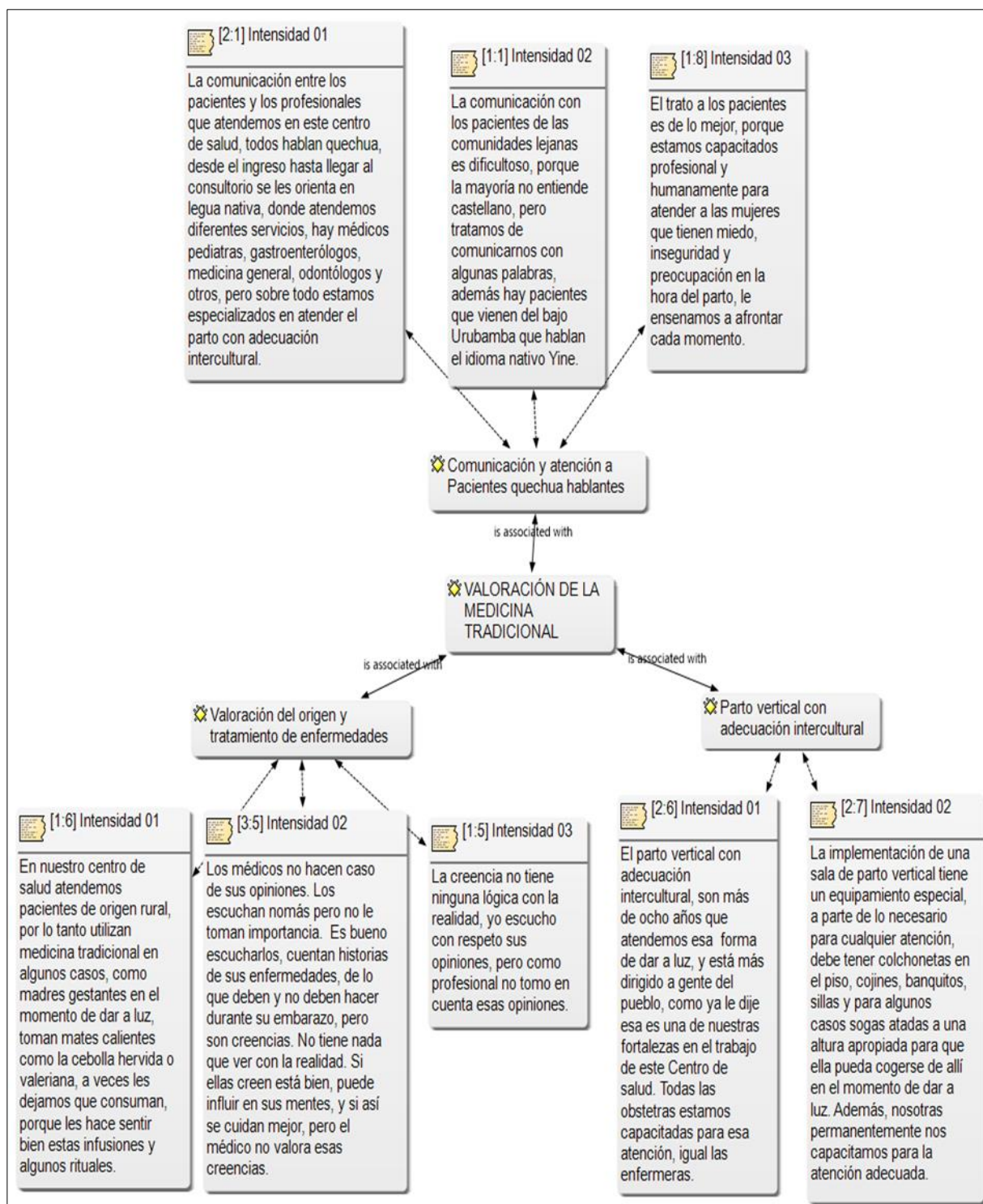


Figura 5. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los profesionales del Centro Médico de Belenpampa en la ciudad del Cusco.

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

Continuando la información del Centro de Salud de Belenpampa, en el siguiente mapa hermenéutico N° 6 se observa la Valoración de la Medicina Tradicional, por parte de los usuarios o pacientes atendidos en este lugar. Igualmente, en la subcategoría de análisis sobre el lugar de origen y compañía familiar se puede

observar que las personas asistentes al centro, provienen de lugares alejados, vale decir zonas rurales, y que obviamente su idioma primordial es el quechua. Asimismo, se presenta el mismo fenómeno de la movilidad hacia la ciudad del Cusco: largas horas de viaje e incomodidades en el traslado. Una segunda opción señala la asistencia de personas residentes en zonas aledañas a Cusco, que buscan una atención hospitalaria cómoda, segura y asequible, siendo eso lo que ofrece el Centro de Salud de Belenpampa.

En la subcategoría de análisis referida a la valoración del tratamiento médico de las enfermedades, se hace énfasis en la atención hospitalaria referente a la mujer gestante. Las entrevistas muestran casos de mujeres que acaban de dar a luz, con la asistencia de obstetras, mediante el parto vertical con adecuación intercultural. Igualmente se resalta el hecho de que pueden usar su medicina natural, que es proporcionada por el mismo Centro. Esto genera una gran confianza en el usuario, en este caso usuarias, satisfechas regresan a su hogar con su hijo entre los brazos.

En cuanto el trato humano por parte de las profesionales a los pacientes, es satisfactorio y agradable. Las opiniones coinciden en la calidad de atención, la amabilidad por parte de las obstetras. La opinión y testimonio de las madres parturientas muestra su satisfacción por la atención recibida, haciendo un comentario sobre la actitud positiva de los profesionales. Es destacable el hecho de relacionar la facilidad del parto con esta forma de atención. Esto muestra que un apoyo médico adecuado influye anímicamente en él o la paciente para superar los dolores o cualquier otro tipo de malestar.

En consecuencia, se observa que, si hay voluntad en ayudar a un paciente, que de algún modo se toma en cuenta su opinión al menos escuchándolo, y más aún, si se le permite usar la medicina que él o ella conoce, paralelamente a lo que le ofrece el hospital. Así, los resultados de la aplicación de una interculturalidad en salud, serán francamente positivos y de real ayuda para el poblador rural y urbano.

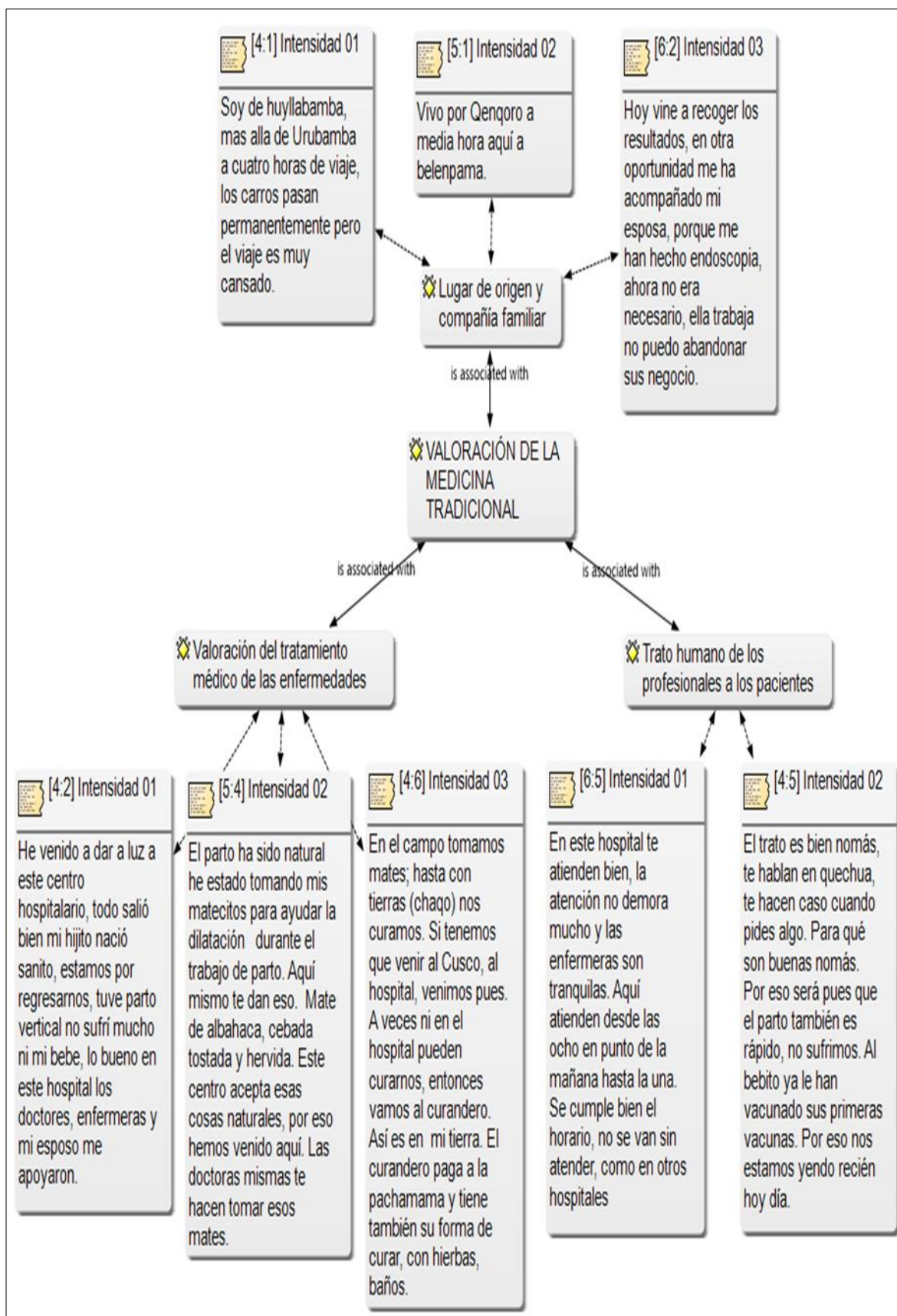


Figura 6. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios del Centro Médico de Belenpampa en la ciudad del Cusco
Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.2.4 Valoración de la medicina tradicional en el Centro Poblado de Huasao

