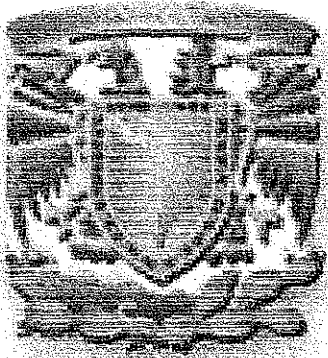


2 00669



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**Facultad de Contaduría y Administración**

**Facultad de Química**

**Instituto de Investigaciones Sociales**

**Instituto de Investigaciones Jurídicas**

# **T e s i s**

**“Mortalidad de los niños aymará-bolivianos como consecuencia de factores culturales y la estrategia del sistema de salud”**

**Que para obtener el grado de:**

**Maestro en Administración  
(Sistemas de Salud)**

**Presenta: Daniel Edgar Bueno Saavedra**

**Tutor: Dr. Jorge Ruiz de Esparza García**

**Asesor de apoyo: Dr. Luis Berruecos Villalobos**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**México, D.F. octubre de 2002**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

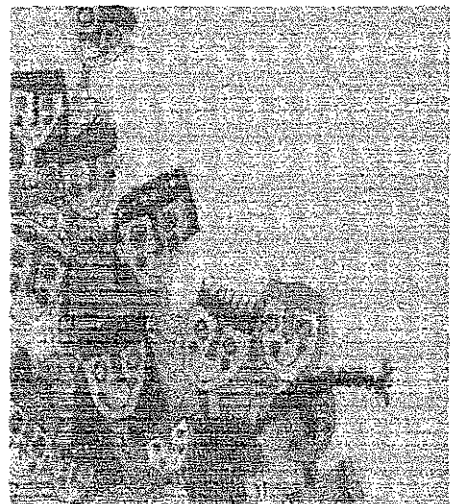
**Dedicada**  
**a**  
***Ana***  
**... mi futura esposa.**

**Dedicada**  
**a**  
***Ana***  
**... mi futura esposa.**



**I. TÍTULO DE LA TESIS:**

Dirección General de Bibliotecas de la  
Universidad de La Paz en formato electrónico e impreso el  
día \_\_\_\_\_ de mi trabajo recepcional  
Daniel Edgar Basso  
Seavada  
19-XI-02  
[Signature]



**“Mortalidad de los niños aymará-bolivianos como consecuencia de factores culturales y la estrategia del sistema de salud”**

## II. ÍNDICE

I. TITULO	1
II. ÍNDICE	2
III. INTRODUCCIÓN	4
Indicadores generales de Bolivia	5
IV. METODOLOGÍA	8
Planteamiento del problema	8
Hipótesis	9
Objetivos	9
V. DESARROLLO CAPITULAR	9
A. MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	10
Antecedentes	10
Entorno	10
Marco teórico	11
Principales causas de mortalidad	12
Desarrollo de la investigación para mortalidad	17
Resultados y análisis	24
B. LA CULTURA AYMARÁ	25
Antecedentes	25
Entorno y marco teórico	28
La cultura inmaterial del pueblo indígena aymará	32
La historia de Raúl	38
Silveria y Sebastián	38
Desarrollo de la investigación para cultura	43
Cultura y mortalidad	53
Resultados y análisis	68
C. EL SISTEMA DE SALUD	73
Antecedentes	73
Red de servicios de salud	73
Entorno y marco teórico	75
Desarrollo de la investigación para el sistema de salud	80
Resultados y análisis	95
RESULTADOS Y ANÁLISIS FINALES	99
Análisis agrupados por tendencias culturales	104
VI. CONCLUSIONES	107
VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	110
VIII. ANEXOS	112
Tablas de referencia	112
Diseño de la encuesta para la captura de datos	135
Encuesta para médicos rurales	142
Encuesta aplicada a jóvenes bachilleres	147
Fotografías del trabajo de investigación	149

## ÍNDICE DE FIGURAS

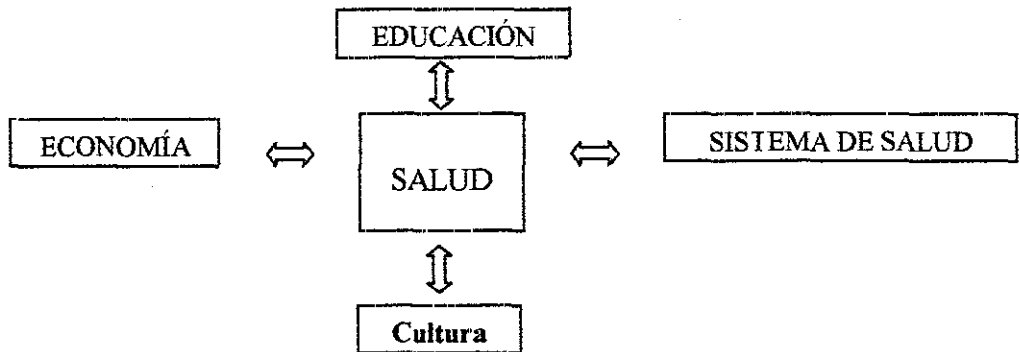
➤ Factores determinantes de salud .....	4
➤ Pirámide poblacional .....	7
➤ Mapa de ubicación de Patacamaya .....	10
➤ Climas y niveles del lago Titicaca .....	25
➤ Mapa de ubicación de la cultura aymará .....	27
➤ Mapa político y altitudes de Patacamaya .....	28
➤ Mapa de flujo de comercialización de Patacamaya .....	29
➤ Red de servicios de salud .....	74

## ÍNDICE DE CUADROS

❑ Mortalidad en los niños bolivianos 1998 .....	11
❑ Distribución de la población aymará .....	26
❑ Censo de población 2001 para Patacamaya .....	29
❑ Factores culturales a investigar de los nativos aymarás .....	44

### III. INTRODUCCIÓN

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. (WHO, 1946)  
Existen muchos factores que determinan la presencia o ausencia de salud, por ejemplo:



Cuando una persona pasa a un estado de enfermedad (no-salud), busca soluciones a través de los cuatro factores arriba mencionados, por ejemplo: alguien presenta *fiebre*; éste sujeto sabe por conocimientos adquiridos en la escuela (educación) que la fiebre se asocia a infecciones y decide consultar al médico para resolver su problema, pero al mismo tiempo necesita dinero (economía) para realizar la consulta porque sabe que el diagnóstico y el tratamiento demandarán gastos. Hasta aquí hemos visto que son necesarios la educación y la economía, sin embargo, necesita un tercer elemento, un sistema de salud dónde acudir. Probablemente este personaje cuenta con seguro social, y sino, tal vez pueda acudir a un centro médico particular, por lo tanto, requiere de la oferta de servicios de salud a través de organizaciones de atención médica de carácter público o privado. Cualquier elemento anterior es indispensable en grado variable para que este paciente recupere su estado de salud, pero existe un cuarto elemento que es poco visible como se observó en el esquema inicial, es su *cultura* representada por la sociedad en la cual vive, probablemente es una sociedad en la cual las costumbres determinan que el uso de plantas pueden ser beneficiosas para tratar la fiebre además, y su familia o amigos le aconsejen que primero se trate con una infusión de una mezcla de plantas que saben que es curativa, por último, nuestro personaje decide seguir el consejo de aquellos y la fiebre persistió, tardó mucho tiempo antes de saber que en definitiva tenía un tumor.

El anterior es un relato supuesto por el autor, pero lo que sigue, ocurrió en la vida real de un niño que nació dentro de una comunidad indígena en Bolivia, el relato es de su madre:

#### La Historia de Omar

*“Mi hijo estaba bien, de pronto ya estaba con calentura y sus ojitos estaban hundidos. Lo bañamos con orina. Al día siguiente lo he llevado donde un médico particular porque en los hospitales no atienden rápido y se riñen nomás. El médico me ha dado unas tabletas. Me indicó que le diera cada 4 horas. He cumplido con todo pero ni así se sanó mi hijo. Tenía tos, vómitos, diarrea blanca y cada que lactaba botaba (vomitaba.) Le coloqué huevo batido en los pies. Me dijeron que debe estar con sajra (demonio) y que esta enfermedad no va a curar el doctor, más bien debía llevarlo donde un yatiri (adivino.) Para mí que mi hijo se ha muerto con sajra”* BASICS, 1995.



Podríamos analizar lo que pasó con Omar: este niño empezó con fiebre, el hundimiento de ojos supone deshidratación que se confirma por la diarrea y vómitos, al parecer tenía además un proceso infeccioso respiratorio por la presencia de tos. Hasta aquí diríamos que tiene un síndrome diarreico agudo y una infección respiratoria aguda también que pueden ser tratadas con rehidratación y tal vez antibióticos, la fiebre se controla con medios físicos y antitérmicos, todo lo anterior bajo un control estricto, indica que es una enfermedad prevenible, pero la historia de Omar concluye con su muerte.

Si recordamos el esquema inicial, el factor educación no fue un problema significativo porque su madre supo conducirse hacia un médico para resolver el problema de salud, tenía el conocimiento requerido para buscar ayuda profesional; por otro lado, el sistema de salud elegido por ella fue el de tipo privado, por lo que entendemos que tenía la capacidad de pagar la consulta y el tratamiento indicado; vemos cómo los tres factores antes mencionados no son el problema principal en la resolución de este problema de salud, pero el cuarto elemento es digno de comentar por las acciones iniciales que la madre realiza para mejorar el estado de salud de Omar, así, el baño con orín y la aplicación de huevo batido en los pies, trataron desde su punto de vista (y seguramente desde el punto de vista de sus familiares o amigos) remitir la fiebre y sus dolencias. Su medio social “le dice (o convence)” a la madre de Omar que esta enfermedad es causada por el “sajra”, un ser maligno y que, los médicos no podrían hacer nada por Omar; también le recomiendan que visite al adivino de su comunidad (Yatiri). Omar muere y la madre está convencida de que la causa de su fallecimiento es el “sajra”.

Esta es una de muchas historias acerca de la muerte de los niños en la comunidad aymará – indígena. Algo más antes de concluir nuestro comentario, la madre de Omar dijo: No llevé a Omar a los Hospitales (Sistema de Salud Público) porque *no atienden rápido y se riñen nomás*. Esta es la llamada de atención al sistema de salud actual en Bolivia, es la expresión que en forma simple nos dijo la madre de Omar, sólo nos riñen, y esto ocurre porque probablemente no entendemos el pensamiento aymará, en otras palabras: su cultura.

La mortalidad de los niños es el indicador fiel que muestra el grado de desarrollo alcanzado por los países. Clásicamente su determinación a sido evaluada a través de los cristales de la educación y la economía. El sistema de salud ha buscado alternativas de reducción de la tasa de muerte infantil a través de acciones que mejoren la prestación de servicios preocupándose principalmente por la accesibilidad y la equidad.

Vemos con preocupación que lejos de estar satisfechos, observamos con asombro que la situación de los niños es angustiante, no sólo a nivel nacional sino mas bien a nivel cultural y dentro del mismo territorio nacional por la abrumadora diferencia de proporciones de tasas de mortalidad entre área rural y urbana o idioma aymará y español.

#### Indicadores generales de Bolivia

Extensión territorial: 1,098,591 km<sup>2</sup>

Población: 8,274,325

Población de menores de 5 años: 1,241,149

Porcentaje de población en áreas rurales: 37.5%

Población por sexo: Hombres 49.84%, Mujeres 50.16

Tasa anual de crecimiento: 2.74%

(INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001)

Poblaciones *nativas*: Llamaremos población *nativa* a la parte de la población nacional que cumple con un conjunto de características que la convierten en descendiente de las poblaciones originarias precolombinas. La principal de estas características es el idioma.

¿Qué importancia tiene la población *nativa*?

Fuera de la importancia cualitativa histórica, cultural y social, la población nativa conforma la mayor parte de la población boliviana. Más de la mitad de la población nacional es nativa (62%)

PAÍS	TOTAL	NATIVA	PARTICIPACIÓN (%)
Bolivia	6,420,792	3,980,529	61.99

Fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 1992.

Dentro de la población nativa de Bolivia se consideran principalmente a los indígenas de habla aymará, quichua y las lenguas de la familia tupí-guaraní (*tacana, pano, leco, moseten, yuracaré, movima, itonama, chapacura, arawak, tupí-guaraní, chiquito, bororó, zamuco, guató, guaycurú y matabo*).

La población que habla aymará de uno u otro modo, hablando solo esta lengua o alternando con el castellano llega sumar a 1,108,217 personas.

BOLIVIA	POBLACIÓN AYMARA		
	TOTAL	MONOLINGÜE	BILINGÜE
	1,108,217	169,128	939,089

Fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 1992.

Según esta última fuente estadística podemos observar que para 1992 la población nativa aymará, representaba el 17.25% de la población total de Bolivia.

El Instituto Nacional de Estadística publicó para el año de 1999 que la población total de Bolivia alcanzaría 8,137,113 habitantes de los cuales el 15% son menores de 5 años (1,196,516). (INE, Anuario Estadístico 1999: 93 )

En Bolivia el último censo realizado fue el año 2001, sin embargo, sólo se cuenta con los resultados iniciales de dicho empadronamiento como es la distribución de la población, (publicada en abril de 2002), por lo tanto, no se cuenta con información actualizada sobre la población nativa ni por grupos quinquenales.

Por lo expuesto anteriormente, las estimaciones porcentuales de población nativa estarán basadas en el penúltimo Censo Nacional realizado en 1992.

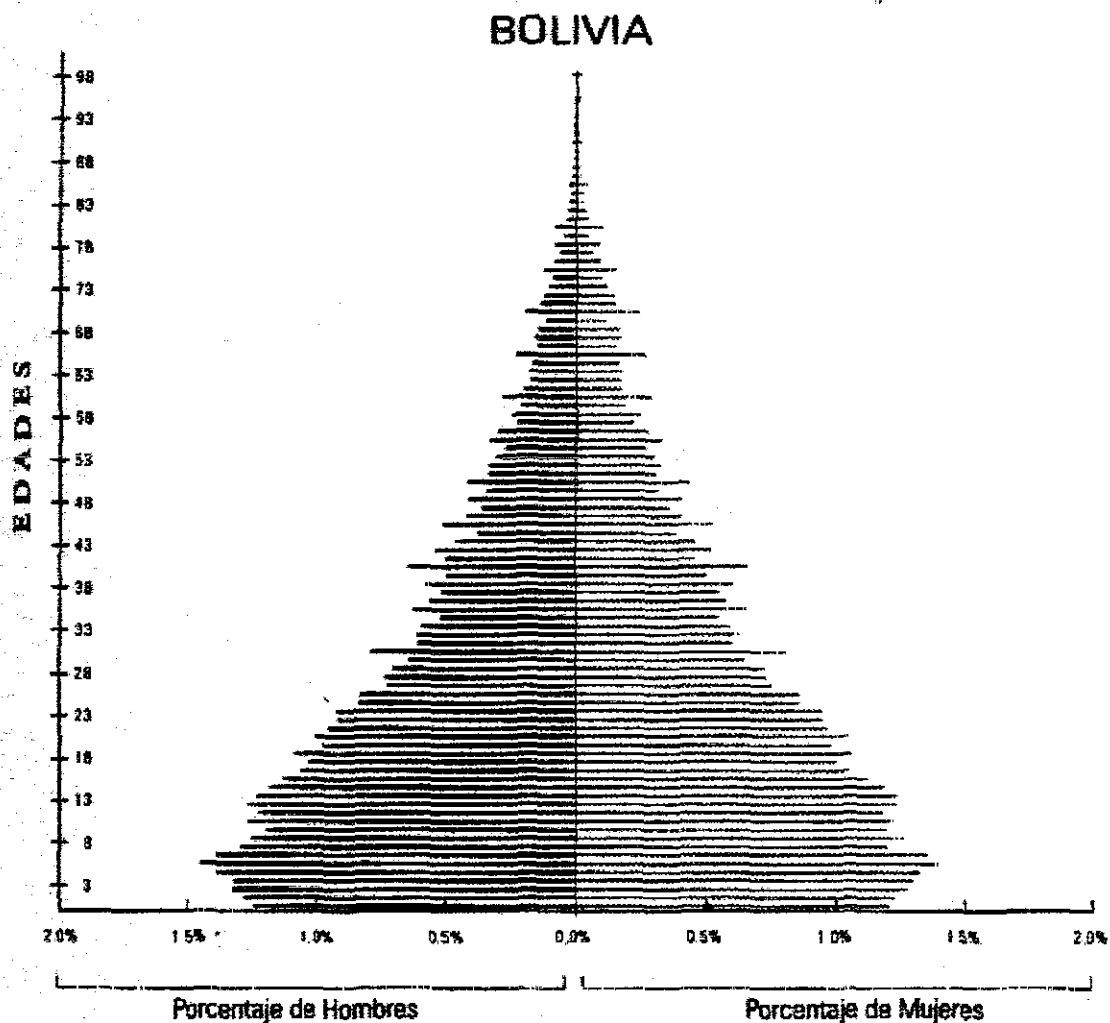
La población total de Bolivia para el año 2001 es de 8,274,325 habitantes, con base en lo anterior podemos calcular la población nativa aymará en 1,427,321 habitantes (17,25%) y la población de niños menores de 5 años en 214,098 que constituye el 15% del total de la población aymará.

El año 1998 se realizó una encuesta de salud donde se obtuvieron datos estimados de los fallecimientos de niños en Bolivia; el siguiente cuadro muestra datos importantes de la cantidad de niños aymarás menores de 5 años que mueren por múltiples causas.

Característica	Mortalidad neonatal (menores de 1 mes)	Mortalidad infantil (menores de 1 año)	Mortalidad en la niñez (menores de 5 años)
Bolivia	36/1000	73/1000	99/1000
Nativos aymarás	76/1000	122/1000	153/1000

ENDSA, 1998: 69

PIRAMIDE DE EDADES, CENSO 2001



Pirámide poblacional de Bolivia (Censo 2001)

Bolivia tiene una pirámide poblacional de base ancha, es decir, su población es joven y por lo tanto la salud de los niños es de importancia relevante. Otra característica fundamental es que como pocas naciones suramericanas, Bolivia destaca por la cantidad de población indígena y

se constituye el 62% del total global. La población aymará representa el 17% de ésta última cifra, es una cultura nativa de las más importantes no solo por la cantidad de habitantes que representan, sino por la sorprendente tasa de mortalidad en la niñez que posee.

Todos los datos proporcionados hasta ahora nos llevan a reflexionar sobre la realidad sorprendente informada en la encuesta realizada en 1998 sobre la mortalidad en la niñez, 153 niños aymarás menores de 5 años mueren por cada 1000 nacidos vivos, lo que significa que si existen 214,098 niños aymarás menores de 5 años actualmente, existe la posibilidad de que 32,114 niños mueran indefectiblemente por múltiples causas. Es preocupación de este trabajo identificar no las múltiples causas, sino específicamente factores culturales de estos nativos que tengan relación con estos fallecimientos, mismos que prácticamente no han sido estudiados aisladamente.

#### IV. METODOLOGÍA

##### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad en la niñez en los países Latinoamericanos a sido una preocupación constante para las organizaciones de salud. Bolivia no es una excepción y esta tasa también es elevada (99 fallecidos por 1000 nacidos) (INE, ENDSA 1998: 69); existen datos que muestran que la mortalidad no es uniforme en todo el territorio nacional; Potosí, Chuquisaca, Cochabamba y La Paz son los departamentos que mayor mortalidad tienen (145,116, 109 y 106 por 1000 nacidos vivos respectivamente.) También existe la diferencia entre el área urbana y rural, en la primera es 89/1000 y en la segunda 137/1000. Sorprendentemente la cultura nativa aymará representa el 17% del total de la población boliviana, estos indígenas viven principalmente en los departamentos de La Paz, Oruro y Cochabamba y principalmente en el área rural. La mortalidad en los niños de 0 a 4 años es de 153 fallecidos por 1000 nacidos. Los aymarás son indígenas que viven en la región del altiplano boliviano, su cultura trae consigo costumbres y tradiciones que son poco conocidas y comprendidas por el resto de los bolivianos. La administración de gobierno a logrado disminuir poco la mortalidad en este grupo étnico. Surge la pregunta: ¿Por qué existe elevada mortalidad de los niños en éste grupo nativo?

Sabemos que la salud depende de muchos factores, algunos estudiados como la educación, el factor económico y hasta el mismo sistema de salud; sin embargo, otros poco abordados por su esencia cultural basada en un sistema de ritos, tradiciones, creencias y paradigmas que probablemente explican en parte este asombroso indicador de salud.

Parece existir una asincronía entre las acciones de salud y la poca respuesta a estas mismas por parte de los nativos; tal vez ésta sea la llave que pueda explicarnos gran parte del fenómeno de mortalidad en estos pobladores. Probablemente, de todos los factores que determinan el proceso salud-enfermedad, la menos conocida y la menos estudiada sea la cultura. Esta es la directriz del trabajo al considerar que el peso de la cultura tenga participación determinante del fallecimiento de los niños aymarás.

Considerando el problema anterior, surge esta pregunta: ¿La cultura de la población indígena-aymará es parte de los otros factores (economía, educación) que causan la elevada mortalidad de sus niños?

se constituye el 62% del total global. La población aymará representa el 17% de ésta última cifra, es una cultura nativa de las más importantes no solo por la cantidad de habitantes que representan, sino por la sorprendente tasa de mortalidad en la niñez que posee.

Todos los datos proporcionados hasta ahora nos llevan a reflexionar sobre la realidad sorprendente informada en la encuesta realizada en 1998 sobre la mortalidad en la niñez, 153 niños aymarás menores de 5 años mueren por cada 1000 nacidos vivos, lo que significa que si existen 214,098 niños aymarás menores de 5 años actualmente, existe la posibilidad de que 32,114 niños mueran indefectiblemente por múltiples causas. Es preocupación de este trabajo identificar no las múltiples causas, sino específicamente factores culturales de estos nativos que tengan relación con estos fallecimientos, mismos que prácticamente no han sido estudiados aisladamente.

#### IV. METODOLOGÍA

##### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad en la niñez en los países Latinoamericanos a sido una preocupación constante para las organizaciones de salud. Bolivia no es una excepción y esta tasa también es elevada (99 fallecidos por 1000 nacidos) (INE, ENDSA 1998: 69); existen datos que muestran que la mortalidad no es uniforme en todo el territorio nacional; Potosí, Chuquisaca, Cochabamba y La Paz son los departamentos que mayor mortalidad tienen (145,116, 109 y 106 por 1000 nacidos vivos respectivamente.) También existe la diferencia entre el área urbana y rural, en la primera es 89/1000 y en la segunda 137/1000. Sorprendentemente la cultura nativa aymará representa el 17% del total de la población boliviana, estos indígenas viven principalmente en los departamentos de La Paz, Oruro y Cochabamba y principalmente en el área rural. La mortalidad en los niños de 0 a 4 años es de 153 fallecidos por 1000 nacidos. Los aymarás son indígenas que viven en la región del altiplano boliviano, su cultura trae consigo costumbres y tradiciones que son poco conocidas y comprendidas por el resto de los bolivianos. La administración de gobierno a logrado disminuir poco la mortalidad en este grupo étnico. Surge la pregunta: ¿Por qué existe elevada mortalidad de los niños en éste grupo nativo?

Sabemos que la salud depende de muchos factores, algunos estudiados como la educación, el factor económico y hasta el mismo sistema de salud; sin embargo, otros poco abordados por su esencia cultural basada en un sistema de ritos, tradiciones, creencias y paradigmas que probablemente explican en parte este asombroso indicador de salud.

Parece existir una asincronía entre las acciones de salud y la poca respuesta a estas mismas por parte de los nativos; tal vez ésta sea la llave que pueda explicarnos gran parte del fenómeno de mortalidad en estos pobladores. Probablemente, de todos los factores que determinan el proceso salud-enfermedad, la menos conocida y la menos estudiada sea la cultura. Esta es la directriz del trabajo al considerar que el peso de la cultura tenga participación determinante del fallecimiento de los niños aymarás.

Considerando el problema anterior, surge esta pregunta: ¿La cultura de la población indígena-aymará es parte de los otros factores (economía, educación) que causan la elevada mortalidad de sus niños?

## 2. HIPÓTESIS

Las tradiciones y creencias del pueblo aymará son factores culturales que ocasionan imprudencia y/o negligencia en el cuidado de sus niños y por lo tanto, existe elevada mortalidad en la niñez.

Definiciones: Según la Academia de la Lengua Española se definen:

*Tradición:* Comunicación o transmisión de noticias, ritos, costumbres hecha de padres a hijos y de unas a otras generaciones.

*Creencia:* Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.

*Pueblo aymará:* Pueblo originario indígena que vive en el Altiplano Boliviano

*Cultura:* Resultado o efecto de cultivar los conocimientos humanos y de afinarse por medio del ejercicio de las facultades intelectuales del hombre. Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social, etc.

*Mortalidad:* Número proporcional de defunciones en tiempo o población determinados.

*Imprudencia:* Genéricamente, la falta de prudencia (v.), de precaución/ Omisión de la diligencia debida/ Defecto de advertencia o previsión en alguna cosa. /Negligencia inexcusable y punible por olvido o desdén de las precauciones que la cautela vulgar aconseja y que, de mediar malicia, constituiría delito. En lo civil. Encuadra en una u otra de las modalidades de la culpa (v.) toda imprudencia que lesiona la persona, los derechos y los bienes que no son propios, con la consiguiente responsabilidad civil. (Caballanes, 1989: 354)

*Negligencia:* Omisión de la diligencia (v) o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas, en el manejo o custodia de las cosas y en el cumplimiento de los deberes y las misiones./ Dejadez./ Abandono/ Desidia/ Falta de aplicación/ Defecto de atención/ Olvido de órdenes y precauciones/ Ejecución imperfecta contra la posibilidad de obrar mejor. (Caballanes, 1979: 532)

## 3. OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer si la cultura (costumbres, creencias y valores) del pueblo aymará participa como un factor importante de causa de muerte en los niños indígenas, con el propósito de contar con el sustento teórico que permita crear en un futuro inmediato una estrategia de salud para disminuir la tasa de mortalidad en la niñez

### OBJETIVO SECUNDARIO

- Identificar factores (creencias, valores, costumbres y/o tradiciones) que intervienen directamente con la muerte de los niños, a través del uso de cuestionarios aplicados a los pobladores indígenas.

## V. DESARROLLO CAPITULAR

## 2. HIPÓTESIS

Las tradiciones y creencias del pueblo aymará son factores culturales que ocasionan imprudencia y/o negligencia en el cuidado de sus niños y por lo tanto, existe elevada mortalidad en la niñez.

Definiciones: Según la Academia de la Lengua Española se definen:

*Tradición:* Comunicación o transmisión de noticias, ritos, costumbres hecha de padres a hijos y de unas a otras generaciones.

*Creencia:* Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.

*Pueblo aymará:* Pueblo originario indígena que vive en el Altiplano Boliviano

*Cultura:* Resultado o efecto de cultivar los conocimientos humanos y de afinarse por medio del ejercicio de las facultades intelectuales del hombre. Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social, etc.

*Mortalidad:* Número proporcional de defunciones en tiempo o población determinados.

*Imprudencia:* Genéricamente, la falta de prudencia (v.), de precaución/ Omisión de la diligencia debida/ Defecto de advertencia o previsión en alguna cosa. /Negligencia inexcusable y punible por olvido o desdén de las precauciones que la cautela vulgar aconseja y que, de mediar malicia, constituiría delito. En lo civil. Encuadra en una u otra de las modalidades de la culpa (v.) toda imprudencia que lesiona la persona, los derechos y los bienes que no son propios, con la consiguiente responsabilidad civil. (Caballanes, 1989: 354)

*Negligencia:* Omisión de la diligencia (v) o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas, en el manejo o custodia de las cosas y en el cumplimiento de los deberes y las misiones./ Dejadez./ Abandono/ Desidia/ Falta de aplicación/ Defecto de atención/ Olvido de órdenes y precauciones/ Ejecución imperfecta contra la posibilidad de obrar mejor. (Caballanes, 1979: 532)

## 3. OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer si la cultura (costumbres, creencias y valores) del pueblo aymará participa como un factor importante de causa de muerte en los niños indígenas, con el propósito de contar con el sustento teórico que permita crear en un futuro inmediato una estrategia de salud para disminuir la tasa de mortalidad en la niñez

### OBJETIVO SECUNDARIO

- Identificar factores (creencias, valores, costumbres y/o tradiciones) que intervienen directamente con la muerte de los niños, a través del uso de cuestionarios aplicados a los pobladores indígenas.

## V. DESARROLLO CAPITULAR

## A- MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

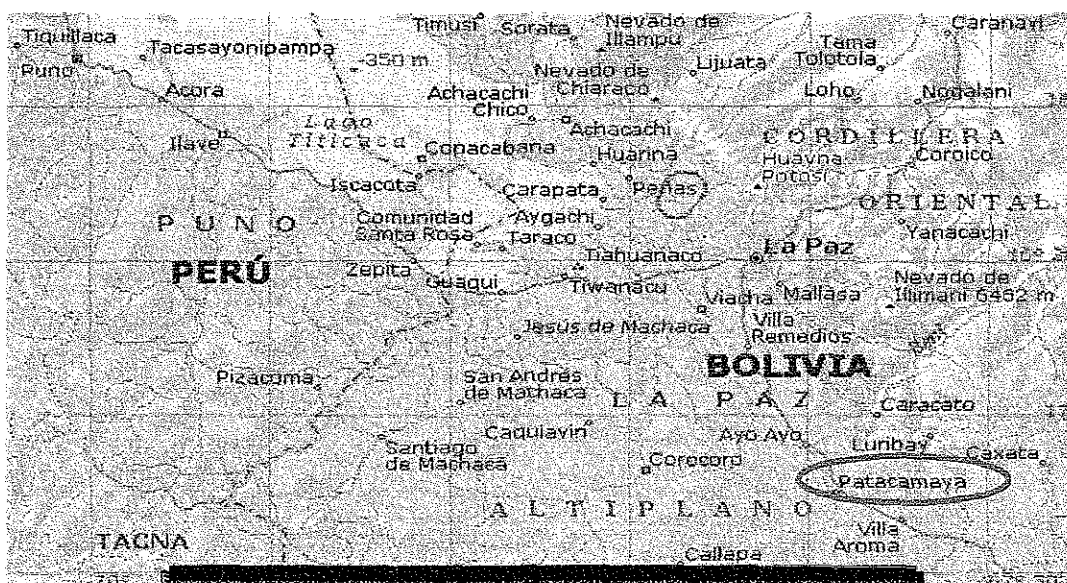
- **Antecedentes:** Existen muchos indicadores como parámetros de valoración de un país, podemos mencionar algunos: tasa de fecundidad, esperanza de vida al nacer, analfabetismo, asistencia escolar, abastecimiento de agua, población atendida por el seguro social y mortalidad. Todos ellos son esenciales en el análisis del grado de desarrollo de un país; dentro de la mortalidad global existe un indicador significativo que mide la cantidad de niños que mueren, consideramos entonces que la mortalidad en la niñez (menores de 5 años) es de mucho valor y nos indica muchas cosas al mismo tiempo: el grado de economía de la región, el grado de educación de sus habitantes, las condiciones de salubridad en las que viven, la participación del sistema de salud en el área, etc.

Las actividades de recuento de habitantes de un país generalmente contemplan la obtención de estas proporciones o tasas, así en Bolivia el penúltimo censo realizado el año 1992 proporcionó la siguiente información con respecto a la mortalidad de menores de 1 año y menores de 5 años:

Edad de la madre	Proporción de hijos fallecidos	Fecha de referencia	Tasa de mortalidad (por mil)	
			q(1) Infantil	q(5) En la niñez
15-19	0.066	1991.4	68	87
20-24	0.074	1990.2	67	87
25-29	0.083	1988.3	69	88
30-34	0.095	1986.0	74	97
35-39	0.114	1983.4	83	112
40-44	0.140	1980.5	92	130
45-49	0.165	1977.4	99	143

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA  
Censo Nacional de Población y Vivienda 1992

- **Entorno:** Nuestra área de estudio para ésta investigación es la población de Patacamaya ubicada a 100 km al sur oeste de la ciudad de La Paz (capital de Bolivia.)





Esta área, que corresponde al altiplano boliviano, se encuentra ubicada entre las dos cordilleras volcánicas y su altura aproximada sobre el nivel del mar es de 3850 metros. Patacamaya que significa cien almas en su lengua nativa (patak: cien, amaya: alma) es una población que está equidistante entre las ciudades de La Paz Y Oruro, sus habitantes son eminentemente aymarás (95%), una cultura antigua cuyo idioma (aymará) es una de las más representativas en Bolivia.

Según el último censo del año 2001, Patacamaya en su población concentrada tiene 8,414 habitantes; sin embargo, cuenta con varias comunidades alrededor de ella conformando lo que se denomina la quinta sección de la provincia Aroma, y cuyo número de habitantes es de 20,039 de los cuales el 15% aproximadamente son menores de 5 años (entre 0 a 4 años) es decir, 3 006 niños.

- **Marco teórico:** La *mortalidad de los niños en Bolivia* ha sido considerada de las más elevadas, y pese a la reducción de estos indicadores siguen manteniéndose bastante elevados, constituyéndose después de Haití en el país con la mortalidad temprana más alta en Latinoamérica. (CEPAL/CELADE/UNICEF, 1995)

La información más reciente sobre mortalidad es la proporcionada por una Encuesta de Nacional de Salud realizada el año 1998, los resultados nacionales y con otras variables son las siguientes:

**Mortalidad en los niños Bolivianos 1998, resultados por 1000 nacidos vivos.**

Característica	Neonatal	Post-neonatal	Infantil	Post-infantil	En la niñez
<b>Total</b>	42	40	82	26	106
<b>Residencia</b>					
Urbana	31	36	67	24	89
Rural	63	48	110	29	137
<b>Nivel de instrucción</b>					
Sin instrucción	68	43	111	47	153
Básico	51	53	104	30	131
Intermedio	41	48	89	21	108
Medio o más	20	13	34	12	45
<b>Marginación del municipio</b>					
Capital de departamento	26	24	49	15	64
Baja	45	20	65	11	75
Media	66	46	112	32	140
Alta	22	54	76	24	97
El Alto	35	54	89	34	120
<b>Idioma</b>					
Español	31	39	70	22	90
Aymará	76	45	122	35	153
Quechua	53	11	63	22	84
<b>Cuidado médico materno</b>					
Ni prenatal/Ni parto	66	67	132	-	-

Si prenatal/No parto	44	23	66	-	-
Si prenatal/Si parto	32	18	49	-	-
<b>Bolivia</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>73</b>	<b>28</b>	<b>99</b>
Chuquisaca	41	41	82	37	116
La Paz	42	40	82	26	106
Cochabamba	45	31	76	36	109
Oruro	27	41	68	27	93
Potosí	56	51	107	43	145
Tarija	17	33	50	21	70
SantaCruz	20	33	53	18	70
Beni/Pando	27	31	58	18	74

FUENTE: INE, ENDSA 1998: 69

Entendemos por:

*Mortalidad neonatal*, a la probabilidad de morir durante el primer mes de vida

*Mortalidad infantil*, q(1) probabilidad de morir durante el primer año de vida

*Mortalidad post-infantil*, probabilidad de morir entre el primer y quinto aniversario y

*Mortalidad en la niñez*, q(5) como la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años.

Las **principales causas de mortalidad** de los niños son las siguientes:

- Las enfermedades infecciosas gastrointestinales (diarreas), de alta prevalencia en América Latina y una de las causas más frecuentes de muerte entre los menores de 5 años en Bolivia. Entre los factores que inciden en el riesgo de contraer este tipo de enfermedades figuran las deficiencias existentes en la provisión de agua potable, escasa higiene en la preparación de los alimentos y utensilios utilizados, descontrolada eliminación de residuos domésticos, inadecuados sistemas de eliminación de excretas y escasa higiene personal. (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, 1995)
- Las enfermedades respiratorias agudas, especialmente la neumonía, identificadas como la segunda causa de morbi-mortalidad en la niñez; el riesgo de contraer estas enfermedades está influenciado por factores tales como condiciones de hacinamiento de las viviendas, deficiencias en el estado nutricional y limitaciones en cuanto al acceso de atención médica necesaria
- Las enfermedades prevenibles por vacunación, tales como la tuberculosis, la difteria, el tétanos y el sarampión, que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil. Según la ENDSA en 1994 solamente el 37 por ciento de los niños bolivianos de un año estaban protegidos con todas las vacunas recomendadas.  
Estas causas directas de muerte se relacionan con un conjunto de factores entre los que figuran:
- El estado nutricional deficiente, ya que las condiciones alimenticias de los niños determinan su desarrollo y crecimiento. Los hábitos de lactancia y posteriormente la suplementación alimenticia proveen a los niños de nutrientes adecuados y de protección contra un gran número de enfermedades comunes en la niñez. Los resultados de la ENDSA 1994 muestran que el 28 por ciento de los menores de 3 años en Bolivia adolecían de desnutrición crónica, nivel inferior encontrado para el mismo grupo de edad en la ENDSA 1989 (38%). La prevalencia de la desnutrición crónica es

mayor en el área rural donde más de la tercera parte de los niños padecen la misma, en comparación con 1 de cada 5 áreas urbanas.

- Otras causas de mortalidad infantil y en la niñez tales como medio ambiente insalubre en el que se desenvuelve el niño y la aún deficiente prestación de servicios de salud, (MDSYMA/DPP, 1995). Es importante mencionar que pese a los avances logrados en la disminución de la mortalidad infantil y en la niñez, la difusión de las técnicas de salud preventiva ha sido muy lenta y desigual en el país. (INE: Factores socioeconómicos de riesgo de muerte en la niñez 1997: 5)

Según el desarrollo de un estudio de factores socioeconómicos de riesgo de muerte en la niñez observados a través de datos obtenidos de la información censal registradas en 1976 y 1992, se consideraron más útiles para los análisis a las siguientes:

- Lugar de residencia
- Acceso a servicios básicos
- Nivel de instrucción de la madre
- Categoría ocupacional del padre
- Idioma de la madre

### **Lugar de Residencia**

La residencia urbana y rural de la población influye de manera importante en la sobrevivencia en la infancia y niñez. De acuerdo al estudio “Estimación de la Mortalidad Infantil y en la Niñez en Bolivia mediante técnicas indirectas 1990-1995 (MDH, 1995), puede observarse una gran disparidad en los niveles de la mortalidad infantil y en la niñez entre las áreas urbana y rural, siendo muy superiores las tasas de mortalidad en esta última.

En el área rural existen mayores dificultades de acceso a servicios de salud, el nivel de instrucción alcanzado por la generalidad de la población femenina rural es inferior al de mujeres que residen en las ciudades, la disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados es precaria y la exposición a los medios de comunicación que complementa la educación formal y permite la transmisión de conocimientos sobre aspectos de salud, saneamiento ambiental y planificación familiar es limitada (ENDSA 1994).

### **Acceso a Servicios Básicos**

La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados tales como agua, electricidad y servicio de alcantarillado para eliminación de excretas, se encuentra asociada a mejores condiciones de supervivencia de la población y de los niños en particular (ENDSA 1994).

Las condiciones de vida de la población boliviana, según el “Mapa de Pobreza” (MDH, 1994) en el área rural, el 94 por ciento de las viviendas no disponen en forma adecuada de los servicios de agua, sanitarios y eliminación de excretas. Se consideraron particularmente como significativas las variables de abastecimiento de agua y servicio sanitario

### **Nivel de Instrucción**

La educación se constituye en uno de los elementos fundamentales para el desarrollo socioeconómico de un país, puesto que las personas más instruidas tienen mayores posibilidades de superar la pobreza, mejorar sus ingresos y condiciones de vida, atender

adecuadamente su salud y la de sus familias, y contribuir productivamente al desarrollo económico.

En este sentido, el nivel de instrucción alcanzado por la población se constituye en una de las variables que ejerce mayor influencia sobre la conducta reproductiva y salud de los niños. Se desataca en particular la importancia de la educación de las niñas y las mujeres, tal como se menciona en el documento "Población, Equidad y Transformación Productiva" (NU/CEPAL/CELADE/, 1993) "...la elevación de la escolaridad de las mujeres ejerce una influencia fundamental en el descenso de la mortalidad infantil y de la fecundidad"

Tal como se menciona en el documento: "Salud y Población en Bolivia, El Camino del Cambio" (MDSYMA, 1995), una de las mayores desigualdades en el país se manifiesta en la postergación socioeconómica de la mujer que sumada a la persistencia de ciertas pautas culturales que limitan su acceso a la educación, se traduce en bajos niveles de escolaridad y elevadas tasas de analfabetismo. Estos factores influyen de manera importante en los niveles de salud, nutrición y morbilidad materno infantil.

### **Categoría Ocupacional**

Esta categoría permite observar que la actividad que desempeñan los miembros del hogar que mantienen el mismo, determina el nivel de ingresos y por lo tanto el nivel socioeconómico y la condición de bienestar en que se desarrolla el niño. Esta variable está muy relacionada con el nivel de instrucción alcanzado, que determina en alto grado el tipo de ocupación que desempeñan los padres.

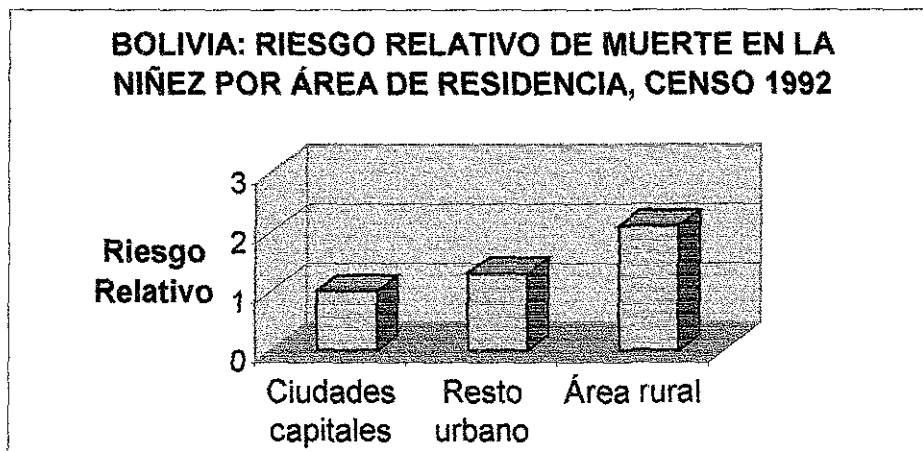
El análisis sobre el perfil educativo de la fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe que realizó la OIT, incluido en la serie de publicaciones de Panorama laboral, muestra que la educación tiene una importante influencia en la productividad del trabajo y en el tipo de actividad que desempeña la población ocupada. Por lo tanto, el riesgo de muerte del niño es mayor cuando la categoría ocupacional que desempeñan los padres es de menor calificación. (Panorama Laboral, 1994: vol 1)

### **Idioma**

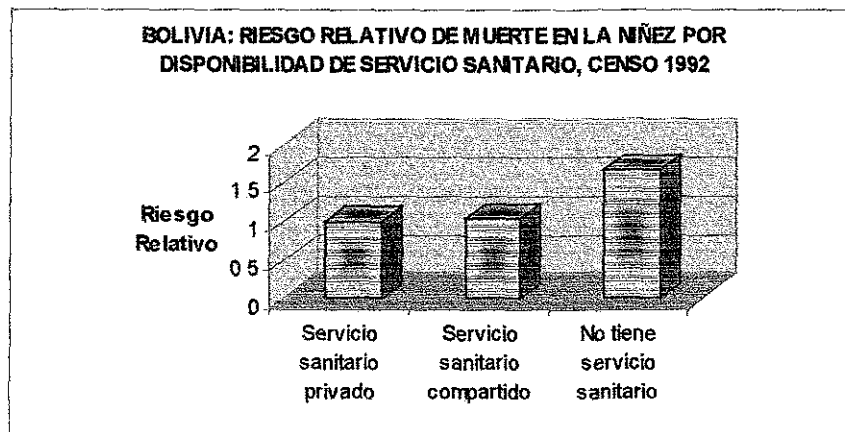
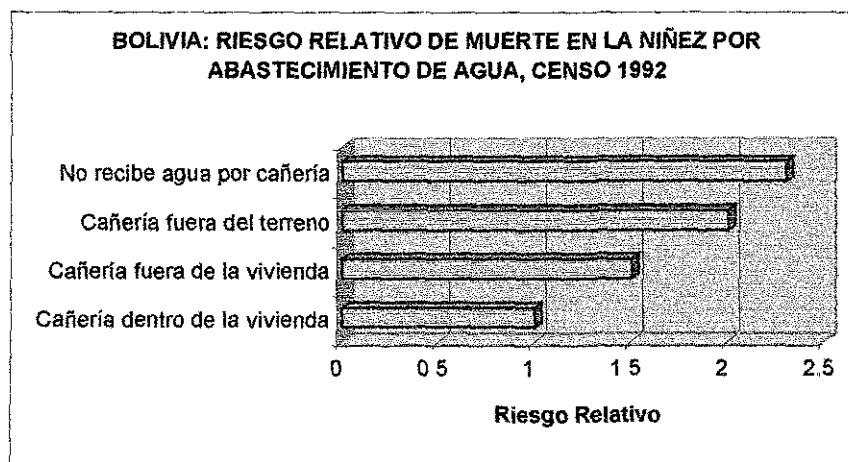
Como se menciona en el documento "La evolución de la Mortalidad Infantil en Bolivia" (Marckwardt y Soliz, 1990), el idioma es un indicador del origen étnico de las mujeres, pero también un indicador de su condición socioeconómica y cultural. Según este estudio, los niveles mas elevados de mortalidad infantil y en la niñez corresponden a las mujeres que sólo hablan un idioma nativo a diferencia de aquellas mujeres que son bilingües (idioma nativo y castellano) o que hablan castellano.

A continuación presentamos en forma gráfica el riesgo relativo encontrado con las distintas variables anteriormente descritas:

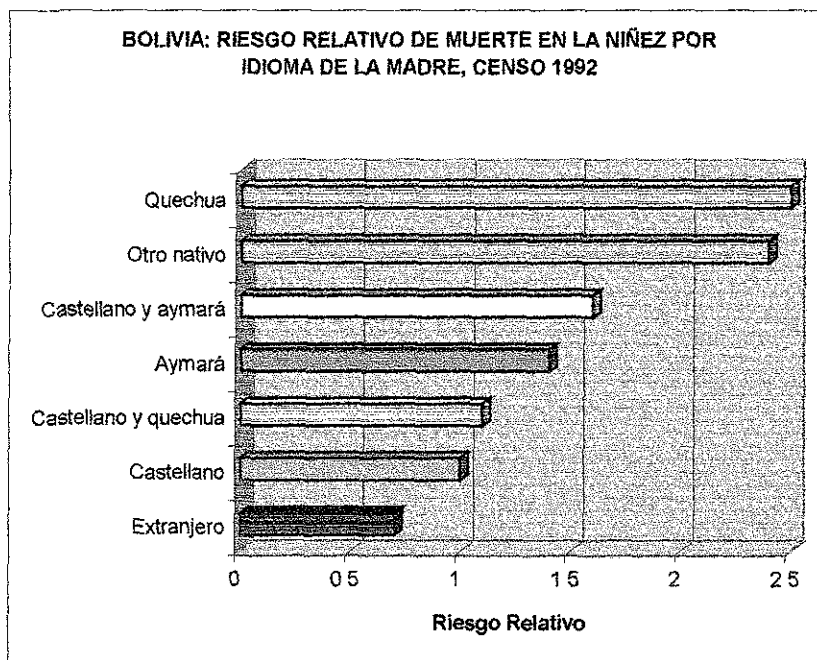
## Área de Residencia



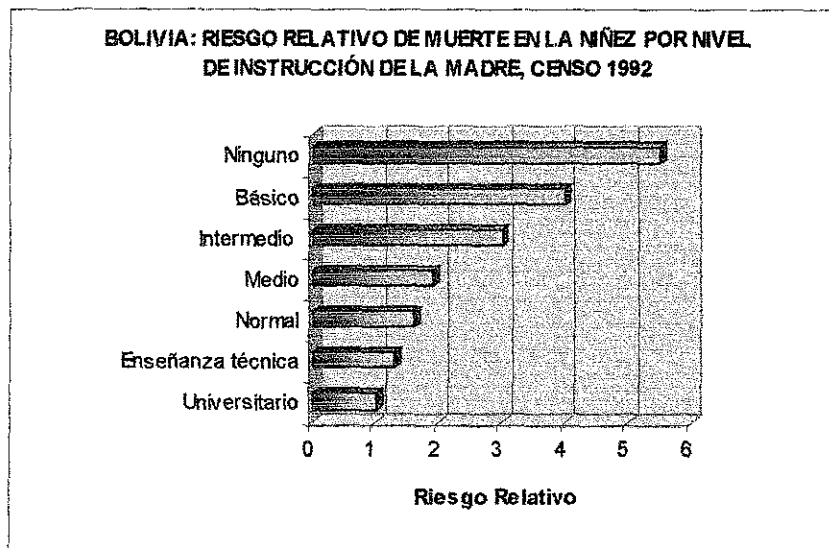
## Servicio de la vivienda: abastecimiento de agua y servicio sanitario



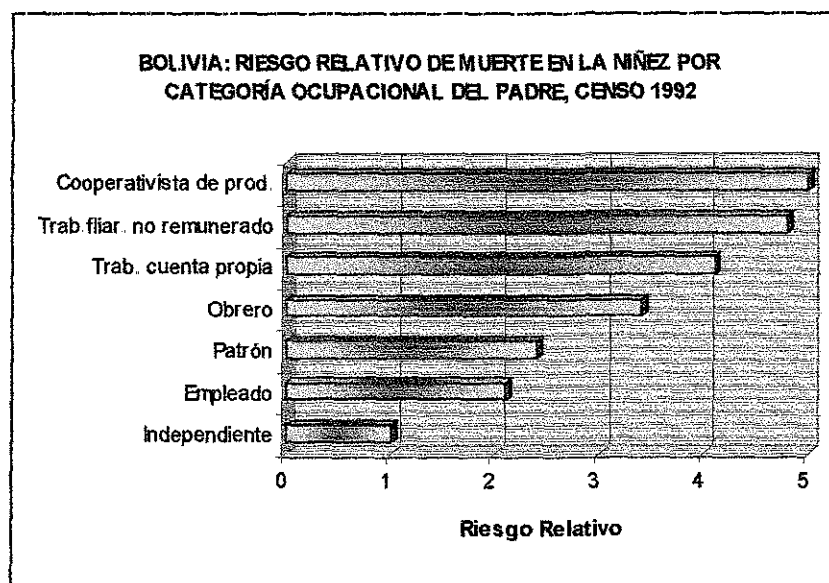
## Idioma de la Madre



## Nivel de Instrucción de la Madre



## Categoría Ocupacional del Padre



## Factores Étnicos

Ésta variable no solamente expresa la forma de relacionamiento verbal de la población, sino que también representa la adscripción de hombres y mujeres bolivianos a culturas distintas, dentro de las cuales se dan formas de organización social y percepciones particulares de la realidad.

Es por ello como sustrato del idioma hablado, se encuentran elementos que afectan otras variables ligadas con la sobrevivencia en la infancia como son los cuidados del embarazo y el parto, la lactancia y la alimentación complementaria y la relación con los servicios formales de salud. Por ejemplo, en la región del Altiplano boliviano la población es de origen principalmente aymará y los patrones de lactancia son prolongados. Asimismo, se ha observado que tanto la población aymará como quechua son renuentes en visitar centros de salud. Para el habitante andino, la causa de muchas enfermedades es de tipo misterioso, por lo tanto realiza un diagnóstico y un tratamiento del tipo cósmico ancestral, procurando a la vez la curación orgánica del cuerpo y la preparación psicológica del paciente para dicha curación de acuerdo a su mundo de creencias; es lógico entonces, el rechazo y la desconfianza a una medicina occidental pensada casi exclusivamente como "curación del cuerpo" y dissociada de las prácticas rituales y de la salud del espíritu. (Albó, 1989)

### - Desarrollo de la investigación para mortalidad en la niñez:

**Tipo de estudio y tamaño de la muestra:** Estudio prospectivo (para el futuro), transversal (estudio de características de individuos en un momento dado una sola vez), observacional (sin modificar el fenómeno estudiado), analítico (se formula una hipótesis central relacionada con la evaluación de los servicios de salud). Se realizó pues una encuesta analítica prospectiva. (Berruecos, 1994: 78)

El tamaño de la muestra se calculó en base en la frecuencia de la presentación del evento que es el 10% como tasa de mortalidad. Se establece según cálculos epidemiológicos que para el 10% del evento, la muestra mínima debe ser 139 con un error muestral del 5% admitido como adecuado para validez estadística. (Vaughan, 1997: 256)

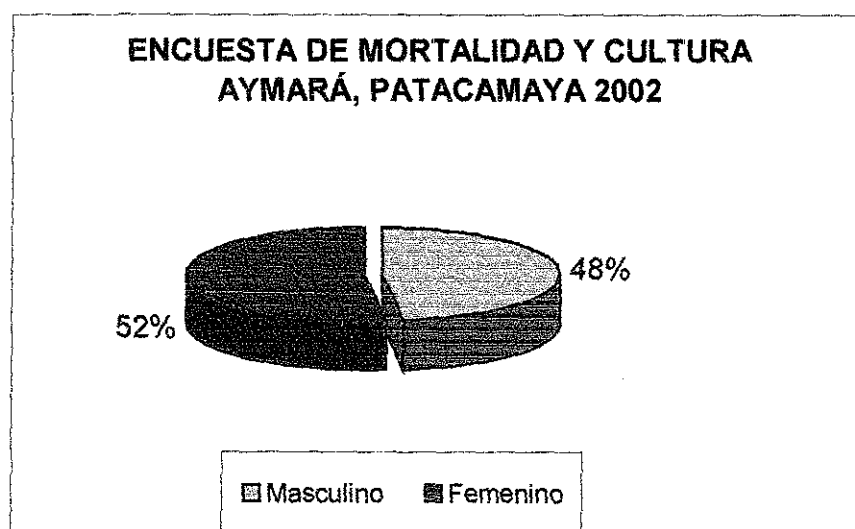
En nuestra investigación se aplicaron 160 encuestas en los meses de abril y mayo de 2002 en la población de Patacamaya, los cuales tuvieron en su contenido preguntas de orden: 1) general, 2) educación, 3) mortalidad infantil, 4) preguntas a mujeres aymarás, 5) cultura (6) tradiciones, 7) creencias, 8) valores) y 9) aspectos económicos. Los cuestionarios fueron aplicados por un grupo de 6 trabajadoras sociales previamente capacitadas y controladas por una supervisora durante el trabajo de campo. Su distribución en la población se procuró entre hombres y mujeres considerando en lo posible los siguientes grupos de edad:

No de cuestionarios	Hombres / edad	No de cuestionarios	Mujeres / edad
20	15-24 años	20	15-24 años
20	25-34 años	20	25-34 años
20	35-44 años	20	35-44 años
20	>= 45 años	20	>= 45 años
80		80	Total 160

Todos los días durante el tiempo de recolección de encuestas se realizaron reuniones para evaluar las eventualidades emergentes y toda la información se introdujo en bases de datos para su análisis con los programas estadísticos (EPI INFO 2000 y SPSS 10)

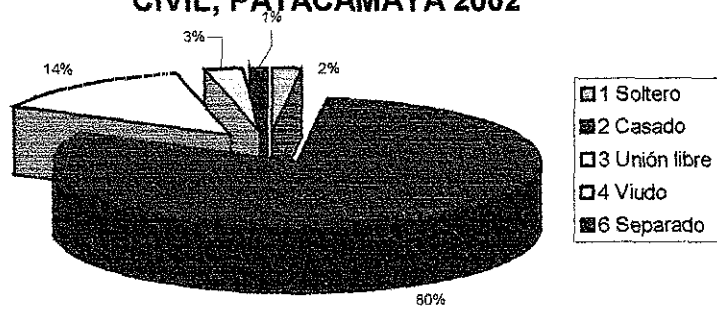
Nuestra muestra fue tomada en forma aleatoria, sin distinción de informantes entre hombres y mujeres siempre que la condición de ser padre de familia se haya cumplido.

Los datos generales de la población de nuestra muestra son los siguientes:

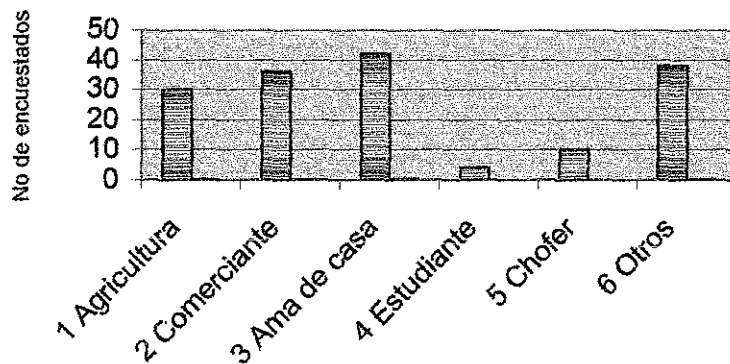




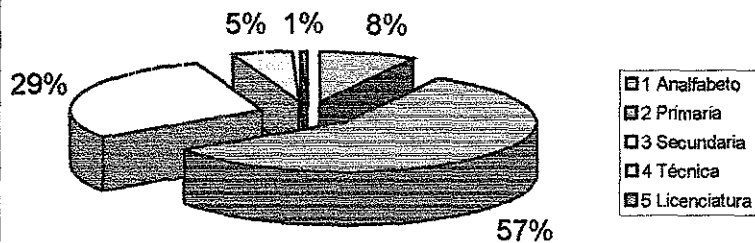
**POBLACIÓN ENCUESTADA POR ESTADO CIVIL, PATACAMAYA 2002**

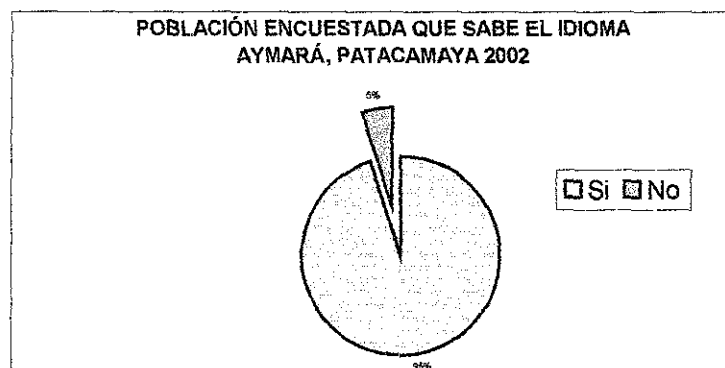
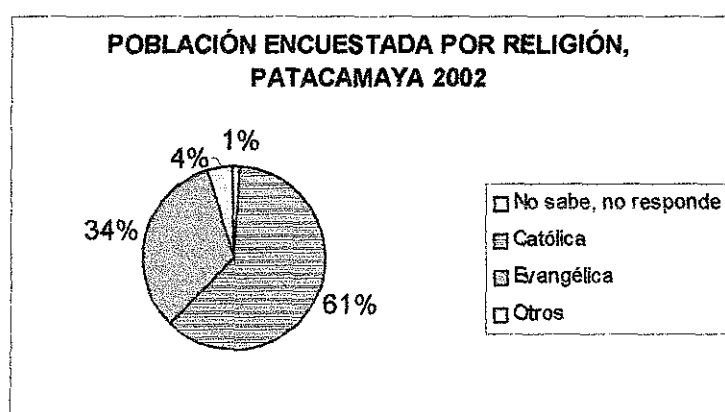
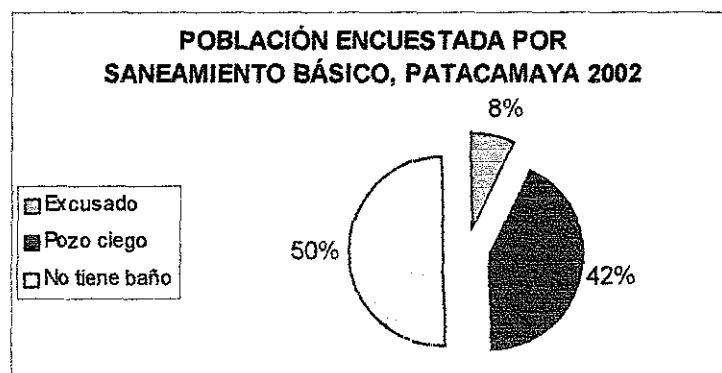


**POBLACION ENCUESTADA POR OCUPACIÓN, PATACAMAYA 2002**



**POBLACIÓN ENCUESTADA POR GRADO DE ESCOLARIDAD, PATACAMAYA 2002**





Estos son los resultados encontrados a través de la encuesta a la población de Patacamaya realizada en los meses de abril -- mayo de 2002 con respecto a la mortalidad en sus niños.

Para calcular la tasa de mortalidad se preguntó cuantos hijos tuvo durante su vida y cuántos de esos murieron antes de cumplir los 5 años de vida. A continuación se observan las tablas de frecuencias:

### N31 (Menores de 1 mes)

N31	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	118	73.8%	73.8%
1	22	13.8%	87.5%
2	10	6.2%	93.8%
3	7	4.4%	98.1%
4	3	1.9%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

75 Fallecidos

$75/733 = 0.1023 \times 100 = 10.23\%$  de mortalidad neonatal

### N32 (Mortalidad entre 1 mes de vida a menores de 5 años)

N32	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	130	81.2%	81.2%
1	14	8.8%	90.0%
2	10	6.2%	96.2%
3	5	3.1%	99.4%
4	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

53 Fallecidos

$53/733 = 0.072 \times 100 = 7.2\%$

### MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

$75 + 53 = 128$  Fallecidos

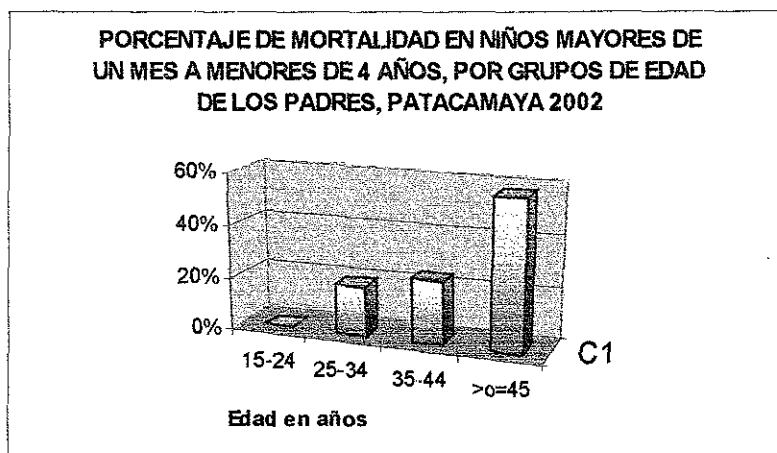
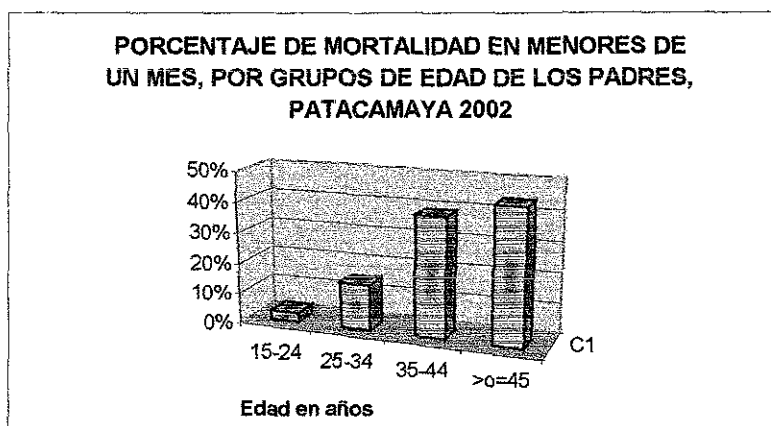
$128/733 = 0.1746 \times 100 = 17.46\%$  o 174.6 por 1000

**N33 (Mortalidad en mayores de 5 años)**

N33	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	150	93.8%	93.8%
1	8	5.0%	98.8%
2	1	0.6%	99.4%
4	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

14 Fallecidos > 5 años

**MORTALIDAD TOTAL: 75 + 53 + 14 = 142 fallecidos de 160 personas encuestadas**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Número de nacimientos

### 141 (Niños)

<b>N141</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>	
0	15	9.4%	9.4%	
1	50	31.2%	40.6%	
2	44	27.5%	68.1%	
3	24	15.0%	83.1%	
4	16	10.0%	93.1%	
5	8	5.0%	98.1%	
6	3	1.9%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

### N142 (Niñas)

<b>N142</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>	
0	32	20.0%	20.0%	
1	50	31.2%	51.2%	
2	40	25.0%	76.2%	
3	22	13.8%	90.0%	
4	11	6.9%	96.9%	
5	3	1.9%	98.8%	
6	1	0.6%	99.4%	
7	1	0.6%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

### N143 (Niños fallecidos)

N143	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	103	64.4%	64.4%
1	22	13.8%	78.1%
2	14	8.8%	86.9%
3	10	6.2%	93.1%
4	6	3.8%	96.9%
5	2	1.2%	98.1%
6	2	1.2%	99.4%
7	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

57 de los 160 entrevistados experimentaron el fallecimiento de 1 o más hijos = 35.6%

**Resultados y análisis para la mortalidad en la niñez:** Los resultados de mortalidad en niños menores de 5 años en la población de Patacamaya son definitivamente muy elevados. En Bolivia se estimó para 1998 que la tasa fue de 99 por 1000 nacidos, para la población aymará 153 por 1000 nacidos. En nuestro trabajo la cifra es de 175 por 1000 nacidos vivos.

No desconocemos que los factores para esta mortalidad son múltiples, y en nuestra muestra, vemos que son habitantes de una clase social pobre donde el 50% no tienen baño y el 65% de ellos tienen sólo la primaria o son analfabetos.

## B. LA CULTURA AYMARÁ

Cronología	Clima y niveles del Lago Titicaca		Culturas	Tipos de actividades	Lenguas/etnias
	Lago Mayor (L. Chuchuko)	Lago Menor (Whitymarca)			
10.000	Extremo de pluviosidad, nivel del lago: Ca + 5 m (refer. actual) (Sud Altiplano; gran lago Tauca, con 43.000 Km <sup>2</sup> )				
8.500	Principio bajada de las aguas				
5.500	Extremo de aridez; niveles lacustres al más bajo nivel Ca 50/60 m; bayas de Puno y Huacane a seco (aguas saladas)	completamente seco Desaguadero a seco	Viscachani (La Paz) al sur: Laguna Hedionda Laguna Colorada (Potbel)	cazadores - recolectores	"urus" "choqueña"?
3.000	Periodo más húmedo; principio ciclo de subida de las aguas nivel ca - 20/30 m.				
2.500	Acentuación de la lluvia; prosigue la subida de aguas nivel ca - 10 m.		N: Pucóna (ca +1100/+100 Baya de Puno) S: Chiripa (ca 500/+100; Suriqui, pariti, Anayutani, Achinupa)		
250	Principio de la fase final de subida de las aguas				lengua pukina?
0 J.C.	Los fondos de las bahías están de nuevo puestos en agua		Tiwanaco (templos)		lengua pukina?
+ 1.000	Submersión total puesta en agua del Desaguadero		"Chulpas" (ca +1100/+1200) Señorios pastorales, en los del lago (en Lupeacis: sobre 25 sitios solo 7 en el lago)	Los aymaras toman a los Collas (pukina y uru), las islas del Sol, de la Luna y Copacabana Sitios pastorales y lacustres	Difusión del aymara Altiplano: aymara pukina, uru. Valles: mitimae quechua
hacia 1.500	Fin del ciclo de subida de las aguas (pequeña edad glacial) nivel a + alg. m.		Ocupación incaica: nueva ocupación de orillas del lago.		
Actual	Ligera bajada de las aguas nivel medio + 3.808 m.		Llegada de los Españoles		

(Bouysson, 1988: 35)

- **Antecedentes:** "Sobre la lengua aymara hay que reconocer que todavía no se sabe si es originaria del sur del Perú o del Altiplano de Bolivia. No lejos de Lima se habla todavía, por unos 1,800 individuos según parece, el dialecto *cauqui* o *yauyos*, indudablemente aymará, algo mezclado con el quichua... Con el nombre de la lengua y el pueblo que tratamos, ha ocurrido algo semejante a lo del quichua. Ellos no se llamaron así nunca. El nombre propio que más parece convenirles es el de *Collas*, que dio origen a una de las cuatro regiones del Imperio Incaico. Los aymarás originarios a los cuales se debe este nombre, eran una tribu del Departamento de Apurimac, en el Perú. Los cuales según unos hablaban originariamente la lengua quichua, el nombre de Aymarás aplicado a los Collas proviene de un *mitimae quichua* de Apurimac, trasladado a Puno y "collizado" de ellos le habrían tomado los españoles y extendido a todos los Collas." (Ibarra, 1996: 44).

- La lengua aymará se extendió en la parte del norte del Altiplano abarcando parte de la cordillera occidental, aquella que penetra al norte del lago Titi-kaka y baja a los valles

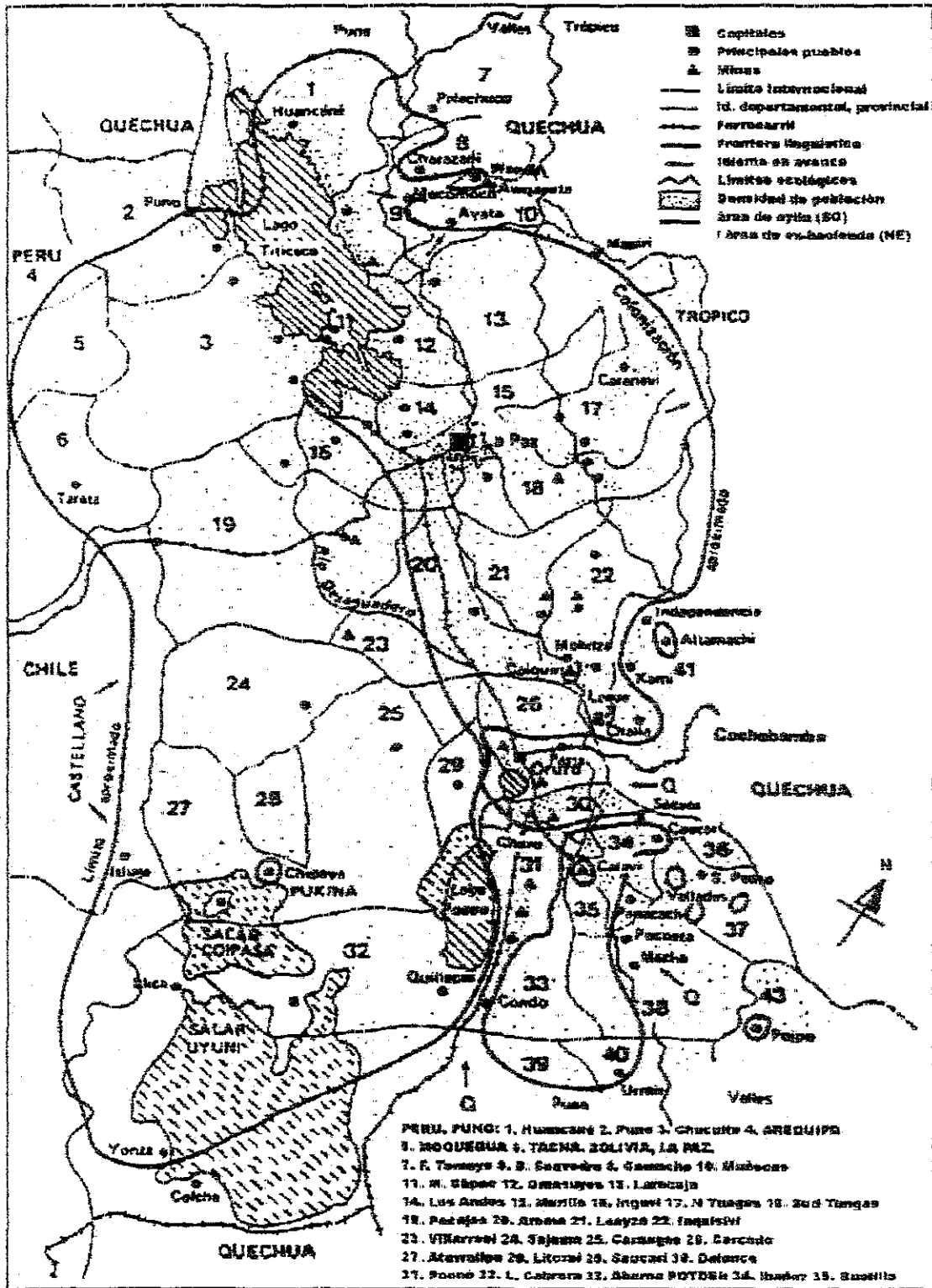
de Cochabamba. Desde esta perspectiva comprendería hoy tres departamentos, La Paz, el más importante, Oruro y Cochabamba. Los dialectos del Aymará en Bolivia son el *lupaca*, el más estudiado, el *omasuyo*, el *pacasa*, el *sicasica*, el *caranga*, el *paria* y el *quillaca*. La población que habla aymará de uno u otro modo, hablando sólo esta lengua o alternando con el castellano llega a sumar a 1,108,217 personas, de las cuales 169,128 son monolingües y 939,089 son bilingües, esto significa que solo 15% de los aymarás son estrictamente monolingües. En el departamento de La Paz concentra al 89 por ciento de los aymará hablantes, en Cochabamba los aymará hablantes llegan al 3 por ciento siendo en su mayoría bilingües y en Potosí un 2%. Entre los departamentos de La Paz, Oruro, Cochabamba y Potosí, los aymarás suman el 98% de la población nativa que habla el idioma en consideración, el 2% restante se divide en el resto de los departamentos. (INE, Análisis de Poblaciones Nativas, 1997: 77)

GRUPOS DE EDAD	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AYMARÁ POR IDIOMA			
	TOTAL	%	MONOLINGÜE	BILINGÜE
<b>TOTAL</b>	1,108,217	100	169,128	939,089
6-9	91,931	8.30	20,992	70,939
10-14	124,519	11.24	9,777	114,742
15-19	114,026	10.29	4,951	109,075
20-24	109,295	9.86	4,266	105,029
25-29	104,162	9.40	5,088	99,074
30-34	99,674	8.99	6,744	92,930
35-39	92,129	8.31	8,915	83,214
40-44	79,164	7.14	11,511	67,653
45-49	69,311	6.25	13,455	55,856
50-54	50,997	4.60	12,760	38,237
55-59	42,097	3.80	12,560	29,537
60-64	44,248	3.99	15,318	28,930
65-69	34,245	2.73	12,179	18,066
70y más	54,420	5.09	30,612	25,808

Fuente: INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 1992

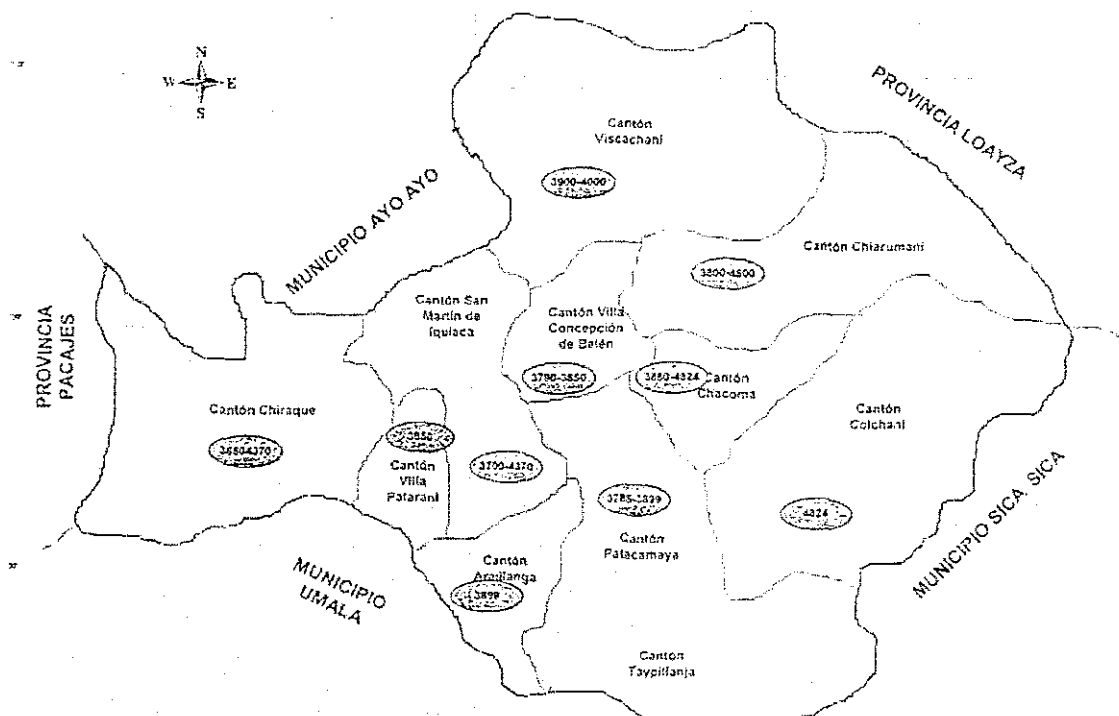
Los aymarás forman parte de los llamados pueblos andinos de América del Sur y son, junto con los quechuas y los guaraníes, uno de los tres pueblos indígenas más grandes del continente. Para 1995 se calcularon 1,500,000 aymarás; de estos más o menos 1,150,000 vive en la República de Bolivia (población total estimada de 7,417,834 para ese año), concentrándose en los departamentos de La Paz y Oruro. En Perú se encuentran unos 350,000 aymarás, que viven casi todos en el departamento meridional de Puno. Unos pocos miles de aymarás viven en el norte de Chile, en la llamada Primera Región. (van den Berg, 1990: 5)





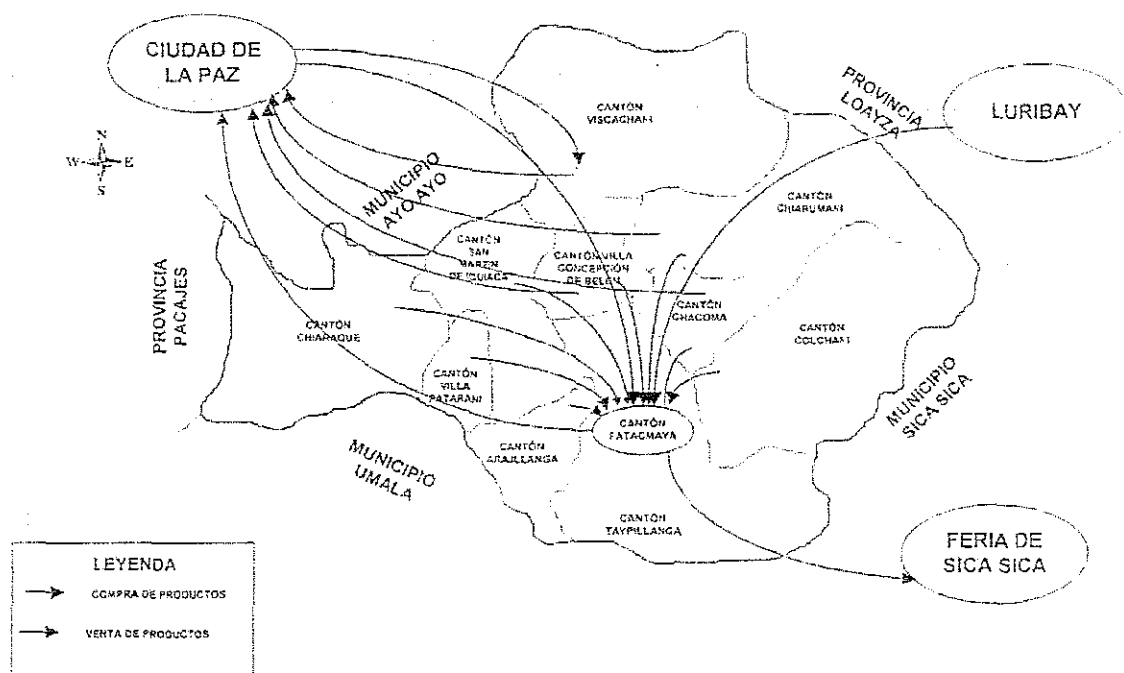
El mundo aymará (van den Berg, 1990)

- **Entorno y marco teórico:** Bolivia tiene nueve departamentos y La Paz es uno de los más importantes porque es la sede del gobierno. La Paz está dividido en veinte provincias, una de ellas es la provincia Aroma que tiene varias secciones, la quinta sección corresponde a la población de *Patacamaya* la cual se constituye en objeto de nuestra investigación. Ubicada en el Altiplano boliviano, se encuentra a una altura estimada promedio de 3850 metros sobre el nivel del mar, el clima es frío y en invierno suele registrarse temperaturas bajo cero.