La presente investigación toma en cuenta un ámbito de estudio relacionado a un espacio con características urbano-rurales, ubicado en el distrito de Oropesa, a unos 30 km. de la ciudad del Cusco. Nos referimos al Centro Poblado de Huasao, conocido como la zona de curanderos, paqos, adivinos y ese tipo de actividades, que están relacionadas con el uso de la medicina tradicional en favor de la salud, por ende, la curación tiene bases netamente tradicionales mediante el uso de la herbolaria y los rituales de sanación. Quienes aplican estas curaciones son personas con conocimientos empíricos, pero que han logrado fama y credibilidad en la población, a través de una larga trayectoria. Desde los años 50 del siglo pasado esta población se fue haciendo conocida por la presencia de personas dedicadas a la curación, sanación y adivinos de la suerte. Se entiende que estaban dotados de ciertos poderes extraordinarios y sobrenaturales concedidos por los dioses andinos. Todo este conocimiento ha sido transmitido por generaciones, logrando que sus poderes curativos y habilidades en la medicina andina los hagan famosos. Los curanderos actuales, propios del lugar siempre hacen mención de sus antepasados y se sienten protegidos e inspirados por el Apu Pachatusan, que está cercano a la población.

En relación a la valoración de la medicina tradicional en Huasao, se identifica cuatro subcategorías de análisis. La primera está relacionada al modo de aprendizaje de la medicina por parte de los curanderos y las versiones recibidas, como se dijo anteriormente, señalan a sus bisabuelos, abuelos o padres, como los maestros de este conocimiento, es decir, el saber viene por generaciones, sin embargo, es imprescindible cierto don especial que pueda tener la persona que continuará practicando este saber. También, se observa que gracias a la fama adquirida por Huasao, como zona de curanderos, existe un considerable grupo de migrantes dedicados a esta actividad, que provienen de diferentes partes del país: del norte, centro, e incluso del extranjero (el caso de Bolivia). Ellos se han instalado en el lugar e igualmente practican la curación y rituales de sanación, convirtiendo a Huasao en un espacio de “interculturalidad” de conocimientos de la medicina tradicional.

Una segunda subcategoría está relacionada a entender la especialidad que tiene cada curandero para el tratamiento de las diversas enfermedades. Al respecto se han recibido versiones que hablan de una curación en general, es decir pueden asumir cualquier tipo de curaciones o atender cualquier enfermedad, “siempre y cuando la coca lo permita”. Esto nos muestra que el curandero o la curandera, tienen un conocimiento general del uso de medicinas naturales y las aplica selectiva y acertadamente en base a la experiencia. Conoce para qué sirve cada planta, raíz, hojas o flores, su forma de uso y aplicación, (hervido, reposado, emplasto) y es más, la forma simbólica o ritual como debe usarse, acompañada de oraciones o acciones especiales, y en horarios especiales. Entonces el curanderismo tiene como base un conocimiento ancestral empírico, con una experiencia racional, y a su vez requiere de una fe y un sincretismo religioso muy marcado.

Son en menor número los curanderos que dicen tener una especialidad, y precisamente son los denominados “hueseros”. Están dedicados a curaciones traumatológicas e igualmente su conocimiento es empírico, pero acertado y efectivo. Demuestran amplio conocimiento sobre el uso de yerbas para dolores musculares, óseos, o estirón de tendones. Aplican sobre todo emplastos preparados con una serie de ingredientes médicos y naturales.

El proceso de tratamiento de las enfermedades, es la tercera subcategoría de análisis que se puede observar en el citado mapa hermenéutico. Se refiere a la forma cómo actúa el curandero, desde la fase del diagnóstico hasta el tratamiento fisiológico y ritual. En el primer caso, un huesero debe enterarse al detalle sobre cómo se produjo el golpe, y antes de iniciar la curación, deberá cumplir un ritual de oraciones para asegurar los resultados. En el caso de los curanderos comunes, igualmente todos afirman encomendarse primero a Dios y a los *apus* protectores, luego de entablar conversación con su paciente, y siempre en medio de oraciones leen y mastican la coca. El hecho importante de que “la coca lo permita” muestra también sus limitaciones y su sinceridad, cuando la situación ya no es tratable por ellos. La ayuda solo será mental y anímica mediante pagos a la tierra baños de florecimiento y otros rituales.

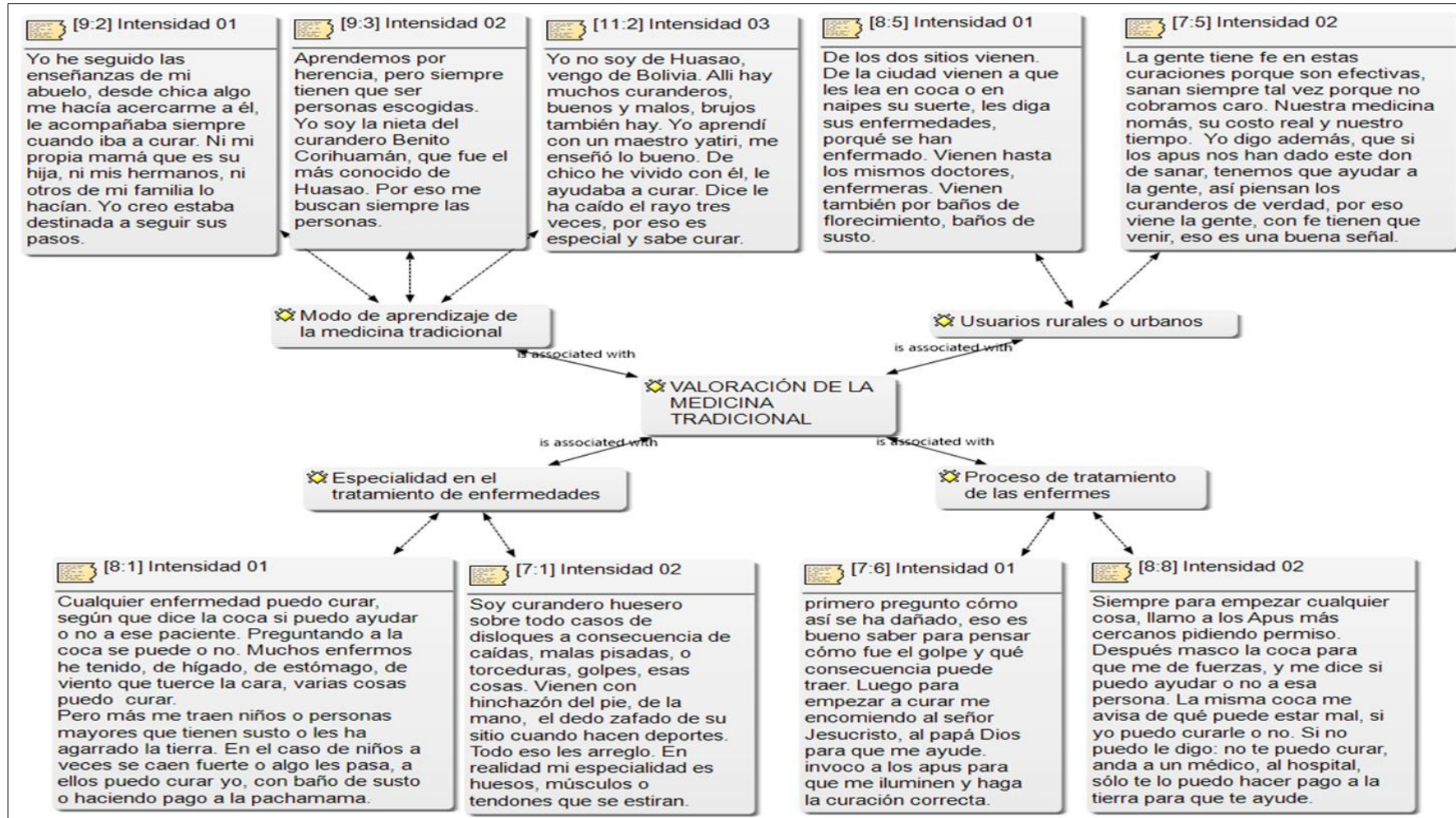


Figura 7. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los curanderos del pueblo de Huasao en Cusco
Fuente: Elaboración propia en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

El caso que ahora observamos en el mapa hermenéutico N° 8 referido a los usuarios de los curanderos en Huasao, las personas que acuden a Huasao en busca de ayuda, básicamente lo hacen por dos razones fundamentales: una para hacerse leer la suerte, o preguntar o recibir consejos sobre alguna circunstancia de su vida, y la otra por situaciones de salud, es decir a consultar sobre alguna enfermedad que los aqueja o algún mal que no han encontrado respuesta o solución en un centro de salud, o simplemente que van de frente ahí a realizar su consulta.

Siempre en el marco de la categoría sobre la valoración de la medicina tradicional, planteamos la sub categoría sobre la procedencia y la compañía de un familiar. Al respecto se observa que una mayoría de los usuarios proviene de la ciudad del Cusco. Tal es así que ya son varias visitas que han hecho, por diferentes circunstancias. Eso significa que en muchos casos existen lazos de confianza entre usuario y curandero que se van formando en la continuidad del tratamiento. Otra situación es que los usuarios son los mismos voceros, cuya experiencia hace que familiares, amigos u otras personas se vayan enterando de la ventaja de estos tratamientos empíricos, y por ende visiten Huasao con esa confianza. En cuanto a la compañía de un familiar, mientras sea indispensable, es necesaria. Después el paciente puede movilizarse solo.

Una sub categoría relacionada a investigar sobre las motivaciones para el uso del curanderismo, muestra la diferencia que hacen los pacientes con el hospital. Si bien es cierto la gente le da un valor considerable al tratamiento médico occidental, vemos también que les genera sinsabores su asistencia, así que optan por el curandero en Huasao, siempre con una referencia de alguna persona que ya le trató. Vale recordar que la visita no es siempre solo de salud, es también solicitar otros servicios, como un pago a la tierra o una lectura de la coca.

En la tercera sub categoría sobre la valoración del tratamiento de enfermedades, el usuario pondera la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales, valora el conocimiento ancestral, y en otras palabras está de acuerdo y propone una interculturalidad en el tratamiento de cualquier enfermedad, reconociendo que el conocimiento de los curanderos sobre las plantas y elementos de la naturaleza, es una gran ayuda a la medicina occidental. Y viceversa, la tecnología médica aplicada en los hospitales, es de gran ayuda para la salud del paciente.

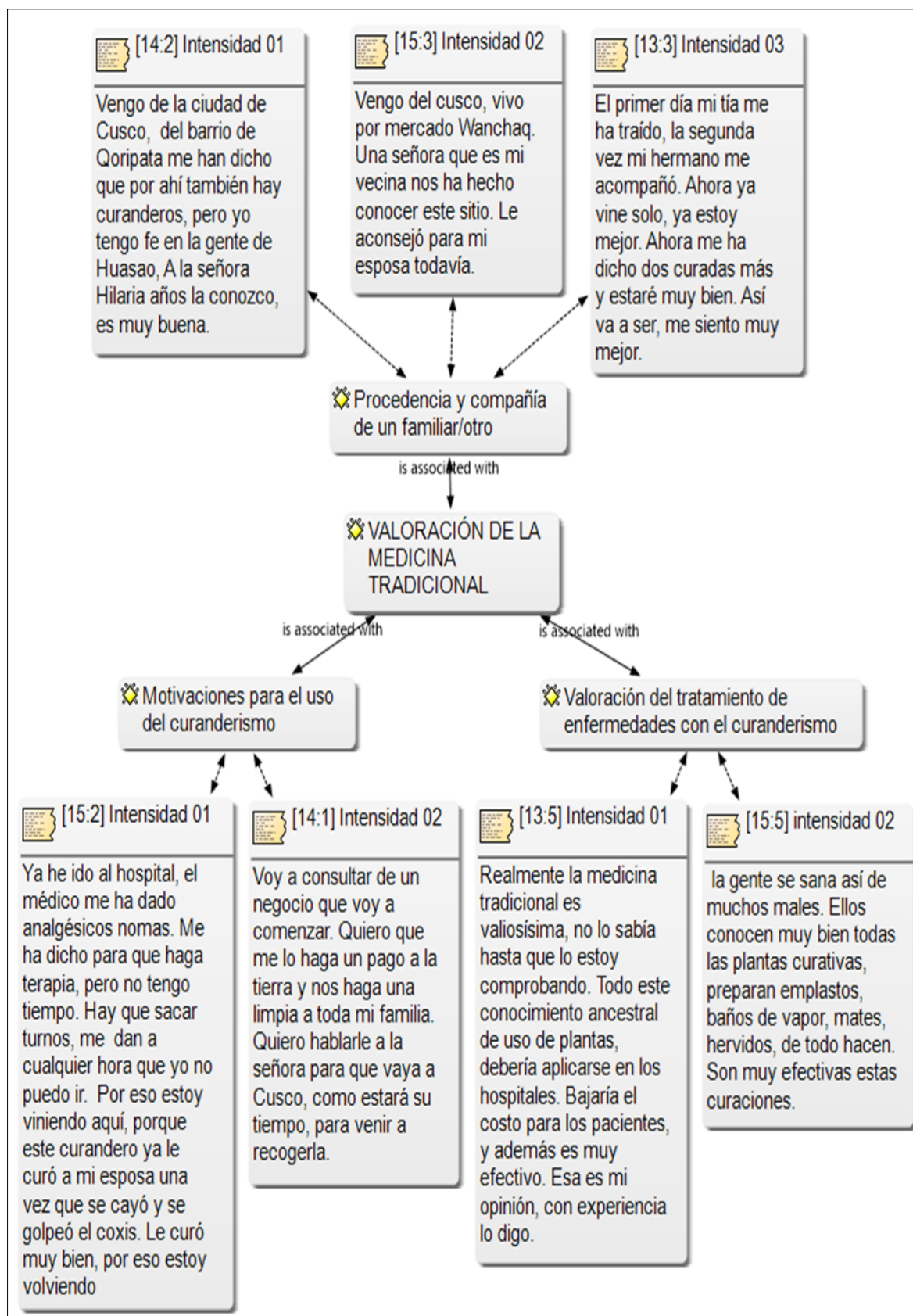


Figura 8. Mapa Hermenéutico de valoración de la medicina tradicional por los usuarios de los curanderos del Centro Poblado de Huasao en Cusco

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.3 Reconocimiento de la Medicina Tradicional por parte de las instituciones locales y regionales

Muy aparte de la relación directa entre médico- paciente y viceversa, que hemos analizado en los tres centros hospitalarios, y entre curandero-paciente en Huasao, todas relacionadas a la valoración de la medicina tradicional y el trato al paciente; vamos a ver ahora cómo otras instituciones ajenas a salud, se sienten en la obligación de involucrarse en el reconocimiento, valoración y puesta en práctica de la medicina tradicional.

4.3.1 Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco

El Ministerio de Cultura se desarrolla en base a una política nacional, con el fin de conseguir una transversalidad que facilite el enfoque intercultural. En ese sentido, la Dirección Desconcentrada de Cultura del Cusco trabaja en la preservación del patrimonio cultural, tomando en cuenta varios ámbitos que propone la UNESCO para este fin. Estos son algunos de los más importantes: lengua y tradiciones orales, fiestas y celebraciones de rituales, música y danzas, creación de artesanía y expresiones artísticas, prácticas y tecnologías productivas; y en el tema que nos ocupa directamente están los conocimientos, saberes y prácticas: la medicina tradicional y la gastronomía.

Tomando en cuenta y cumpliendo con este último ámbito, esta institución se ha propuesto difundir y promover los conocimientos, saberes y prácticas de la medicina tradicional, razón por la que anualmente organiza un evento que muestra en conjunción una gama de médicos tradicionales, desde herbolarios con distintas especialidades (traumatología, urología, gastroenterología, y otros) hasta curanderos que utilizan rituales mágico religiosos o leen la suerte. Reúne también a profesionales como biólogos, médicos, médicos naturistas, antropólogos y todo tipo de personas conocedoras e interesadas en la medicina natural y tradicional.

En ese sentido, se ha aplicado entrevistas, tanto a organizadores como participantes, y en el siguiente mapa hermenéutico N° 9, observamos los resultados. Dentro de la categoría de reconocimiento de la medicina tradicional, se identifica una primera subcategoría de análisis referente a la aceptación de la medicina tradicional. Al respecto se percibe una completa aceptación para el uso de esta medicina, pero tampoco hay un rechazo a la occidental. Esto quiere decir

que hay una complementariedad entre ambas, en términos interculturales, sería lo más aceptable para la población.

En una segunda subcategoría identificada sobre la importancia de la medicina tradicional, se reconoce la vigencia y permanencia de la cultura ancestral, en un pueblo tradicionalista como es el Cusco, y a la vez práctico, porque su aplicación muestra resultados positivos y es de gran ayuda a una población mayoritaria. Por otro lado, otras opiniones señalan la variedad de usos: una netamente tradicional y natural que es la que se vende en los mercados, y otra que se expende en las casas naturistas, algo más sofisticado en su envase y preparación.

Una tercera subcategoría de análisis señala las acciones que se están tomando sobre la medicina tradicional. En el caso de la Dirección de Cultura de Cusco, ya dijimos que esta actividad de reunir anualmente a médicos tradicionales de las zonas andinas y amazónicas, a profesionales y especialistas en el tema, ha dado grandes resultados, porque es una forma de valorar y poner en práctica esta medicina. Desde una perspectiva cultural implica el rescate de conocimientos ancestrales, la puesta en valor del conocimiento popular sobre el tema de salud, y la difusión del uso de esta medicina a través de los stands que se instalan antes de finalizar el Encuentro, donde los curanderos ofrecen sus servicios totalmente gratis a una gran población, que cada año va en aumento. Se resalta igualmente el intercambio de experiencias entre los profesionales asistentes, y un trabajo interdisciplinario siempre trae consigo mayor conocimiento y mejores resultados.

Por último, se plantea como cuarta subcategoría de análisis, que es una de las razones de esta investigación, la complementariedad entre la medicina tradicional y occidental, y vemos que las opiniones al respecto valoran ambos conocimientos. Se ha observado que cada uno tiene su espacio, pero lo ideal sería que, sin perder su propia autonomía, se complementen, porque el beneficiado sería el poblador, la gente que busca salir de una situación negativa en su salud, y usando ambas formas de curarse, puede alcanzar mejores resultados. Como se dijo anteriormente, tenemos el ejemplo del país vecino de Bolivia. En este Encuentro Anual de Medicina Tradicional, participó un reconocido médico boliviano, quien trajo su valiosa experiencia comentando que es política del Estado, instalar consultorios de medicina tradicional, en los mismos hospitales públicos.

De acuerdo al mapa siguiente, se observa que el reconocimiento de la medicina tradicional es claro, con una aceptación plena en todo tipo de personas, vale decir las que lo hacen por una situación económica, con una menor posibilidad de acceso a una clínica u hospital y a comprar los fármacos recetados, o las personas de clase media o alta, que para salvaguardar su salud, también acuden a un curandero, que aparte de su conocimiento y aplicación de una medicina natural, puede usar también su poder mágico religioso, que influye positivamente en el paciente.