(Mapa político y altitudes de Patacamaya)

Patacamaya está conectado con La Paz y Oruro a través de una carretera asfaltada, tiene equidistantes ambas capitales a 100 kilómetros de distancia. Se constituye por sí solo uno de los centros poblacionales más concurridos por todos los pobladores de ésta región Altiplánica, en realidad es un centro de comercio para estos habitantes que son exclusivamente nativos aymaras.



(Mapa de flujo de comercialización de Patacamaya)

Según el último Censo de población y Vivienda 2001 la cantidad de habitantes en esta población es de 8,414 habitantes, pero con las comunidades alrededor de ella alcanzan aproximadamente 20,039.

**CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2001 – RESULTADOS DE POBLACIÓN**

DESCRIPCIÓN	HABITANTES
<b>BOLIVIA</b>	<b>8,274,325</b>
<b>La Paz</b>	<b>2,350,466</b>
<b>Aroma</b>	<b>86,480</b>
<b>QUINTA SECCIÓN (Patacamaya)</b>	<b>20,039</b>
<b>CAUCHI</b>	<b>241</b>
-CAUCHI	241
<b>COMUNIDAD TAYPILLANGA</b>	<b>627</b>
-TAYPILLANGA	575
-TOLOMA	52
<b>COMUNIDAD TAYPILLANGA ZONA NORTE</b>	<b>126</b>
-TAYPILLANGA NORTE	126
<b>JOKHO PAMPA</b>	<b>102</b>
-JOKHO PAMPA	102
<b>PATACAMAYA</b>	<b>8,414</b>
-PATACAMAYA	8,414
<b>TITIRI</b>	<b>390</b>
-TITIRI	390
<b>PATACAMAYA</b>	<b>319</b>

--COCHINITOS	319
<b>COMUNIDAD ARAJLLANGA</b>	<b>600</b>
--ARAJLLANGA	316
--ARAJLLANGA SEGUNDA ZONA	129
--ARAJLLANGA ZONA 1	155
<b>SAN JUAN DE CULTA</b>	<b>628</b>
--SAN JUAN DE CULTA	628
<b>CHACOMA</b>	<b>572</b>
--CHACOMA	572
<b>CHIARUMANI</b>	<b>340</b>
--CHIARUMANI	340
<b>MURUCHAPI</b>	<b>169</b>
--MURUCHAPI	169
<b>SINDICATO AGRARIO CHIARUMANI</b>	<b>312</b>
--CHIARUMANI	140
--HUAÑA JAHUIRA	26
--KISHUARANI	09
--MACHAK HUYO	116
--TIRA COMA	21
<b>QUISHUARANI</b>	<b>52</b>
--KISHUARANI	52
<b>TIRACOMA</b>	<b>56</b>
--TIRA COMA	56
<b>ALTO PATACAMAYA</b>	<b>278</b>
--ALTO PATACAMAYA	278
<b>TARMAYA</b>	<b>182</b>
--TARMAYA	182
<b>PUSUTA JATUQUIRA</b>	<b>114</b>
--JATUQUIRA	114
<b>CHIARAQUE</b>	<b>265</b>
--CHIARAQUE	217
--YEURUTA	48
<b>COMUNIDAD CALA CALA</b>	<b>88</b>
--CALA CALA	88
<b>COMUNIDAD CAPUNUTA</b>	<b>266</b>
--CAPUNUTA	266
<b>COMUNIDAD CHUSICANI</b>	<b>280</b>
--AJASIPI	69
--CAYLLA CHURU PAMPA	59
--JATHARANI	81
--MORO OTA	71
<b>COMUNIDAD MANZANANI</b>	<b>112</b>
--MANZANANI	112
<b>COMUNIDAD VICARANI</b>	<b>122</b>
--VICARANI	67

--CHOQUEHIRA	24
--VANCARAMA	31
<b>VITUYO</b>	<b>436</b>
--CALLUCHANI	48
--CAIARIRI	34
--MAMORASI	94
--PANTANTIRA	51
--IAHUCOJO	40
--VILA VILA	75
--VITUYO	94
<b>COMUNIDAD CAHUANUTA</b>	<b>183</b>
--CAHUANUTA	183
<b>COMUNIDAD COLCHANI</b>	<b>407</b>
--COLCHANI	407
<b>JAPUMA</b>	<b>109</b>
--JAPUMA	109
<b>JISKHA KHOLLU</b>	<b>401</b>
--JISKHA KHOLLU	397
--MURMUNTANI	04
<b>SASARI</b>	<b>229</b>
--SASARI	229
<b>SINDICATO AGRARIO VISCACHANI</b>	<b>104</b>
--MANIECANI	90
--PUJRAVI	14
<b>VISCACHANI</b>	<b>379</b>
--HIRUTIRA	29
--THULOMA	142
--VISCACHANI	208
<b>TOLOMA</b>	<b>177</b>
--TOLOMA	177
<b>HIRUTIRA</b>	<b>135</b>
--HIRUTIRA	123
--TOLOMA	07
--PUJRAVI	05
<b>MANIECANI</b>	<b>263</b>
--MANIECANI	263
<b>PUJRAVI</b>	<b>73</b>
--PUJRAVI	73
<b>COLLPA HUANCARANI</b>	<b>379</b>
--COLLPA HUANCARANI	379
<b>COMUNIDAD AMACHUMA</b>	<b>109</b>
--AMACHUMA	109
<b>COMUNIDAD SAN MARTIN</b>	<b>274</b>
--SAN MARTIN	274
<b>HUANCARANI</b>	<b>113</b>

-COLLPA HUANCARANI	113
<b>COMUNIDAD VILLA PATARANI</b>	<b>1,024</b>
-VILLA PATARANI	1,024
<b>CATARIRI</b>	<b>231</b>
-KATA KATANI	231
<b>ZONA BELEN IQUIACA</b>	<b>118</b>
-BELEN IQUIACA	118
<b>ZONA PINAYA PAMPA</b>	<b>111</b>
-PINAYA PAMPA	111
<b>ISQUILLANI PAMPA</b>	<b>129</b>
-ISQUILLANI	129

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística - Censo de Población y Vivienda - 2001

(--): Nota - En Bolivia, después de la unidad geográfica definida como Cantón no existen otras de escala menor que sean homogéneas. Las que existen son espacialmente heterogéneas y se denominan de manera diversa: comunidades, centrales, sub-centrales, colonias, brechas, sindicatos, ex-estancias, etc. Por ello el INE adopta el concepto de "Organización Comunitaria", descrita como una organización estructurada según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias, conocida por un nombre común, cuyos límites geográficos son identificables en el terreno y con autoridades jurisdiccionales reconocidas por sus habitantes y sus vecinos. De este tipo de organización pueden formar parte una o más localidades o lugares.

La gente que vive en Patacamaya corresponde estrictamente a gente de habla aymará, la mayoría en forma bilingüe (Aymará-Castellano).

La cultura aymará es ahora objeto de nuestra atención; después de haber considerado en el capítulo anterior la significativa mortalidad de los niños indígenas, nos toca ahora estudiar parte de su cultura descrita por algunos historiadores y antropólogos.

### ***La cultura inmaterial del pueblo indígena aymará***

Nos referimos como cultura no material aquello que no es palpable; así nos referimos al *ethos* que significa la concepción del mundo a través de su apreciación, por este hecho a partir de este punto pretenderemos describir algunas características del indígena aymará a través de los cristales de un historiador. (Otero, 1972)

**Creencias:** El mundo mágico en el que vive el indio es objeto de su miedo o de su timidez; le teme a los hechizos, a los maleficios, a sus sueños y a todo un mundo de fantasmas.

Los españoles para desplazar la cultura indígena contaban con dos fuerzas: con su voluntad de dominación y con la religión católica. El español encontró en el indio un elemento plástico para su afán de dominio, y la religión cristiana también halló un terreno abonado para la siembra. Los españoles despertaron en los indígenas el sentimiento de su propia personalidad, de su orgullo y de su dignidad. El cristianismo operó también su acción; fue para el indio una sustitución de sus mitos por otros mitos; pero le traía una novedad y era la igualdad ante Dios y no ante los hombres.

La imaginación adquiere en los indígenas un signo especial. Su incomunicación y su aislamiento, unidos a la necesidad de relacionarse con el mundo circundante, hacen que se les afine la imaginación en la práctica de la adivinación que es una fuerza mística para ellos que sirve para abrirle surcos en la realidad. Esta gimnasia de adivinación sirve para que luzca sus

mejores condiciones imaginativas, creando verdades una veces, y otras, sorprendentes novelas poemáticas en torno de los mensajes de las hojas de la coca, con motivo de averiguar la salud de un deudo, la desaparición de una mula o la previsión de acontecimientos.

El mundo de fantasmas, de sombras, de hechicerías en que vive envuelto el indio, es tabú. Los espíritus malignos, sus sueños, son sus tabúes. El indio se encuentra encadenado a su vida subconsciente por el tabú y que después ofrece reacciones en su conducta vital, influenciando en la formación de su carácter colectivo individual.

El gran arquetipo del indio es la madre cuya imagen simbólica, no con carácter metafórico, sino real, es la tierra. La tierra es para el indio la gran madre. El padre, para el indio ando-boliviano\* está simbolizado por el mito de Wiracocha y en el padre Sol. (Otero, 1972: 199)

**Sentimientos:** La tristeza es una emoción de duelo y podría decirse que constituye un bajo relieve del carácter indígena, que está trazado por las pérdidas que experimenta: La muerte de un deudo, la desaparición de una cosecha, el robo de una acémila, la muerte de una vaca, todos estos son motivos de duelo. En estas circunstancias el indio necesita consuelo y asistencia cordial sintiendo en la profunda intimidad la vanidad de su dolor. (Op. cit: 109)

El sentimiento de compasión, vive con toda intensidad, es la proyección más importante de su elevado espíritu de comunidad, cuyas fuerzas penetran a los estratos más profundos de su ser humano. (Op. cit: 111)

En relación con los otros grupos humanos, el temor del indio se manifiesta por miedo a las autoridades, a la ley, al patrón; es decir, en general, por el miedo a los hombres del grupo opuesto, que son los blancos. Esta timidez indígena sufre una importante supervaloración cuando se trata de la conservación del grupo, ya sea finca o ayllu, comunidad o cantón y entonces se ofrece como una demostración de coraje y varonilidad.

El indio acepta el temor, el dolor, lo que no acepta es el problema de la vida; quiere pocas ideas para su existencia, y las pocas que tiene las transforma en fe.

El indio ofrece formas de vanidad, desea probar a las gentes que forman su medio circundante que tiene mas fuerza que ellos; llega hasta el sacrificio para salvarse de la crítica al ser preste (responsable) de la fiesta, vendiendo sus ovejas o empeñando su cosecha, a fin de no ser menos que sus vecinos y amigos. Aquí se manifiesta la vanidad de imposición, el deseo de demostrar su superioridad frívola a los demás. Este mismo deseo, de imposición y de lucimiento son consecuencias de dominio político, se exterioriza por su afán de exhibir en sus manos la vara de alcalde o la insignia de hilakata.

Otros sentimientos parecidos, pero distintos son: el amor propio, la dignidad y el orgullo. El orgullo para el indio representa la valoración de su efectiva superioridad, encarnada por sus hazañas, su valor, su astucia que a la postre vienen a manifestarse en una posición económica, o en la superioridad de mando o de conocimiento. (Op. cit: 116)

**Valores:** El espíritu esencialmente actualista hace que no proyecte hacia el futuro un hondo sentido de previsión. El indio no es avaro porque está ligado al presente. Ellos afrontan el porvenir con despreocupación del futuro, sin temor a las consecuencias de las enfermedades y de la muerte. Por este motivo el ahorro, que es una fuerza económica de acumulación, no está generalizada en el indio.

---

\* Relativo a la gente que vive cercana a la cordillera de "Los Andes bolivianos"

El indio cumple con sus obligaciones, aunque para la ejecución de ellas rodee de una serie de obstáculos que concluye por dar importancia al acto que ha realizado, demostrando que para cumplir una cosa ha tenido que vencer grandes dificultades. Aunque el indio no es muy sociable tiene un alto concepto de la hospitalidad y de la cooperación, y las ejecuta con naturalidad y sin esfuerzo, como una función unida a su existencia. (Otero, 1972: 121)

La ambición del indio por el dinero, debe medirse con el mismo metro que la del hombre de las grandes ciudades, solo que el indio sitúa su ambición en poseer una vaca y el comerciante de la ciudad, en tener millones. La esencia de la pasión humana es la misma aunque los efectos sean distintos. (Op. cit: 118)

El indio como padre de sus hijos, ver crecer su prole y siente la alegría de contar mañana con útiles colaboradores. Sus hijos no son sus hijos, sino sus futuros pastores, sus futuros yunteros, etc.

Para ellos el honor no depende de sí mismo sino de la opinión que tengan los demás miembros del grupo. Mientras esta opinión del grupo no ha llegado a afectar el valor de su persona, que le hace experimentar vergüenza, el no reacciona ante la presión del mundo circundante. El honor indígena no tiene la característica del honor caballeresco, sino que simplemente es una expresión de vergüenza que le impone obligaciones hacia el grupo, como el no ser cobarde, el no ser ladrón, el comportarse generosamente con el enemigo, el ser hospitalario, etc. (Op. cit: 126)

Socialmente el indio, aunque se siente bajo la coacción, busca el apoyo de los mismos que le hacen víctima y por esta tendencia que se le pronuncia se ve que actúa bajo el sentimiento del complejo del hermano menor (Op. cit: 141)

Los indígenas para actuar, no se rigen indudablemente por principios éticos, ni tampoco atienden mucho al criterio del pecado. Su dirección para obrar es el interés, es decir, el egoísmo, su satisfacción personal, y no causar daño, para que a su vez no le perjudique.

Si observamos la cultura actual del indio, se ofrece a simple vista que existe un paralelismo entre la influencia social de sus facultades intelectuales y sus fuerzas efectivas y morales, es decir, que se aprecia un equilibrio en el desarrollo intelectual del indio y sus proyecciones psíquicas derivadas de la emotividad, las pasiones y el instinto. En el hombre cosmopolita en cambio observamos que se ha roto el paralelismo de sus facultades intelectuales y morales, ha desarrollado más el progreso intelectual que el progreso moral. El espíritu de la moral indígena, lo consideramos de un grado de superioridad sobre la moral del hombre occidentalizado, y en el peor de los casos, la moral indígena es igual a la moral del hombre cosmopolita.

Su sagacidad para descubrir la verdad y en forma inferior su astucia muy desarrollada y su tendencia a poner el dedo en la llaga representan una actitud de valoración inteligente.

**Costumbres y tradiciones:** Las costumbres no son pues del dominio de la inteligencia ni de la razón, sino pertenece a la esfera telúrica de la vida humana. Muchos escritores bolivianos y extranjeros que se han ocupado del indio; que es un ser conservador, apegado a sus viejas prácticas, rutinario e incapaz de espíritu de renovación y que vive bajo la acción del estancamiento psíquico y biológico.

El arte de curar ofrece en los indígenas particularidades especiales, así ellos emplean una cantidad de métodos y procedimientos precursores de la moderna medicina y cirugía. Estos indios han estudiado las características terapéuticas de una multitud de plantas medicinales que las suministran como remedios y con eficacia. Pero no únicamente son interesados en dichas prácticas, sino las de la explotación clínica, diagnóstico y tratamiento. Es



aquí donde se revela el verdadero arte de curar de los indígenas. Este arte de curar naturalmente, no se encuentra exento de prácticas supersticiosas y de hechicerías, sino mezclado con estas prácticas (Otero, 1972: 187)

**Religión:** El espíritu de religiosidad en el indígena está amalgamado por concepto mágico. El culto heliolátrico de los indios que tenían un fondo panteísta era al mismo tiempo amor al grupo que se proyectaba al soberano, revirtiéndose luego sobre el ídolo colectivo, que era el dios nacional, el padre sol, la vida, la fecundidad, la fuerza...

El cristianismo se ha formado en el indio en los viejos moldes de su religiosidad y sus ídolos han sido decorados con el oro de las prácticas de la iglesia católica. Con estos elementos, su mitología y su espíritu mágico, ha formado una superestructura religiosa que no es más que una fuerza de resistencia defensiva. La religión para el indio, desgraciadamente, sólo es una forma de expandir su personalidad, es decir conquistar bienes materiales, salud y el logro de sus fines, convirtiéndose en el elemento del que se agarran en el momento de la muerte para sobrevivir eternamente.

La religión preside los actos más importantes de la vida del indio, y considera a los santos como a sus benefactores humanos a los que en caso que no cumplan sus pedidos pueden retirarles su confianza y su devoción.

La fuerza mística de la religión viene a ser para el indio un auxiliar para fomentar su tendencia a lo sobrenatural y al milagro. Todo su espíritu de temerosidad se desplaza por el punto de la menor resistencia que es la mística, en donde se encuentra lo mágico y lo religioso.

La religión cristiana católica; administrada sin verdadero espíritu religioso, con el único objeto de ensanchar el campo de su dominio solo ha servido para extremar la tendencia supersticiosa del indio, convirtiéndola en una verdadera muralla que obstaculiza el desarrollo de su mentalidad, aunque no podemos dejar de reconocer que en cierto momento de su evolución espiritual le suministro un elemento emotivo para la concepción de la libertad. (Op. Cit.: 141)

**Formas de vida:** Los enfermos y los viejos que sufren mucho en el período preagónico son ayudados para morir por la ingestión de alguna hierba o simplemente por la rápida asfixia; esta práctica se designa con el nombre aymará de yañapaña. (Op. cit: 106)

Algunas enfermedades y fallecimientos son atribuidos a la influencia de las brujerías. Estos casos son considerados incurables y completamente inevitables. El fallecimiento como tal, es aceptado por ellos con bastante tranquilidad y equilibradamente, lo comprenden como algo natural e inevitable (Solc, 1969: 167)

En cuanto al nacimiento, cuando el niño nace la mujer de mayor experiencia corta el cordón umbilical con un pedazo de vaso quebrado (de cerámica) y baña al niño en agua tibia. Los niños defectuosos y anormales los dejan morir sin excepción e inmediatamente después del parto.

El cuidado de los lactantes es mínimo. Desde el primer baño la madre envuelve a su niño en trapos de lana o en cueros de oveja y con esto, en un paño rojo de lana, le faja firmemente con un cordel de lana, de modo que el niño conserva sus manos junto al cuerpo. Cuando los niños se ensucian, las madres los limpian y envuelven en otros trapos secos. Los pañales sucios son lavados en el lago y secados al sol. A los niños no los bañan; por esto son muy sucios y muchas veces presentan evidencias de eczemas y postemas. (Op. cit: 160)

En cuanto a la profesión y a la vocación, el indio en su medio circundante, tiene pocas entre las cuales elegir, ya que está obligado a ser agricultor, pastor, viajero, ganadero, hechicero,

conductor o todo a la vez. El indio se encuentra cerca de su profesión y de su vocación desplazándose por la línea de menor resistencia, que es hacer lo que ve hacer, y repetirse en él lo que fueron sus abuelos y antepasados remotos. El indio hace coincidir su destino con su profesión por lo cual se siente íntimamente feliz dándole seguridad y firmeza; sin inquietudes, sin problemas y sin variaciones. (Otero, 1972: 122)

**Carácter:** La timidez del indio, antes que intelectual o moral, es una timidez de orden biológico frente a las alternativas de la existencia, y esta timidez se agrava cuando se ve obligado al trato con individuos o agentes que él considera diferentes. Esta timidez es la fuerza gestora de su valor y de su estoicismo, lo mismo que de su gran resistencia espiritual. Esta actitud tiene por fuerzas exógenas la soledad y el aislamiento en su vida geográfica de la montaña andina y de la altiplanicie, es un rasgo muy acentuado de su carácter no agresivo. Esta tendencia aislacionista del indio, hija del retraimiento moral, engendrada por la fuerza pasiva de la resistencia es la causa del regionalismo indígena. (Op. Cit.: 113)

La envidia exógena es un movimiento de reacción psicológica en el indio, que al sentirse humillado y oprimido por fuerzas sociales que pesan sobre él secularmente, tiende a afirmar su personalidad por esta forma de resentimiento. El indio hasta hoy, es una víctima de las fuerzas morales avasalladoras que han presionado la intimidad de su conciencia, provocando el resentimiento. Esta actitud pizca del resentimiento surge cada vez que sufre lesiones en su dignidad, en su integridad moral y en sus intereses materiales.

El indio siente un gran deseo de expansión y posesión suprema. Los jiliris y yatiris no son sino los indígenas más listos y ambiciosos del grupo, que en situación de privilegio ejercen su influjo mágico de control, de consejo y de dirección sobre los demás.

Al producirse la revolución de la independencia, el indio juega un papel importante en los ejércitos libertadores, el brazo de la revolución. En él existía un nuevo salto hacia la formación de su personalidad y a la captación del sentimiento de no-sumisión.

Una forma de expresión típica del indígena es la negación. Este detalle de su personalidad también puede observarse en forma contraria en el rodeo de su lenguaje y en la forma de tratar los asuntos. Así como tiene facilidad para el ¡no!, también se reviste de una serie de cortinas para llegar a una conclusión; es decir como postura mental, no va al grano. Esta su actitud es más bien una postura moral que intelectual, ya que se trata de una situación de ataque y defensa.

Hemos trazado el esquema de la actitud del indio, que está unida a la voluntad, que es el órgano de la acción política y cuyas expresiones positivas son la dignidad y no la sumisión.

El "complejo de inferioridad" del indio es una idea que, sumergida en su conciencia, ha fructificado como una manifestación de su personalidad. No surge como resultado del medio circundante, tampoco como consecuencia para dominar a la naturaleza, ni es hijo de la deficiencia de su valoración individual, sino que es un estrato de conciencia adquirido por comparación en virtud de un proceso mental que ha sido agravado por la sustentación de superioridad del grupo opuesto; es decir que en el indio, frente al blanco, no ha podido menos que pensar en su pequeñez y en su minusvalía. Además el blanco, en el curso de los siglos de dominación, lo que ha hecho es cultivar en él este sentimiento de inferioridad por la presión moral del desprecio, del insulto, por la coacción del castigo, por la imposición de sus leyes y por la constante demostración de su superioridad, que hace frente a él en todos los aspectos de la vida (Op. cit: 141)

**Personalidad:** La personalidad indígena está constituida por la síntesis integral de los tres estratos de la individualidad, que son la vitalidad, el alma y el espíritu; la vitalidad que representa el yo biológico; el alma, el yo volitivo y el espíritu el yo intelectual.

Según lo expuesto, creemos que descubrir que la personalidad indígena tiene un predominio del alma sobre la vitalidad y sobre el espíritu. Así podemos decir que el indio boliviano es un hombre de alma, encontrándose en grado inferior su espiritualidad y su vitalidad. Ahora nos toca asignar el papel totalitario del alma indígena en relación con su facultad generadora de la voluntad. Así como encontramos que el indio tiene la función de la voluntad sobre las otras facultades, debemos buscar el tipo específico de esa voluntad, que tiene agazapada el indio como fuerza de su carácter. La voluntad tiene la facultad de proyectarse en su acción hacia el interior o hacia el exterior de la personalidad. Una es voluntad de acción y otra es voluntad de resistencia. El indio: según la inspección de todos los signos de su alma, es un hombre de voluntad, de resistencia, o lo que, la terminología llamaría introvertido, debiendo hacer notar que damos el significado de introversión a la condición de los afectos subjetivos controlados por la voluntad de frenación, cuya fuerza está determinada por las fuerzas del ambiente mental, el medio circundante y los factores permanentes de la constitución, del temperamento y el carácter. Así la fórmula sintética de la personalidad es la siguiente: alma 40%(voluntad de resistencia - introvertido), vitalidad 35% y espíritu 25% (voluntad de acción) (Otero, 1972: 203)

La descripción anterior del hombre *aymará* es una introducción al mundo diverso de significados que para ellos representa su vida plasmado en la naturaleza; parte de la naturaleza son considerados también la salud y la enfermedad aunque muchas veces con conceptos mistificados. No olvidemos que la salud depende de varios factores: la educación, la economía, el sistema de salud y por último la cultura.

La cultura *aymará* con respecto a la enfermedad es el punto principal de nuestro estudio, toda la gama de creencias, ritos, costumbres y prácticas que se generan en torno a ella y que, creemos que influyen de manera sustancial en la mortalidad de los niños.

Los determinantes de la salud, las causas y etiología de la enfermedad, su naturaleza y, por supuesto, las medidas de terapia seleccionadas por cada cultura, muestra de forma evidente que el dominio de la salud, la enfermedad y los procedimientos terapéuticos empleados están mediatizados por ella.

Enfermar y curarse en los Andes es algo sustancialmente distinto de lo que resulta estar sano y curarse en términos convencionales. Son otros parámetros considerados por los médicos nativos y por los enfermos en relación con la afección que padecen. Estar sano o estar enfermo depende de otros factores que no son pertinentes en la medicina convencional. Es por eso que los tratamientos apuntan en la dirección culturalmente pautada respecto a lo que es definido como "enfermedad".

Puesto que la enfermedad, sus caracteres, modalidades y prácticas terapéuticas se definen desde la cultura, es en su ámbito donde hay que buscar algunas respuestas que hagan comprensible la desconfianza y el aparente fracaso o minusvalía de entidades de salud que trabajan en el Altiplano *aymará* de Bolivia. (Fernández, 1999: 30)

## Historia de Raúl

*Raulito Condori murió; su vida se fue consumiendo en medio de una trágica agonía, afectado de una coqueluche. Imposible resultó llevarlo al hospital de la localidad de Achacachi. "No, joven Gerardo, allá van a abusar de la wawa (niño), al hospital sólo se acercan los que van a morir", me confiaban sus padres. Las posibilidades de la medicación convencional estaba lejos de satisfacer a los padres del muchacho. "Peor le va a resultar la inyección, ya es tarde." Finalmente el cuadro de antibióticos de mi botiquín de urgencia tampoco cumplieron su objetivo. Las tetraciclinas tenían que serle administradas al niño personalmente, en las dosis hipotéticamente adecuadas, de no ser así, amanecían en la repisa de la pared de la habitación en el mismo lugar en las que las dejé, frías, ajenas al drama, sin que nadie se hubiese animado ni tan siquiera acercárselas al muchacho, mi impresión particular era que Raulito ya había sido desahuciado por su familia, por su cultura y ...por los achachilas aymarás. Los aphällas, achachilas asistentes de uno de los ch'amakani del sector, habían afirmado con rotundidad que el ajayu de Raulito estaba muy lejos y que los intentos (convencionales y tradicionales) para sanarlo resultarían estériles. Social y culturalmente Raulito estaba ya muerto, a pesar de que su corazón continuaba latiendo. El propio padre de Raúl, un tanto molesto con mis insistencias para trasladarlo al hospital, me contestaba suplicante, tratando de ser lo suficientemente convincente: "Tengo cuatro hijos más....., el hospital y las medicinas cuestan plata, a ver, ¿de dónde voy a sacar?....."*

*Aquello fue suficiente para atemperar mis ánimos. El dinero no era el problema, pero sí la férrea convicción familiar, amparada en la cultura, que reaccionaba molesta por mi exceso de celo; desde la perspectiva aymará ya se había hecho lo humanamente razonable por sanar al muchacho sin éxito y lo mejor era respetar su suerte, posibilitando que falleciera en casa, al calor de todos los suyos, sin el trauma inevitable que las instituciones hospitalarias producen en wawas y adultos. A pesar de todo me resultaba muy difícil entender esta respuesta, circunstancia que me hizo dudar sobre los supuestos "universales" de la cultura y entre todos ellos el valor otorgado la vida por sobre todas las cosas. (Fernández, 1994: 24)*

Lo anterior es un relato más de las experiencias que muchas personas vivieron de la realidad de la cultura aymará con respecto a la muerte de sus niños, este es el propósito del trabajo, escudriñar más al respecto.

En la siguiente entrevista a un matrimonio aymará realizado por el antropólogo Gerardo Fernández, se observan muchos elementos culturales de estos nativos que se enfrentan con el problema de la enfermedad:

### **Silveria Mamani y Sebastián Ticona (Jesús de Machaqa)**

Silveria y Sebastián son ya dos viejitos que continúan disfrutando de un cálido matrimonio en una de las comunidades próximas a Jesús de Machaqa. Sebastián es *yatiri* y Silveria entiende mucho de hierbas, emplastos y cataplasmas. Su especialidad es la cura de la "quebradura" y la enfermedad producida por la agresión del *khariri* (kharisiri, khari khari). Ellos acostumbran a bromear diciendo que la posta (puesto de salud) está en su casa, por la cantidad de comuneros que vienen a verles para resolver diferentes conflictos, dolencias, aflicciones y enfermedades. "Esta es la posta", comenta Sebastián. Está convencido que vienen tantos enfermos a verlo a su casa como los que pueden acudir a la posta. Hemos llevado las ovejas y vacas a pastar a la

extensa altiplanicie. Mientras *akhullikamos* (masticamos) coca, intercambiamos una serie de cuestiones relativas a la medicina.

SILVERIA. La medicina no conviene. No conviene.

SEBASTIÁN. Sí, no conviene estas medicinas, pero ahora... ¡qué haremos! Como sea tenemos que seguir. Ya aunque sea, no importa, ya hemos vendido nosotros, hay que seguir, entonces para curar a la gente, para “maestros”, no te conviene<sup>1</sup>. Poco nomás pagan; unos diez bolivianitos nomás, 20 pesitos, así nomás.

SIL. Algunitos así... ¡nada! Nada apenas. No conviene.

SEB. Trabajo es andar para ir, cuando lejos es otra comunidad, o venir a la noche. ¡Lejos es! Sufriendo están frío para nosotros.

SIL. Siempre envidia es, ¡harto de envidia esta medicina preparar!. Envidia.

SEB. Tiene que los envidiosos porque venden nomás ¡Aggg! Él está vendiendo la medicina... tanto está vendiendo... La gente ya conocen como platudos, como platudos. Medicos son otra clase; traigan sus medicinas importadas, así frasquitos ¡hartos! Los pasmados ya no curan. Se abusan así hechándoles. Así son los doctores.

SIL. ¿Para que decir? ¿no? Pasmados.

SEB. Aquí así son doctores.

SIL. Con río está botado esa medicina.

SEB. En el río está. He botado hechándose, quemando con fuego. Después quiere saber estas hierbas naturales después preparar, pero no se puede. Los doctores quieren saber preguntando a las parteras también, así “¿Cómo así, partera la mujer, cómo sabe?”, dicen. Ahora querríamos pasarle cursillos dice. Así es, está llamando al cursillo pa preguntar. Entonces ya las gentes ahora ya no queremos ya participar, no queremos participar. Ellos mismos preguntan después... ¡él mismo ya está sabiendo! Con eso nomás. Ahora a nosotros no quieren ahora reconocer. El mismo que saben... con eso nomás va a curar la gente. Después ya ganando plata, eso son. Ya no queremos participar esos cursillos. Los doctores... ¿acaso enseñan, así, así, así, acaso enseñan a la gente pa curar? No, no, nada... No siempre. Cuando viene un este... ahora Petrona así, “¡cursillo!”, pero no es bien, no conoce todas las frascas... inglés o nomás es ¿no? La frasca tiene su nombre. No explican, no se entiende. Doctor también no explica bien ¡nada! cuál es bueno, cuál es para temperatura, lo que no comen es para eso... ¡no! Después cualquiera es esto, otro Enfermedad, para quebradura, para pulmonarias... ¡no conoce! No entiende. Un poquito quizás pero...”

---

<sup>1</sup> El término “maestro” se utiliza en forma coloquial en aplicación al que “sabe”. En contextos diferenciados tanto el chofer, al albañil, como el propio *yatiri*, son tratados como “maestros”

SIL. ¡Sano, sano dicen!

SEB. Sano.

SIL. Sano, sano..... ¡nada dice!

SEB. Ahora en los campos que trabajan la chacra, todo las mujeres tejiendo *awayus* Está todo cansada... tiene pulmón, hilando las rucas, tiene pulmonía. Igualando a las gentes en los hombres trabajan con yunta, después con *uysu* trabajan, después todo, la piedra manejan ¡todo trabajamos nosotros! Después tenemos ahora pulmonía. Tenemos cuando cargamos la este... ¡tiempo de cosecha!... más cargas todavía. Nosotros tienen enfermedades, tienen pulmonía, algo Doctor no dice nada ¡sano!, dice, pero está enfermo.

Ahora nosotros, en los campos ya saben a curar qué cosa. Entonces hay que ponerse algo diciendo, este preparar, o sea preparar matesito... Algún día soleando algo, mucho está soleao ¿no? Eso mas está haciendo a la gente. Ahora estamos viendo cuando un planta, cuando solea todo esto parece que ya suda, cuando noche, ya están bien. Secan al sol. Igual nosotros. Médico no sabe eso. *Lupintatawa* (está soleado, tiene insolación) *p'iqitatawa* (la cabeza) No entiende. Donde doctora no sabe *kharikhari*, no sabe nada ¡nada, nada, nada! Saca sangre. Ya está sacada la sangre... ¡ya!

SIL. Nada, nada dice

SEB. Que tiene enfermedad... ¡Nada! Antes... “que tiene *kharisiri* –dice-, nos han contado los abuelitos, los *achachilas* todo”. Un *khari khari*, si cuando siente los gordos. La gente, como oveja tiene riñón, saca aquí. Cuando... ¿cómo será? Pues ha dormido, decía, cuando... hay máquina, rezando, dice. Después recién hasta ahorita estamos silbando. Después queremos soñar, *khari khari* está atacando ya. De repente. Después, ahora como sueño está pasando. Está por ahí nomás, después ¡ya!, saca.

G. ¿Saca sangre?

SEB. No, recién ahora. Antes que ya han sacado riñón, dice, sacado, dice tata cura, así dice. Ahora ya está sabiendo sacar sangre, recién nomás. Antes riñón, ahora saca nomás sangre. Los que hay enfermos que hemos visto, como aquí, o sea aquí. En la nalga o, si no, es un pulmón, en la espalda inyección pica sin más.

SIL. Si te mueres ya sale.

SEB. Si te mueres ya sale. Han picado. Marca sale. Cuando muere... ¡ya está!, sale clarito su marca. Ya sabe la gente, habla pues, “*kharisiri* ha estado sacando...” ¿cómo? Para eso nomás estoy preparando la medicina. Hay que hervir una ollita de *wayruru*<sup>2</sup> con Nicolás *t'ant'a*<sup>3</sup>,

<sup>2</sup> *Wayruru. Abrus precatorius* (Girault, 1987: 236-237)

<sup>3</sup> Pan de San Nicolás. Galleta que forma parte de las mesas ceremoniales (Berg, 1985: 170-171)

*altamisa*<sup>4</sup>, *andres waylla*<sup>5</sup>, *Qutu-qutu*<sup>6</sup>, hembra y macho; dos clases: *urqu qutu-qutu*, *qachu qutu-qutu*. Después, este...solda con solda; después este... de *wawa*, su ombligo ese poquito nomás poner.

SIL. Ese pequeñito es así, diez pesos cuesta, pero... ¡nada!, no conviene<sup>7</sup>.

SEB. Con eso hay que preparar nomás. Hay que hacer hervir biensito. Cuando le haces hervir hay que hacer guardar la botella, unas dos botellas, tres botellas hay que guardar eso preparadito. No importa está guardado, hay que guardarse. No hay que hablar eso (al enfermo de *kharikhari*). Callado nomás hay que tomar, si nosotros avisamos, nosotros ya... ¡nada!, morir. No sé qué pasará, ausustado ya.

SIL. Calladito está tomando.

SEB. Sin avisar nada. en su familia no hay que hablar esas cosas; calladito nomás hay que tomar... “¿Qué medicina?” se preguntan. “Esto es par duele la barriga, para duele la cabeza, para eso nomás la medicina es.” Que tome nomás. No hay que decir. Después, cuando ya está recuperando, recién: “¿Qué medicina yo he tomado?” Después no hay que decir... ¡No hay que decir! La pregunta después, para eso traigo así esa medicina. Si le indicamos, ¡muere!, muere... ¿Por qué será, pero? Su marca sale.

Así es. Doctor no conoce esto, no cree... “¿Qué va a tener *kharisiri*?”, dice; “¿de qué estás hablando?”, dice. “¿Vos conoces?”, “¿acaso has visto?”, así dice. “¿Cuándo has visto?”...Difícil es hablar con doctores... ¡difícil es hablar!<sup>8</sup>.

G. ¿Más antes esos *khariris* eran *tata cura*?

SEB. *Tata cura* sacaba riñón, después con *janq'u mula*, dice *janq'u caballani*. En la *apachita* está con carpa nomás. Por ahí nomás. Por ahí nomás está ya, donde el camino, pasa camino en la *apachita*; por ahí está esperando, dice. Por ahí nomás esperando la noche, el día más, dice; con *janq'u mula* nomás, dice. Con vela está prendido, así. Así dicen antes, pero ahora, no. Ahora ya noche paseando, cualquier gente que encuentran... sacan nomás, sin nada; es invisible.

G. ¿Para qué quieren esa sangre?

<sup>4</sup> *Altamisa*. *Ambrosia peruviana* (Girault, 1987: 444)

<sup>5</sup> *Andrés waylla*. *Cestrum hediondinum* (Girault, 1987: 388)

<sup>6</sup> *Qutu qutu*. *Baccharis Sp* (Girault, 1887:433)

<sup>7</sup> La medicina contra el *kharisiri* resulta muy cara, pese a lo cual se compra porque se trata de salvar la vida de una persona. Consiste en un jarabe lechoso que es preciso hacer tomar al afectado sin que sepa de qué medicina se trata. Curiosamente pocas personas consultadas han reconocido con qué ingredientes está hecho.

<sup>8</sup> El menosprecio y la prepotencia cultural no son buenos consejeros en el establecimiento de espacios de diálogo intercultural. La mofa sobre los modelos aymaras de enfermedad, tratamiento y salud, producen la desconfianza de los afectados sobre los médicos y sobre todo, pone en entredicho la capacidad, conocimiento y competencia sanadora de los propios médicos. Resulta difícil hablar con los médicos, porque no saben reconocer, ni entienden, desde la perspectiva aymará, cual es la naturaleza del mal.

SEB. No sé, ya ha vendido, dice, ya ha vendido al país, otro país. Quizás al hospital; para hospital es eso. Es invisible. Para vender nomás.

Más antes también negro de oveja, su tela (del riñón, la membrana que recubre las vísceras del abdomen) hay que sacar, con eso hay que poner nomás para curar. Después parece que como nylon ha aparecido como nylonsito. Para venden sabe el cura ¿cómo será pues? Sabe el cura, ahora, no sabemos nosotros. Ahora recién ha recuperado con nylon oveja negra de tela. Riñón es pues. La oveja, cuando carneamos nosotros, su barriga es como riñón; ese saca. Después con calentito, pone, como emplaste. Con eso nomás ha recuperado dice los abuelos nomás. Con eso nomás ha curado dice. Ahora ya carneamos la oveja, ahora, sacando su riñón de la oveja con calorcito pone...no, ¡no sana!

G. *¿Por qué será?*

SEB. Porque saca sangre.

SIL. Especialista es la sangre.

SEB. O sea, los que han visto, así tamañito es su maquinita dicen. Parece chiquitito, así tiene para llevar saca sangre, tiene termo, con eso lleva su sangre.

G. *Pero, ¿cómo saca?*

SEB. No sé ¿cómo será? Ha chupado dice con máquina, chupando. Jeringa pone y saca.

G. *Los kharisiris, ¿son como gente? ¿cómo nosotros? ¿no son tata cura ya?*

SEB. Ahora no. Los jóvenes, los estudiantes... ¡ellos son! Ya saben, dicen. Algo secretamente se han contratado. En los colectivos, en ciudad, micro... ¡hay!, dice; en colectivo hay, dice. Esto, agencia también es.

G. *¿Cómo podemos hacer cuando vamos caminando para que el khariri no nos ataque?*

SEB. Pero cuando su sueño se llega (a la víctima), cuando caminando después lo que han fregado a la gente, esos *khariris*... ¡solitos se van! Ese anda la camino... después siguiendo atrás. Después. ¿cómo será pues? Sueño nomás llega dice. Recién estoy durmiendo... ¡ya! Ya está sacando sangre, dice. Al revés reza, tiene libro: ¿qué será?, ¿cuál rezo será? Con este nomás... Con demonio ya han hablado, así... contacta nomás. Fácil está durmiendo, así dice *khari khari* es eso, con demonio su contacto dice.

Hay que llevar Castilla ajos, hay que manejar. Yo cuando noche yo andando... con ajos de Castilla, con azufre más. Castilla ajos, su contra es, porque contacto es de su *saxra*, para eso nomás contra demonio es siempre. Cuando lo machaco hay que mascar. Después con azufre.



El *khari khari* no moce ajo ¡tranquilo!<sup>9</sup> Después especial con zorrino de lana hay, *añathuya* ese que *sallqa*, *sallqa* se llama, *p'axp'aku*, farsante se llama. Ese zorro *sallqa* son así para gente escapando ya no quiere ver. Para todo tiene miedo. Después esta su lanita, eso es bueno. Pampa animal es pues, eso nomás. De noche podemos ir... ¡se ataja! No se puede atacarme sin pensar. El mismo, el *kharisiri* tiene miedo. No sé... ¿qué será pues? Así no puede tocarme. Quizá saludando va a pasar, va a pasar nomás. Para eso nomás tiene miedo. Cuando va a ir con eso nomás. Para eso nomás tiene miedo. Cuando va a ir con eso nomás puesto a tu bolsillo ya... ¡pasa nomás! No pueden curar en las postas.

G. Del *ajayu*... *tampoco sabe el doctor ¿no ve?*

SEB. No sabe, no sabe. No sabe llamar del *ajayu*. Con su maquinita así tratamiento... ya sana nomás: ¿Qué pasa? Yo... ¿*ajayu*?... “No hay *ajayu*, nada”, así dice. No entiende. “Esos son *layqas* (brujos)” (dice el doctor)<sup>10</sup>.

De *ajayu*, la *wawa* así se mira, se cuenta con dedos... ¡ya!, pellizcando aquí la cara. ¡Ya está!, *ajayu*. No mastica la *wawa*. Ahora llamando hay que hacer con campana para que escuche. Después ya he hecho con flor de clavel, blanco simple. Después hilo hay que amarrar al enfermo. San Nicolás *t'ant'a*, con estrella; sobre eso estoy llamando nuestra alma, espíritu tenemos estrella. Tres estrellas tenemos. Así hablamos nosotros de espíritu, de *ajayu*. Más primero es de *ajayu*, de *animu* (ánimo), también *kuraji* (coraje). Como decimos ahora estamos rezando de Dios. Dios *awki*, Dios *yuca*, Dios *Ispiritu Santo*, igual nomás es tres. Igual que Dios, tres también, una persona solo. Igual nosotros tres estrellas, igual.

G. Cuando colocamos también para “susto” hay que rezarse de Dios ¿verdad? ¿Qué oración hay que rezar?

SEB. Oración del Bendito. Hay libro. Igual que Dios tiene tres almas, tres estrellas, ese igual nosotros.

G. ¿Cómo Dios tiene tres almas, tres estrellas, Padre Hijo y *Ispiritu Santo*...?

SEB. Ese... ¡igual nosotros! *Ajayu yus awki, yuca, ajayupana, ukhuamapan*. Así después cuando rezando nosotros, Dios *awki*, Dios *yuca*, *Espiritu Santo*; Dios *awki*, Dios *yuca*, *Ispiritu Santo*, *amén*, hay que decir. Igual también nosotros, igual también nosotros de las personas *ajayu, animu, kuraji*. (Fernández, 1999: 50-60)

- **Desarrollo de la investigación para cultura aymará:** Para la investigación se tomó en cuenta varias fuentes de información para lograr datos con respecto a **factores culturales** que tengan que ver con el problema de salud, estos son los siguientes:

<sup>9</sup> Lo que implícitamente está considerando Sebastián es que el *kharisiri* come a la víctima. Extraerle su sangre o su grasa es como devorar a la víctima. Como el *kharisiri* no come ajo, por su olor hediondo, una buena manera de salvaguardar nuestra sangre es mascando ajos crudos. Es preciso ser más astuto que el bribón del *kharisiri*.

<sup>10</sup> Es curioso, por un lado el médico no cree en los *ajayus*, por otro lado considera que los que curan del *ajayu* son los *layqas*, es decir “brujos”, en un intento de desacreditar a los *yatiris*.

**Cuestionarios a una muestra de la población:** Se aplicaron 160 cuestionarios al azar dirigidos a padres de familia (hombres y mujeres de 15 a más de 70 años), con preguntas abiertas y cerradas con respecto a su cultura (tradiciones, creencias y valores), los resultados se analizaron por frecuencias y con tablas cruzadas con la mortalidad de menores de 5 años. Los factores que se tomaron en cuenta para la construcción del cuestionario fueron basados en los siguientes factores culturales:

### Tradiciones

(Transmisión de noticias, ritos, costumbres a través de los padres o familia)

FACTOR	JUSTIFICACIÓN	SUPUESTO	UNIDAD O PARÁMETRO
Yatiri: Indígena adulto que se ocupa de atender problemas de salud comunitaria	Factor que explica la ausencia de niños enfermos en los centros de asistencia de salud	A) Ausentismo en los servicios de salud D) Incrementa la consulta médica	Hábito de acudir al yatiri 1 Si (malo) 2.No. (bueno)
Sanidades a través de hierbas, plantas, infusiones etc.	Intento de realizar tratamientos con poca posibilidad de éxito	A) Disminuye la posibilidad de curación D) Posibilidad de uso de medicamentos	1 Prefiere plantas y hierbas (malo). 2. Prefiere medicamentos conocidos (bueno)

### Creencias

(Firme aceptación o conformidad con alguna cosa)

FACTOR	JUSTIFICACIÓN	SUPUESTO	UNIDAD
“Ajayu”: Término con que se designa al llamado “ánimo” de los niños; si este abandona al niño este se enferma	Factor que explica la pérdida de tiempo con la consiguiente progresión de la enfermedad antes de la atención profesional.	A) Descuido sobre el control de la enfermedad D) Prontitud en la atención médica	1 Se dedica al ajayu (Malo) 2. Va al médico (Bueno)
Sanidades mágicas: “El llamado del ajayu” Rito para convocar el ánimo que perdió el niño.	Factor que explica conformidad con “haber hecho algo” o cumplimiento con respecto a la enfermedad del niño (sensación de conformidad de haber hecho algo por el niño)	A) Incrementa el riesgo de complicaciones y de muerte. D) Asistencia a medicina científica	1 Realizó el rito (Malo) 2 Fue al médico (Bueno)
Embrujos: Daño de tipo sobrenatural realizada por otras personas	Factor de percepción y explicación de una enfermedad. El resultado es la consulta a un	A) Ausencia en los servicios de atención médica D) Confianza en la	1 El embrujo es considerado una realidad como causa de

	curandero o adivino	medicina	enfermedad (malo) 2 No existen los embrujo (bueno)
Milagros: Creer en los milagros	Factor que determina el grado de pensamiento religioso sobre la divinidad	A) Menor aproximación a los servicios de salud D) Mayor aproximación a los servicios de salud	1. Creer en los milagros (bueno) 2. Creer y vieron los milagros (malo)

### Valores

(Escala de prioridades de carácter moral y social)

FACTOR	JUSTIFICACIÓN	SUPUESTO	UNIDAD
Confianza en el médico	Factor que explica la apreciación de los indígenas hacia el personal de salud	A) Mayor mortalidad infantil D) Menor mortalidad infantil	1. No confía (malo) 2. Si confía (bueno)
Poseiones: Prioridades de sus propiedades sobre sus hijos	Factor que explica el tiempo de dedicación a otros asuntos antes que a sus niños	A) Enfermedades descuidadas D) Reciben atención inmediata en caso de enfermedad	1. Prefiere: dinero, terrenos, animales (malo) 2. Prefiere a sus niños (bueno)
Sentimiento de responsabilidad ante la enfermedad de sus niños	Medida de responsabilidad como un valor	A) Mayor atención y dedicación D) Descuido de los niños	1 Busca al médico (bueno) 2. Otros (malo)
Muerte: El temor que ellos tengan con respecto a esta realidad	Factor que explica la preocupación por la atención de un niño gravemente enfermo	A) Mayor atención de los niños D) Menor atención a los niños	1. No les preocupa (malo) 2. Si les preocupa (bueno)
Salud: Cuán importante es su salud, ¿qué otra cosa es más importante que esto?	Factor que explica el valor que tiene la salud en su escala de prioridades	A) Mejor cuidado D) Menor cuidado	1 No les preocupa (malo) 2. Si les preocupa (bueno)
Temor: Sensación de miedo o vergüenza de las mujeres frente al profesional médico	Ausencia a los servicios de salud	A) Mayor ausentismo D) Asistencia a los servicios de salud	1. Tiene miedo (malo) 2. No tiene miedo (bueno)
Opinión familiar o de la comunidad en contra del servicio médico	Desprestigio de los servicios de salud	A) Ausentismo D) Asistencia.	1 Opinión negativa (malo) 2 Opinión indiferente (bueno)

**A. Aumenta**

**D. Disminuye**

**Entrevistas a personajes claves:** Fueron entrevistas recogidas en cintas magnetofónicas de personajes clave que residen en la población de Patacamaya, estos personajes clave tienen la particularidad de que cumplen con alguna función pública (maestros, naturista, enfermera, partera, trabajadora social, responsable popular de salud, etc) y que juegan un rol importante en la comunidad, sus opiniones respecto a la sociedad aymará fueron valiosos para algunas consideraciones. La información fue almacenada en un procesador de palabras y analizada posteriormente por segmentos temáticos similar al método ETHNOGRAPH 4.0

**Cuestionarios a jóvenes aymarás bachilleres:** Se seleccionaron dos colegios representativos de Patacamaya donde asisten alumnos de la población concentrada en un caso y de las comunidades vecinas en el otro, ambos grupos recibieron educación hasta nivel bachillerato. Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas tratando de identificar tradiciones y creencias culturales en estos jóvenes que ya concluyeron su educación preuniversitaria. Nuestra muestra alcanzó 90 alumnos.

**Observación personal:** Fue realizada por el investigador durante los meses de trabajo dentro de la comunidad, para esto se utilizó como instrumento un *diario de campo* donde fueron tomados apuntes de todas las ideas, opiniones, creencias y actitudes adoptadas por los nativos con respecto a la enfermedad y la muerte.

Se muestran los principales resultados en frecuencias, de factores culturales con respecto a la población (Patacamaya, Bolivia 2002):

#### TRADICIONES

**N51 Usted confía más:**

N51	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	1	0.6%	0.6%
1Naturista	43	26.9%	27.5%
2Yatiri	12	7.5%	35.0%
3Curandero	11	6.9%	41.9%
4Ninguno	93	58.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

La suma de (naturista + yatiri + curandero) es el 41.3%

**N53 Cuando está enfermo ¿quién quiere que lo atienda?**

<b>N53</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	15	9.4%	9.4%
1 Médico	93	58.1%	67.5%
2 Naturista, yatiri o curandero	52	32.5%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N56 Es mejor curarse con:**

<b>N56</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	2	1.2%	1.2%
1 Plantas y hierbas	69	43.1%	44.4%
2 Medicamentos	16	10.0%	54.4%
3 Ambos	73	45.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**CREENCIAS**

**N61 ¿Qué hace usted cuando se le sale el ajayu a su niño (a)?**

<b>N61</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	51	31.9%	31.9%
1 Llamo a su "ajayu"	75	46.9%	78.8%
2 Consulta con el yatiri	20	12.5%	91.2%
3 No creo en el ajayu	11	6.9%	98.1%
4 Nunca enfermaron de ajayu	1	0.6%	98.8%
5 Lo llevo al médico	1	0.6%	99.4%
6 Confio en Dios	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

El 59.4% de los entrevistados adopta dos conductas directamente relacionadas con tradiciones y creencias de la cultura aymará.

**N62 ¿Alguno de sus hijos murió por culpa del ajayu?**

N62	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	6	3.8%	3.8%
1 Si	12	7.5%	11.2%
2 No	142	88.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

12 padres de familia de 57 que experimentaron el fallecimiento de sus hijos culpan al ajayu como causa directa de su muerte = 21%

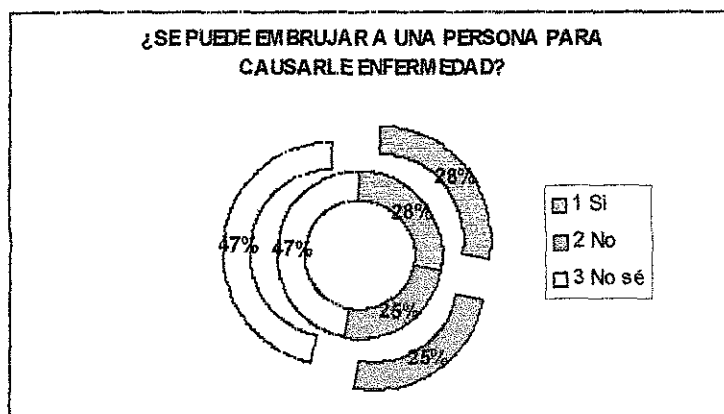
**N63 ¿Cuántos de sus hijos murieron por culpa del ajayu?**

N63	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	144	90.0%	90.0%
1	6	3.8%	93.8%
2	6	3.8%	97.5%
3	4	2.5%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

30 niños de 142 fallecieron por culpa del ajayu = 21.12%

**N65 ¿Cree en las brujerías?**

N65	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 Si	20	12.5%	12.5%
2 No	138	86.2%	98.8%
3 Otros	2	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



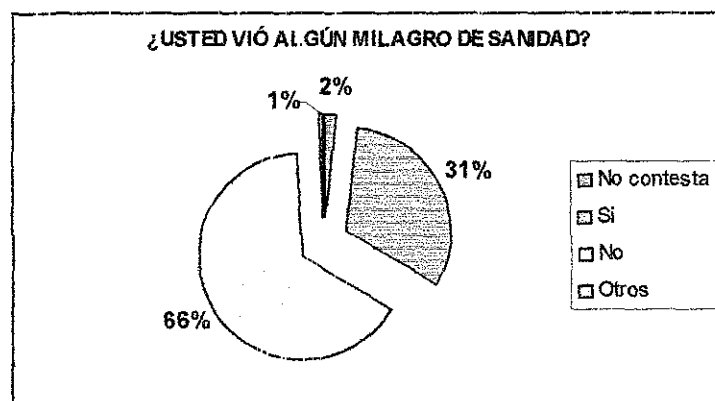
REFERENCIA: Tabla 1

**N68 Un adivino o yatiri ¿Podría quitar un embrujo a una persona?**

N68	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No contesta	2	1.2%	1.2%
1 Si	52	32.5%	33.8%
2 No	31	19.4%	53.1%
3 No sé	75	46.9%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N69 ¿Cree usted en los milagros de sanar enfermos?**

N69	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 Si	75	47.2%	47.2%
2 No	82	51.6%	98.7%
3 No constesta	2	1.3%	100.0%
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



REFERENCIA: Tabla 2

**N611 La "Pachamama" (La madre Tierra) ¿hace este tipo de milagros?**

N611	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No contesta	4	2.5%	2.5%
1 Si	36	22.5%	25.0%
2 No	57	35.6%	60.6%
3 No sé	63	39.4%	100.0%
<b>Total</b>	160	100.0%	100.0%

VALORES

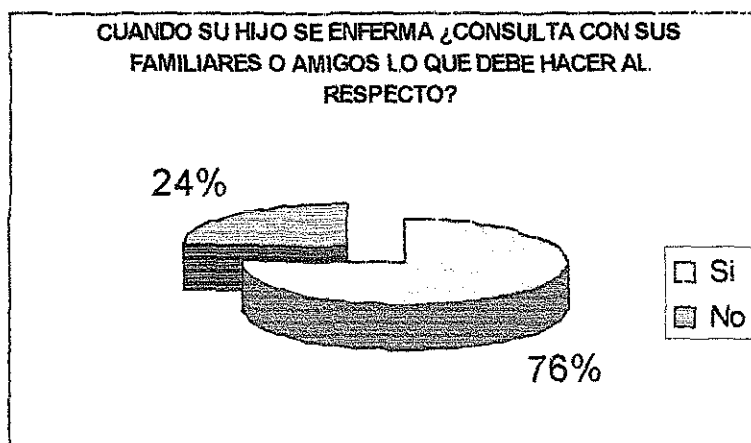
**N72B ¿En qué lugar de importancia se encuentran sus niños en una escala del 1 al 6?**

N72b Lugar de importancia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No sabe, no responde	1	0.6%	0.6%
1 er lugar	27	16.9%	17.5%
2 do lugar	63	39.4%	56.9%
3 er lugar	42	26.2%	83.1%
4 to lugar	13	8.1%	91.2%
5 to lugar	7	4.4%	95.6%
6 to lugar	7	4.4%	100.0%
<b>Total</b>	160	100.0%	100.0%



**N72C ¿En qué lugar de importancia se encuentran su salud en una escala del 1 al 6?**

<b>N72c Lugar de importancia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	3	1.9%	1.9%
1 er lugar	95	59.4%	61.2%
2 do lugar	27	16.9%	78.1%
3 er lugar	16	10.0%	88.1%
4 to lugar	5	3.1%	91.2%
5 to lugar	9	5.6%	96.9%
6 to lugar	5	3.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



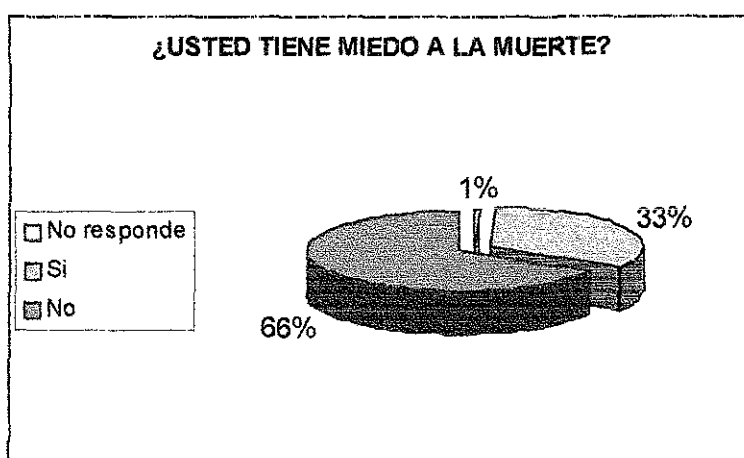
REFERENCIA: **Tabla 3**

**N74 ¿Existe alguien de su familia que alguna vez le dijo que no es bueno consultar con un médico?**

<b>N74</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1 Si	57	35.6%	35.6%
2 No	103	64.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N79 Si durante la fiesta del pueblo se enferma su hijo (a) ¿Usted qué hace?**

N79	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No sabe, no responde	5	3.1%	3.1%
1 Espero que termine la fiesta	2	1.2%	4.4%
2 Me lo llevo a mi casa	41	25.6%	30.0%
3 Lo llevo al "yatiri"	11	6.9%	36.9%
4 Busco a un médico	87	54.4%	91.2%
5 Espero que se sane sólo	2	1.2%	92.5%
6 Otros	12	7.5%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

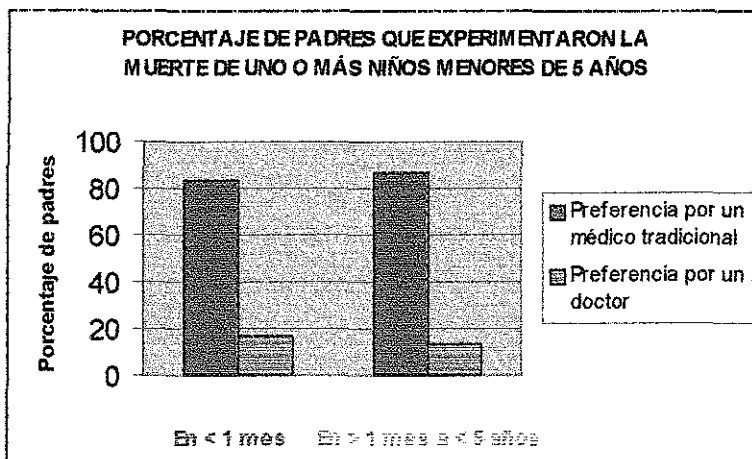


REFERENCIA: Tabla 4

**N712 ¿Qué es mejor para una persona que está sufriendo por una enfermedad incurable?**

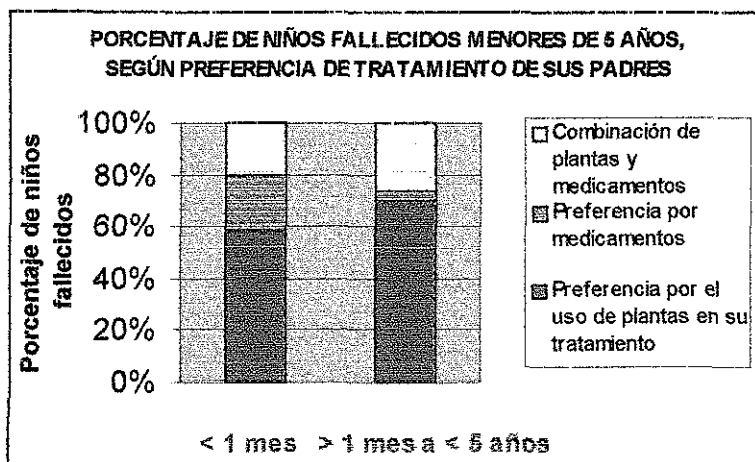
N712	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No contesta	23	14.4%	14.4%
1 Que viva con sufrimiento	27	16.9%	31.2%
2 Que muera	51	31.9%	63.1%
3 No sabe	59	36.9%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

EN ESTA SECCIÓN SE RELACIONAN DOS VARIABLES:  
CULTURA Y MORTALIDAD: PATACAMAYA 2002



REFERENCIA: Tablas 5 y 6

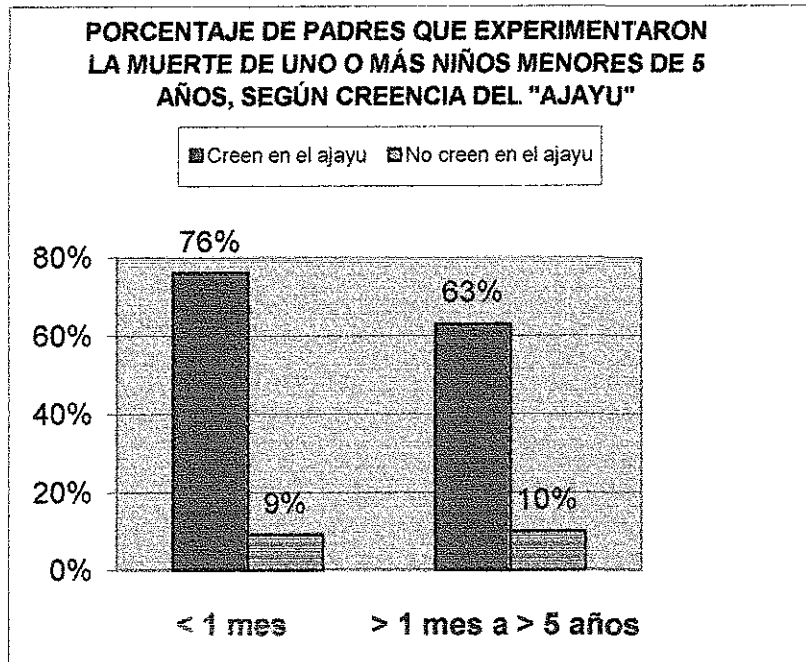
$35+26/42+30 = 61/72 \times 100 = 85\%$  De los padres que experimentaron la muerte de uno o más niños < de 5 años, prefieren ser atendidos por un naturista, curandero o yatiri cuando están enfermos.



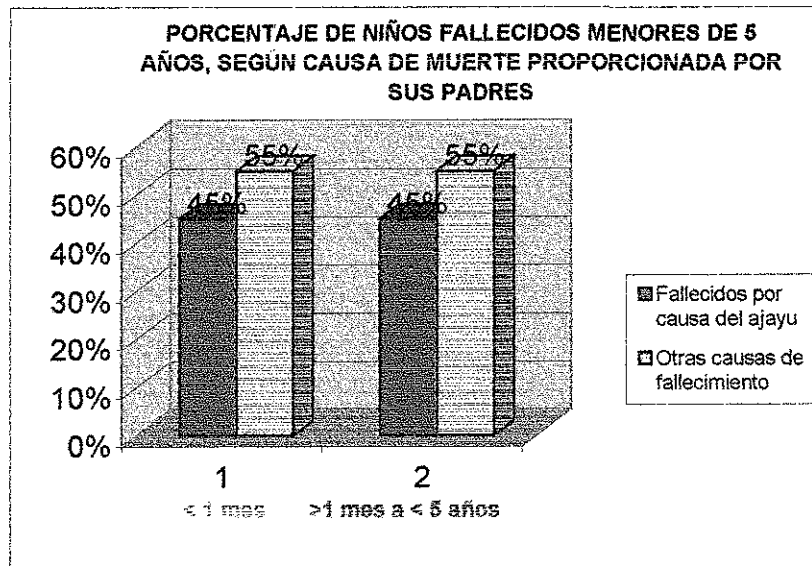
REFERENCIA: Tablas 7 y 8

$44+37/75+53=81/128 \times 100=$  En promedio 63% de los niños < de 5 años que fallecieron, sus padres prefieren curarse con plantas y hierbas.

$16+2/75+53=18/128 \times 100=$  14% de los niños < de 5 años que fallecieron, sus padres prefieren curarse con medicamentos de la farmacia

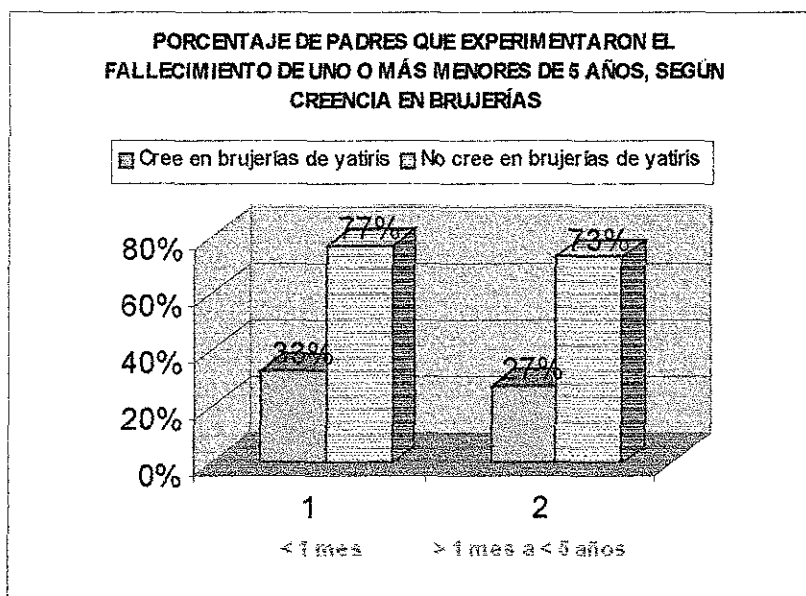


REFERENCIA: Tablas 9 y 10



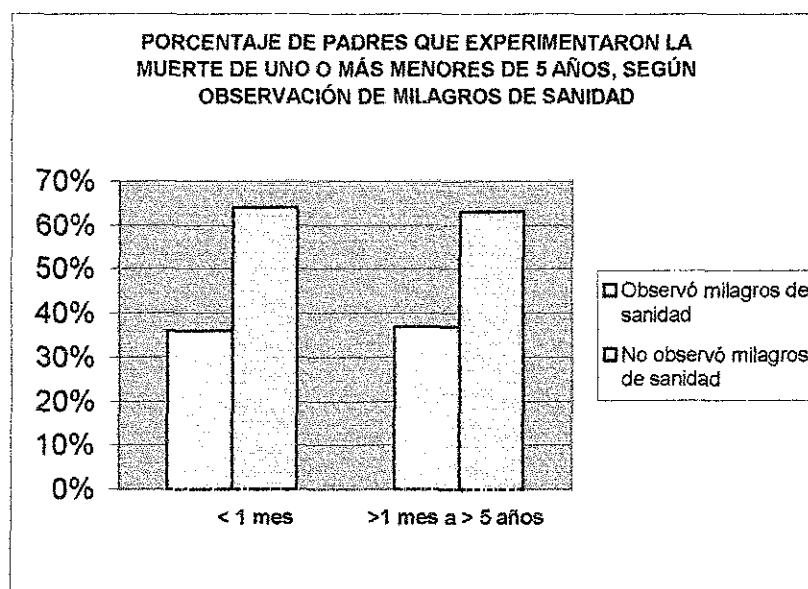
REFERENCIA: Tablas 11 y 12

$19+13/42+30= 32/72 \times 100=45\%$  de los niños que fallecieron < de 5 años, sus padres atribuyeron la causa de su muerte al ajayu.



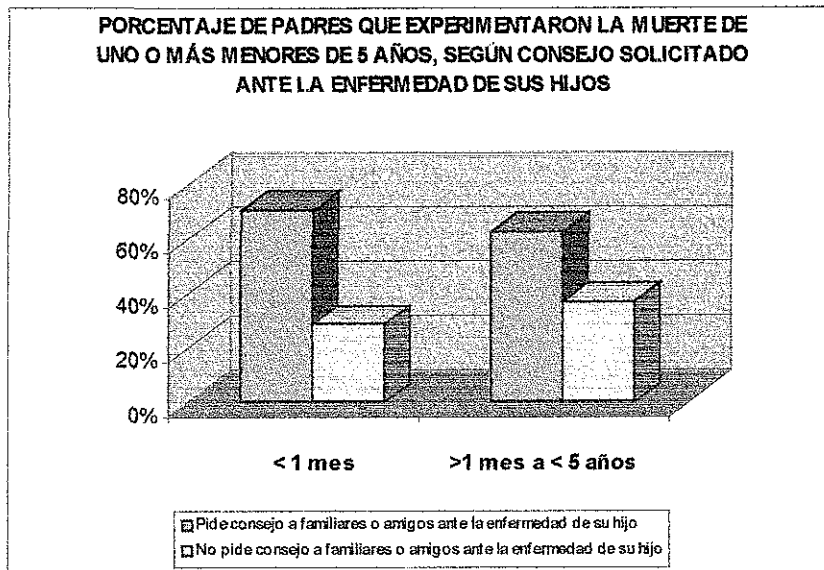
REFERENCIA: Tablas 13 y 14

$14+8/42+30 \times 100 =$  En promedio 30% de los padres que tuvieron uno o más hijos fallecidos < de 5 años, creen en las brujerías realizadas por los yatiris



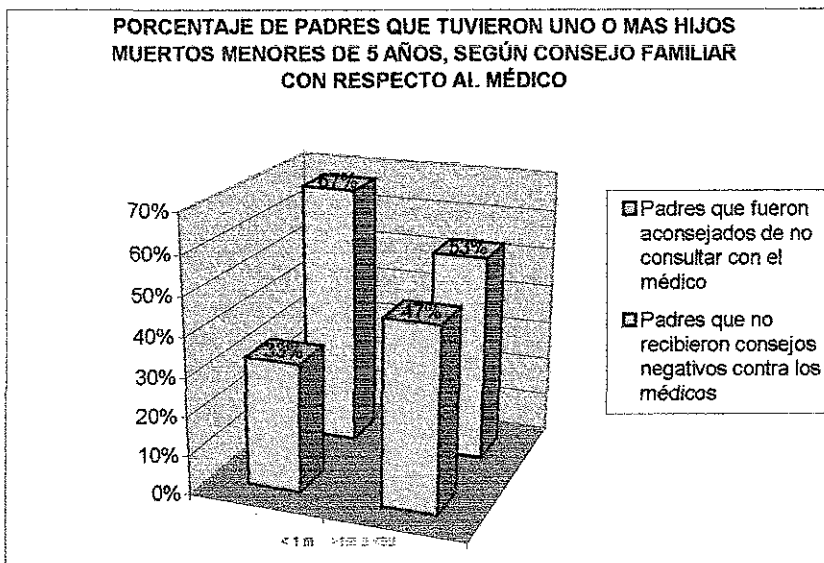
REFERENCIA: Tablas 15 y 16

$15+11/42+30=26/72 \times 100 =$  En promedio, 36% de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más niños menores de 5 años observaron un milagro de sanidad



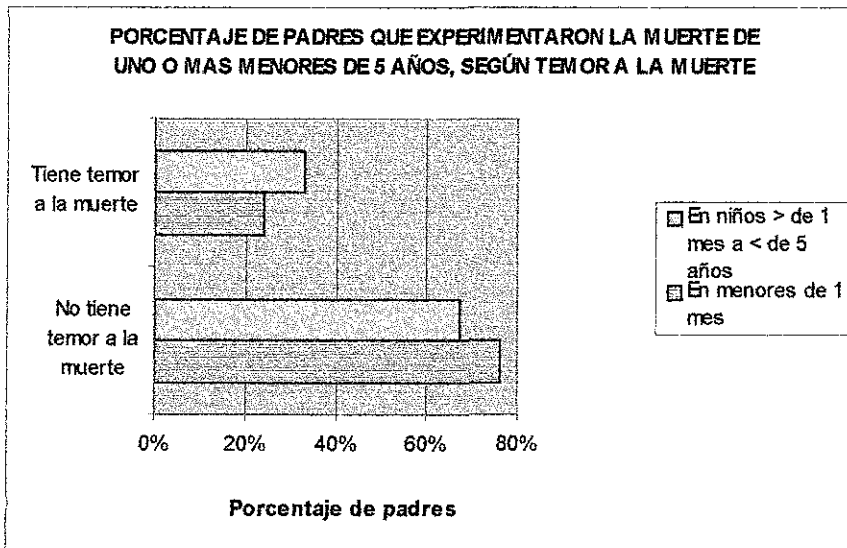
REFERENCIA: Tablas 17 y 18

$30+19/42+30=49/72 \times 100 =$  En promedio, 68% de los padres que experimentaron 1 o más fallecimientos de menores < de 5 años, consultaron con sus amigos o familiares la conducta con respecto a la enfermedad de su hijo.