Vemos en la figura 9, y en un primer nivel de intensidad, que la población acude a ambos tipos de medicina, y se hace más común en la gente de nivel social y económico bajo, quienes manifiestan muchas veces, su disconformidad con el trato que reciben en los hospitales.

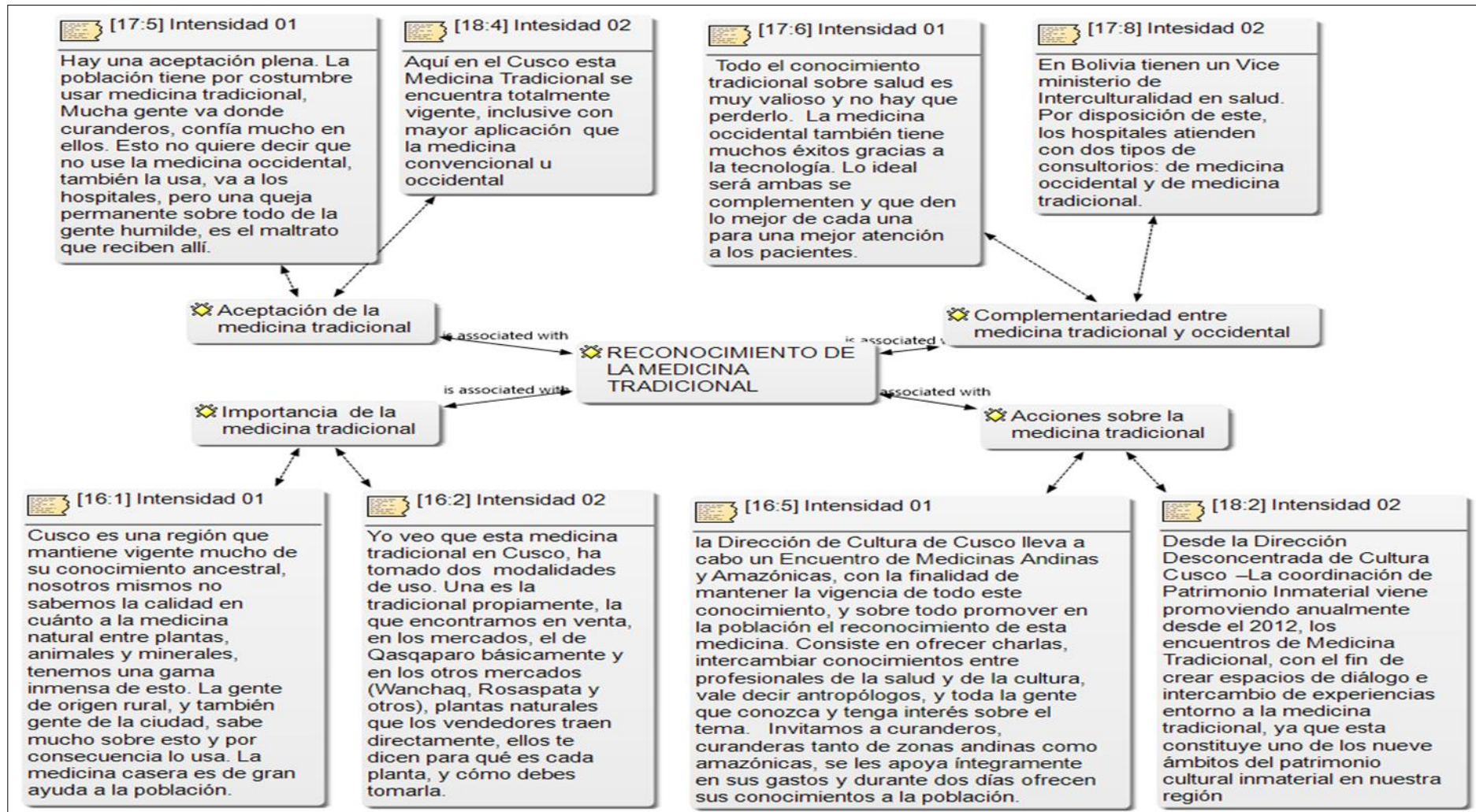


Figura 9. Mapa Hermenéutico del reconocimiento de la medicina tradicional por la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco
 Fuente: Elaboración propia en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.3.2 Centro de Estudios de Plantas Alimenticias y Medicinales CEPLAM

Dentro de la misma categoría de reconocimiento de la medicina tradicional, se ha trabajado con una institución dedicada a la investigación de plantas medicinales, es el Centro de Estudios de Plantas Alimenticias y Medicinales - CEPLAM.

Si bien es cierto que es una organización aún pequeña, en pleno proceso de desarrollo, el hecho de ser parte de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, le otorga un nivel muy significativo en el campo de la investigación. En ese sentido se ha identificado las mismas subcategorías de análisis. La primera sobre la aceptación de la medicina tradicional, el avance que se está logrando en la valoración de esta alternativa para la salud es de mayor importancia. También se deja notar el trabajo conjunto con la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, en cuyos encuentros la participación del CEPLAM es de carácter académico sobre los resultados de las investigaciones desarrolladas.

Sobre la importancia de la medicina tradicional, se pone énfasis en el hecho que la población últimamente busca con mayor interés usar la medicina natural, disminuyendo en lo posible los fármacos, tanto por preservar mejor su salud como por su propio interés económico. Realmente las plantas y lo que la naturaleza pone a nuestra disposición, tienen un valor más significativo.

En la tercera subcategoría de análisis en cuanto a las acciones que asume el CEPLAM sobre la medicina tradicional se reafirma su labor de investigación académica. En la medida que está compuesto por profesionales de diferentes especialidades, cada cual aporta desde su campo y el resultado final es la recuperación de las plantas medicinales, la recuperación del conocimiento ancestral, y la elaboración de medicamentos en base natural, para ponerlos a disposición de la población. Es el mismo proceso para los alimentos nutritivos que se van perdiendo por falta de difusión.

En lo que se refiere a la complementariedad entre ambos enfoques de salud: occidental y tradicional, igualmente se hace énfasis en la importancia de la difusión de lo natural, para disminuir el uso de fármacos, tanto en plantas curativas como en la alimentación nutritiva natural.

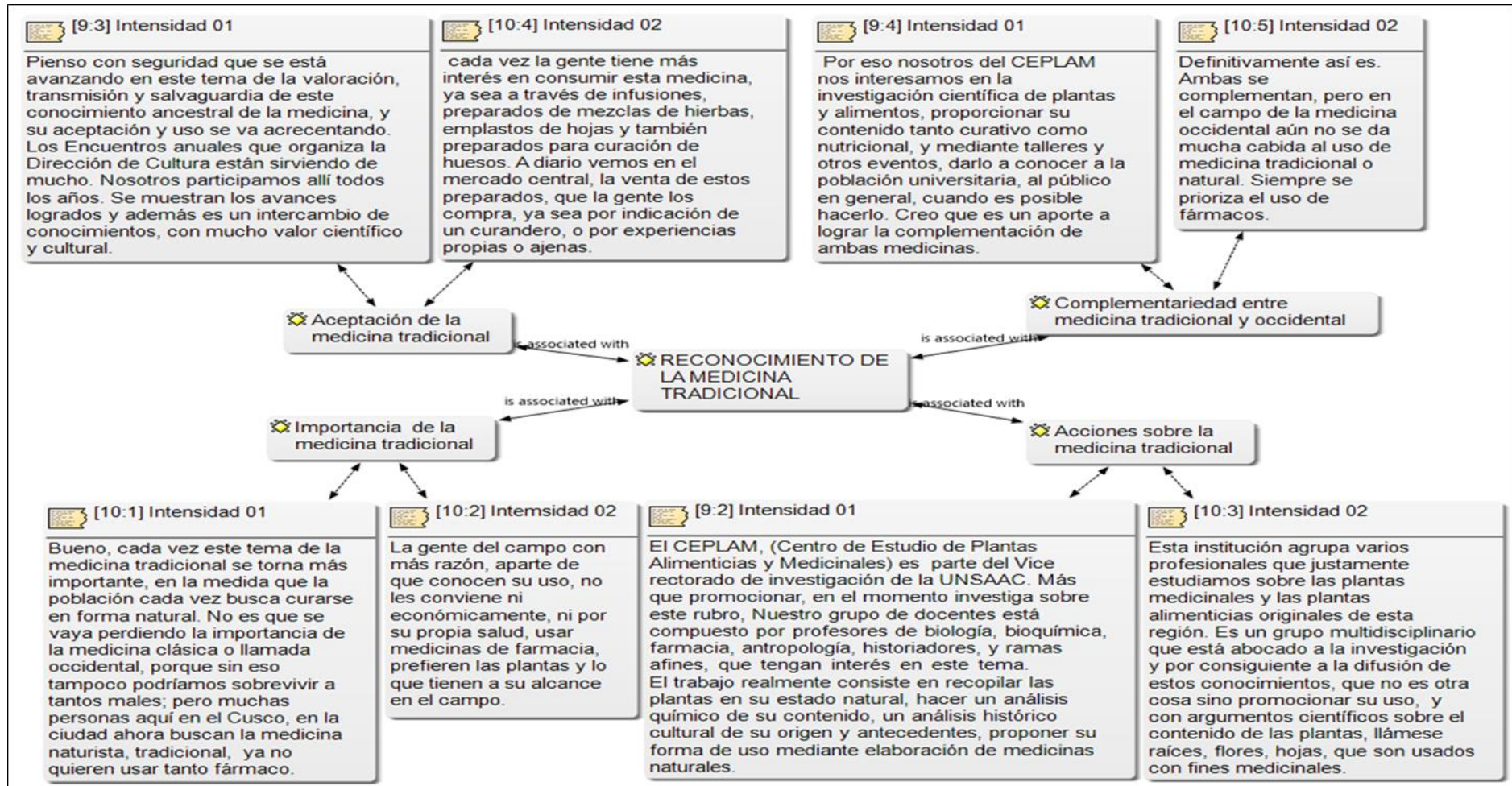


Figura 10. Mapa Hermenéutico del reconocimiento de la medicina tradicional por el centro de estudios de plantas alimenticias y medicinales – UNSAAC, Cusco

Fuente: en base a los datos procesados y analizados en el Software Atlas.ti (Abril, 2019).