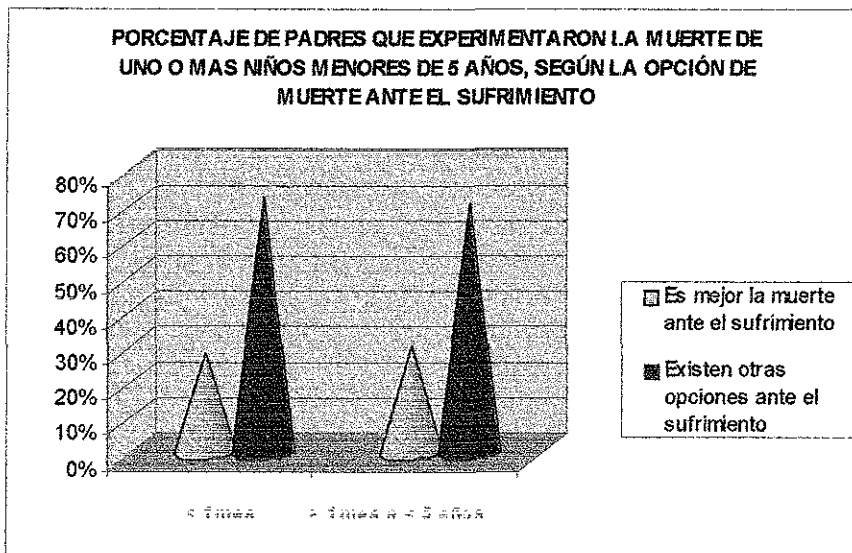
REFERENCIA: Tablas 19 y 20

$14+14/42+30=28/72 \times 100 =$  En promedio, 39% de los padres que experimentaron la pérdida de 1 o más < de 5 años, fueron aconsejados por sus familiares y/o amigos que no es bueno consultar un médico



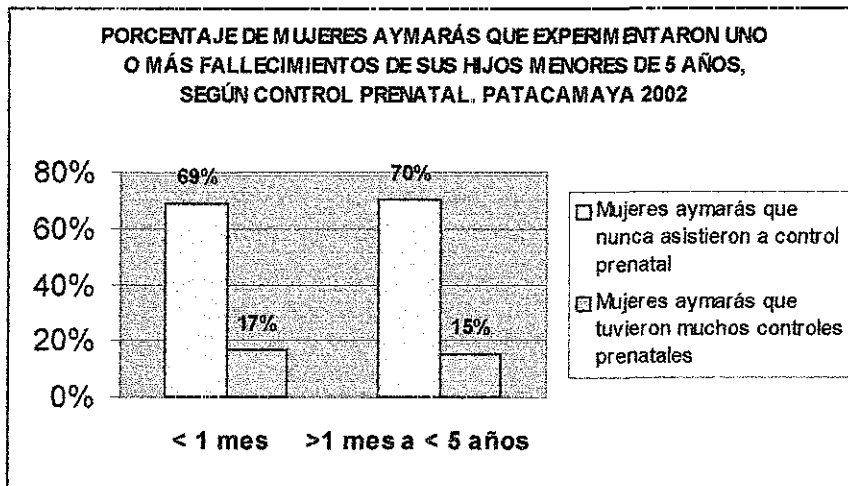
REFERENCIA: Tablas 21 y 22

$32+20/42+32 \times 100 =$  En promedio, 72% de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más menores de 5 años, aseguran no temerle a la muerte



REFERENCIA: Tablas 23 y 24

$12+9/42+30 \times 100 =$  En promedio, 29% de los padres que experimentan la muerte de sus hijos < de 5 años, dicen que la mejor opción es la muerte para las personas que sufren por una enfermedad



REFERENCIA: Tablas 25 y 26

$16+14/23+20 \times 100 = 70\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 5 años nunca asistieron a control prenatal

$4+3/23+20 \times 100 = 16\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 5 años, asistieron muchas veces a control prenatal

### ENTREVISTAS A PERSONAJES CLAVES

Se entrevistaron a siete personajes que cumplen diversas funciones dentro de la sociedad, Roberto que es naturista, Máxima licenciada en enfermería y trabajo social, Maruja que es auxiliar de enfermera, Valeria trabaja de partera empírica, Alicia que es médico encargado del centro de salud, y Jorge y Nancy son profesores con muchos años de experiencia en la región.

#### 1. Costumbres y tradiciones:

(Naturista)

La gente confía mas en las medicinas naturales y cuesta mas barato que los medicamentos químicos. En las comunidades se usan mas las hierbas.

Existen parches para solucionar estos problemas, son Cactus y se llama “Carqueja” “Quesulta quesulta” “huaraco” todo esto se muele y es para parches de fracturas que se lo debe aplicar de 30 a 60 días de acuerdo al caso

La artritis reumatoide y gota son frecuentes. El tratamiento se realiza con baño-vapor y después yo preparo parches y se debe darles mates (infusiones), pomadas. El tratamiento dura por lo menos 1 mes.

Los Yatitis tienen otra forma de trabajo y yo no estoy de acuerdo, además soy cristiano y solo creo en Dios, yo trabajo en “nombre de Dios” él me utiliza, por eso tengo varios pacientes.

(Máxima)

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Los *yatiris* emplean otros métodos, con mesas, adoran a la "*Pachamama*" (*Diosa Tierra*)  
En el pueblo hay mas naturistas, los *yatiris* más están en la comunidad. Las hierbas que toman son quiswara, orégano, mate de coca, la hoja de higo. Los naturistas algunos son de aquí y otros de otros lugares, ellos no estudiaron medicina pero se dedicaron a la medicina tradicional.

(Maruja)

No he tenido problemas con sus costumbres. Me ayuda el idioma, algunas costumbres practicadas nosotros respetamos aunque no entendemos.

Si existen tradiciones, por ejemplo la Huajtaya, es para quemar para la "pachamama", cuando están empezando a sembrar, hacen quemar el feto de la llama se quema y se entierra, esto para empezar la siembra.

(Valeria)

Se llama el *ajayu* (sombra o alma) con incienso, con copalita y azúcar y hay que rezar un padre nuestro y con eso se llama.

Otra enfermedad frecuente es de la barriguita cuando se caen, se pone a un lado la barriguita y esto se puede saber, tocando de la vena en las muñecas, cuando esto ocurre en un lado es muy fuerte el pulso y el lado contrario es muy lento, esto significa que el estómago está a un lado y lo que tenemos que hacer es una fricción sobre la barriguita para que se sane.

Los adultos vienen casi siempre con pulmonías, eso curo con plantas, muelo las plantas con eso le pongo como parche, además fricciónamos con mentisan (pomada de mentol) con eso se sanan. Otros casos son las torceduras y luxaciones, yo puedo acomodar esos huesos que están salidos. Ahora cuando los huesos están partidos nosotros colocamos sangre de perro y con eso rápido se curan.

Algunas parteras cuando el bebé está mal colocado mantean a las mujeres (generalmente a los 6 o 7 meses de embarazo), no estoy de acuerdo con eso; lo que hago es "frotar" la barriga de la mamá tratando de acomodar al bebé cuando está chueco.

Los *yatiris* existen y son habladores, yo no creo en esos. Es como un adivinador, algunos miran en los naipes, en la coca. La gente va a los *yatiris*, pero aquí en el pueblo casi ya no hay.

(Dra Alicia)

Primero acuden a su medicina tradicional y cuando está avanzado o cuando no encuentran respuesta positiva por su medicina entonces acuden al médico, esto es una regla.

Hay de todo en cuanto a tradiciones. Por ejemplo, un niño menor de 1 año, con diarrea, me comentaron que se cayó, le prepararon una pócima que le dieron a tomar. Llegó a la posta con temperatura de 40°C, diarrea, etc. Yo pienso que esa agua era parte del problema porque

parecía agua de pantano, tenía muy mal olor y aparentaba estar podrido. Pero no es bueno estrellarse contra lo que los curanderos hacen.

Existen solo curanderos, otros yatiris, no sé bien en que se diferencian. Pero sé que el yatiri saca maleficios, pero el curandero usa yerbas o hace pomadas. Los yatiris usan el sahumerio, la coca, cortan llamas o gallos, llaman espíritus etc; no es muy común escuchar de esto por que son reservados y clandestinos, esto llega al extremo de que para ver a un yatiri entre ellos se comunican, se deben recomendar. Los yatiris pueden ser hombres y mujeres. Hacen sacrificios con animales. Me hablaron de una mujer que curaba por sesiones. En una ocasión un paciente se encontraba muy desnutrido internado dentro del hospital; ellos trajeron su curandera para que le realice curación, no se podía evitar que ingrese porque había la posibilidad de que ya muera, era mucha la confianza para con ella (curandera) y después de tres semanas que no pudimos mejorarlo, en tres días mejoró luego de la visita de su curandera, hay cosas que no nos explicamos. La señora vino cubierta su cara, no se veía.

(Prof Jorge)

En las fracturas acuden a medicina tradicional y logran restablecerse. La medicina tradicional es importante. Un profesor que tenemos atiende estos casos de luxaciones etc

Cuando algo se pierde la comunidad consulta con el Yatiri, consultan, para muchas cosas. Su función básica es adivinar, ellos dominan la hoja de coca.

## **2. Creencias:**

(Naturista)

No creo en el ajayu, la persona se cura porque cree, puede ser cualquier cosa, lo importante es tener fe y creer que eso le puede sanar.

(Dra Sara)

Si, es que sabe que, la gente piensa que tomando un mate (infusión) se va a sanar, entonces psicológicamente es bueno. A veces dicen del Khari khari (figura maligna), pero la gente esta convencida de eso. Yo les reviso todo, veo que tienen y empiezo mi tratamiento; entonces ellos preguntan ¿me esta dando para el khari khari? Y yo les respondo que si, y que vuelvan para realizar su control. Es imposible sacar grasa con una jeringa como ellos manifiestan. El factor psicológico es demasiado importante y mucha gente cumple al pie de la letra, ellos mismos se condicionan de que "no tienen que bañarse" o "no deben tomar agua" durante el tratamiento, yo les digo que no se bañen dos días o que no tomen agua un día, eso les ayuda a pensar que se está haciendo un buen tratamiento.

(Prof Nancy)

Menos frecuentemente tienen enfermedades que ellos creen, el khari khari por ejemplo, esto se caracteriza por temperatura. El khari khari es una persona que saca la sangre o la grasa, este sujeto ataca a los niños que son sanos, no puede ser a adultos que toman etc; también a adultos

que no toman, o sea sanos. La sintomatología es dolor de cabeza, estómago, desgano y temperatura principalmente, dicen que el vino es una forma de curar

En cuanto al khari khari dicen que saca sangre solo al acercarse a la persona, es decir automáticamente, es lo que cuentan los niños.

El ánimo, o ajayu que dicen, cuando se asustan el diablo se lleva el ánimo, necesitan de un yatiri para llamar el ánimo

(Lic Máxima)

Cuando el niño tiene diarrea entonces la señora dicen que es el ajayu, ellas llevan al Yatiri por la diarrea que generalmente causa. La forma de llamar al ajayu es con su ropa, su sombrero, comer tierra etc. Los curanderos son conocidos en la comunidad

Otros dicen el Khari Khari, cuando tienen fiebre especialmente, el curandero solamente puede curar esto. Al hospital llegaban muertos los niños, ellos decían que el maligno se los llevó, en la noche estaban bien y en la mañana amaneció y murió de pronto. Es probable que las mamás se duerman encima del bebé, aparentemente no tenían sintomatología, solo se veía leche a través de la nariz. El ajayu es muchas veces causa de muerte, forma parte de la mortalidad, ellos creen que esto es así

(Maruja)

Realizan mesas, challan etc. En cuanto a salud, ellos llevan al yatiri, a sus curanderos. Yo no conozco a Yatiris, solo me dijeron que hay Khari Khari, este saca grasa o sangre, entonces el Khari Khari es una persona que hace daño. Las señoras dicen que cuando sus hijos tienen diarrea con sangre su ajayu se ha salido, que la wawa se cayo y les ha quedado el ajayu, entonces debe llamar el ánimo el yatiri, llaman con su ropita. No en todos los casos vuelve el ajayu, pero se repite las peticiones. Es una costumbre fuerte todavía, Ayer mismo no me permitieron vacunar a un niño porque estaba mal del ajayu y que después cuando se llame al ajayu después harán vacunar al niño.

Otra creencia es el "sajra" dicen que es como un diablo, " el sajra ha venido y se lo a llevado a mi wawita" o "se lo a comido", en la noche no debe llorar la wawa porque viene el sajra y se lo lleva, eso dicen.

Estas creencias son causa de muerte, una wawa aquí cerca murió y dijeron que era el Sajra, tenía 3 semanas de vida. En otra ocasión en un 15 de agosto, estaba sanito y dijeron que el diablo se lo ha llevado, el gusano y se lo ha comido, pero para mí parecía bronco aspirado, ellos dicen que el diablo se lo ha llevado. A veces cuando ellos traen muy mal a sus niños y se mueren nos culpan de la muerte de los niños.

Si existen supersticiones; dicen que cuando están embarazadas no pueden ver un perro muerto por que les puede hacer mal. Después dicen que no deben ver a un cadáver especialmente con el niño porque le da diarreas constantes (Larpha), esto es curado colocando a la wawa sobre la panza de una vaca negra.

No todos creen en brujerías, porque la mayoría son evangelistas. Ellos solo dicen que Dios puede curar. Ya no quieren que los médicos vean a sus hijos.

La pachamama es la tierra, es un dios. Ch' allan con su vino y entierran fetos.

(Valeria)

Muchos dicen que se le ha salido el ajayu (su ánimo), raras veces pasa esto. Una vez me han dicho esto, con ojos poco hundidos y a mí me a dicho que llame el ajayu y le he llamado y se ha sanado también la wawa; pero algunos no es eso también, hay otros que son diarrea. Será verdad eso? Yo no creo, pero tampoco hay caso de negar.

Cuando mejora la wawa después de llamar su ánimo entonces fue el ajayu, sino es otra enfermedad. Si no hay que buscar otra cosa, hay que llevar al hospital.

Si existen otras enfermedades de niños, traen con vómitos y dicen que puede ser infección, pero aquí la wawa no sana, ni en el hospital sana. Entonces cuando huelen cosas hediondas (perro muerto etc) eso hace dar diarrea, de eso da diarrea, igual que las infecciones; para eso nosotros bañamos con las hierbas calientes (varios tipos) después de eso sana la wawa

No estoy de acuerdo con lo que piensan del diablo, porque cómo puede entrar el diablo a la wawa?, eso es mentira

(Dra Alicia)

Si, son mas místicas, en las diarreas siempre es el diablo, (el Huayra), que se lo ha llevado el ajayu, o le da fiebre o diarrea, otros es el Aica, no lo tratan como diarrea, para ellos eso es normal. El "aica" sería una como maduración del cuerpo, así ellos lo representan. Esto no solo del cuerpo, cuando destetan y le da diarrea, cuando gatea lo mismo, cuando empieza a caminar. En los adultos el problema es el Khari Khari, esto es confundido con el problema de la vesícula biliar, es un demonio, como una posesión. Hace algunos días hubo una señora con adenitis, no podía abrir la boca, ella quería medicina contra el khari khari, seguramente no me sacó grasa sino sangre, ella dijo

El cuerpo tiene espíritus, uno de estos espíritus es el ajayu, en la pérdida de este ajayu es que uno se enfermaba, de ahí que las mujeres que tenían niños no podían ir al cementerio, o pasar por un lugar a determinada hora, porque en ese lugar existe el maligno quien les arrebataría el ajayu, por eso cuando el niño se cae dicen que se le salido el ajayu, por eso le dan de comer la tierra de ese lugar o llaman con su gorritos en un rito. Cuando hicimos evaluación de mortalidad en autopsias de mortalidad, vimos el relato de las mamás es que mencionaban que el ajayu fue culpable de la enfermedad, esto llega al extremo de que puede morir. En algunas casas usan guías de dinamita como incienso, o espantan los demonios

(Prof Jorge)

El ajayu es el ánimo, existe esa creencia, dicen que a sus hijos los asustaron, un poco de tierra hacen comer. Esto parece ser psicológico, nuestra mente es poderosa.

Son supersticiosos, sus sueños son interpretados frecuentemente y creen en eso, pero no toda la gente es así

### 3. Valores:

(Maruja)

Hay preferencia por los niños porque dicen que los niños ayudan mas y eso no es cierto, las mujeres trabajan mas, porque agarran yunta etc. Algunos dicen que las mujeres pierden el apellido

Hay de todo, algunos son descuidados, pero otros son responsables. Sus promesas generalmente no cumplen, cuando se prestan la mayoría se olvida, pocos devuelven las cosas.

Algunos son conformistas, otros quieren avanzar y van a la escuela. Los que quieren mejorar son los que tienen dinero, creo que de eso depende.

Entre las cosas mas importantes para el aymará son la religión, Dios, su comunidad, Patria (van al cuartel o servicio militar.) Actualmente ya no quieren mandar, porque van a trabajar y no aprenden nada.

(Valeria)

Los hombres quieren siempre niños, esto porque dicen que van a ser de ayuda para ellos, las mujeres serían ayuda para nosotras las esposas, además cuando se case se va ir a vivir a otra parte, se va ir a donde su marido y el apellido se va a perder.

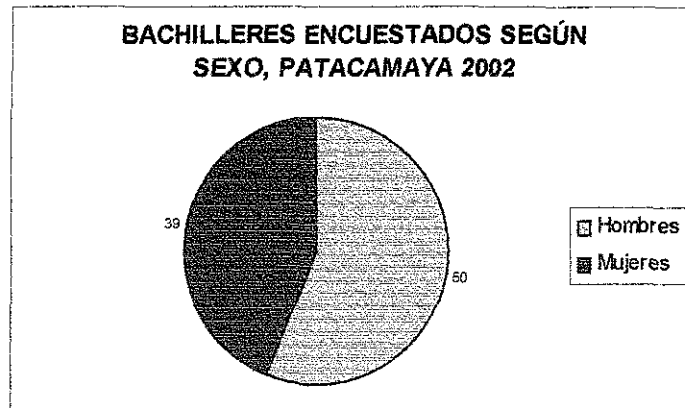
(Dra Alicia)

Ahora ya no les gusta enseñar aymará, porque se avergüenzan. Aquí en el pueblo aunque sus papás hablen aymará ellos no quieren hablar aymará. La reforma educativa dijo que se debe enseñar el idioma aymará, pero la misma gente rechazó el idioma como enseñanza porque ellos piensan que no tendrán acceso a las universidades públicas donde se habla el castellano. Si bien ellos hablan el aymará, no saben escribir.

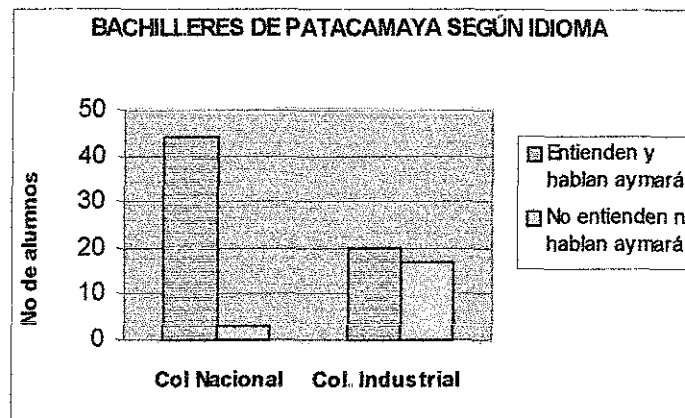
En Patacamaya es igual, en las comunidades aún se mantiene que la mujer termina la escuela y eso es suficiente. No se superan.

## DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA A JÓVENES BACHILLERES (PATACAMAYA 2002)

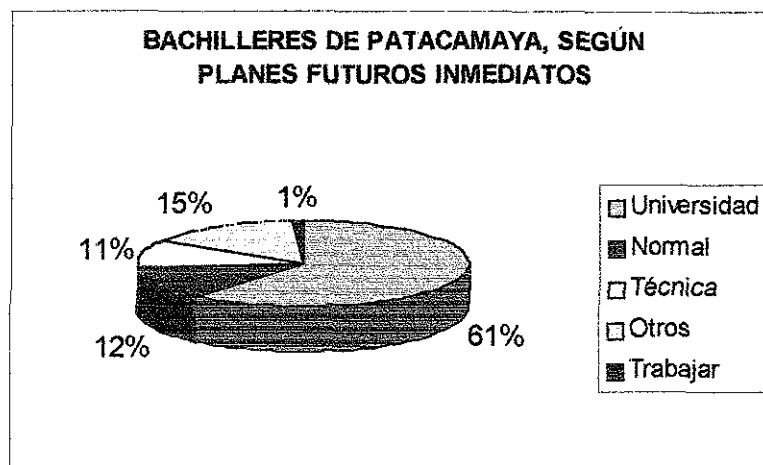
Edad: Promedio 18 años (rango de 16 a 20 años)



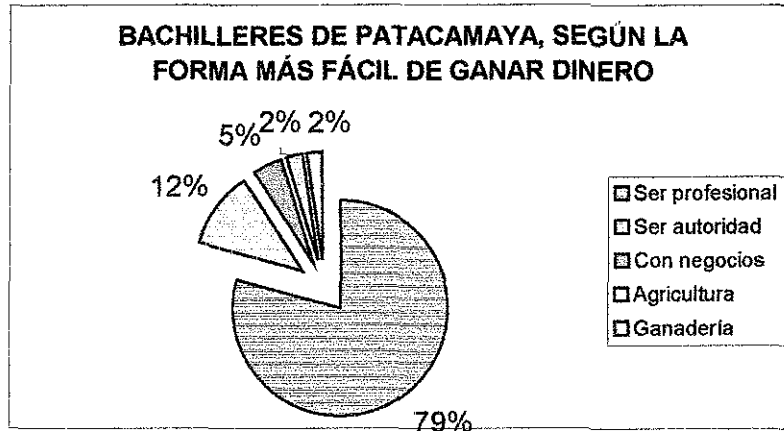
1. ¿Entiendes y hablas el idioma aymará?



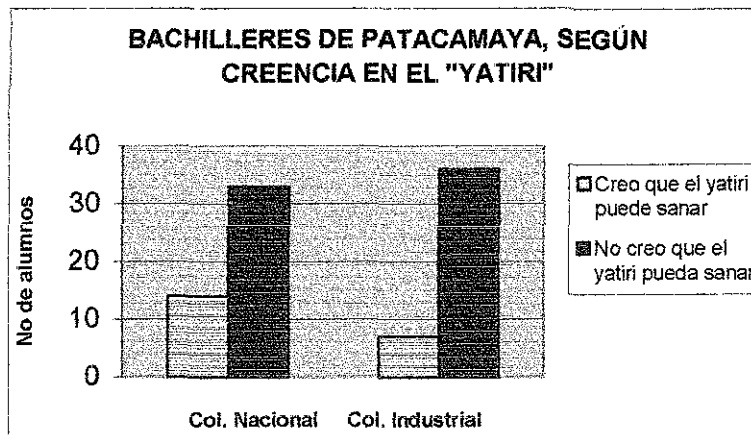
2. Cuando termines el bachillerato, ¿qué quisieras hacer?



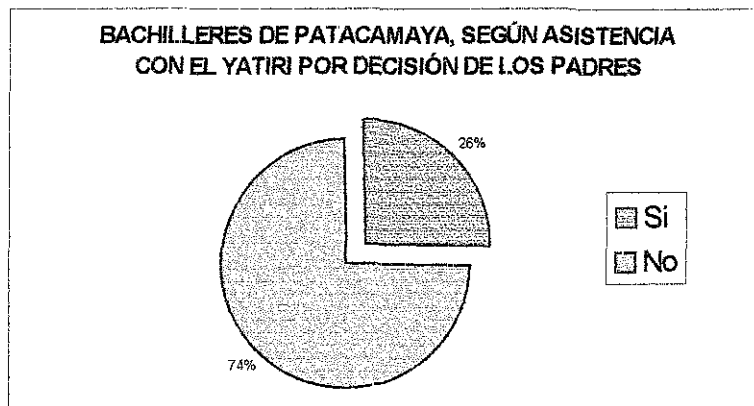
3. ¿Cuál crees que es la forma más fácil de ganar dinero?



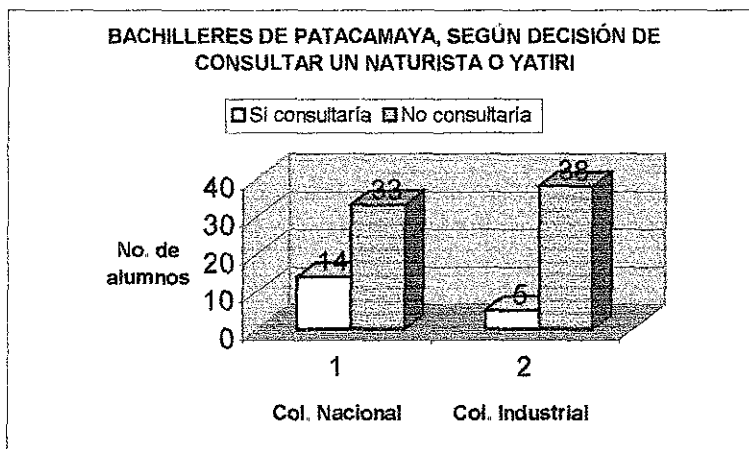
4. ¿Tú crees que el curandero o yatiri puede sanar las enfermedades?



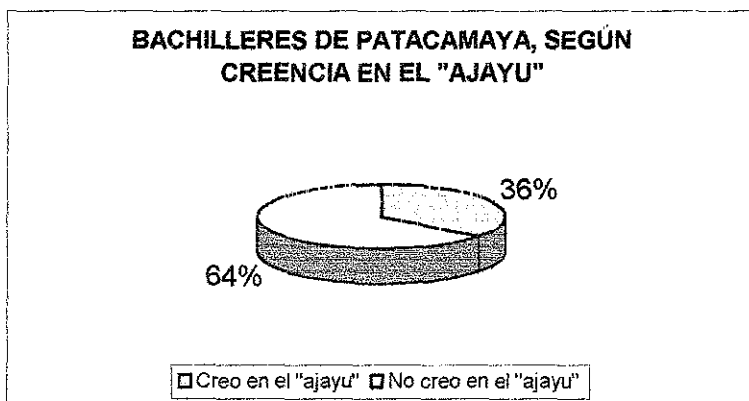
5. Cuando te enfermaste alguna vez, ¿tus papás te llevaron con el curandero (yatiri) o naturista?



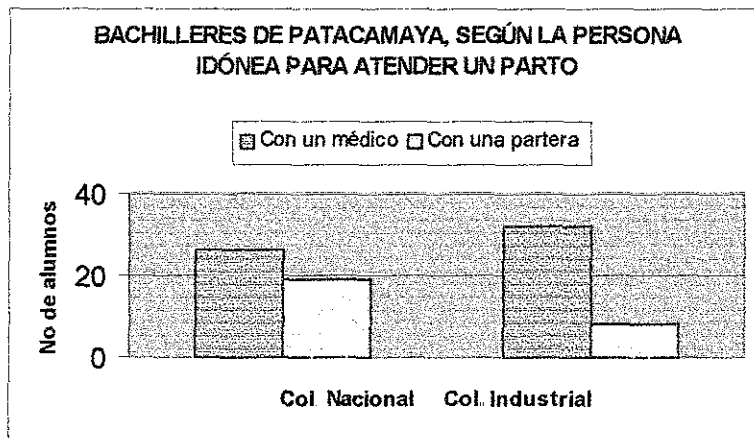
6. Si ahora te enfermas, ¿tú consultarías con un naturista o curandero?



7. Dicen que cuando un niño se cae, pierde su ajayu. ¿Tú estas de acuerdo con ésta afirmación?

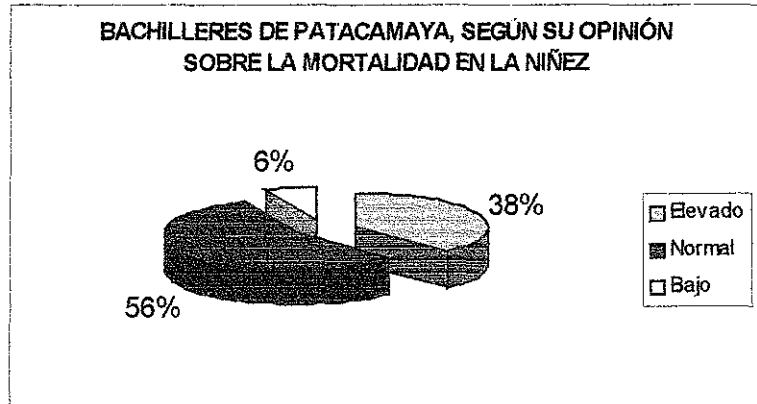


8. Cuando una mujer tenga que dar a luz, ¿quién crees que es el más indicado para atender el parto?

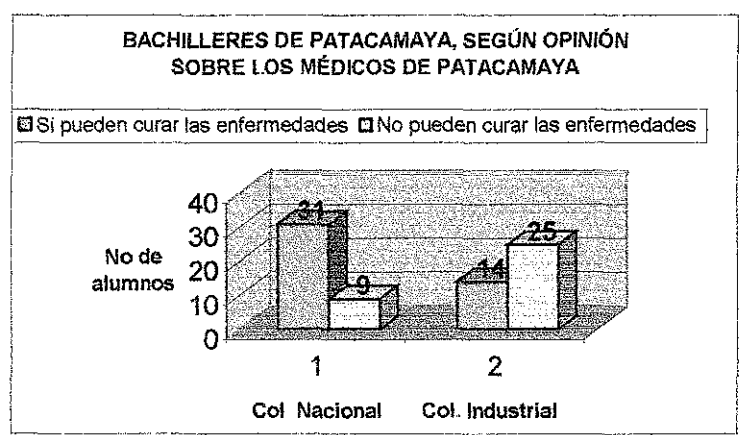




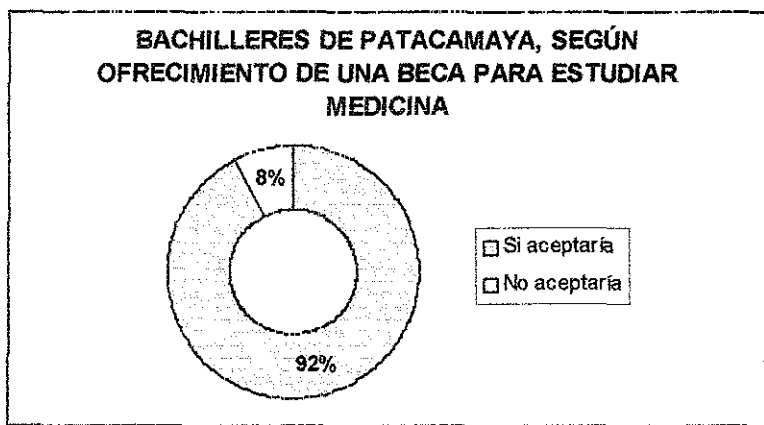
9. En la región del altiplano de cada 100 niños que nacen, 10 mueren antes de cumplir los 5 años. Para ti esto es:



10. ¿Tu crees que los doctores que atienden en Patacamaya pueden sanar las enfermedades?



11. Si te ofrecieran una beca completa para estudiar medicina en La Paz, ¿tú aceptarías?



## OBSERVACIÓN DIRECTA

### (Percepción del investigador sobre la gente indígena)

#### Tradiciones

- Hombre de 66 años, hace poco consultó a un curandero por el problema de várices, le dijo que le cobraría 500 pesos (70 dólares), pero ante la ineficacia del tratamiento sólo pagó 50 pesos (7 dólares)
- Las fiestas en las comunidades son celebradas cada año, el número de ellas es variable (1-2), cada comunidad tiene su fiesta y además el 15 de agosto es la fiesta en Patacamaya donde muchos participan. Es obligatorio pasar la fiesta, cada año tiene un responsable que gasta mucho dinero, el entrevistado gastó 1000 dólares por la banda de música, aparte tuvo que pagar la cerveza y la comida para todos sus invitados, la fiesta duró aproximadamente 20 días. Tuvo que vender su camión y pedir préstamo para tal efecto. Aquel que no quiere pasar la “fiesta” es multado con 5000 pesos (700 dólares americanos)
- Una familia reunida dos días después de la muerte de su familiar se encontraba reunida en una casa de campo, comían todos alimentos preparados por ellos mismos, también observé que algunos de ellos estaban ebrios, pero no fueron agresivos.

#### Creencias

- Una señora, madre de una pequeña de 2 años gravemente enferma con diarrea y vómitos en estado de choque, me dijo “el diablo se entró en la pequeña” y que ella aseguraba que alguien le dijo que existían “unas gotas” que podían ayudarla a sanar, esas “gotitas” sabía que existían en el centro de salud, ella exigía esas gotas. Fue muy difícil convencer a esta mujer de internar a su niña enferma.
- Según un campesino existe el “khari-khari” que es un personaje que “saca sangre y grasa” de la gente; hace algún tiempo fue culpable de la muerte de aproximadamente 20 personas adultas. También afirmó que dos sobrinos adolescentes murieron por esta misma causa. Aparentemente sólo ataca a jóvenes y adultos, no a niños.

#### Pensamiento

- Una joven originaria del lugar, egresada de economía en la ciudad de Oruro y actual secretaria en el Distrito de Educación opina que aproximadamente el 80% de toda su gente no tiene dinero suficiente para enviar a sus hijos a estudiar a la universidad, también está conciente que la formación y preparación de los jóvenes bachilleres es mala o pésima en relación a bachilleres de la ciudad. Calcula que aproximadamente el 5% de los bachilleres intentan iniciar una carrera universitaria de los cuales casi todos vuelven decepcionados porque su preparación no está al nivel universitario.
- **Resultados y análisis:**

Las conclusiones de las entrevistas a los personajes claves con respecto a factores culturales son los siguientes:

- En la población de Patacamaya existen ahora más naturistas que yatiris, éstos últimos se encuentran más en las comunidades cercanas a Patacamaya.
- Existen muchas formas de “llamar el *ajayu*”, con incienso, con copal, azúcar y además se debe rezar un “padre nuestro”.
- La enfermedad del “estómago” se debe a la caída de los niños, entonces el estómago se pone a “un lado” y esto se puede saber tocando las venas de la muñeca, cuando el pulso es fuerte a un lado y al otro es débil entonces el estómago está a un lado y tenemos que hacer “fricción” en la barriguita para que sane de su diarrea.
- Los nativos siempre acuden a su medicina tradicional primero, cuando la enfermedad está avanzada o no encuentran resultados positivos en su medicina entonces acuden al médico, esto es una regla.
- Los *yatiris* pueden ser hombres o mujeres. Hacen sacrificios con animales.
- La comunidad consulta con el *yatiri* no solamente asuntos de enfermedad, su función básica es adivinar, ellos saben mucho de esto con las hojas de coca.
- El *khari khari* es una persona que saca sangre o grasa, esta creencia está en los nativos y para ellos es una realidad, este factor psicológico debe ser tratado cuando abordamos la enfermedad.
- Cuando un niño tiene diarrea los nativos dicen que es el *ajayu*, ellos consultan con el *yatiri* para “curar” este mal. Ellos llaman al *ajayu* con su gorrito, su ropa, comer tierra etc.
- Al hospital llegan muertos los niños, ellos dicen que el *maligno* se los llevó, - en la noche estaba bien y en la mañana de pronto amaneció muerto. El *ajayu* es muchas veces causa de muerte, forma parte de la mortalidad, ellos creen que esto es así.
- Otra creencia es el “*sajra*” y dicen que es como un diablo, “el *sajra* vino y se ha llevado a mi *wawita*” (hijito) o “se lo ha comido”, en la noche no debe llorar la *wawa* porque viene el *sajra* y se lo lleva.
- Existen otras creencias; dicen que cuando están embarazadas no pueden ver un perro muerto porque les puede hacer mal, tampoco pueden ver un cadáver especialmente los niños porque puede darles diarrea (*Lapha*), esto es curado colocando al niño sobre la panza de una vaca negra.
- No todos creen en las brujerías, porque muchos son evangelistas. Ellos dicen que Dios puede curar. Ya no quieren que los médicos revisen a sus hijos.
- Los campesinos son muy místicos, en las diarreas siempre es el diablo, otras es el *ajayu* cuando existe fiebre y diarrea, otras veces es el “*aica*” que sería como la maduración del cuerpo, en los adultos el *khari khari*.
- En los relatos de autopsias verbales de mortalidad, escuchamos el relato de las mamás que mencionaron que el *ajayu* fue culpable de la enfermedad y que por eso se murieron.
- Los campesinos prefieren tener niños que niñas, esto porque el niño no “abandona” a su familia y creen que trabaja más que la mujer aunque esto es cuestionable, además dicen que “conserva” el apellido.
- Actualmente ya no les gusta hablar aymará porque se avergüenzan, en el mismo pueblo los muchachos ya no quieren hablar el aymará; la reforma educativa dijo que deberían hablar el idioma pero la misma gente rechazó el idioma como enseñanza porque ellos

piensan que no tendrán acceso a las universidades públicas donde se habla el castellano.

Las conclusiones de las encuestas a los 89 alumnos bachilleres de la población de Patacamaya son las siguientes:

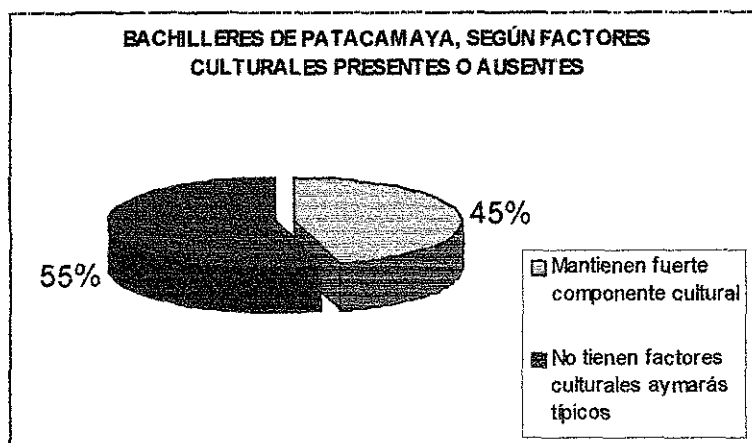
- Los participantes de la encuesta de bachilleres se distribuye por sexo de la siguiente manera: hombres 56% y mujeres 44%
- Fueron dos instituciones educativas entrevistadas, el Colegio Nacional Patacamaya que se encuentra en la zona periférica de la población de Patacamaya, es una institución pública 100% y tiene en sus salones a alumnos que llegan de las distintas comunidades alrededor de Patacamaya; por otro lado el Colegio Industrial Patacamaya que se encuentra ubicada en pleno centro de la población de Patacamaya, es semi-privado porque un porcentaje de los gastos es cubierto por los alumnos, aquí se congregan los hijos de los aymarás que son comerciantes o que tienen algunos privilegios económicos
- Existe una clara diferencia del porcentaje de alumnos que NO saben hablar el idioma aymará entre los colegios Industrial y Nacional: 46% y 6% respectivamente.
- El 56% de todos los bachilleres tienen el firme propósito de seguir una carrera universitaria, la carrera que más les atrae es medicina.
- El yatiri puede curar las enfermedades en un 29% para el colegio Nacional y 17% para el Industrial (promedio de 24%)
- El 26% de todos los alumnos fueron llevados por sus padres a consultar a los yatiris (esto apelando al recuerdo que ellos poseen de este hecho, se pierde este dato si fue realizado a edad temprana)
- Ellos están dispuestos a consultar con un yatiri para curar su enfermedad en un 29% para el colegio Nacional y 12% para el Industrial (promedio 21%)
- El 35.5% de los alumnos aún creen en el “ajayu”
- El 65% de los alumnos cree que el médico es el más indicado para atender un parto, el 30% dicen que una “partera” es la mejor indicada.
- En el 54% los alumnos creen que la mortalidad infantil actual es normal o bajo.
- Ante la pregunta a los alumnos sobre la posibilidad de que los médicos que trabajan en Patacamaya puedan curar las enfermedades, respondieron que NO el 18% en el colegio Nacional y 61% en el colegio Industrial.
- Tomando en cuenta las preguntas 8, 10 y 11 (certeza de que el yatiri puede curar, la decisión propia de consultar al yatiri por una enfermedad y la creencia en el ajayu) las cuales tienen relación con factores culturales (creencias, actitud y costumbres) se establece la aritmética de los alumnos que afirmaron con 1, 2 o las 3 respuestas positivas

Colegio Nacional Patacamaya:

Cero = 23    Uno = 7    Dos = 15    Tres = 2    (total 24 afirmativas)

Colegio Industrial Patacamaya:

Cero = 25    Uno = 10    Dos = 4    Tres = 2    (total 16 afirmativas)



Total = 40 afirmativas y 48 sin componentes de raíz cultural.

\* Los alumnos mantienen sus creencias y la decisión de consultar con sus “adivinos” en el 50% para el colegio Nacional y el 39% para el colegio Industrial (en promedio el 45% de los bachilleres aún tienen elementos culturales que son en esencia contrarios a los principios médicos actuales.

Las conclusiones de la observación directa en cuanto a tradiciones, creencias y pensamiento, son las siguientes:

- Los indígenas están dispuestos a pagar mayor cantidad de dinero (comparado con una consulta médica) cuando sus adivinos y curanderos les prestan el servicio.
- Los indígenas están dispuestos a gastar todo su dinero durante las fiestas principales del pueblo; las cantidades de dinero son considerables teniendo en cuenta la economía boliviana
- Las bebidas alcohólicas pueden formar parte de los actos fúnebres, algunos llegan a la embriaguez.
- Existen las figuras del diablo y el Khari-khari, personajes que pueden causar enfermedades graves e incluso la muerte
- La educación rural es mala en cuanto a calidad, afirma una universitaria aymará que es egresada de economía.

No cabe duda de que la cultura está estrechamente vinculada con el estado de salud y enfermedad. Para los aymarás existen muchas figuras propias de su sociedad y no compartidas con otras culturas. La expresión de sus creencias, valores y tradiciones sobre la enfermedad y la muerte repercute en el bienestar sobre todo de sus propios hijos.

Existen cifras descriptivas que son de interés al respecto:

- 41% de los encuestados confían más en el yatiri, curandero y naturista
- 43% de los anteriores prefieren exclusivamente plantas y hierbas para su tratamiento
- 59% de ellos creen en la “sombra del ajayu” y realizan ritos o acuden al yatiri
- 21% de los padres de niños fallecidos cree que el ajayu es culpable del fallecimiento
- 32% de los entrevistados cree en brujerías realizadas por yatiris y solamente el 17% de los entrevistados creen que los niños deben ocupar el primer lugar antes que cualquier otra cosa (dinero, propiedades, cónyuge, etc)

La influencia de la sociedad aymará es fuertemente sentida en los nativos, se observa cómo entre ellos existe la influencia negativa hacia la medicina occidental: 76% de los encuestados consulta con sus familiares o amigos lo que debe hacer frente a la enfermedad de su hijo y el 36% de los encuestados dijeron que sus familiares se oponen a que consulten con un médico frente a la enfermedad de ellos o sus hijos.

Los aymarás tienen otra concepción de la muerte, al parecer no se resisten mucho ante ella porque es parte de su misma naturaleza, por ello el 66% de los entrevistados afirma no tener miedo a la muerte y el 32% de ellos dijeron que la muerte es la mejor opción ante una enfermedad que lleva consigo sufrimiento.

La relación entre moralidad es más sombría cuando consideramos las estadísticas descriptivas de los padres que sufrieron la pérdida de uno más niños menores de 5 años:

- 85% prefieren ser atendidos por naturista, curandero o yatiri cuando están enfermos
- 70% de ellos creen firmemente en el *ajayu*
- 30% de ellos creen en brujerías realizadas por el yatiri
- 68% de estos padres consultan con familiares o amigos por la enfermedad de su hijo
- 40% de ellos recibieron consejo negativo de sus familiares contra los médicos
- 72 % afirman no “temerle” a la muerte
- 30% dijeron que para ellos la muerte es mejor que tener una enfermedad con sufrimiento

Para concluir esta parte descriptiva, el 45% de los niños menores de 5 años murieron por causa del *ajayu* según la opinión de sus propios padres. El total es de 58 niños muertos por una figura “cultural”.

## C. EL SISTEMA DE SALUD

**Antecedentes:** El ministerio de salud actualmente estableció los siguientes principios generales:

### **Misión**

Somos el ente rector del Sistema de Salud, diseñamos políticas y estrategias, establecemos el marco regulatorio y velamos por su cumplimiento por parte de los entes gestores públicos y privados, para contribuir al desarrollo social en el marco de la Estrategia Boliviana de Lucha contra la pobreza, a través de un sistema boliviano de salud equitativo eficiente, y universal.

### **Visión**

El Sector Salud se habrá convertido en líder del proceso de desarrollo nacional, por que habrá asegurado la incorporación de mujeres y hombres aptos para una vida socialmente productiva, que fortalezca la democracia y la convivencia entre los bolivianos(as)

**Red de servicios de salud:** En Bolivia la red de servicios de salud es la organización de los establecimientos de salud por niveles de atención, con base en los criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. La misión de la red de servicios de salud es satisfacer todas las necesidades en la prestación de servicios de salud de la población que reside en un municipio o en una mancomunidad de municipios. (Bueno, 1998: 23)

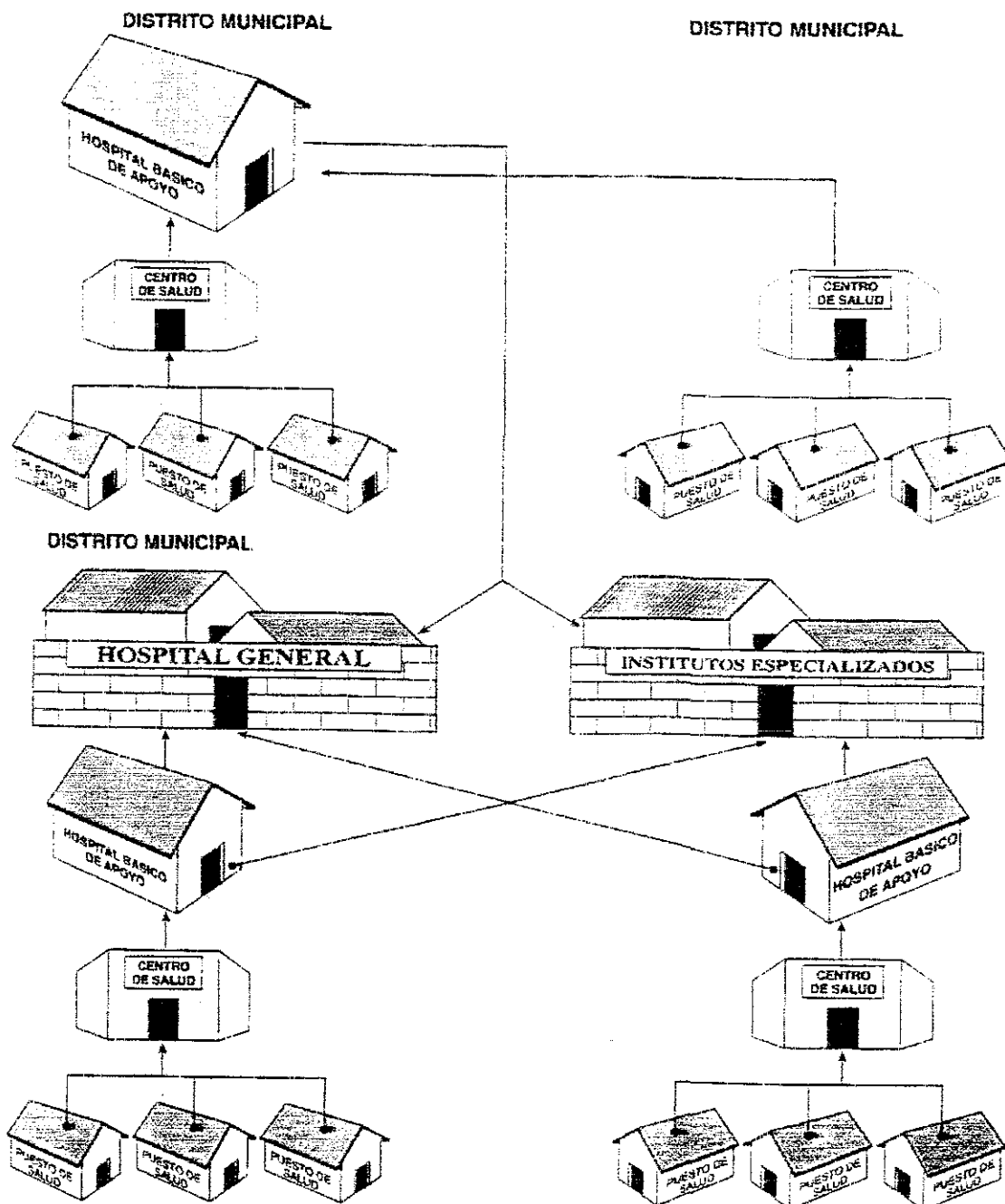
**Primer Nivel:** En este nivel la modalidad de atención para resolver problemas de salud se enmarca en el auto cuidado de la salud, consulta ambulatoria e internación de tránsito. Corresponde a este nivel de atención el Centro de Salud y el Puesto de Salud. En este nivel se considera importante: la participación de la familia, médicos tradicionales, responsables populares de salud y organizaciones comunitarias en las actividades de promoción, prevención y control.

**Centro de Salud:** El centro de salud es la base de la red de servicios de salud, se caracteriza por contar con un equipo profesional de salud, una mayor capacidad resolutive y actúa como centro de referencia para los puestos de salud de su área de influencia. El centro de salud es responsable de:

- Coordinar, supervisar, asesorar y evaluar las actividades de los puestos de salud de su área de influencia, ejerciendo además la gestión compartida con la comunidad
- Prestar servicios de salud a la población dentro de su influencia.
- Realizar la planificación participativa de salud de manera conjunta con el Gobierno Municipal y las organizaciones sociales de base (comunidades campesinas, comunidades y pueblos indígenas y juntas vecinales)
- Realizar una programación operativa de su establecimiento sobre la base de las prioridades nacionales de atención de salud establecidas, la planificación participativa de la salud y la programación operativa del municipio
- Programar anualmente los requerimientos de recursos humanos, insumos médicos, servicios básicos y mantenimiento. (Op. cit: 24)

El centro de Salud coordina, supervisa, asesora y evalúa las actividades de los Puestos de Salud que están dentro del área de influencia, ejerciendo además la gestión compartida con la comunidad.

Puesto de Salud: Este establecimiento depende del Centro de Salud y se caracteriza por la presencia de un auxiliar de enfermería. El objetivo es de programar y ejecutar las actividades de promoción, prevención y control en el área de influencia.



(Red de servicios de salud)



- **Entorno y marco teórico:** La distribución de los servicios de salud a través del Ministerio de Salud (antes Secretaría de Salud) para el área rural se divide en distritos. Con la Ley de Participación Popular los municipios ingresan a formar parte activa en la administración de los recursos destinados a la salud.
- Patacamaya es una población que cuenta actualmente con un centro de salud único dependiente del Ministerio, su personal consta de dos médicos generales, un odontólogo, tres enfermeras generales, algunos responsables populares de salud. Las instalaciones de infraestructura cuenta con un consultorio médico, uno dental, farmacia, una sala de internamiento con tres camas, una sala de partos. Cuentan además con una ambulancia para el traslado de los pacientes y movilizaciones de vacunación.
- Para el año 2001 el Instituto Nacional de Estadística calculó la población de Patacamaya y las comunidades a su alrededor en 20,039 habitantes que dependen de éste único Centro de Salud.

La población de Patacamaya como la quinta sección de la provincia Aroma tiene en su seno exclusivamente nativos aymarás (95%) como habitantes. El gran impacto observado entre la cultura aymará y el sistema de salud nos estimula a realizar algunas consideraciones teóricas al respecto:

**Conocimiento de la cultura:** Existe una situación intercultural que pone en evidencia los factores sociales – y no solo médico sanitarios – si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud implementado en grupos de población de cultura heterogénea. Un programa delineado conforme a las normas inflexibles de la técnica occidental y respaldado por un presupuesto elevado y por un personal de alta capacidad profesional puedes ser perfecto para elector más urbanizado de una de nuestras ciudades en proceso de industrialización; mas es del todo inoperante en una situación intercultural como la que presentan las zonas indígenas del país. Las dificultades de orden cultural – que en la situación indígena son realmente trascendentes – imponen al personal obligaciones insólitas de adiestramiento en capítulos que no figuran corrientemente en la planeación de programas de salud. La primera de ellas es la necesidad que el personal tiene que saber profundamente la cultura de las comunidades indígenas entre las que habrá de operar. En este conocimiento está incluido de modo prominente el idioma vernáculo que se hable en la región o localidad. El personal tendrá como ineludible prerrequisito de inclusión el ser bilingüe desde su ingreso al programa o pasado el tiempo relativo de aprendizaje. Sólo conociendo los medios de relación – lengua nativa y lengua nacional – podrá operar libremente en los grupos que componen la situación intercultural. El conocimiento del idioma indígena es el paso previo para el conocimiento de mayor importancia, el de la cultura indígena. Es posible utilizar intermediarios para entrar en relación mas o menos correcta con los indígenas; pero no será nunca posible entenderse con ellos y lograr su aceptación si se desconoce el sistema de creencias, valores, instrumentos, habilidades, actitudes y emociones que integran sus formas de vida. Particularmente indispensable es el exacto conocimiento de las ideas y patrones de acción que norman la medicina y la salubridad indígenas, ya que sin ese conocimiento surgirán conflictos innecesarios entre las ideas y prácticas científicas y las tradicionales con demérito del éxito y de la continuidad del programa. (Aguirre, 1994: 38)

**La medicina dominante:** En los años recientes, organizaciones privadas o programas diversos lanzados por la Organización Mundial de la Salud y otras agencias especializadas de las Naciones Unidas, establecen en cierto número de países, calificados como en vías de desarrollo, centros para la provisión de servicios médico-sanitarios cuya finalidad próxima es la introducción de la salud pública y la asistencia médica modernas en aquellos sectores de la población que, por participar de una estructura socio-económica y una cultura diferentes a la de los países industriales, no pueden contener adecuadamente con los problemas derivados de la frecuencia de altos coeficientes de mortalidad y morbilidad, con muy bajas expectativas de vida. En algunos casos; se envían expertos extranjeros adiestrados profesionalmente, con instrucciones de tomar a su cargo el implemento de la acción, conduciendo personalmente proyectos de saneamiento del medio, campañas contra las enfermedades infectocontagiosas, programas de nutrición y cuidado materno-infantil o estableciendo clínicas y hospitales diseñados con la arquitectura, composición, el equipo técnico y la organización dual del médico-administrativa característica de las instituciones clínico-hospitalarias de las metrópolis modernas del mundo. En general esos programas e instalaciones se han establecido en los barrios miserables de las ciudades en proceso de urbanización, donde habita una población de procedencia campesina, aún no asimilada totalmente a las formas de vida urbana. En tales casos, la introducción de los conocimientos técnicos y los recursos de la cultura occidental en la resolución de los problemas y necesidades de la salud tropieza con serias dificultades

Tanto los expertos foráneos, cuanto los nacionales, se imponen por tarea extender las ciencias físicas y biológicas, aplicadas a los problemas de enfermedad, al diseñar sus programas para comunidades consideradas como simples agregados de organismos biológicos. El modelo de salud los hace tener en muy poca estima a la comunidad como una corporación de relaciones sociales entre los seres humanos, que participan de una configuración de creencias y prácticas llamada cultura. Tienen la íntima y vehemente convicción de estar en posesión de la verdad y, como corolario, la certeza absoluta en la ignorancia e ineficacia de las ideas y prácticas de la medicina popular; con más, investidos de autoridad y prestigio como miembros del grupo gobernante, desempeñan su rol ocupacional respaldados en el derecho-privilegio de ejercer la coerción. Los establecimientos de centros de salud, la realización de saneamientos de obras del medio, pero, sobre todo, ciertas campañas sanitarias implementadas en contra de la viruela o polio, son conducidos con el respaldo de la fuerza pública; se caza a los indígenas cuando concurren a los mercados semanales y se inmuniza a los escolares sin previo consentimiento de los padres. El modelo de salud biológico desemboca así en una medicina dominical, llamada indistintamente dominante. El desasosiego de la población provocado por la aplicación de la medicina dominical levanta barreras de resistencia, especialmente en aquellas comunidades donde la práctica impositiva requiere, para su aceptación, ajustes radicales en sus modos de pensar y de actuar; esto es, en las comunidades indígenas de cultura diferente a la nacional. Por tener gustos, preferencias y prejuicios fuertemente arraigados, ideas propias acerca de la salud y la enfermedad y costumbres moduladas por la conducta en cuanto concierne al trato dado al enfermo y a los mecanismos puesto en obra para prevenir los males, rechazan, ante el asombro del personal sanitario, los beneficios de la medicina científica. Para salvar el obstáculo la acción sanitaria, deliberada o inadvertidamente, enfoca sus esfuerzos al tratamiento y profilaxis de la población indigente de las urbes y la campesina de cultura nacional, mucho más receptivas a la medicina moderna (Aguirre, 1994: 341)

Existen muchas incongruencias en la relación médico-paciente cuando especialmente se trata con grupos étnicos, a continuación citaremos algunos ejemplos de esta incoherencia.

**La falacia de las copas vacías:** Los trabajadores sanitarios, en su afán por transvasar, precisa y rigurosamente, las informaciones cognoscitivas y técnicas recibidas en su adiestramiento, al entrar en relación con los sujetos de asistencia, trasiegan el vino de la ciencia en los cráneos de su clientela como si estos estuviesen vacíos, encontrándose, en realidad, colmados por las costumbres sanitarias tradicionalmente establecidas. La conducta insensata de verter nuevos conocimientos en las copas ya rebosantes produce como inevitable resultado el derramarlos infructuosamente, con grave pérdida de tiempo, de esfuerzo y dinero. La acción sanitaria para ser eficaz en la situación intercultural, requiere ineludiblemente, según las observaciones antropológicas lo demuestran, del cumplimiento de dos condiciones elementales: 1) el conocimiento del sistema de nociones y de las dimensiones de valor de la cultura en la que pretende introducir innovaciones; y 2) el conocimiento de la propia personalidad y de la propia cultura, por los expertos encargados de la inducción del cambio en la conducta sanitaria de un grupo extraño.

Es difícil entender la conducta sanitaria de una sociedad a menos de relacionarla con los supuestos fundamentales creados por su cultura. En las comunidades indígenas, la naturaleza humana es percibida como una equilibrada correspondencia entre lo bueno y lo malo, y la acción sanitaria debe estar encaminada a la atracción de las fuerzas cósmicas benevolentes para hacer prevaeciente la salud.

La medicina dominical o dominante, ciertamente, no se preocupa por adentrarse en la comprensión del sistema de valores indígenas; se lo impiden una serie de preconceptos y racionalizaciones, de los cuales a continuación analizaremos unos cuantos (Aguirre, 1994: 344)

**Un lenguaje esotérico:** En la medicina dominante la estructuración de la relación médico-paciente se ve bloqueada en la práctica por la barrera que implica el uso de un lenguaje técnico en el proceso de la comunicación. Los médicos son profesionales y han sido condicionados durante el curso total de su adiestramiento, a la utilización de una terminología precisa e indispensable en toda ciencia para la exacta definición del contenido de la materia; pero, para el paciente lego, tal sistema de habla es simple y llanamente un lenguaje esotérico. Las diferencias en la abstracción verbal son evidentes cuando los niveles de instrucción del médico difieren mucho y es experiencia común, en los centros de salud establecidos, la ausencia de comprensión entre el personal sanitario y los pacientes. El personal médico no entiende los síndromes de nosología popular, usados por los pacientes para describir sus dolencias ni las ideas sobre la naturaleza sobrenatural de sus padecimientos, con los conceptos apropiados para tratarlos. En tales condiciones la relación médico-paciente corre el peligro de ser sabotada desde su comienzo: el primero tiene al segundo por torpe, rústico, simulador; mientras éste, al enjuiciar a aquél dentro del marco de sus ideas tradicionales, duda de su capacidad técnica, de su independencia efectiva y de la orientación al servicio de la colectividad presupuesto por su rol. Ambos habitan en universos de discurso muy separados.

Si la población económicamente desvalida no entiende en gran medida el vocabulario corriente del médico, no obstante de particular ambos en un mismo estilo general de vida, cuando el experto procede de una cultura altamente industrializada y la gente a la que presta sus servicios dispone de una cultura primitiva o folk, con nociones y dimensiones de valor discrepantes y, además, con un sistema de habla distinto al nacional, las dificultades de una buena comunicación hasta el punto de tornarse imposible. (Op. cit: 347)

**Naturaleza humana universal:** En la liga íntima con el mecanismo dominical o dominante fundado en el uso de un lenguaje esotérico, de un idioma extraño al materno del paciente monolingüe, se encuentra el mecanismo construido en el supuesto de una naturaleza humana universal; ésta obliga a la gente a responder de una manera uniforme ante las situaciones que confronta. Cediendo ante la reciedumbre de este concepto el personal sanitario proyecta sus propias ideas, sentimientos y voliciones en el conjunto de los pacientes, presumiendo que sienten y piensan como ellos y tienen los mismos afanes, deseos e intenciones. La manipulación de tal mecanismo de la medicina dominante es de suma utilidad para justificar la aplicación de procedimientos terapéuticos y medidas preventivas rutinarias, no obstante la diferente situación social, económica o cultural de la gente que está destinado al servicio. El simple arbitrio de ignorar la diversidad de las formas de vida de los agregados humanos, los distintos estilos de percibir la realidad y los varios diseños tradicionalmente heredados para responder a lo conocido y a lo desconocido, es el instrumento más comfortable para validar esfuerzo fatigoso y molesto de inquirir soluciones cambiantes para cada nueva situación. (Aguirre, 1994: 348)

**Etnocentrismo:** Bien es sabido, como tendencia universal de los endogrupos, considera sus formas de pensamiento, de acción y de creencias las únicas correctas, propias y naturales y califica como exóticas e ignorantes las ideas y prácticas de los exogrupos, especialmente cuando difieren grandemente. Los estudios de cultura y personalidad hacen notar el carácter penetrante e insidioso del etnocentrismo y lo atribuyen a la intensidad como las formas culturales y valores son internalizados en cada uno de nosotros; a tal punto, es un mecanismo dominical muy difícil de evitar. En los programas médico-interculturales el mecanismo dominical basado en el etnocentrismo inclina al personal sanitario a enjuiciar a los demás derogativamente, teniéndolos y calificándolos como perezosos, inmorales, supersticiosos y retrógrados. Semejante modo de acercarse al pueblo no es, desde luego, el más favorable para entablar relaciones apropiadas donde prive una buena comunicación o una colaboración eficaz. Como inevitable consecuencia de la conducta etnocéntrica el personal de los proyectos se gana el repudio de la gente, haciendo indeseable la convivencia para ambas partes. Emergen, así, grandes tensiones entre los integrantes de la comunidad, generadoras de resistencias y hostilidades; al paso del tiempo, acrecientan y determinan la incontenible desertión del personal y obligan a reemplazarlo con inusitada frecuencia. La adaptación de profesionales y auxiliares a la vida monótona de la comunidad indígena, primitiva o folk, no es fácil y, menos aún lo es la generosa comprensión de la estructura social y los patrones culturales, en lo especial las normas que rigen la etiqueta de esta comunidad. Médicos, oficiales sanitarios y enfermeras tratan a las autoridades de la comunidad sin el respeto y acatamiento debidos, les ordenan la ejecución de obras impropias de su rango político y religioso y, en lo general, se conducen conforme a los estereotipos ideados por los grupos étnicos dominantes para forzar la sumisión de las minorías étnicas subyugadas. Antes de transcurrido el plazo indispensable para el mutuo entendimiento o el ajuste tolerable de las relaciones, el personal abandona la empresa y solicita su cambio de adscripción; nuevos profesionales y técnicos los sustituyen para comenzar el proceso de desertión. La forma de trabajo de la medicina dominante parece estar destinada a levantar barreras de resistencia para justificar, sutilmente, el mantenimiento del *statu quo* y no a inducir modificaciones venturosas en la conducta sanitaria tradicional de la gente. (Op. cit: 349)

**Identidad ciencia-organización:** Otro mecanismo dominante, último por comentar, está constituido por la operación de una identidad entre la ciencia médica y el tipo particular de organización social; característico de la civilización occidental de la libre empresa. Saunders, hace notar cómo en nuestra cultura el personal médico se adiestra en áreas urbanas y en instituciones, aunque diferentes en ciertos detalles, cortadas con un patrón similar en cuanto concierne a la planta física, al equipo y suministro, a la clase social en la que son reclutados los estudiantes, al tono intelectual e imagen de la escuela, el hospital o la clínica. La medicina se enseña y practica en el mismo ambiente físico y social. De este modo, el aula, el laboratorio, la consulta externa, la práctica privada, la sala hospitalaria, la enfermera, los objetos físicos y los reglamentos de la institución, llegan a parecer partes esenciales de la práctica científica, cuando en realidad no son otra cosa sino arreglos, mas o menos fortuitos, de elementos culturales en su totalidad modulados en el complejo institucional de una cultura altamente industrializada. Estos objetos, personas y arreglos facilitan la práctica de la medicina, pero no son esenciales a ella. Ayudan en el proceso científico, pero no son necesariamente parte de ese proceso.

Cuando el médico se establece en una comunidad indígena, el trasfondo familiar desaparece; el hospital no existe, los auxiliares responsables no se encuentran o son inexpertos; mucho de lo que parece incommovible, natural y propio se evapora y en su lugar queda una clientela impredecible en su comportamiento. Ante tal situación el médico acude al instrumento dominical e identifica la ciencia con la organización social y en la comunidad primitiva se dedica a la inútil y dispendiosa tarea de reconstruir la estructura médica a la imagen del ambiente familiar dejado en casa; importa técnicas y diseños apropiados para el medio en donde actúa y, por ese camino, impone modos de operar a una comunidad incapacitada para aprovecharlos. (Aguirre, 1994: 350)

“El idioma, no solamente expresa la forma de relacionamiento verbal de la población, sino que también representa la adscripción de hombres y mujeres bolivianos a culturas distintas, dentro de las cuales se dan formas de organización social y percepciones particulares de la realidad.

Es por ello que como sustrato del idioma hablado, se encuentran elementos que afectan otras variables ligadas con la sobrevivencia en la infancia como son los cuidados del embarazo y el parto, la lactancia y al alimentación complementaria y la relación con los servicios formales de salud. Por ejemplo, en la Región del Altiplano boliviano la población es principalmente de origen aymará y los patrones de lactancia son prolongados. Asimismo, se ha observado que tanto la población aymará como quechua son renuentes a visitar centros de salud. Para el habitante andino, la causa de muchas enfermedades es de origen misterioso, por lo tanto realiza una diagnosis y un tratamiento del tipo cósmico ancestral, procurando a la vez la curación orgánica del cuerpo y la preparación psicológica del paciente para dicha curación, de acuerdo a su modo de creencias; es lógico entonces, el rechazo y la desconfianza a una medicina occidental pensada casi exclusivamente como “curación del cuerpo” y disociada de las prácticas rituales y de la salud del espíritu.” (Albó, 1989)

“La publicación del Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA) y del Equipo de Salud Altiplano (ESA) pretende abrir un nuevo foro de diálogo y de debate en un tema hasta ahora demasiado olvidado: la relación entre dos formas de medicina igualmente vigentes pero demasiado ignoradas entre sí o innecesariamente contrapuestas: por un lado la medicina académica convencional, que se enseña en las universidades y practica en los

hospitales y centros de salud, y, por el otro, la medicina tradicional, que sigue practicándose en muchos lugares del campo” (Fernández, 1999:13)

“El testimonio directo de los aymaras con palabras que muchas veces los provenientes de otro medio cultural no escuchan o simplemente no entienden. El sentimiento del paciente en su situación de enfermo –tanto él como en yatiri- se encuadran en su propio mundo simbólico conceptual. Desde ahí se comprenderá que muchos de estos pacientes perciben al personal médico como a seres llegados de otra galaxia, pero llenos de silenciosa autosuficiencia y soberana prepotencia sobre su propio cuerpo dolorido. Lo que en muchos casos no es sino un bloqueo intercultural pasa a ser visto como una amenaza. (Op. Cit. 15)

“Yo no voy a la posta médica porque me atienden mal, me gritan. Me dicen, “¿por qué haces enfermar a tu hijo; seguro te has emborrachado, seguro que no le das comida a tu hijo. Por qué tienes tantos hijos si no vas a poder mantener ¿Crees que las enfermedades se curan con yerbas no más?” Así me dicen, por eso no voy, me tratan mal. (Op. Cit 71)

- **Desarrollo de la investigación para el sistema de servicio de salud:** Para éste capítulo de la investigación tome en cuenta las siguientes fuentes de información: a) una encuesta a los médicos que trabajan en Patacamaya y algunas otras secciones de la provincia Aroma que están contiguas a la quinta sección, b) encuestas realizadas a padres de familia de la población a través de la sección VIII de la encuesta (relación médico-paciente) c) una junta comunitaria realizada por el investigador con la participación de principales autoridades de la provincia, d) la opinión de los jóvenes bachilleres con respecto a la atención médica de la zona y e) opinión de los personajes clave sobre la prestación de servicios médicos

## DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA A MÉDICOS DE ÁREA (PATACAMAYA)

### Datos generales:

Total de encuestados = 7 médicos

Edad promedio = 34 años Rango de 26 a 54 años

Sexo = 4 mujeres y 3 hombres

Todos fueron médicos generales, ninguno con especialidad

Horario de trabajo: 6 días a la semana con atención de las 24 horas del día, 1 día de descanso

Idioma: 5 hablan solamente castellano, 2 son bilingües (aymará y castellano)

Tiempo promedio de trabajo: 1 año

Progenitores de los médicos: Los padres de 5 médicos saben aymará, los otros padres de dos médicos desconocían el idioma

### Provisión de servicios médico sanitarios:

No existe participación de gente extranjera en ninguno de los programas de salud.

La administración de los centros de salud en 5 de los casos es ejecutado por los mismos médicos, en 1 caso por la alcaldía del pueblo y 1 sin datos.

Los medios necesarios para la atención de salud no están a disposición de los médicos en 6 de los casos; uno de ellos dice que tiene lo necesario

Medios que faltan:

- Laboratorios
- Instrumental médico
- Ambientes adecuados
- Ecógrafo
- Ambulancia
- Cadena de frío para vacunas
- Alimentación para pacientes
- Equipos
- Insumos descartables

**Mencione algunos problemas que tuvo con respecto a los pacientes durante las campañas de vacunación:**

Rechazo = 4

Población dispersa = 2

Falta de conocimiento de la gente = 2

Ausencia de madres y niños = 2

Temor de las madres

Mitos y creencias

Barrera del idioma

No existe transporte

Falta de personal capacitado

Poca educación

**¿Cuántas veces durante los últimos 6 meses tuvo reuniones con los campesinos?**

Promedio de 4 reuniones (Rango de 2 a 10)

**¿Cómo le gustaría que fuera su centro de salud en la comunidad?**

-Les gustaría que se mejore la infraestructura = 5 médicos

-Que se les provea mas personal de salud = 3

-Dotación de medicamentos = 3

-Presupuesto de alimentos para pacientes = 1

**¿Usted recibió algún curso de orientación o enseñanza con respecto a la cultura aymará antes de su servicio en este medio rural?**

No = 7

**¿Cuánto cobra la consulta médica?**

Promedio de 2 5 pesos bolivianos (0 35 centavos de dólar americano)

**¿Cuánto cuesta el parto en su centro de salud?**

Gratuito = 7

**Relación médico paciente:**

**¿En promedio cuánto se tarda en una consulta médica?**

Promedio de 15 minutos (rango de 5 a 20 minutos)

**¿Cuándo atiende consulta médica, entiendo completamente todo lo que su paciente dice?**

No entienden = 5

Si entienden = 2

**¿En los últimos dos meses, cuánto partos atendió?**

No atendieron parto = 6

Atendió dos partos = 1

**Existen problemas (de cualquier naturaleza) con la gente cuando da consulta?**

Si = 7

- El idioma = 3
- Pobreza = 2
- No permiten el examen físico
- Los pacientes no son sinceros
- Demanda de atención inmediata
- No permiten que los procedimientos los hagan las enfermeras
- Desconfianza de los pacientes
- Todo quieren gratis
- No realizan el tratamiento completo

**Cuando explica a los campesinos su enfermedad y el tratamiento, ¿Usted cree que la gente entiende?:**

Completamente = 2

Parcialmente = 5

**Ante un niño con diarrea, cómo le explica a la mamá que necesita las sales de rehidratación oral. ¿Qué le diría usted textualmente?**

Respuesta insuficiente = 4

Respuesta con uso de léxico técnico-médico = 3

Respuesta completa, comprensible y ausente de terminología médica = 0



### **Adaptación y expectativas:**

**¿Usted en este momento de su trabajo cómo se siente?**

Intranquilo = 3  
Adaptado = 2  
Tranquilo = 1  
Sin respuesta = 1

**Mencione: ¿cuales son los sus planes a corto plazo?**

Estudiar especialidad = 5  
Dedicarme a la consulta privada = 1  
Tomar cursos de actualización = 1

**¿Cuánto gana actualmente y cuánto debería ser un salario justo para usted?**

Promedio de ganancia = 323 dólares americanos / mes  
Promedio de un salario “justo” = 683 dólares americanos / mes

**Cuando llegó a su área de trabajo, ¿fue lo que esperaba?**

No = 4 (falta de organización, condiciones pobres de trabajo, pueblo deshabitado)  
Si = 2 (conocía lo precario del asunto)  
Sin respuesta = 1

**¿Le gustaría quedarse a trabajar en el campo?**

Si = 3  
No = 4

**Para quedarse a trabajar algunos años en este lugar, ¿cuáles serían sus peticiones y condiciones ante la secretaría de salud?**

- Establecer un horario justo de trabajo
- Incremento de los salarios
- Establecer seguridad laboral
- Eliminar los cargos políticos
- Comodidad de vivienda y mejora de la alimentación
- Mejora de la infraestructura
- Recibir prestaciones
- Apoyo a los programas de salud
- Apoyo del municipio

### **Opinión sobre la comunidad:**

**¿Cree que los campesinos confían en los médicos?**

Parcialmente = 3 (porque tienen creencias y costumbres diferentes)

No confían = 2 (por temor; por su medicina tradicional)

Si confían = 2 (Siempre y cuando los médicos sean sinceros y humildes con ellos. Por que les resuelve problemas de salud)

**¿Usted cree que los campesinos tienen dentro de su cultura algunas prácticas en materia de salud que sean realmente benéficas?**

Si = 7

**¿Por qué?**

- No sé = 2
- Infusiones que calman en dolor
- Medicamentos populares
- Entablillado de fracturas
- Medicina tradicional
- Las parteras empíricas

**¿Usted cree que los campesinos tienen dentro de su cultura algunas prácticas en materia de salud que sean perjudiciales para ellos mismos?**

Si = 7

**¿Por qué?**

- Sahumerios e “infusiones fuertes”
- Partos contaminados
- Ingestión de “infusiones” antes del parto y asistencia tardía de padecimientos quirúrgicos
- Medicamentos tradicionales
- Manteado de mujer embarazada y consumo de “hierbas” nocivas
- Médicos tradicionales que producen gastritis con sus medicamentos
- Uso de hierbas en fracturas y luxaciones

**Los campesinos en su opinión son:**

Supersticiosos = 7

Trabajadores = 6

Reservados = 6

Introvertidos = 5

**En su opinión cree que la elevada mortalidad infantil en la población aymará se debe a: (en orden de importancia)**

1ro Falta de educación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2do Costumbres y tradiciones de los indígenas

3ro Pobreza

4to Infraestructura insuficiente

5to Falta de entendimiento médico - paciente

**¿Cree que es posible explicar a los campesinos omitiendo completamente el lenguaje técnico – médico?**

Si = 5

No = 2

### ENCUESTA A LA POBLACIÓN AYMARÁ: RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

**N81 ¿Alguna vez consultó con un médico (doctor)?**

N81	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No sabe, no responde	1	0.6%	0.6%
1 Si	113	70.6%	71.2%
2 No	46	28.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N82 Actualmente existe un médico, un consultorio médico o un centro de salud al cual pueda consultar?**

N82	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No sabe, no responde	1	0.6%	0.6%
1 Si	122	76.2%	76.9%
2 No	37	23.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N83 En el último año ¿Cuántas veces aproximadamente consultó con un médico?**

N83 # de consultas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	64	40.0%	40.0%
1	24	15.0%	55.0%
2	16	10.0%	65.0%

3	23	14.4%	79.4%	
4	7	4.4%	83.8%	
5	7	4.4%	88.1%	
6	2	1.2%	89.4%	
7	2	1.2%	90.6%	
8	3	1.9%	92.5%	
9	3	1.9%	94.4%	
10	6	3.8%	98.1%	
12	2	1.2%	99.4%	
20	1	0.6%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

**N85 ¿El médico fue educado?**

<b>N85</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>	
0 No sabe, no responde	41	25.6%	25.6%	
1 Si	93	58.1%	83.8%	
2 No	26	16.2%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

**N86 ¿Entendió todo lo que dijo, incluyendo indicaciones y tratamiento?**

<b>N86</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>	
0 No sabe, no responde	40	25.0%	25.0%	
1 Si	90	56.2%	81.2%	
2 No	30	18.8%	100.0%	
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

**N88 ¿El médico curó su enfermedad?**

<b>N88</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	40	25.0%	25.0%
1 Si	66	41.2%	66.2%
2 No	54	33.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N89 ¿Volvería a consultar con el mismo médico?**

<b>N89</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	41	25.6%	25.6%
1 Si	90	56.2%	81.9%
2 No	29	18.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N811 ¿Pudo comprar los medicamentos que le recetaron?**

<b>N811</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	42	26.2%	26.2%
1 Si	87	54.4%	80.6%
2 No	31	19.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N813 ¿Usted confía en los médicos?**

<b>N813</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	17	10.6%	10.6%
1 Si	106	66.2%	76.9%
2 No	37	23.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N814 ¿Por qué confía / no confía?**

<b>N814</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No saben/ no responden / no acuden al médico	85	53.1%	53.1%
1 Porque no explican la enfermedad	2	1.2%	54.4%
2 Porque curan la enfermedad	36	22.5%	76.9%
3 Porque no tuvieron buena experiencia	9	5.6%	82.5%
4 Porque no tratan bien	6	3.8%	86.2%
5 Porque son responsables	2	1.2%	87.5%
6 Porque son profesionales	13	8.1%	95.6%
7 Porque no confío	4	2.5%	98.1%
8 Porque son malos	1	0.6%	98.8%
9 Porque no tratan bien	1	0.6%	99.4%
10 Porque son capaces	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N815 ¿Le gustaría que existan médicos aymarás para que le atiendan a usted y su familia?**

<b>N815</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1 Si	158	98.8%	98.8%
2 No	2	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**N816 ¿Por qué quiere que el médico sea aymará?**

<b>N816</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0 No sabe, no responde	48	30.0%	30.0%
1 Porque habla el mismo idioma	55	34.4%	64.4%
2 Porque tendría más confianza	15	9.4%	73.8%
3 Porque nos entenderían mejor	36	22.5%	96.2%
4 Porque ellos conocen mejor las hierbas	2	1.2%	97.5%
5 Porque vivirán en las comunidades	1	0.6%	98.1%
6 Porque serán respetuosos	1	0.6%	98.8%
7 Porque entienden nuestras costumbres	1	0.6%	99.4%
8 Porque entienden nuestra cultura	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**Junta con autoridades comunitarias:** Fue llevada a cabo por el investigador en la última semana de trabajo de campo donde fueron convocadas todas las autoridades cantonales y comunitarias. Se conformaron tres grupos de trabajo quienes después de haber recibido información de la alta mortalidad campesina propusieron una lista de tres posibles causas de mortalidad en la niñez, en la segunda parte de la reunión propusieron una posible solución a cada problema citado.