4.4 Discusión de los resultados

Para el inicio de esta discusión tomamos en cuenta las categorías con las que se ha trabajado durante la investigación, relacionadas a los objetivos de la misma.

4.4.1 Valoración de la medicina tradicional

Retomamos la teoría de Foucault (2003), que luego de considerar la relación entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, la realidad muestra que esta se ha ido disipando en el tiempo y espacio, al comprobar que en un momento la medicina occidental ha comenzado a servir solo a ciertos grupos sociales con poder social y económico, desligándose de una responsabilidad social. Las políticas de Estado aplicadas no son suficientes, y en un país multiétnico y pluricultural como el nuestro, no se toma en cuenta debidamente un servicio de salud que cubra a las grandes mayorías, porque no se considera el saber de cada pueblo, el conocimiento de la medicina tradicional o natural, como una alternativa de ayuda, dentro de los cánones de la medicina oficial. Bien dice Foucault que el reparto de los conocimientos médicos a través de la escritura en el mundo académico, limitó el uso de los conocimientos ancestrales, propios de cada pueblo.

En el mismo sentido, Fernández (2009) ubica esta propuesta en un espacio más concreto a nuestra realidad, cuando manifiesta que en América del Sur, la población indígena ha sido capaz de enfrentar dolencias de diferente origen, con síndromes de marcado origen cultural, y las propuestas de curación para estas enfermedades o malestares de la gente, son una respuesta al concepto que el grupo social tiene sobre la enfermedad, logrando su curación y eficacia en el propio efecto cultural que le asigna el grupo. En la misma situación la medicina occidental propone una actitud diferente, creando confusiones frente al tratamiento más adecuado a seguir, lo que puede traer como consecuencia, desconfianza e incertidumbre en el paciente o usuario del grupo social que mantiene estas costumbres, con sus propios parámetros culturales.

Como se ha observado durante el análisis de casos, ocurre que una gran población de origen rural mantiene estos conceptos culturales, y es la propuesta de la investigación, reconocerlos y actuar frente a ellos con sus propias posibilidades de curación.

Por otro lado, la teoría sobre la eficacia simbólica, estudiada y propuesta por el antropólogo Levi Strauss (1969) explica la curación o sanación de un parto complicado para la mujer, en el grupo Kuna, habla de una ciencia positiva y una “ciencia salvaje”. En el primer caso, de acuerdo a esta investigación la ciencia positiva equivale a la medicina occidental o académica, la cual supone que la enfermedad ocasiona el dolor y que la curación es netamente física, con la ayuda de un apoyo técnico científico. Para la ciencia salvaje, el símbolo se vuelve enfermedad y el curandero o *shaman* va a sanar a través de una manipulación psíquica, a partir de la narración de un mito o prácticas de rituales. Esto mismo ocurre en la realidad del curanderismo andino.

Se explica entonces que un mejor resultado en bien de la salud se dará a través de la conjunción entre esta ciencia positiva y ciencia salvaje, que en términos académicos no viene a ser otra cosa, que la interculturalidad.

Como avance positivo se considera la confianza de la población en esta medicina, la existencia de una medicina tradicional con especialidades, es el caso de la traumatología, y la técnica del parto vertical; asimismo, considera como factor importante la tradición ancestral de esta medicina en la familia, que genera su uso actual. Todo esto se encuentra asociado con la creencia en las santidades, lo que implica que en muchos casos la aplicación de la medicina tradicional toma en cuenta el aspecto simbólico cultural de los pueblos, demostrado en creencias, rituales y ceremonias.

Esto se puede ratificar mencionando la teoría propuesta por Polia , (2009) quien sustenta la importancia de la fe, considerada como un elemento primordial dentro del sistema médico tradicional. Un curandero debe asegurarse que su paciente demuestre fe en la curación que se le está aplicando, en los “encantos” (que son los espíritus que asisten al curandero el momento de la ceremonia ritual) y fe en el maestro que está actuando en busca de solucionar su problema de salud.

Por otro lado, hemos podido observar que por más que haya una buena intención en las propuestas de la DIRESA, y en los avances logrados, es necesario reconocer que aún queda pendiente concebir con claridad el enfoque de la interculturalidad en salud. Tubino (2001) define interculturalidad, como “diálogo”, no solo en el aspecto macro social referente a diálogo de culturas, sino en las relaciones

interpersonales, en este caso médico–paciente. Diez, (2009) dice que la interculturalidad alude al mantenimiento de relaciones respetuosas y equitativas entre individuos de culturas diferentes, que logran relacionarse en igualdad de condiciones y derechos. (pg. 29). Si bien es cierto es clara la definición, vemos en la realidad que aún no se aplica plenamente en el campo de la salud, El mismo autor, citando a Valiente (1993) manifiesta que la problemática de la interculturalidad en el Perú, estaría relacionada a tres aspectos básicos: Relaciones hegemónicas y por ende desiguales entre grupos étnico culturales diferentes, problemas de discriminación social y cultural a grupos étnicos diversos, y por último, problemas de comunicación deficiente, por desconocimiento del idioma nativo de cualquiera de los grupos sociales existentes. Esto hace pensar en los resultados de la investigación, cuando uno de los problemas más álgidos en la atención de usuarios de salud, es precisamente la falta de comunicación, por el desconocimiento del idioma nativo, en este caso el quechua.

Sin embargo, en lo avanzado dentro de la interculturalidad en lo que se refiere a la valoración de la medicina tradicional, si bien es cierto se ha conseguido un progreso con la aplicación de la norma para la atención del parto vertical, y la creación de casas maternas, lo que queda por hacer es la atención de los pacientes en general, en los hospitales del Cusco, sobre todo a quienes vienen de provincias con dolencias diversas, porque el primer problema que afrontan es la comunicación en su idioma nativo.

Respecto a lo expuesto arriba, Touraine (1997) propone que la diferencia y la igualdad son inseparables una de la otra. Los diversos grupos sociales en términos de multiculturalismo, están constituidos sólidamente cada uno, pero no están ajenos los unos respecto de los otros. Entonces el reconocimiento de esa diversidad implica la protección de las culturas minoritarias. En la realidad de la investigación, esta protección está aún restringida, porque la hegemonía en términos de salud occidental y tradicional es totalmente visible en los centros médicos, en unos más que en otros, no habiéndose impulsado aún políticas públicas que nivelen la atención de salud con el reconocimiento del uso de la medicina tradicional. Un avance significativo es referido a la atención del parto vertical con atención intercultural, sin embargo, aún queda pendiente mucho trabajo por realizar.

En el mismo tema de discusión, es necesario reforzar el concepto de interculturalidad y retomamos la propuesta de Albó (2009) quien habla de la diversidad cultural, proponiendo que, en vez de ser un obstáculo, debe considerarse más bien como una oportunidad, porque una visión de apertura al diálogo es mucho más enriquecedora y valedera, que una imposición hegemónica y monolítica. Entonces se reafirma que la diversidad cultural es fundamental para el desarrollo de la humanidad. Esto nos lleva a entender que todo el conocimiento ancestral en la medicina, es parte de esa diversidad citada por el autor, y es proveniente de nuestro pasado cultural. Es parte de la riqueza de los pueblos de toda la nación, por consiguiente, todo este bagaje de conocimiento no debe ser en ningún momento despreciado u olvidado, por el contrario, consideramos política del Estado, recuperar ese conocimiento y aplicarlo en nuestros centros médicos.

Igualmente retomamos aquí la teoría propuesta sobre la bioética. Lolas (1992) se refiere a este término, como una disciplina que debe ser aplicada en calidad de una nueva propuesta, frente a dilemas y conflictos, de tal manera que sirva como enlace entre esos conocimientos y saberes ya constituidos y el avance de la medicina occidental. En otras palabras, propone la formación de las ciencias humanas, bajo estas condiciones de un servicio integral a la salud, conformado por el significativo deseo de servir al paciente, haciendo referencia al principio de Justicia, mediante un adecuado y respetuoso trato del mismo, para disminuir situaciones de desigualdad ideológica, social, económica y cultural.

En el mismo sentido, y de acuerdo al marco teórico planteado, Albuquerque (2015) menciona el respeto a las diferentes culturas, en sus concepciones socioculturales de la enfermedad. Si bien es cierto el rol del médico es curar a través de un examen médico, recetas y medicinas, los principios de la bioética suponen escuchar al paciente, entender su idiosincrasia, su origen y tomar en cuenta las explicaciones que él o ella tengan sobre su enfermedad. En este último aspecto, como hemos visto, se adolece de un servicio a cabalidad, sobre todo en el Hospital Regional del Cusco, cuando no se entiende lo que manifiesta el paciente, al intentar éste, expresar su malestar y síntomas, o como cuando quiere decir al galeno que su malestar es consecuencia de un hecho sucedido en su comunidad, como un “daño”, o un tipo de situación sobrenatural. El paciente, de acuerdo al principio de justicia, dentro de la bioética, tendría el derecho de hacerlo

en su idioma nativo. Esta práctica se ha observado en el Centro de Salud de Belenpampa, no así en los otros hospitales.

Reafirmamos entonces, que aún queda mucho por hacer, en cuanto a lograr una verdadera interculturalidad y valoración de la medicina tradicional y natural, y su aceptación en los centros médicos del Cusco. Si bien es cierto, al decir de Ramírez (2011) este proceso intercultural se asume como una reivindicación social y política, mas no precisamente como una forma de acrecentar la calidad de atención de los pacientes, y lograr cambios significativos a partir de ese diálogo de conocimientos y saberes en salud.