Esta es la secuencia del evento con las autoridades de la población de Patacamaya:

- Fui citado para la reunión el día domingo 28 de abril a las 11:30 horas, me hicieron esperar 90 minutos y luego ingresé a un recinto donde se encontraban aproximadamente 50 campesinos que son representantes comunitarios presididos por el alcalde de Patacamaya y sus concejales. El ambiente era pequeño para esta cantidad de gente.
- Abordaron temas como el de energía eléctrica, la administración del hospital y antes de otorgarnos el tiempo a nuestra solicitud tocaron el tema del campeonato de fútbol comunitario lo cual fue seguido con entusiasmo por toda la sesión.
- Llama la atención que ellos hablan en sus reuniones en aymará y castellano, sin embargo, después de nuestro ingreso al recinto la reunión fue estrictamente en aymará.
- Cuando iniciamos la dinámica de salud el alcalde tan pronto se excusó que tenía otras actividades pendientes así como muchos de sus concejales, poco a poco empezaron a

- abandonar la sesión la misma que se quedó con 20 personas aproximadamente pese a la insistencia de una de las autoridades que les recordaba que el tema era importante.
- No hubo mucha acogida a nuestro tema pese a que tratamos de darle interés, practicidad y dinamismo.
  - La dinámica consistió en un inicio con el panorama sombrío de la mortalidad infantil y su comparación con otros países.
  - Luego se conformaron 3 grupos de análisis donde se les pidió que citaran por lo menos 3 a 5 probables causas de mortandad de los niños.
  - Para terminar la reunión, se les pidió que dieran la posible solución a esos problemas que ellos mismos mencionaron
  - A continuación se mencionan los resultados elaborados por los grupos de trabajo:

### GRUPO I

**“ EN NEGRITAS”:** Causas o problemas relacionados con mortalidad de la niñez  
**“ SIN NEGRITAS”:** Posibles soluciones a estos enunciados

**P. Las familias de la comunidad no tienen fuentes de trabajo.  
La sequía impide buena producción  
No existe dinero para una buena alimentación**

S. Capacitación y tecnificación para el mejoramiento agropecuario y ganadero

**P. No se cuenta con atención médica inmediata a causa de que la comunidad se encuentra alejada.  
No tienen equipamiento en salud**

S. Necesitan los pobladores capacitación en salud y medicina tradicional

**P. El alcoholismo produce nacimientos de niños “tontos”**

S. Evitar bebidas alcohólicas para no afectar su inteligencia

**P. Falta de médico pediatra**

S. Contar con un médico de niños

### GRUPO II

**P. Mueren por la distancia que existe entre las comunidades y Patacamaya**

S. Contar con puestos sanitarios cercanos y adecuada infraestructura y atención

**P. Por falta de recursos económicos**

S. Seguro de niñez



**P. Por falta de capacitación comunitaria en salud**

S. Cursos de salud en las comunidades

**P. Por causa de accidentes**

S. Contar con puestos sanitarios de emergencia para asistir a estos enfermos

**GRUPO III**

**P. Por la fiebre (calentura)**

S. Proporcionar infusión de manzanilla o linaza

**P. Distancia y alejamiento entre la comunidad y el centro de salud**

S. Necesitamos transporte frecuente y seguro

**P. Por la suciedad**

S. Necesitamos limpieza

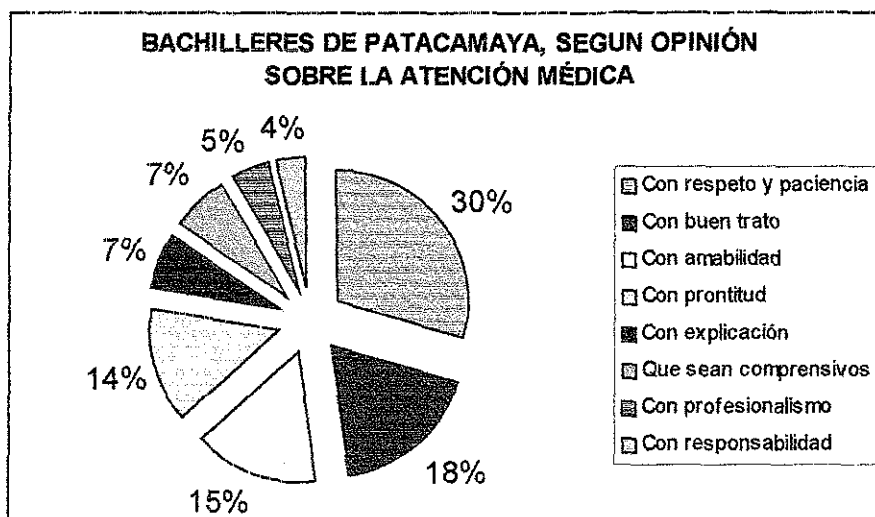
**P. Ausencia de médico principalmente**

**Por causa del diablo**

S. (Su respuesta no es comprensible a la lectura )

**Opinión de los alumnos de bachillerato sobre la atención médica:**

¿Cómo quisieras que te atienda el médico y la enfermera en una consulta médica?



### **Opinión de un personaje clave:**

El director de un establecimiento educativo (Colegio Industrial Patacamaya), sacerdote católico de origen aymará, quien estudió sociología y didáctica, opina que el problema del campesino es complejo y las autoridades de gobierno no dan soluciones prácticas a la situación. Se quejó del servicio de salud porque no fue atendido de manera inmediata y tuvo que esperar hasta las 8:30 de la mañana. Dijo que siente tristeza por que mucha gente muere con padecimientos que son prevenibles. También denunció que el dinero destinado a "educación" no es desembolsado (otorgado) por las autoridades de la alcaldía (autoridades aymaras).

### **Observación del investigador sobre asuntos diversos**

- El costo de sus animales son: vaca 4000 a 5000 pesos ( 570 a 700 dólares americanos), una oveja 100 pesos (15 dólares), un cerdo 150 pesos (22 dólares)
- La comida preferida por los campesinos es el arroz, pasta (fideos), chuño (papa deshidratada), papas y charque (carne deshidratada). No les gusta la verdura, leche, ni cereales a pesar de que existe en cantidad aceptable en la región.
- Muchas personas de la comunidad Chacoma mostraron signos de desconfianza ante mi persona, pero esto disminuyó cuando ofrecía fruta a los niños.

### **Opinión sobre los médicos de los personajes clave entrevistados:**

(Naturista)Ellos tienen su mérito, por eso estudiaron, muchas veces llevo pacientes para operarse, con tumores, etc. Tengo contacto con médicos especialistas.

(Dra Sara) La gente asiste poco a la posta de salud porque ahora son jóvenes los médicos y como son nuevos cometen el error de decir frente a ellos ¿qué le doy? Y la gente está pendiente de eso.

(Prof Nancy) Hace dos años escuché de una mujer que no fue atendida y que tuvo que ir a La Paz, Las veces que se ha llevado a estudiantes nos atendieron bien, no podría decir que el trabajo es malo.

Es necesario tener contacto en La Paz con gente que pueda atendernos directamente a la gente de Patacamaya, a veces regresan sin haber conseguido el tratamiento. También el idioma es necesario que sepan los médicos para tener un mejor contacto con la gente aymará.

(Lic Máxima) Existen casos de quejas, no solamente por lo médicos sino de todo el personal. Otro problema es que los médicos no saben el idioma aymará, eso también es un problema, es una barrera.

Entonces un médico que no sabe hablar el idioma no puede desempeñarse solo, pero si el médico trabaja con personal de apoyo que saben el idioma eso le ayudan. La verdad es que no se puede tener contacto directo con la gente sino entendemos el idioma, entonces es una barrera importante.

El trato, el mejor trato. Las palabras de “hijita”, “mamita” no deben ser usados, eso no está bien. Entre otras cosas las indicaciones que suenan a órdenes no es bien recibido, ellos deberían explicar para que sirve cada medicamento y la forma cómo usarlos y además decirles la fecha del nuevo control médico. Otra cosa es explicarles bien, como va ser, cómo va mejorar, no saben para qué sirve el medicamento. No atender rápido ni apurados. También sería bueno preguntarles si ha entendido todo lo que le dijeron o lo que le explicaron.

En cuanto a sus costumbres tradiciones y creencias: yo considero que no es de entrada decirles que eso está mal, sino explicarles poco a poco que las cosas que les demos les va ayudar, no cercenar sus creencias en la primera visita pero al mismo tiempo enseñándoles lo que es correcto, tampoco rechazarlos en sus costumbres pero para eso hay que trabajar. No atentar contra sus costumbres bruscamente.

Lo que debemos hacer es trabajar en la parte preventiva y promocionando. Por otro lado no debemos aislar a los curanderos o naturistas, se debe hablar con ellos para coordinar las acciones para disminuir la posibilidad de muerte de los niños. Esto porque ellos ven a los niños pero cuando el grado de enfermedad es avanzado es entonces cuando traen a los niños al consultorio. Sería bueno saber que tipo de actividad ellos realizan con los pacientes, conocer qué hacen, ahora ellos son los que viven en la comunidad y nosotros no.

Algo que quiero decir es que el médico en un lugar como este es una autoridad, y como autoridad debe ser ejemplo de persona, en la comunidad, el médico o la enfermera debe atender con uniforme, no con su ropa deportiva etc, eso no está bien, como personal de salud debemos vestir adecuadamente cuando atendemos a los pacientes. En el área rural esto no ocurre

(Maruja) Primero cuando viene el paciente algunos médicos tratan a las personas como dando órdenes, orden de sentarse, le pregunta que tiene muy bruscamente y eso no es forma, algunas mujeres se quejan de que les tratan de “mamitas” “hijita” y existe desconfianza. Al paciente dar confianza y avisar que es lo que vamos a hacer con el paciente, porque vamos a hacer. Los médicos dicen haber señora subí a la camilla y baja tu pollera y se asustan. Cuando se explica todo entonces el paciente tiene mucha confianza

(Valeria) No quieren a los doctores porque no dejan “desnudos” y además les dicen que caminen antes del parto, ellas no quieren caminar. También tienen vergüenza cuando son doctores, prefieren a las doctoras.

La gente no va al médico por vergüenza, porque sacan sangre, porque no atienden, reclaman las comidas (no les gustan las verduras) solo comen papa y chuño y además toman mates, mucho mate y por eso se complican (coca, orégano). Entonces como aquí en la posta no damos mates entonces la gente no le gusta. Otro motivo es que porque aquí se les “destapa” la ropa y eso no les gusta.

Que no traten a las mujeres con palabras como “mamita”, que expliquen la enfermedad y que no los riñan en la consulta.

Los médicos deben atender con cariño a la gente, no deben prohibir los mates (infusiones) calientes, ni deben dejar descubiertas a las pacientes. También deben dejar tener sus hijos en la posición que ellas escojan (recostada o sentada). Los campesinos requieren de explicación sobre su enfermedad porque si no lo hacen desconfían y no se sienten seguros

No es de ninguna manera bueno cambiar a los médicos del centro de salud de manera frecuente (que es lo que ocurre actualmente) porque la gente desconfía de los nuevos, ellos afirman que los envían porque no son capaces y que pudo haber tenido problemas anteriormente y que por eso los envían al campo.

Es una buena idea tener médicos aymará porque ellos tendrían la confianza de la gente y serían parte de ellos.

(Dra Alicia) Primero tener un equipo que no sea tan vertical, hacen discriminación, existen algunos médicos y enfermeras que atienden con desagrado a la gente. Los especialistas tienen preferencia de la gente a un médico general, pero si el especialista les trata mal todo se cae. El personal tiene que saber con qué gente está trabajando y de alguna manera dar calidez. Cuando se aísla al aymará o se los rechaza ellos se tornan agresivos y cuando ha visto el sistema de salud en sus manos quiere hacer agresión contra el sistema de salud por parte de sus autoridades, entonces nosotros después de la reforma hemos visto un control excesivo, no se controla así en las escuelas, al profesor no se lo toca, pero al sistema de salud sí y esto creo que es por la agresión recibida por el personal anteriormente, ellos vienen cada día a vigilarnos. El sistema de salud no debe agredir a la población ni viceversa. Por otro lado no podemos cerrarnos en nuestra medicina, debemos compartir su medicina y compartir lo bueno con ellos; si nosotros conocemos lo místico tal vez podríamos orientar mejor a la gente, podríamos identificar sus dolencias. Cambiar sus costumbres poco a poco, sin agresión.

El idioma en algunos casos provoca limitaciones porque pierde confianza, le creen más al médico que sabe aymará. Es mejor aceptado.

Existe frustración por parte del personal de salud ya que existe mucha presión por parte del sistema de salud, los médicos trabajamos 6 días a la semana en forma permanente y que el día libre que les queda lo ocupan en asuntos administrativos del mismo centro de salud y esto no permite convivir con sus familias. Socialmente es muy difícil la situación para ellos.

Existe presión en el cumplimiento de los programas de salud (que por sí mismos son buenos) pero las autoridades en sus discursos ofrecen todo y completamente gratis, eso no es así en la práctica, entonces ellos deberían explicar a la gente que existe un seguro básico que cubre algunos gastos (porque sino la gente se vuelve exigente)

(Prof Jorge) No tengo quejas contra los médicos, al contrario, cuando llevamos a la posta a los alumnos entonces atienden rápidamente, se aporta mínimo

Mi recomendación es que los médicos hablen aymará, o por lo menos que entiendan el idioma. Habría que ver cómo atender a toda la gente sin costo. También tener mas especialidades porque Patacamaya es ya una ciudad intermedia, entonces no tendríamos la necesidad de llevar a La Paz a nuestros enfermos.

- **Análisis y resultados con respecto al sistema de salud:**

**Cuestionario a médicos del área: datos generales**

- El promedio de edad de los médicos no es confiable por la presencia de un médico de 54 años (sesgo), el resto son jóvenes profesionales
- En el área rural no se identificó ni un solo médico especialista
- Los médicos trabajan 144 horas a la semana con 24 horas de descanso (1 semana = 168 horas)
- El 71% de los médicos no saben el idioma aymará a pesar de trabajar en una zona aymará.
- El 71% de los progenitores de todos los médicos saben hablar el idioma aymará, sin embargo, solo el 29% de estos médicos saben el idioma originario, por lo tanto existe una escasa transmisión de la cultura aymará en el ambiente médico familiar.

**Provisión de recursos médico sanitarios**

- No existe participación extranjera en las acciones de salud en ésta área campesina.
- La administración de la mayoría de estas postas de salud no son administradas por las autoridades indígenas locales a excepción de la más importante en la cual se genera algunos fondos y para la cual se asignan fondos gubernamentales.
- El 86% de la población médica consultada afirma que le falta uno o más recursos para la atención en salud.
- El “rechazo” a las acciones de salud son el (57%) principal problema que enfrentan los médicos en las campañas de salud comunitarias.
- De 11 causas de problemas referidas como obstáculos en la atención médica, 7 son de carácter cultural y educativo.
- Las reuniones entre médicos y campesinos en las comunidades tienen un promedio de 4 reuniones / mes.
- El 71% de los médicos afirman que la infraestructura actual es inadecuada para la atención en salud
- El 100% de los médicos NO fueron capacitados para integrarse a una cultura diferente
- El costo de una consulta médica es simbólico (0.35 centavos de dólar americano)
- La atención del parto en el sistema de salud boliviano en área rural es gratuito

**Relación médico paciente:**

- El tiempo de consulta médica es de 15 minutos en promedio, es lo establecido para una consulta médica general
- El 71% de los médicos no entienden completamente lo que sus pacientes aymarás les explican en su idioma nativo
- Los partos de mujeres aymarás son atendidos escasamente por médicos
- El idioma nativo es la principal barrera en la consulta entre médicos e indígenas

- La explicación que realizan los médicos de la enfermedad ante sus pacientes en el 57% de los casos es inadecuada por la extrema brevedad, poca claridad y uso de terminología técnico-médica.

#### **Adaptación y expectativas:**

- El 43% de los médicos expresaron que se encuentran inseguros e intranquilos a causa del riesgo de ser cambiados o suspendidos por el sistema de salud
- Solo el 14% de los médicos tiene como propósito continuar trabajando en el campo, el 86% tiene planes a corto plazo de dedicarse a otra actividad que generalmente es académica.
- El salario que se les provee a los médicos es insuficiente en el 100% de los casos, ellos desean en promedio que se incremente al doble de lo que actualmente ganan.
- Seis de nueve demandas solicitadas por los médicos para quedarse a trabajar en el campo, son completamente administrativas dejando de lado factores económicos estrictamente.

#### **Opinión sobre la comunidad:**

- El 71% de los médicos afirman que los indígenas desconfían de los servicios médicos que les ofrecen
- Existe una contradicción entre los médicos porque el 100% opina que los aymarás tienen dentro de su cultura costumbres que son buenas y malas al mismo tiempo para su salud, la explicación no provee razones lógicas o explicables
- El 100% de los médicos coinciden al afirmar que los indígenas son supersticiosos
- Los médicos coinciden que después de la falta de educación; las costumbres y tradiciones indígenas son la causa de las muertes infantiles. En último lugar se encuentra la falta de entendimiento médico paciente-indígena.
- Los médicos opinan que existe una organización organizacional deficiente del sistema de salud, los salarios son bajos, no existen programas de desarrollo profesional, la rotación laboral es excesiva y por último las autoridades demuestran desconocimiento de la realidad indígena comunitaria ante el ofrecimiento indiscriminado de promesas dichas en el discurso político. Existe demasiada carga horaria de trabajo impuesta por la Secretaría de Salud

#### **Consideraciones adicionales de la encuesta a médicos de servicio rural:**

- Se debe mejorar la organización estructural del sistema para mejorar la calidad de atención médica
- Los puestos son políticos y no representan la capacidad de sus profesionales, se sienten inseguros porque existen "50 médicos" en espera para su puesto de trabajo
- Los salarios no les alcanza para comprar libros y actualizarse.
- No existen oportunidades de superación y los horarios de trabajo no ayudan a este propósito.
- No es bueno que nos cambien de lugar de trabajo frecuentemente

- El grupo de médicos manifestó la gran incertidumbre de su situación en sus puestos porque están sujetos a cambios frecuentes (2 cambios en 5 meses) y esto hace que exista desconfianza de la comunidad y que todo el proceso deba empezar nuevamente
- También comentaron que las autoridades en salud no conocen la realidad del campo por cuanto exigen coberturas no alcanzables y en el afán de ver datos positivos y favorables existe la posibilidad de falsear la información proporcionada.
- El grupo de médicos afirma que el trabajo de 6 días completos a la semana (día y noche) es mucha carga y que produce estrés permanente.
- Piensan que deben unirse para reclamar sus derechos, pero al mismo tiempo no son optimistas en cuanto a la unidad entre ellos para alcanzar este objetivo.

#### **Junta con autoridades de la población**

- Existen actitudes de los aymarás que muestran mucha desconfianza hacia las personas de la ciudad y sobre todo que no saben hablar su idioma.
- Las autoridades mostraron una total despreocupación por conocer la situación de salud de su propia comunidad.
- Se debe tomar en cuenta todas las peticiones y solicitudes elaboradas que propusieron para “mejorar” las condiciones de salud de estos habitantes.

#### **Cuestionario a los jóvenes bachilleres**

- La característica de “respeto y paciencia” es la mas demandada por los jóvenes en la atención médica (28% de los encuestados)

#### **Encuesta a los personajes clave**

- Algunos personajes clave opinan que los médicos cumplen un buen trabajo
- Deberían contar con un sistema de referencia de pacientes en forma segura, desde Patacamaya hasta la ciudad de La Paz
- Existen quejas con respecto a la atención en salud no solo con los médicos, sino también con las enfermeras
- El idioma es una gran barrera que se debe superar
- El lenguaje del médico debe ser cuidadoso en el sentido de evitar frases como: “mamita, hijita”
- Los médicos no deben ser apresurados en la atención médica
- Los médicos no deben atentar contra sus tradiciones, costumbres o creencias, sino trabajar día a día en la mejora de factores culturales que hacen daño a la salud indígena
- Los médicos deben tomar en cuenta el trabajo de los naturistas y curanderos, coordinar las acciones y con ellos disminuir la muerte en la niñez
- Los “yatiris” viven en la comunidad, entonces es estratégico contar con ellos para mejorar la salud
- El personal de salud debe vestir adecuadamente para cumplir sus labores
- El trato del médico no debe ser brusco ni torpe. Se debe explicar lo que se le va a hacer al paciente.

- No deben dejar desnudas a las embarazadas durante la atención del parto
- Otras causas por las cuales la gente no quiere ir al médico son: vergüenza, toma de muestras de sangre, y no se les proporciona la dieta que a ellos les gusta cuando están internados
- Los médicos no deben regañar en la consulta
- Deben dejar los médicos a las mujeres tener a sus bebés en la posición que ellas escojan
- Se debe evitar el cambio de médicos por razones de confianza de la gente hacia personas nuevas completamente
- La estructura organizacional del sistema de salud no debe ser tan vertical
- Se debe evitar que el sistema de salud exprese “agresión”
- Se debe compartir entre ambas medicinas (científica y tradicional), tomar lo bueno y cambiar poco a poco sus costumbres sin agresión
- Es deseable que el médico sepa el idioma nativo
- La carga horaria de trabajo de los médicos en área rural es inconcebible y excesiva, no permite una vida social para los profesionales.
- Las autoridades del sistema de salud deben ser honestos con la gente frente a los ofrecimientos que hacen para no crear problemas durante el trabajo operativo
- Es necesario que los médicos hablen el idioma nativo.

Para concluir estos resultados debo comentar que el sistema de salud tiene una serie de deficiencias organizacionales y operativas con respecto al abordaje de atención para la comunidad aymará (amén de las deficiencias económicas y de infraestructura).

Se consultó a través de las encuestas a la población con respecto a la atención que brindan los médicos en la población de Patacamaya, estas son las respuestas obtenidas en frecuencias que indican que no existe satisfacción del servicio.

Estas son las respuestas más representativas:

- 29% de los encuestados nunca consultaron con un doctor
- 16% afirman que los médicos no son educados
- 19% de la muestra afirma que no entendieron la explicación del médico
- 23% de la muestra encuestada no tiene acceso a servicios médicos actualmente
- 40% de los encuestados no consultaron con el médico en el último año
- 34% de los encuestados afirman que el médico no curó su enfermedad
- 23% de la población no confía en los médicos

Las causas más frecuentes por las cuales los aymarás no confían en los médicos son: 1) porque no tuvieron buena experiencia, 2) porque no tratan bien, 3) porque no confían, 4) porque no explican la enfermedad.

Ellos dijeron en el 99% de los casos que prefieren que les atiendan médicos (doctores) de raíz aymará por las siguientes razones:

- Porque hablarían el mismo idioma (35%)
- Porque los entenderán mejor (23%)
- Porque tendrían más confianza (9%)



## - ANÁLISIS Y RESULTADOS FINALES

Al final del trabajo observamos que detrás de toda esta investigación se deja ver los problemas que sugiere la aceptación de la hipótesis alterna y rechazo de la hipótesis nula, es decir, la aceptación de que la cultura (o parte de ella) tiene relación estrecha con la muerte de los niños aymarás, esta afirmación se basa en los siguientes puntos:

- a. La mortalidad en la niñez del pueblo aymarás es muy elevada comparada con la mortalidad general en Bolivia (que por sí sola es de las más elevadas en América latina.) En nuestro estudio se evidenció una mortalidad del 17%, es decir, que de 100 niños aymarás 17 mueren antes de cumplir los 5 años de edad por múltiples causas.
- b. La cultura aymarás es muy rica en tradiciones, creencias, valores y costumbres; el estudio de mortalidad cruzada con todas estas variables indican que: 1) la medicina tradicional juega un papel importante en el tratamiento de las enfermedades de los nativos aymarás, 2) los médicos tradicionales son consultados en todos los casos antes que los doctores de los centros de salud, 3) existen *figuras* múltiples que son sobrenaturales (*ajayu, kharu khari, sajra etc*) que tienen mucho que ver en el proceso enfermedad-muerte dentro de la cultura aymarás, estas figuras no pueden ser tratados por los médicos que practican medicina occidental, es de competencia absoluta de los médicos tradicionales (*yatiris*, adivinos) que muchas veces “desahucian” al enfermo sin dar oportunidad a otras intervenciones.
- c. El 45% de todas las muertes de menores de 5 años, sus padres atribuyeron la causa de muerte por culpa del *ajayu* (32 niños - Tablas 11 y 12)
- d. Establecemos a continuación el estudio estadístico de que confirma la fuerte relación del evento **muerte** con el factor **cultura**.

### MORTALIDAD TOTAL EN MENORES DE 5 AÑOS PATACAMAYA 2002

#### MUERTE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 00	104	65.0	65.0	65.0
1.00	22	13.8	13.8	78.8
2.00	12	7.5	7.5	86.3
3.00	11	6.9	6.9	93.1
4.00	8	5.0	5.0	98.1
5.00	1	0.6	0.6	98.8
6.00	2	1.3	1.3	100.0
Total	160	100.0	100.0	

A partir de esta sección se analiza la relación mortalidad – cultura (tradiciones, creencias y valores) otorgando un valor 2 al mayor riesgo, un valor 1 al riesgo intermedio y un valor 0 (cero) en ausencia de riesgo. Esta escala permitirá analizar la información para comparar una escala del cero al seis, a mayor puntaje significará mayor riesgo con tendencia a la medicina tradicional; a menor puntaje o bien un valor cero significará menor riesgo con tendencia de la

gente a la medicina convencional u occidental. Primer se analizaran en forma individual cada categoría y luego se realizará un análisis agrupado.

## TRADICIONES

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA TRADICIONES: Se otorga un valor a cada categoría de tal forma que puedan ser factores aritméticos para establecer probabilidad de asociación.

Factor	Variables	Valor Otorgado
Confianza	En naturista, yatiri, curandero	2
	No confía en naturista, yatiri ni curandero	0
Consulta	Con naturista, yatiri, curandero	2
	Con el médico	0
Tratamiento	Con plantas y hierbas	2
	Con plantas y hierbas y medicamentos	1
	Con medicamentos	0

TABLA CRUZADA DE "MUERTE" POR "TRADICIONES" \*

### TRADICIO \* MUERTE Crosstabulation

Count	MUERTE							Total
	.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	
TRADICIC 00	6	2	1		1			10
1.00	32	7	2					41
2.00	9	2	1	4	2	1		19
3.00	14	1	2				1	18
4.00	11	1	2	3	2			19
5.00	5	2						7
6.00	17	4	3	1	3			28
Total	94	19	11	8	8	1	1	142

TABLA DE RESULTADOS CON COCIENTE DE PROBABILIDAD

CULTURA: TRADICIONES ENCUESTA PATACAMAYA 2002				
Valor	Significado de las variables	OR Momius	Rango IC	Valor p
6	Preferencia exclusiva por la medicina tradicional	0.97	(0.18-5.39)	N/S
5	Confía y consulta con yatiri / naturista, pero combina plantas-hierbas y medicamentos en su tratamiento	0.60	(0.05-7.10)	

\* Algunas tablas muestran palabras incompletas o en idioma inglés, esto ocurre porque el programa estadístico SPSS versión 10 sólo admite idioma extranjero y limita el número de caracteres

4	* Confía y consulta con yatiri / naturista, pero usa medicamentos para su tratamiento * No confía en yatiri / naturista, pero sí consulta con ellos y usa plantas-hierbas para su tratamiento	1.09	(0.18-6.82)	N/S
3	* Confía en yatiri / naturista, consulta con médico y usa plantas-hierbas para su tratamiento. * No confía en yatiri / naturista pero los consulta y usa plantas-hierbas y medicamentos para su tratamiento	0.43	(0.06-3.05)	N/S
2	* Confía en yatiri / naturista, consulta con el médico y usa medicamentos en su tratamiento * No confía en yatiri / naturista, consulta con el médico y usa plantas-hierbas para su tratamiento.	1.67	(0.3-10.5)	N/S
1	No confía en yatiri / naturista, consulta con el médico y usa plantas-hierbas y medicamentos para su tratamiento	0.42	(0.08-2.5)	N/S
0	Preferencia exclusiva por la medicina occidental			

## CREENCIAS

ESCALA DE EVALUACIÓN: Se otorga un valor a cada categoría de tal forma que puedan ser factores aritméticos para establecer probabilidad de asociación

Factor	Variables	Valor Otorgado
Cree que el "ajayu" es causa de muerte	Si cree	2
	No cree	0
Cree en los embrujos de los "yatiris"	Si cree	2
	No está seguro de creer o no	1
	No cree	0
Cree en los milagros de la "Pachamama"	Si cree	2
	No está seguro de creer o no	1
	No cree	0

## TABLA CRUZADA DE "MUERTE" POR "CREENCIAS"

### CREEN \* MUERTE Crosstabulation

Count		MUERTE							Total
		.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	
CREEN	.00	13	2	1	1				17
	1.00	21	2	1					24
	2.00	38	9	4	3	4	1		59
	3.00	11	4	1	3	2			21
	4.00	11	5	2	3	1		2	24
	5.00				1				1
	6.00	1				1			2
Total		95	22	9	11	8	1	2	148

TABLA DE RESULTADOS CON COCIENTE DE PROBABILIDAD

CULTURA: CREENCIAS ENCUESTA PATACAMAYA 2002				
Valor	Significado de las variables	OR Momius	Rango	Valor p
6	Cree exclusivamente en figuras "sobrenaturales" de la enfermedad y la muerte	3.25	(0.0-163.6)	N/S
5	* Cree en la muerte por el "ajayu", en embrujos de yatiris y no está seguro de los milagros de la "pachamama" * Cree en la muerte por el "ajayu", no esta seguro de los embrujos y cree en los milagros de la "pachamama".	N/S	S/N	N/S
4	* Cree en el "ajayu", en los embrujos del yatiri, pero no en los milagros de la "pachamama" * No cree en la muerte por el "ajayu", pero sí en los embrujos del yatiri y los milagros de la "pachamama"	3.84	(0.81-19.4)	N/S
3	* Cree en la muerte por el "ajayu" y no está seguro de los embrujos del yatiri; no cree en los milagros de la "pachamama" * No cree en la muerte por el "ajayu" y no está seguro de los embrujos del yatiri, no cree en los milagros de la "pachamama"	2.95	(0.06-15.5)	N/S
2	* Cree solamente en la muerte del "ajayu" y no en los embrujos del yatiri ni los milagros de la "pachamama" * No cree en la muerte por el "ajayu" ni en los embrujos de los yatiris, pero sí en los milagros de la "pachamama"	1.80	(0.46-7.53)	N/S
1	No cree en la muerte por el "ajayu", no está seguro de los embrujos de los yatiris y no cree en los milagros de la "pachamama" No cree en la muerte del "ajayu" ni en los embrujos de los "yatiris", solo en los milagros de la "pachamama"	0.46	(0.07-3.06)	N/S
0	No cree en figuras sobrenaturales de la enfermedad y la muerte			

**VALORES**

ESCALA DE EVALUACIÓN: Se otorga un valor a cada categoría de tal forma que puedan ser factores aritméticos para establecer probabilidad de asociación

Factor	Variables	Valor Otorgado
Opinión familiar sobre los médicos	Sus familiares dicen que no es bueno consultar con un médico	2
	Sus familiares se abstienen de comentar sobre los médicos	0
Actitud frente a la enfermedad	Ante la enfermedad acude al yatiri	2
	Ante la enfermedad espera la evolución natural de la misma	1
	Ante la enfermedad acude al médico	0
Decisión sobre una enfermedad grave	Ante la enfermedad grave es mejor que muera el enfermo	2
	No sabe qué es mejor ante una enfermedad grave	1
	Ante la enfermedad grave se debe procurar salvar la vida del enfermo	0

TABLA CRUZADA DE "MUERTE" POR "VALORES"

VALORES \* MUERTE Crosstabulation

Count	MUERTE							Total
	.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00	
VALORES: .00	5	2						7
1.00	23	5	3	1		1		33
2.00	15	6	2	4	3			30
3.00	20	4	4	1	2		1	32
4.00	13	3		2	1		1	20
5.00	4	2	1					7
6.00	3							3
Total	83	22	10	8	6	1	2	132

TABLA DE RESULTADOS CON COCIENTE DE PROBABILIDAD

CULTURA: VALORES ENCUESTA PATACAMAYA 2002				
Valor	Significado de las variables	OR	Rango	Valor p
6	Valores personales y familiares que tienden a evitar la medicina occidental y aceptar la muerte ante la enfermedad	N/S	N/S	N/S
5	* Opinión familiar contraria al médico, decide por el yatiri y no sabe que es mejor ante la enfermedad * Opinión familiar neutra sobre el médico, decide por el yatiri y prefiere la muerte frente a la enfermedad	1.88	(0.13-30.6)	N/S

	* Opinión familiar contraria al médico, decide por la evolución natural de la enfermedad y prefiere la muerte frente a la enfermedad			
4	* Opinión familiar contraria, decide por el yatiri y evita la muerte ante la enfermedad * Opinión familiar neutra, decide por el yatiri y prefiere la muerte frente a la enfermedad * Opinión familiar contraria, decide por la evolución natural de la enfermedad y prefiere la muerte ante la enfermedad	1.35	(0.15-13.4)	N/S
3	* Opinión familiar contraria, decide por la evolución natural de la enfermedad, evita la muerte ante la enfermedad * Opinión familiar neutra, decide por evolución natural de la enfermedad, prefiere la muerte ante la enfermedad * Opinión familiar contraria, decide por el médico, no sabe qué es mejor frente a la enfermedad	1.50	(0.20-13.3)	N/S
2	* Opinión familiar contraria, decide por el médico, evita la muerte frente a la enfermedad * Opinión familiar neutra, decide por el médico, prefiere la muerte frente a la enfermedad * Opinión familiar neutra, decide por la evolución natural de la enfermedad y no sabe qué es mejor frente a la enfermedad	2.50	(0.34-22.3)	N/S
1	* Opinión familiar neutra, decide por evolución natural de la enfermedad, evita la muerte ante la enfermedad * Opinión familiar neutra, decide por el médico, prefiere la muerte frente a la enfermedad * Opinión familiar contraria, decide por el médico, evita la muerte frente a la enfermedad	1.09	(0.14-9.80)	N/S
0	Valores personales y familiares que apoyan acciones para buscar la medicina occidental y evitar la muerte ante la enfermedad			

ANÁLISIS AGRUPADO POR TENDENCIA CULTURAL HACIA LAS DIFERENTES MEDICINAS (TRADICIONAL Y OCCIDENTAL)

En los tres casos (tradiciones, creencias y valores) se comparó dos grupos: A) cero + uno (tendencia hacia la medicina occidental) y B) suma de los grupos dos al seis (tendencia declarada a la medicina tradicional.)

Posteriormente los datos de positividad y negatividad de mortalidad se combinó en tablas de "dos por dos" con positividad y negatividad de tendencias culturales distintas. Se obtuvieron luego cocientes de probabilidad de riesgo.

**TRADICIO \* MUERT2RE Crosstabulation**

Count

		MUERT2RE		Total
		.00	1.00	
TRADICIO	00	6	4	10
	1.00	32	9	41
	2.00	9	10	19
	3.00	14	4	18
	4.00	11	8	19
	5.00	5	2	7
	6.00	17	11	28
Total		94	48	142

**Muerte:**    **00 = No fallecidos**  
                  **1.00 = Si fallecidos**

**Tabla 2 X 2**

35	56
13	38

**Análisis de Tabla Simple**  
Odds ratio = 1.83 (0.80 <OR< 4.19)  
Cornfield 95% confidence limits for OR

valor-P

0.1667369

**GREEN \* MUERT2RE Crosstabulation**

Count

		MUERT2RE		Total
		.00	1.00	
GREEN	00	13	4	17
	1.00	21	3	24
	2.00	38	21	59
	3.00	11	10	21
	4.00	11	13	24
	5.00		1	1
	6.00	1	1	2
Total		95	53	148

**Muerte:**    **00 = No fallecidos**  
                  **1.00 = Si fallecidos**

**Tabla 2 X 2**

46	61
7	34

Análisis de Tabla Simple  
 Odds ratio = 3.66 (1.39 <OR< 10.00)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR

Valor-P

0.0059310

**VALORES \* MUERT2RE Crosstabulation**

Count

		MUERT2RE		Total
		.00	1.00	
VALORES	.00	5	2	7
	1.00	23	10	33
	2.00	15	15	30
	3.00	20	12	32
	4.00	13	7	20
	5.00	4	3	7
	6.00	3		3
Total		83	49	132

Muerte:      **00 = No fallecidos**  
                  **1.00 = Si fallecidos**

**Tabla 2 X 2**

37	55
12	28

Análisis de Tabla Simple  
 Odds ratio = 1.57 (0.66 <OR< 3.76)  
 Cornfield 95% confidence limits for OR

Valor-P

0.3572408

Los resultados agrupados muestran que existe significancia estadística para la variable CREENCIAS (OR 3.66), eso supone que, existe la posibilidad de casi 4 veces más la probabilidad de que muera un niño menor de 5 años cuando alguno de sus padres tiene la firme creencia en el *ajayu* y/o los embrujos del *yatiri* y/o los milagros de la *Pachamama*,



contra un niño que tiene padres que NO creen en estas figuras. En otras palabras, existe el 78% de probabilidad de que un niño menor de 5 años muera con un padre que tiene esta(s) creencias con respecto al que no lo tiene. Este resultado tiene un intervalo de confianza de (IC 1.39-10) con una seguridad estadística mayor al 95% ( $p = 0.005$ .) (Fletcher, 1998: 65)

Se acepta la hipótesis altera y se rechaza la hipótesis nula: Se afirma que las creencias culturales de los nativos aymarás causan imprudencia o negligencia en el cuidado de sus niños, por consecuencia tienen la posibilidad de morir cuatro veces más con respecto a las personas que no poseen estas creencias.