4.4.2 Reconocimiento de la medicina tradicional por instituciones locales.

Sobre la importancia y el reconocimiento de la medicina tradicional, se ha observado en el análisis de la investigación que aún no se toma en cuenta debidamente el uso de esta medicina en los hospitales de la ciudad, a excepción del Centro de Salud de Belenpampa. Sin embargo, estudios al respecto señalan su valor. Al respecto recordamos lo planteado por Laplantine (1992) quien manifiesta que las medicinas populares conformadas por elementos de la naturaleza, sobre todo botánicos, y complementados con una simbología ritual, son una alternativa integral para la salud y satisfacen y alivian síntomas tanto somáticos como psicológicos y espirituales. En esto radica su importancia y valor. Reforzamos lo dicho anteriormente, citando a Bolton (2013), cuando habla del uso de la coca. Desmiente a aquellos que consideran que estas hojas tengan que ver con la pobreza y desnutrición de quienes la mastican, por el contrario, dice que existe una amplia bibliografía que propone los aspectos positivos y beneficios fisiológicos de su mascado, en las poblaciones andinas.

En el mismo sentido, retomamos lo manifestado por Hoogte & Roersch, (2009), cuando manifiestan que la medicina moderna u occidental, en su diagnóstico solo considera los síntomas y la enfermedad propiamente dicha, en cambio la medicina tradicional, toma en cuenta la causa o motivo, que muy bien podría ser psicológico, social, espiritual. De ahí que muchas veces, dicen los autores, la medicina moderna falla y por ende la medicina tradicional tiene más éxito. Concluyendo, recordamos lo manifestado en el marco teórico sobre la medicina tradicional: Aparicio (2012) manifestaba que muchas veces las características

culturales de los pueblos conforman la razón para los problemas de salud, y el uso de la medicina tradicional. Entonces su empleo se generaliza en una población que conoce sus bondades, pero su consumo lo hace en forma tan aislada de los centros médicos occidentales, porque estos no lo aceptan, tanto por desconocimiento como por la separación que existe entre ambas medicinas.

Es necesario dar una mirada a la realidad de Bolivia, país con características similares al nuestro en cuanto se trata de multiculturalismo. En la actualidad cuentan con un Viceministerio de Interculturalidad en salud, y en los centros médicos públicos existen oficialmente reconocidos, dos tipos de consultorios: el de medicina occidental y el de medicina tradicional, y consecuentemente en este último, la medicina tradicional en base a plantas y productos naturales, es totalmente aceptado. Este mismo modelo organizacional en lo que se refiere a salud, puede implementarse en el Perú.

Por último, es necesario recalcar la importancia de instituciones que se involucran en el interés de promover el uso de medicina tradicional. En el caso del Ministerio de Cultura, se sustenta su interés en base a una política nacional, con el fin de conseguir una transversalidad que facilite el enfoque intercultural. (Ministerio de Cultura 2017) y para esto menciona varios ejes temáticos esenciales para la gestión de la interculturalidad, cada uno con lineamientos de política orientados a precisar resultados concretos. El eje I está dirigido a fortalecer la capacidad de gestión intercultural del Estado, con el fin de “Garantizar estándares de calidad en la prestación de servicios públicos a la ciudadanía que cumplan con criterios pertinentes en las realidades socio culturales y lingüísticas de los diversos grupos humanos existentes en el país.”

Bajo esta premisa, la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, plantea promover la adecuación de los servicios públicos y las prestaciones sociales que se brindan a través de instituciones, programas, proyectos y otras intervenciones, considerando las particularidades culturales y lingüísticas de los pueblos indígenas. En ese sentido viene avanzando en lo que se refiere a difundir y promover los conocimientos, saberes y prácticas, como es el caso de la medicina tradicional. Este es el origen de la organización de estos encuentros anuales.

En lo referente al CEPLAM, su intervención y trabajo obedece a lineamientos de fomentar la investigación en la universidad, de tal manera que esta no quede como simple información, sino que sirva para su aplicación en las masas sociales ávidas de buscar ayuda en la medicina tradicional. Para esto es necesario un trabajo multidisciplinario, en el que cada profesional aporte al reconocimiento de la medicina tradicional.

Concluimos esta discusión, reafirmando la necesidad de trabajar más en una auténtica interculturalidad en salud, al servicio del pueblo, y esto se conseguirá cuando se aprenda a valorar la medicina tradicional, en toda su dimensión, y promocionar su uso en toda la población.

CONCLUSIONES

- Se ha podido observar que el proceso general de aplicación intercultural en salud, aún no culmina o llega a resultados finales significativos. A pesar de que existe la propuesta y la intención de los establecimientos de salud, aún no se asume el compromiso pleno de relevar el enfoque de la interculturalidad, que implica el diálogo entre los conocimientos científicos y profesionales con el uso de la medicina tradicional propio de la cultura andina.
- La valoración del uso de la medicina tradicional en el Hospital Regional del Cusco, es muy incipiente, dada las diversas limitaciones expresadas por los actores; en tanto que, en el Hospital Antonio Lorena y el Centro de Salud de Belenpampa, hay un avance importante en la valoración del uso de la medicina tradicional y por ende en la aplicación de la interculturalidad en salud. Este resultado, en buena medida, es producto del desempeño del personal profesional de los establecimientos de salud: médicos, enfermeras, obstetras y otros.
- La medicina tradicional está ganando terreno en su reconocimiento de parte de instituciones no relacionadas directamente con la prevención, promoción y tratamiento de la salud, tales como el Ministerio de Cultura, a través de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, quien promueve acciones socioculturales incluyendo rituales y creencias sobre salud. Asimismo, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con fines académicos y de generación de conocimientos científicos a través de la investigación está abriendo importantes espacios para el estudio de las plantas medicinales y su uso desde el CEPLAM.

RECOMENDACIONES

- Es necesario organizar eventos y ofrecer cursos de sensibilización social y a su vez capacitación técnica, dirigidos al personal médico, enfermeras, obstetras, e incluso administrativos de los hospitales, para conseguir una atención más humana a los pacientes, tomando en cuenta el nivel social, cultural y económico de la población a la que presta servicios.
- Se recomienda que, en esta capacitación propuesta para el personal de salud, se participe en forma intersectorial. Si la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco cuenta con eventos para el reconocimiento del saber tradicional del pueblo, puede integrar a estos, al personal médico del MINSA, para intercambiar experiencias positivas, y la UNSAAC a través de la investigación avalar este conocimiento tradicional, dándole un valor científico y real, al uso de las plantas y otros elementos de la naturaleza, para fines de salud.
- Consideramos que será importante continuar y ampliar esta investigación, tanto en la región del Cusco como en otras regiones, con la finalidad de lograr en un futuro no lejano, una real aplicación de la interculturalidad en salud, en los centros médicos estatales e incluso privados, logrando el compromiso de las autoridades del MINSA, de cumplir a cabalidad su misión y visión propuestas en cada uno de los hospitales y centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, A. (2015). Derechos humanos de los pacientes. *Iberoamericana*, 30-35.
- Allen, C. (2002). *La coca sabe: Coca e identidad cultural en una comunidad andina*. Cusco: CBC.
- Aparicio M, A. (2012). *Cultura tradicional de salud y etnomedicina en mesoamérica*. México: Trafford.
- Bolton, R. (2013). *Susto, cocay y los efectos de la altura en la cultura andina*. Lima: Horizonte.
- Briceño, L. (2003). *La ciencia sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico*. Caracas - Venezuela: Laboratorio de ciencias sociales.
- Diez, A. (2009). *Entre la cultura y la interculturalidad*. En: E. Rivera Edit. *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*. Arequipa: INACET.
- Etzioni, A. (1999). *La nueva regla de oro: Comunidad y moralidad en una sociedad democrática*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Fernández, G. (2009). *Médico y yatiri en pareja como chachawarmi en medicina tradicional andino, planeamiento y aproximaciones*. Cusco: CBC.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Frisancho, D. (2009). *Las enfermedades: Su etiología según la mentalidad indígena y popular*. Cusco: CBC.
- Frontera, M. (2015). *Integración de la medicina tradicional con la medicina actual*. Lima - Perú: Takiwasi.
- Giddens, A. (2012). *Sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- Golte, J. (2009). *Es posible una articulación entre las medicinas tradicionales y las académicas?* Cusco: CBC.
- Guivovich, L. (1989). *Medicina floklórica en el antiguo Perú y su proyección en el mundo moderno*. Lima - Perú: Concytec.
- Hayward, J. (1993). *Historia de la medicina*. México: FCE México.

- Hoogte, V. D., & Roersch, C. (2009). *La medicina tradicional andina y su futuro*. En: *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones*. Cusco: C.B.C.
- La Riva, P. (2017). *El Walthana Hampi o la reconstrucción del cuerpo*. Lima- Perú: Rios Profundos.
- Laplantine, F. (1992). *Antrología de la enfermedad*. Buenos Aires - Argentina: Ediciones del Sol.
- Lerin, S. (2004). *Interculturalidad y salud*. México: Centro de investigación y estudios superiores en antropología social.
- Levi, S. (1969). *Antropología estructural*. Buenos Aires - Argentina: Eudeba.
- Leyens, S. (2013). *¿El Conocimiento médico es universal?* Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
- Lira, J. (1998). *Medicina popular y farmacopea*. Cusco: CBC.
- Lolas, F. (2009). *Las transformaciones de la medicina: modelos farmacéuticos y ciencias sociales*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Martínez, G. (1987). *Una mesa ritual en Sucre. Aproximaciones semióticas al ritual andino*. La paz - Bolivia: Hisbol.
- Medrano, V., & Vela, A. (2017). *Características clínico - culturales y nosología del sobrepeso en Perú*. Lima - Perú: Rios Profundos.
- Moreno, M. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud - padecimiento - enfermedad - atención: Una mirada socio - antropológica. *Scielo*, 49(1). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009
- OMS. (s.f.). *Conferencia de Alma Ata*.
- Parson, T. (2006). *El sistema social*. Madrid: Biblioteca de la Revista Occidente.
- Polia, M. (2009). *Consideraciones culturales acerca del rol y la eficacia de la medicina andina*. En: R. y R. Sanchez (Eds) *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones*. Cusco: C.B.C.
- Ramírez, S. (2012). *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La paz - Bolivia: Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología.
- Terris, M. (1990). *American Journal of Public Health*.
- Touraine, A. (2000). *Podremos vivir juntos?* Madrid - España: PPC.
- Tubino, F. (2001). *Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: Más allá de la discriminación positiva*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Valdizán, H., & Maldonado, A. (1985). *La medicina popular peruana: contribución al folklore médico del Perú*. Lima: Concejo Indio de Sudamerica CISA.
- Velasco, O. (2010). *Aún nos cuidamos con nuestra medicina. Inventario sistematizado de las prácticas tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos*. Lima: Cooperación nacional para el desarrollo.
- Vicens. (1995). *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid - España: Siglo XX.
- Virchow. (28 de Septiembre de 2018). *Los médicos debemos ser los abogados de los pobres*. Obtenido de https://es.wikiquote.org/wiki/Rudolf_Virchow
- Winslow, H. J. (1920). *The new Public Health*.
- Zurro, M., & Cano, J. F. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. España: Elsevier.



ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista utilizada en la investigación**Para el profesional en salud, en el Centro Médico**

1. ¿Ustedes diariamente cuentan con pacientes quechua hablantes en este hospital?
- 2.- ¿Cómo es la atención que les brindan a ellos?
- 3.- ¿Cómo es la comunicación entre los profesionales de la salud y esos pacientes?
- 4.- ¿Ud. sabe hablar quechua?
- 5.- ¿Cómo hace uso de ese idioma para su desempeño profesional con los pacientes?
- 6.- ¿Qué valoración le da Ud. a las opiniones de sus pacientes sobre el posible origen de sus enfermedades?
- 7.- ¿Cuando Ud. receta para un tratamiento, ¿considera la posibilidad de hacer uso de la medicina tradicional? (porqué, en qué casos lo hace)
- 8.- ¿En este hospital (o centro de salud) atienden el parto vertical con adecuación intercultural?
- 9.- ¿Qué opina sobre esta forma tradicional de dar a luz?
- 10.- ¿Cree que el trato que se les brinda a los pacientes en este centro de salud, es el más adecuado?

Para los usuarios de los establecimientos de salud (MINSA)

- 1.- ¿Desde qué lugar está viniendo al hospital?
- 2.- ¿Vienes en compañía de alguien?
- 3.- ¿Por qué estás buscando ayuda médica?
- 4.- ¿Qué tratamiento te indican los médicos? (medicinas de farmacia, o plantas medicinales)
- 5.- ¿Cómo es el trato que recibes de los médicos y enfermeras?
- 6.- ¿Qué tipo de tratamiento valoras más para curar tus enfermedades?

Para los curanderos del Centro poblado de Huasao

- 1.- ¿En qué tipo de tratamiento de enfermedades está Ud. especializado?
- 2.- ¿Cómo aprendió sus conocimientos en medicina tradicional?
- 3.- ¿Quiénes acuden a Ud. con más frecuencia a pedir su ayuda? (gente del campo, de la ciudad)
- 4.- ¿Por qué cree Ud. que cada vez más personas acuden donde ustedes?

5.- Cuénteme Ud. cómo es el proceso de tratamiento que realiza a un paciente.

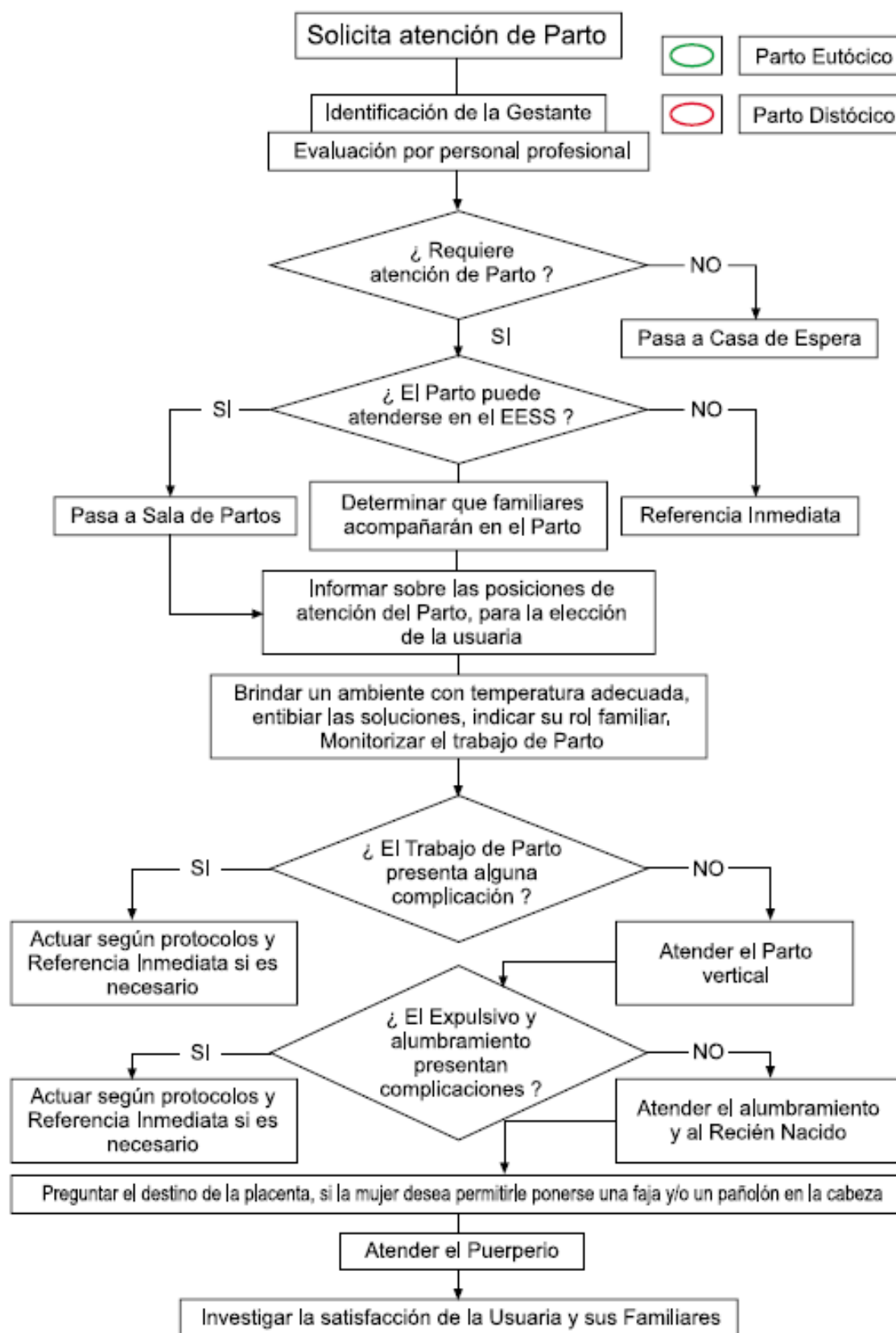
Para los pacientes o usuarios de curanderos en Huasao

1. ¿Por qué motivo estas visitando al curandero, aquí en Huasao?
- 2.- ¿Desde dónde está viniendo a Huasao?
- 3.- ¿Viene en compañía de alguien?
- 4.- ¿Qué valoración le da Ud. a la medicina tradicional?

Para los representantes de las instituciones locales y regionales, promotoras de la medicina tradicional en Cusco

- 1.- ¿Qué piensa Ud. sobre el uso de la medicina tradicional en el Cusco?
- 2.- ¿Qué hace su institución en cuanto a la promoción de la medicina tradicional?
- 3.- ¿Cómo ve Ud. la presencia o aceptación de la medicina tradicional en el Cusco?
- 4.- ¿Cree Ud. que la medicina occidental y la tradicional son complementarias?

Anexo 2. Flujograma de la atención del parto vertical con adecuación intercultural



Fuente: Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural MINSA 2005

Anexo 3. Atención de partos verticales en el Centro de Salud Belenpampa 2017

Establecimiento de salud Belenpampa 2017		
Nro.	Mes	PARTO VERTICAL
1	Enero	77
2	Febrero	65
3	Marzo	84
4	Abril	68
5	Mayo	78
6	Junio	68
7	Julio	94
8	Agosto	66
9	Septiembre	74
10	Octubre	74
11	Noviembre	66
12	Diciembre	68
Total		882

Fuente: Oficina de RENIEC Centro de Salud de Belenpampa, 2018

Anexo 4. Panel fotográfico



Figura 11. Hospital Antonio Lorena - Local de Contingencia



Figura 12. Atención al Adulto Mayor



Figura 13. Sala de parto del centro de salud de Belenpampa



Figura 14. Letreros de aviso a casa de curanderos:(a casa de nieta de Benito Ccorihuaman)



Figura 15. Foto de Don Benito Ccorihuaman en el Consultorio de su Nieta



Figura 16. Preparación de Ofrenda a la Pachamama

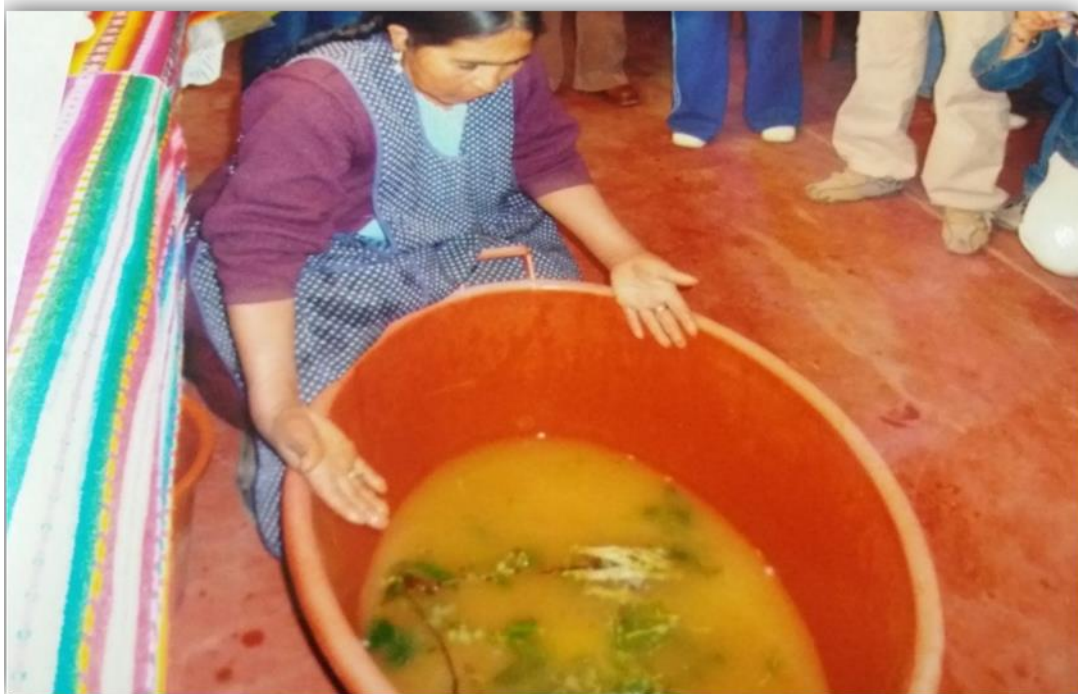


Figura 17. Preparación del Baño para susto



Figura 18. VI Encuentro de medicina tradicional: Ministerio de Cultura
Fuente: Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco.2017




Figura 19. Predicción de la Salud a través del pulso
Fuente: Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco. 2017



Figura 20. Hanpi qatu en Cusco: Mercado de Qasqaparo

Anexo 5. Aportes de CEPLAM - UNSAAC


NEUROPSIQUIÁTRICAS:		
- Nervios	Albahaca, toronjil, apio, marcu manzanilla, cedrón, tilo, borraja pimpinela, orégano, valeriana.	Infusiones
- Neuralgia	Cedrón, manzanilla, menta, sotoma, arrayán.	Infusiones
- Dolor de Corazón	Jahuacollay (flor), chinchircuma, clavel rojo, toronjil.	Infusiones
- Epilepsia	Pimpinela o yahuarmaqui, Jahuacollay, huacacallo.	Decocción Infusiones
- Insomnio	Hinojo, lechuga, canela, amapola toronjil, floripondio.	Decocción Infusiones
TRAUMATISMOS:		
- Golpes y contusiones	Chaman, vino-vino, chiri-chiri, hierba de cancer pupusa, tola o pachatayanca, llantén, mutuy, huichullo, yahuarchonca, chilca.	Baños; Cataplasmas Tintura - frotación
- Fracturas	Chiri-chiri, suelda que suelda, huichullo.	Emplastos
AFECCIONES VASCULARES:		
- Presión alta	Ajo y limón, maracuya, ayrampo, perejil, tilo, olivo.	Infusión
- Presión baja	Coca.	Infusión
ANTICANCEROSOS:		
- Anticancerosos	Uña de gato, sangre de grado, yanali hierba de cáncer, queto-queto, tahuari	Decocción y tintura
OTROS:		
- Próstata	Estrella quisca, ayac-zapailla, garbanzo, agracejo, mastuerzo, pelo de choco, linaza.	Decocción Infusión
- Depurativo	Huallhua blanca, chichlurmay, nimua runamanayupa, cheqche, piquipichana aleo-quisca, zarpaparrilla, ortiga.	Decocción
- Febrifugo	Cjana, malva, llantén, escorzonera hierba de santa triaria.	Infusión Decocción Cataplasma
- Reumatismo	Ortiga, romero, alcachofa, piquipichana, yareta, pinco-pinco marcu, maycha, molle, mutuy, relama, romero, matico: uña de gato, chuchuhuasi, ckoto-ckoto.	Infusión Decocción y Lavados
- Artritis	Manzanilla, chamico, alcachofa, cebolla, ajo, limón	Infusión Decocción y Lavados
- Caída del cabello	Sábila, altea Jahuacollay, sambocorota, copaiba, palta, Ortiga, nogal	Tintura



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**CENTRO DE ESTUDIOS
DE PLANTAS ALIMENTICIAS
Y MEDICINALES**

CEPLAM - UNSAAC



**GUIA DE USO DE PLANTAS
MEDICINALES Y SU
APLICACIÓN**

**ELABORADO POR:
MGT. ROSA M. URRUNAGA SORIA**

Enfermedad o Sintoma	Plantas Medicinales	Forma de Uso
- Resfrío	Eucalipto, ortiga, ruda sauco Infusiones matico, puna salvia, sotóma, escorzonera, wira-wira, romero, hinojo, orégano.	Infusiones
- Tos	Ajo, orégano, borraja, phálcha ticlayhuarmi, ortiga, sasahuí, escorzonera, inticsuncjan, panti, fiujchu, llautli, kumu-kumu, hierba luisa, llantén, malva.	Infusiones
- Bronquitis	Huacac-callon, valeriana, guaco, chiri-chiri, llantén, malva, altea, amapola.	Infusiones
- Neumonía	Molle, q'eto-q'efevillaulli, romero, chachacomo.	Infusiones
- Amigdalitis	Barro de flor blanca, tara, navo, ckoto-ckoto.	Gargarismos
- Asma	Chamico, mullaca, papayuelo serrano, chiri-chiri floripondio, violeta.	Infusiones
- Sinusitis	Mullaca, huamanripa, muña, wira-wira, flor de relama. Hualihua	Inhalación Cataplasma
APARATO DIGESTIVO		
- Dolor de estómago	Puna salvia, huacatay, pupusa, palma real, molle, verbena, coca, ajeno, abahaca, manzanilla, muña, menta, ruda, orégano, cjuifuca, apio éter.	Infusiones
- Diarrea	Hinojo, rosas silvestres, salvia, canchalawa, granada, coca, checche, arca-payco, Chili-chili, huacatay, linaza, membrillo, pachalloque.	Infusiones
- Indigestión	Tunya-tunya, geranio, romero, apio, canela, menta, muña, anís, pampa anís, hierba buena, granada.	Emplasto Infusiones
- Gastritis	Altea, malva, linaza, manzanilla, Llantén,	Infusiones
- Hígado	boldo, chancapiedra, tilo, piquipichana, ajeno, berro, grama, toronjil, romero, cola y caballo, saúco, alcachofa, jayaj-pilli, cjana, pilli-pilli, sidra, cardo santo, pirca, ocoruro, sano-sano, alcco-quisca, pajaro bobo, quimsacuchu.	Infusiones
- Vesícula	Sávila, granadilla, pilli-pilli, menta.	Infusiones Decocción
- Úlcera Gástrica	Altea, quelo-quelo, linaza, layu sangre de grado, chichira.	Infusiones
- Cálculo biliar	Runamanayupe, estrella quisca,	Infusiones

- Antiparasitario	Checche, agracejo, alcoquisca, Turpa, muña-muña, grama, malva, achicoria. Ajeno, Tomillo, ortiga, abahaca, lombo, payco, zapallo, paya-paya, peperma, mejorana, marcu.	Infusiones Decocción
- Laxante	Achancaray, ckoto-ckoto, verbena, cusmayhllu.	Decocción
APARATO URINARIO		
- Afecciones	Pachalloque, achihua-achihua, renales duraznillo, michi-michi, molle, de león, sano-sano, quimsacuchu, grama, chanca piedra, cebada, cola y caballo, linaza, peloie chocho.	Decocción
- Enfriamiento	Ajeno, ortiga, nogal, cola y de la vejiga caballo, pelo de chocho.	Infusión
- Diurético	Estrella quisca, borraja, grama, cola y caballo, quinchamaliu, apio pelo de chocho, chinchircuma, mullaca, upuisuru, verbena, vino-vino, zarzaparrilla, ayac-zapatilla.	Infusión
DERMATOLÓGICAS		
- Alergias	Cjana, sávila, ortiga, huailpa-huailpa, huch'yucspa.	Infusión
- Sarna	Moco-moco, verbena, molle, yanale, marcu, cjamasyre, hierba de cáncer llantén, maticó, bejuquillo, tara.	Lavados
- Heridas, quemaduras y picaduras	Llaque, queto-queto, llantén, lloto, mateccho, ámbar-ámbar, altea, cjarhuinchu, matico, geranio, col, acalga, tiqui-tiqui, yahuar-chonca.	Lavados y emplastos
- Hongos	Arrayan, mastuerzo, caléndula, matico, salvia, manzanilla.	Decocción y lavados
- Acaros de la piel	Yanali, Salvajina, chacancay, retama, molle, muña, limón llantén, salvia, matico.	Decocción y lavados
- Herpes	Cola y caballo, col, sávila, malva, hierba de cáncer,	Compresas y lavados
- Acne	Ortiga, zarzaparrilla, salvia, matico.	Infusión
GINECOLÓGICAS:		
- Dolor de ovarios	Ortiga, madrequisa, canela, apio, huacatay, huchuyucspa, hampi rosa.	Infusión
- Dolor por menstruaciones	Ruda, madre selva, culandrillo del pozo, hualihua blanca, marcu, ajeno, huacatay.	Infusión