- e. El sistema de salud boliviano no ha sido eficiente en tomar acciones al respecto; empezando por los requisitos de los médicos que atienden a esta población que desconocen el idioma aymará, no habiendo recibido ninguna instrucción frente a la amplia gama de factores culturales que giran alrededor de la salud llegan a estos sitios “desconectados” de la difícil realidad de salud que viven estos nativos. Por otro lado, en voz de los propios médicos la dirección de la organización en salud es una amenaza constante para ellos por la incertidumbre de ser cambiados o eliminados de sus fuentes de trabajo además del excesivo horario de trabajo al cual están obligados. Todos ellos coinciden en decir que los aymarás son supersticiosos y que su medicina puede ser buena así como tan perjudicial, que al final, de ella saben nada. Para terminar, las expectativas de estos “galenos” para el futuro, no están precisamente colocadas en el servicio a esta gente porque ellos son “transitorios”.

## VI. CONCLUSIONES

La antropología médica escindida recientemente de la antropología social y cultural, pretende como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica. (Comelles y Martínez, 1993.)

El ejercicio médico convencional en países de marcado carácter pluricultural, como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural. Las altas tasas de mortalidad infantil que se aproximan, según la OMS (1995) al 250 por 1000 entre el primer y el quinto año de edad, superando este porcentaje algunas de las regiones más deprimidas, obligan a tomar indudablemente en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan al Estado boliviano, La delegación de esta responsabilidad en organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales o internacionales y la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios, sin ningún área formativa o informativa simplemente en su perfil del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una zanja crítica de separación entre la formas de medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Por otro lado, las relaciones de poder que se establecen entre los equipos médicos y sus pacientes indígenas, dificultan la resolución favorable de los conflictos que se producen al tratar sobre las medidas terapéuticas a seguir. La autoridad y competencia médicas, las formas de terapia, la relación médico paciente, la implicación familiar y social de la enfermedad, el gravamen económico, el sentido de eficacia de las prácticas terapéuticas, constituyen aspectos claves que resultan sustancialmente diferentes entre los modos y formas que presentan en los equipos convencionales, y los modos y formas que adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas. (Fernández, 1999: 193)

contra un niño que tiene padres que NO creen en estas figuras. En otras palabras, existe el 78% de probabilidad de que un niño menor de 5 años muera con un padre que tiene esta(s) creencias con respecto al que no lo tiene. Este resultado tiene un intervalo de confianza de (IC 1.39-10) con una seguridad estadística mayor al 95% ( $p = 0.005$ .) (Fletcher, 1998: 65)

Se acepta la hipótesis altera y se rechaza la hipótesis nula: Se afirma que las creencias culturales de los nativos aymarás causan imprudencia o negligencia en el cuidado de sus niños, por consecuencia tienen la posibilidad de morir cuatro veces más con respecto a las personas que no poseen estas creencias.

- e. El sistema de salud boliviano no ha sido eficiente en tomar acciones al respecto; empezando por los requisitos de los médicos que atienden a esta población que desconocen el idioma aymará, no habiendo recibido ninguna instrucción frente a la amplia gama de factores culturales que giran alrededor de la salud llegan a estos sitios “desconectados” de la difícil realidad de salud que viven estos nativos. Por otro lado, en voz de los propios médicos la dirección de la organización en salud es una amenaza constante para ellos por la incertidumbre de ser cambiados o eliminados de sus fuentes de trabajo además del excesivo horario de trabajo al cual están obligados. Todos ellos coinciden en decir que los aymarás son supersticiosos y que su medicina puede ser buena así como tan perjudicial, que al final, de ella saben nada. Para terminar, las expectativas de estos “galenos” para el futuro, no están precisamente colocadas en el servicio a esta gente porque ellos son “transitorios”.

## VI. CONCLUSIONES

La antropología médica escindida recientemente de la antropología social y cultural, pretende como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica. (Comelles y Martínez, 1993.)

El ejercicio médico convencional en países de marcado carácter pluricultural, como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural. Las altas tasas de mortalidad infantil que se aproximan, según la OMS (1995) al 250 por 1000 entre el primer y el quinto año de edad, superando este porcentaje algunas de las regiones más deprimidas, obligan a tomar indudablemente en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan al Estado boliviano, La delegación de esta responsabilidad en organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales o internacionales y la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios, sin ningún área formativa o informativa simplemente en su perfil del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una zanja crítica de separación entre la formas de medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Por otro lado, las relaciones de poder que se establecen entre los equipos médicos y sus pacientes indígenas, dificultan la resolución favorable de los conflictos que se producen al tratar sobre las medidas terapéuticas a seguir. La autoridad y competencia médicas, las formas de terapia, la relación médico paciente, la implicación familiar y social de la enfermedad, el gravamen económico, el sentido de eficacia de las prácticas terapéuticas, constituyen aspectos claves que resultan sustancialmente diferentes entre los modos y formas que presentan en los equipos convencionales, y los modos y formas que adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas. (Fernández, 1999: 193)

El fenómeno mortalidad tiene –como citamos al principio de la investigación– múltiples causas como la baja educación de los nativos, la pobreza y la ineficacia de un sistema de salud que, aunque con buenas intenciones, talvez no las más acertadas para enfrentar una realidad indígena compleja, donde actualmente los niños menores de 5 años están muriendo 17 por 100 que nacen.

La visión del trabajo era identificar factores poco estudiados como la cultura, y relacionarla con el fenómeno de muerte. Nos sorprende encontrar que las creencias (sólo una parte de su cultura) del pueblo aymará está altamente relacionado con el fenómeno fatal. El *khari khari*, *ajayu*, *sajra* como figuras sobrenaturales además de la creencia en las brujerías son de alto riesgo para los niños; campo en el cual lastimosamente según los nativos, el médico “no puede curar”.

Esto es un círculo, la sociedad aymará pronto pasa en forma oral sus tentativas soluciones de las enfermedades; el 76% de ellos se aconsejan cuál es la mejor decisión para sus hijos enfermos y el 35% de ellos fueron prevenidos por sus mismos familiares que el “doctor” del centro de salud no es bueno, y que mejor se evite su presencia. Talvez por eso el 70% de las mujeres aymarás que experimentaron el fallecimiento de uno o más niños menores de 5 años, nunca asistieron a la consulta médica durante sus embarazos.

Los médicos tradicionales gozan de gran confianza por los nativos y muchas veces se hace caso al consejo dado por ellos sobre la decisión de “dejar morir” al paciente. Esta concepción es distinta a nuestro modo de pensar, cuando nos es difícil aceptar la muerte tan fácilmente, y nos cuestionamos la aparente “indolencia” de estos nativos. Sin embargo, es debatible cuál de las dos culturas es más indolente frente a este hecho.

Una estrategia nacional es la de educar para disminuir la mortalidad, pero grande es la sorpresa al saber que el 45% (caso la mitad de ellos) de los jóvenes preuniversitarios formados en el seno mismo de su comunidad aún siguen conservando una o varias “figuras culturales” que tienen que ver con el riesgo de muerte para sus futuros vástagos. Por lo tanto nos damos cuenta que la solución es multifactorial.

Tampoco se puede desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor, más allá del éxito de su mentalización y la afinidad con los campesinos. Indudablemente son muchos los factores que justifican de sobra el grado de “sobreexplotación” que sufren los equipos médicos rurales, haciendo de su ingente labor un milagro cotidiano (Fernández, 1999: 197)

El médico rural no deja de ser una víctima más de todo este proceso, junto con sus pacientes. No es el culpable en tanto en cuanto el Estado no le provee de otras fuentes de formación y financiamiento, no dignifica la figura del médico rural ni le capacita para puestos de mayor relieve e interés profesional. No podemos clavar las tintas sobre sus espaldas.

No podemos exigir que el médico, además de buen profesional, en una situación generalmente no deseada, sea además antropólogo o ... ¡sacerdote! Es responsabilidad del Estado el otorgar a los equipos médicos la formación intercultural en salud que le otorgue indicadores y criterios

para efectuar finalmente su labor en situación de prestigio, dignidad, reconocimiento social y laboral por su dedicación y perseverancia. (Fernández, 1999: 201)

La voz unánime de los campesinos queda registrada en la investigación; cuando todos coinciden que quieren tener médicos de su propio linaje arguyendo que “serían mejor comprendidos”, sin embargo, existe otro problema al respecto, menos del 5% de esos jóvenes llegan a acceder a una universidad, de esos pocos, muchos son rechazados por la incompetencia otorgada por una mala calidad educativa y menos pensar el ingreso a la facultad de medicina que demanda cualidades y recursos especiales.

Aquí están sentadas las bases para el trabajo futuro del sistema de salud boliviano con respecto al abordaje que ofrecerá a la población nativa aymará; no es pretensión del trabajo dar la solución al problema, pero sí, reflexionar en la magnitud del mismo.

Citamos a continuación algunas sugerencias que el antropólogo Gerardo Fernández presentó después de una magnífica descripción de los aymarás, con respecto a este tema para los equipos de salud que se atreven a trabajar en este contexto; claro está, que me permito añadir algunas otras:

1. Conocimiento de la lengua local, por razones de confianza.
2. Conocimiento de la antropología social y médica en particular, como curricula universitaria.
3. Compartir con los curanderos nativos y con los pacientes a través del diálogo de la forma más horizontal posible.
4. Estabilidad del personal sanitario, por un período no inferior a tres años.
5. Apoyo constante en auxiliares nativos del lugar, para la paulatina integración.
6. Información periódica en la *asamblea comunitaria* sobre programaciones, planes y campañas de salud.
7. Adopción de un enfoque intercultural bilingüe
8. Comprensión de la dimensión social de toda la enfermedad
9. Creación de la figura institucionalizada del médico rural, acogiendo en las carreras de medicina a indígenas que estudien medicina.
10. Difusión de estos conceptos en todos los ámbitos estatales.
11. Dignificación de la figura del profesional médico rural.
12. Educación estratégica con respecto a la comprensión de sus creencias que interfieren con la salud comunitaria
13. Reingeniería de la coordinación de salud comunitaria
14. Establecimiento de políticas de salud que permitan ampliamente apoyar esta iniciativa

## VII. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, Gonzalo. Programas de salud en la situación intercultural. Fondo de Cultura Económica. 1ra ED, México, 1994
2. Aguirre, Gonzalo. Antropología Médica. Fondo de Cultura Económica. 1ra ED, México, 1994
3. Albó, Xavier y col. "Para comprender las Culturas Rurales de Bolivia." CIPCA/UNICEF, La Paz, Bolivia, 1989.
4. BASICS, Estudio de Mortalidad de El Alto: Historias Abiertas Ministerio de Salud y Previsión Social, 1995
5. Berg, Hans van den. La Tierra No Da Así No Más (Los ritos agrícolas en la religión de los aymará-cristianos). HISBOL, Universidad Católica Boliviana. La Paz, Bolivia, 1990.
6. Berg, Hans van den. Diccionario religioso aymará. CETA, IDEA, Iquitos, 1985
7. Berruecos, Luis. Curso Básico de Adicciones. México: Centro contra las adicciones CENCA, Fundación Ama la Vida, 1994.
8. Bouysse, Therese. Lluvias y Cenizas: Niveles del lago Titicaca y culturas. Editorial Hisbol, La Paz – Bolivia, 1988.
9. Bueno, Ramiro. Manual para la Gestión Municipal de Servicios. Secretaría de Desarrollo Humano, La Paz – Bolivia, 1998
10. Caballanes, Guillermo. Diccionario enciclopédico de derecho usual. Editorial Heliasta 21ª ED, Tomo IV (F-I), Argentina, 1989.
11. Caballanes, Guillermo. Diccionario enciclopédico de derecho usual. Editorial Heliasta 14ª ED, Tomo IV (J-O), Argentina, 1979
12. CELADE/UNICEF. Mortalidad en la niñez. Una base de datos actualizada en 1995. América Latina. Santiago, Chile: CELADE/UNICEF, 1995
13. Comelles, Josep y Martinez, Angel. Enfermedad, cultura y sociedad. EUDEMA, Madrid, España, 1993.
14. Fernández Juárez, Gerardo, Médicos y Yatiris (Salud e interculturalidad en el Altiplano aymará). CIPCA/MSPS/OPS/OMS, La Paz – Bolivia, 1999.
15. Fletcher, Robert. Epidemiología Clínica: Aspectos fundamentales. Editorial Masson, 2da edición, Barcelona España, 1998
16. Girault, Louis. Kallawaya. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales y mágicas. UNICEF, OPS, OMS, La Paz, Bolivia, 1987.
17. Ibarra Grasso, Dick. Las lenguas indígenas en Bolivia. Editorial Juventud. La Paz, Bolivia, 1996
18. INE, Análisis Sociodemográfico de Poblaciones Nativas. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 1997.
19. INE, Bolivia: Distribución de la Población. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.
20. INE, Bolivia: Anuario Estadístico 1999 Pags 93-94, La Paz-Bolivia.
21. INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), Instituto Nacional de Estadística y Demographic and Health Surveys, 1998.
22. INE, Bolivia: Factores Socioeconómicos de Riesgo de Muerte en la Niñez. Instituto Nacional de Estadística y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1997.
23. OIT, Panorama Laboral 94. América Latina y el Caribe. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 1994.

24. Otero, Gustavo. Figura y carácter del indio: Los ando bolivianos Editorial Juventud, 3ra ED. La Paz, Bolivia, 1972.
25. Marckwardt, Albert y Soliz, Augusto. La evolución de la mortalidad infantil en Bolivia. INE/NU. La Paz – Bolivia, 1990.
26. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente. Salud y población en Bolivia, el camino del cambio. Dirección de Políticas de Población, La Paz – Bolivia, 1995.
27. Naciones Unidas/CEPAL/CELADE. Población, equidad y transformación productiva. NU, Santiago – Chile, 1993.
28. Organización Internacional del Trabajo Panorama Laboral para América Latina y el Caribe, Vol. 1. Oficina de la OIT para Latinoamérica y el Caribe, 1994.
29. Solc, Václav. Los aymarás de las islas del Titicaca. Instituto Indigenista Interamericano. México Ira ED, 1969.
30. Vaughan, Patrick y Morrow, Richard. Salud Comunitaria: Manual de epidemiología para la gestión de los sistemas locales de salud. OMS, Editorial Pax México, 1997.
31. W.H.O. Constitution of the World Health Organization. En: International Health Conference. New York, June 1946.

## IX. ANEXOS

(ANEXO 1)  
TABLAS DE REFERENCIA

TABLA 1

N67 ¿Se puede embrujar a una persona para que enferme?

N67	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 Si	45	28.1%	28.1%
2 No	40	25.0%	53.1%
3 No sé	75	46.9%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

TABLA 2

N610 ¿Usted ha visto alguno de esos milagros de sanidad?

N610	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No contesta	3	1.9%	1.9%
1 Si	50	31.4%	33.3%
2 No	105	66.0%	99.4%
3 Otros	1	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

TABLA 3

N73 Cuando se enferma usted o sus hijos ¿consulta con sus familiares o amigos lo que tiene que hacer?

N73	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 Si	121	75.6%	75.6%
2 No	39	24.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**TABLA 4**

**N710 ¿Usted tiene miedo de morir?**

N710	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 No responde	1	0.6%	0.6%
1 Si	53	33.1%	33.8%
2 No	106	66.2%	100.0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**TABLA 5**

**N31 : N53 Mortalidad <1m : Preferencia de atención por un médico o (naturista, curandero o yatiri)**

N31	N53			TOTAL
	0 No sabe, no responde	1 Médico	2 Naturista, yatiri o curandero	
<b>Número de fallecidos</b>				
0	10	73	35	118
% Fila	8.5	61.9	29.7	100.0
% Columna	66.7	78.5	67.3	73.8
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
% Fila	13.6	40.9	45.5	100.0
% Columna	20.0	9.7	19.2	13.8
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
% Fila	10.0	50.0	40.0	100.0
% Columna	6.7	5.4	7.7	6.2
<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
% Fila	0.0	71.4	28.6	100.0
% Columna	0.0	5.4	3.8	4.4
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
% Fila	33.3	33.3	33.3	100.0
% Columna	6.7	1.1	1.9	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>93</b>	<b>52</b>	<b>160</b>
% Fila	9.4	58.1	32.5	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

A) 35 de 42 padres que experimentaron la muerte de uno o más niños < de 1 mes, prefieren ser atendidos por un naturista, curandero o yatiri cuando están enfermos. (83%)



B) 51 de 75 fallecidos antes de cumplir el mes de vida, sus padres afirmaron que prefieren ser atendidos por los yatiris, curanderos o naturistas. (68%)

**TABLA 6**

**N32 : N53 Fallecidos >1m a <5<sup>a</sup> : Preferencia de atención por un médico o (naturista, curandero o yatiri)**

N32	N53			TOTAL
	0	1	2	
0	12	76	42	130
% Fila	9.2	58.5	32.3	100.0
% Columna	80.0	81.7	80.8	81.2
1	1	12	1	14
% Fila	7.1	85.7	7.1	100.0
% Columna	6.7	12.9	1.9	8.8
2	2	3	5	10
% Fila	20.0	30.0	50.0	100.0
% Columna	13.3	3.2	9.6	6.2
3	0	2	3	5
% Fila	0.0	40.0	60.0	100.0
% Columna	0.0	2.2	5.8	3.1
4	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	1.9	0.6
<b>TOTAL</b>	15	93	52	160
% Fila	9.4	58.1	32.5	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

A) 26 de 30 padres que experimentaron la muerte de uno o más niños > de 1 mes a < de 5 a, prefieren ser atendidos por un naturista, curandero o yatiri cuando están enfermos. (87%)

B) 35 de 53 fallecidos >1m a <5a, sus padres afirmaron que prefieren ser atendidos por los yatiris, curanderos o naturistas. (66%)

**TOTAL: Tablas 5 y 6**

A)  $35+26/42+30 = 61/72 \times 100 = 85\%$  De los padres que experimentaron la muerte de uno o más niños < de 5 años, prefieren ser atendidos por un naturista, curandero o yatiri cuando están enfermos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B)  $51+35/75+53 = 86/128 \times 100 = 67\%$  De los niños fallecidos antes de cumplir los 5 años de vida, sus padres afirmaron que prefieren ser atendidos por los yatiris, curanderos o naturistas.

**TABLA 7**

**N31 : N56 Mortalidad <1m : Preferencia por curarse con (plantas y hierbas, medicamentos, ambos)**

N31	N56				TOTAL
	0	1 Plantas y hierbas	2 Medicamentos	3 Ambos	
<b>Fallecidos &lt; 1mes 0</b>	2	46	9	61	118
% Fila	1.7	39.0	7.6	51.7	100.0
% Columna	100.0	66.7	56.2	83.6	73.8
<b>1</b>	0	10	2	10	22
% Fila	0.0	45.5	9.1	45.5	100.0
% Columna	0.0	14.5	12.5	13.7	13.8
<b>2</b>	0	7	2	1	10
% Fila	0.0	70.0	20.0	10.0	100.0
% Columna	0.0	10.1	12.5	1.4	6.2
<b>3</b>	0	4	2	1	7
% Fila	0.0	57.1	28.6	14.3	100.0
% Columna	0.0	5.8	12.5	1.4	4.4
<b>4</b>	0	2	1	0	3
% Fila	0.0	66.7	33.3	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.9	6.2	0.0	1.9
<b>TOTAL</b>	2	69	16	73	160
% Fila	1.2	43.1	10.0	45.6	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

A)

$23/42 \times 100 = 55\%$  de padres con uno o más hijos muertos <1m prefieren tratarse de sus enfermedades con plantas y hierbas

$8/42 \times 100 = 19\%$  de padres con uno o más hijos muertos <1m prefieren tratarse de sus enfermedades con medicamentos de la farmacia

B)

$44/75 \times 100 = 59\%$  de los niños <1 mes que fallecieron, sus padres prefieren curarse con plantas y hierbas.

$16/75 \times 100 = 21\%$  de los niños <1 mes que fallecieron, sus padres prefieren curarse con medicamentos de la farmacia

**TABLA 8**

**N32 : N56 Mortalidad >1m a <5a : Preferencia por curarse con (plantas y hierbas, medicamentos, ambos)**

N32	N56				TOTAL
	0	1	2	3	
0	1	50	14	65	130
% Fila	0.8	38.5	10.8	50.0	100.0
% Columna	50.0	72.5	87.5	89.0	81.2
1	0	6	2	6	14
% Fila	0.0	42.9	14.3	42.9	100.0
% Columna	0.0	8.7	12.5	8.2	8.8
2	0	9	0	1	10
% Fila	0.0	90.0	0.0	10.0	100.0
% Columna	0.0	13.0	0.0	1.4	6.2
3	1	3	0	1	5
% Fila	20.0	60.0	0.0	20.0	100.0
% Columna	50.0	4.3	0.0	1.4	3.1
4	0	1	0	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	1.4	0.0	0.0	0.6
<b>TOTAL</b>	2	69	16	73	160
% Fila	1.2	43.1	10.0	45.6	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

A)

$19/30 \times 100 = 63\%$  de padres con uno o más hijos muertos >1m a <5a prefieren tratarse de sus enfermedades con plantas y hierbas

$2/30 \times 100 = 7\%$  de padres con uno o más hijos muertos >1m a <5a prefieren tratarse de sus enfermedades con medicamentos de la farmacia

B)

$37/53 \times 100 = 70\%$  de los niños >1 mes a >5a que fallecieron, sus padres prefieren curarse con plantas y hierbas

$2/53 \times 100 = 4\%$  de los niños <1 mes que fallecieron, sus padres prefieren curarse con medicamentos de la farmacia

**TOTAL: Tablas 7 y 8**

A)

$23+19/42+30=42/72 \times 100 = 58\%$  de padres con uno o más hijos muertos <5a prefieren tratarse de sus enfermedades con plantas y hierbas

$8+2/42+30=81/128 \times 100 = 63\%$  de padres con uno o más hijos muertos <5a prefieren

tratarse de sus enfermedades con medicamentos de la farmacia

B)

$44+37/75+53=81/128 \times 100=63\%$  de los niños < de 5 años que fallecieron, sus padres prefieren curarse con plantas y hierbas.

$16+2/75+53=18/128 \times 100=14\%$  de los niños < de 5 años que fallecieron, sus padres prefieren curarse con medicamentos de la farmacia

**TABLA 9**

**N31 : N61 Mortalidad < 1mes : Actitud que adoptan cuando el ajayu abandona al niño**

N31	N61							TOTAL
	0	1 Llaman el ajayu	2 Acude al yatiri	3 No creen en el ajayu	4 Nunca enfermaron de ajayu	5 Lo llevo al médico	6 Confio en Dios	
<b>Fallecidos &lt;1mes 0</b>	45	51	12	7	1	1	1	118
<b>% Fila</b>	38.1	43.2	10.2	5.9	0.8	0.8	0.8	100.0
<b>% Columna</b>	88.2	68.0	60.0	63.6	100.0	100.0	100.0	73.8
<b>1</b>	2	13	4	3	0	0	0	22
<b>% Fila</b>	9.1	59.1	18.2	13.6	0.0	0.0	0.0	100.0
<b>% Columna</b>	3.9	17.3	20.0	27.3	0.0	0.0	0.0	13.8
<b>2</b>	2	5	2	1	0	0	0	10
<b>% Fila</b>	20.0	50.0	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	100.0
<b>% Columna</b>	3.9	6.7	10.0	9.1	0.0	0.0	0.0	6.2
<b>3</b>	2	4	1	0	0	0	0	7
<b>% Fila</b>	28.6	57.1	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
<b>% Columna</b>	3.9	5.3	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4
<b>4</b>	0	2	1	0	0	0	0	3
<b>% Fila</b>	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
<b>% Columna</b>	0.0	2.7	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9
<b>TOTAL</b>	51	75	20	11	1	1	1	160
<b>% Fila</b>	31.9	46.9	12.5	6.9	0.6	0.6	0.6	100.0
<b>% Columna</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$24/42 \times 100=57\%$

$8/42 \times 100=19\%$

Sumando los anteriores:  $32/42 \times 100=76\%$  de los padres que experimentaron el fallecimiento de 1 o mas <1m, cuando el ajayu abandona el cuerpo del niño ellos prefieren realizar el "rito" de llamar el ajayu o acuden al yatiri para que lo haga

$4/12 \times 100=9\%$  de los padres con uno o mas fallecidos <1m no creen en el ajayu

**TABLA 10**

**N32 : N61 Mortalidad > 1mes a < 5a : Actitud que adoptan cuando el ajayu abandona al niño**

		N61							
N32	0	1	2	3	4	5	6	TOTAL	
0	43	57	19	8	1	1	1	130	
% Fila	33.1	43.8	14.6	6.2	0.8	0.8	0.8	100.0	
% Columna	84.3	76.0	95.0	72.7	100.0	100.0	100.0	81.2	
1	5	7	0	2	0	0	0	14	
% Fila	35.7	50.0	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	100.0	
% Columna	9.8	9.3	0.0	18.2	0.0	0.0	0.0	8.8	
2	2	6	1	1	0	0	0	10	
% Fila	20.0	60.0	10.0	10.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
% Columna	3.9	8.0	5.0	9.1	0.0	0.0	0.0	6.2	
3	1	4	0	0	0	0	0	5	
% Fila	20.0	80.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
% Columna	2.0	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	
4	0	1	0	0	0	0	0	1	
% Fila	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
% Columna	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	
<b>TOTAL</b>	51	75	20	11	1	1	1	160	
% Fila	31.9	46.9	12.5	6.9	0.6	0.6	0.6	100.0	
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

18/30x100=60%

1/30x100= 3%

Sumando los anteriores: 19/30x100= 63% de los padres que experimentaron el fallecimiento de 1 o mas >1m a <5a, cuando el ajayu abandona el cuerpo del niño ellos prefieren realizar el "rito" de llamar el ajayu o acuden al yatiri para que lo haga

3/30x100= 10% de los padres con uno o mas fallecidos >1m a <5a no creen en el ajayu

**TOTAL DE TABLAS 9 y 10**

24+18/42+30=42/72

8+1/42+30=9/72

Sumando los anteriores: 51/72x100= 71% de los padres que experimentaron el fallecimiento de 1 o mas <5a, cuando el ajayu abandona el cuerpo del niño ellos prefieren realizar el "rito" de llamar el ajayu o acuden al yatiri para que lo haga

4+3/42+30=7/72x100= 10% de los padres con uno o mas fallecidos <5a no creen en el ajayu

**TABLA 11**

**N31 : N63 Mortalidad < de 1 m : Número de hijos fallecidos por culpa del ajayu**

N63					
Número de hijos fallecidos por culpa de ajayu					
N31	0	1	2	3	TOTAL
<b>Mortalidad</b>					
<b>en &lt; de 1 m</b>	113	1	4	0	118
0	95.8	0.8	3.4	0.0	100.0
% Fila	78.5	16.7	66.7	0.0	73.8
% Columna					
1	19	2	0	1	22
% Fila	86.4	9.1	0.0	4.5	100.0
% Columna	13.2	33.3	0.0	25.0	13.8
2	7	1	1	1	10
% Fila	70.0	10.0	10.0	10.0	100.0
% Columna	4.9	16.7	16.7	25.0	6.2
3	4	2	0	1	7
% Fila	57.1	28.6	0.0	14.3	100.0
% Columna	2.8	33.3	0.0	25.0	4.4
4	1	0	1	1	3
% Fila	33.3	0.0	33.3	33.3	100.0
% Columna	0.7	0.0	16.7	25.0	1.9
<b>TOTAL</b>	144	6	6	4	160
% Fila	90.0	3.8	3.8	2.5	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

19/42x100= 45% de los niños que fallecieron < de 1 mes, sus padres atribuyeron la causa de su muerte al ajayu

**TABLA 12**

**N32 : N63 Mortalidad > de 1 m a < de 5 años : Número de hijos fallecidos por culpa del ajayu**

		N63				
N32	0	1	2	3	TOTAL	
0	119	5	6	0	130	
% Fila	91.5	3.8	4.6	0.0	100.0	
% Columna	82.6	83.3	100.0	0.0	81.2	
1	13	0	0	1	14	
% Fila	92.9	0.0	0.0	7.1	100.0	
% Columna	9.0	0.0	0.0	25.0	8.8	
2	8	1	0	1	10	
% Fila	80.0	10.0	0.0	10.0	100.0	
% Columna	5.6	16.7	0.0	25.0	6.2	
3	3	0	0	2	5	
% Fila	60.0	0.0	0.0	40.0	100.0	
% Columna	2.1	0.0	0.0	50.0	3.1	
4	1	0	0	0	1	
% Fila	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
% Columna	0.7	0.0	0.0	0.0	0.6	
<b>TOTAL</b>	144	6	6	4	160	
% Fila	90.0	3.8	3.8	2.5	100.0	
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

$13/30 \times 100 = 43\%$   $19/42 \times 100 = 45\%$  de los niños que fallecieron < de 1 mes, sus padres atribuyeron la causa de su muerte al ajayu

**TOTAL: Tablas 11 y 12**

$19 + 13/42 + 30 = 32/72 \times 100 = 44\%$  de los niños que fallecieron < de 5 años, sus padres atribuyeron la causa de su muerte al ajayu.

**TABLA 13**

**N31 : N68 Mortalidad < de 1m : Creencia de brujerías realizadas por los yatiris**

N68					
Un yatiri: ¿podría quitar un embrujo a una persona?					
N31	0 No contesta	1 Si	2 No	3 No sé	TOTAL
<b>Mortalidad en &lt; de 1 m 0</b>	2	38	25	53	118
% Fila	1.7	32.2	21.2	44.9	100.0
% Columna	100.0	73.1	80.6	70.7	73.8
<b>1</b>	0	6	2	14	22
% Fila	0.0	27.3	9.1	63.6	100.0
% Columna	0.0	11.5	6.5	18.7	13.8
<b>2</b>	0	5	2	3	10
% Fila	0.0	50.0	20.0	30.0	100.0
% Columna	0.0	9.6	6.5	4.0	6.2
<b>3</b>	0	2	2	3	7
% Fila	0.0	28.6	28.6	42.9	100.0
% Columna	0.0	3.8	6.5	4.0	4.4
<b>4</b>	0	1	0	2	3
% Fila	0.0	33.3	0.0	66.7	100.0
% Columna	0.0	1.9	0.0	2.7	1.9
<b>TOTAL</b>	2	52	31	75	160
% Fila	1.2	32.5	19.4	46.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

14/42x100= 33% de los padres que tuvieron uno o más hijos fallecidos < de 1m, creen en las brujerías de los yatiris

26/75x100=35% de los niños fallecidos < de 1 mes, sus padres creen en brujerías



**TABLA 14**

**N32 : N68 Mortalidad > de 1m a < de 5 años : Creencia de brujerías realizadas por los yatiris**

		N68				
N32		0	1	2	3	TOTAL
0		2	44	26	58	130
% Fila		1.5	33.8	20.0	44.6	100.0
% Columna		100.0	84.6	83.9	77.3	81.2
1		0	3	3	8	14
% Fila		0.0	21.4	21.4	57.1	100.0
% Columna		0.0	5.8	9.7	10.7	8.8
2		0	2	2	6	10
% Fila		0.0	20.0	20.0	60.0	100.0
% Columna		0.0	3.8	6.5	8.0	6.2
3		0	3	0	2	5
% Fila		0.0	60.0	0.0	40.0	100.0
% Columna		0.0	5.8	0.0	2.7	3.1
4		0	0	0	1	1
% Fila		0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna		0.0	0.0	0.0	1.3	0.6
<b>TOTAL</b>		2	52	31	75	160
% Fila		1.2	32.5	19.4	46.9	100.0
% Columna		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$8/30 \times 100 = 27\%$  de los padres que tuvieron uno o más hijos fallecidos > de 1m a < de 5 años, creen en las brujerías de los yatiris

$16/53 \times 100 = 30\%$  de los niños fallecidos > de 1 mes a < de 5 años, sus padres creen en brujerías

**TOTAL: Tablas 13 y 14**

$14+8/42+30 \times 100 = 30\%$  de los padres que tuvieron uno o más hijos fallecidos < de 5 años, creen en las brujerías de los yatiris

$26+16/75+53 \times 100 = 33\%$  de los niños fallecidos < de 5 años, sus padres creen en brujerías

**TABLA 15**

**N31 : N610 Mortalidad < 1 m : Usted ha visto milagros de sanidad de enfermos?**

<b>N610</b>				
<b>Usted ha visto milagros de sanar enfermos?</b>				
<b>N31</b>	<b>0</b>	<b>1 Si</b>	<b>2 No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Mortalidad &lt; de 1m 0</b>	5	35	78	118
% Fila	4.2	29.7	66.1	100.0
% Columna	100.0	70.0	74.3	73.8
<b>1</b>	0	9	13	22
% Fila	0.0	40.9	59.1	100.0
% Columna	0.0	18.0	12.4	13.8
<b>2</b>	0	3	7	10
% Fila	0.0	30.0	70.0	100.0
% Columna	0.0	6.0	6.7	6.2
<b>3</b>	0	1	6	7
% Fila	0.0	14.3	85.7	100.0
% Columna	0.0	2.0	5.7	4.4
<b>4</b>	0	2	1	3
% Fila	0.0	66.7	33.3	100.0
% Columna	0.0	4.0	1.0	1.9
<b>TOTAL</b>	5	50	105	160
% Fila	3.1	31.2	65.6	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

15/42x100= 36% de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más menores de 1m observaron un milagro de sanidad

**TABLA 16**

**TABLAS N32 N610**

**N32 : N610 Mortalidad > 1 m a < de 5 años : Usted ha visto milagros de sanar enfermos?**

N32	N610			TOTAL
	0	1	2	
<b>0</b>	4	39	87	130
% Fila	3.1	30.0	66.9	100.0
% Columna	80.0	78.0	82.9	81.2
<b>1</b>	0	6	8	14
% Fila	0.0	42.9	57.1	100.0
% Columna	0.0	12.0	7.6	8.8
<b>2</b>	1	3	6	10
% Fila	10.0	30.0	60.0	100.0
% Columna	20.0	6.0	5.7	6.2
<b>3</b>	0	2	3	5
% Fila	0.0	40.0	60.0	100.0
% Columna	0.0	4.0	2.9	3.1
<b>4</b>	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	1.0	0.6
<b>TOTAL</b>	5	50	105	160
% Fila	3.1	31.2	65.6	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

$11 \times 30 \times 100 = 37\%$  de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más niños > de 1m a < de 5 años, observaron un milagro de sanidad

**TOTAL: Tablas 15 y 16**

$15 + 11/42 + 30 = 26/72 \times 100 = 36\%$  de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más menores de 5 años observaron un milagro de sanidad

**TABLA 17**

**N31 : N73 Mortalidad en < de 1 mes: Cuando se enferma uno de sus hijos ¿Consulta con sus familiares o amigos lo que tiene que hacer?**

**N73**

**Cuando se enferma uno de sus hijos ¿Consulta con sus familiares o amigos lo que tiene que hacer?**

<b>N31</b>	<b>1 Si</b>	<b>2 No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Mortalidad en menores de 1 mes 0</b>	91	27	118
% Fila	77.1	22.9	100.0
% Columna	75.2	69.2	73.8
<b>1</b>	14	8	22
% Fila	63.6	36.4	100.0
% Columna	11.6	20.5	13.8
<b>2</b>	8	2	10
% Fila	80.0	20.0	100.0
% Columna	6.6	5.1	6.2
<b>3</b>	5	2	7
% Fila	71.4	28.6	100.0
% Columna	4.1	5.1	4.4
<b>4</b>	3	0	3
% Fila	100.0	0.0	100.0
% Columna	2.5	0.0	1.9
<b>TOTAL</b>	121	39	160
% Fila	75.6	24.4	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0

30/42x100=71% de los padres que experimentaron 1 o más fallecimientos de menores < de 1 mes, consultaron con sus amigos o familiares la conducta con respecto a la enfermedad de su hijo.

**TABLA 18**

**N32 : N73 Mortalidad en > de 1 mes a < de 5 años: Cuando se enferma uno de sus hijos  
¿Consulta con sus familiares o amigos lo que tiene que hacer?**

N73			
N32	1	2	TOTAL
0	102	28	130
% Fila	78.5	21.5	100.0
% Columna	84.3	71.8	81.2
1	9	5	14
% Fila	64.3	35.7	100.0
% Columna	7.4	12.8	8.8
2	5	5	10
% Fila	50.0	50.0	100.0
% Columna	4.1	12.8	6.2
3	4	1	5
% Fila	80.0	20.0	100.0
% Columna	3.3	2.6	3.1
4	1	0	1
% Fila	100.0	0.0	100.0
% Columna	0.8	0.0	0.6
<b>TOTAL</b>	121	39	160
% Fila	75.6	24.4	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0

$19/30 \times 100 = 63\%$  de los padres que experimentaron 1 o más fallecimientos de menores > de 1 mes a < de 5 años, consultaron con sus amigos o familiares la conducta con respecto a la enfermedad de su hijo.

**TOTAL: Tablas 17 y 18**

$30 + 19/42 + 30 = 49/72 \times 100 = 68\%$  de los padres que experimentaron 1 o más fallecimientos de menores < de 5 años, consultaron con sus amigos o familiares la conducta con respecto a la enfermedad de su hijo.

**TABLA 19**

**N31 : N74 Mortalidad en < de 1 mes : ¿Alguien de su familia le aconsejó que no es bueno consultar con un médico?**

**N74**

**: ¿Alguien de su familia le aconsejó que no es bueno consultar con un médico?**

<b>N31</b>	<b>1 Si</b>	<b>2 No</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Mortalidad en &lt; de 1 mes 0</b>	43	75	118
% Fila	36.4	63.6	100.0
% Columna	75.4	72.8	73.8
<b>1</b>	9	13	22
% Fila	40.9	59.1	100.0
% Columna	15.8	12.6	13.8
<b>2</b>	2	8	10
% Fila	20.0	80.0	100.0
% Columna	3.5	7.8	6.2
<b>3</b>	1	6	7
% Fila	14.3	85.7	100.0
% Columna	1.8	5.8	4.4
<b>4</b>	2	1	3
% Fila	66.7	33.3	100.0
% Columna	3.5	1.0	1.9
<b>TOTAL</b>	57	103	160
% Fila	35.6	64.4	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0

14/42x100= 33% de los padres que experimentaron la pérdida de 1 o más < de 1 mes, fueron aconsejados por sus familiares y/o amigos que no es bueno consultar un médico

**TABLA 20**

**N32 : N74 Mortalidad en > de 1 mes a < de 5 años : ¿Alguien de su familia le aconsejó que no es bueno consultar con un médico?**

		N74		
N32	1	2	TOTAL	
0	43	87	130	
% Fila	33.1	66.9	100.0	
% Columna	75.4	84.5	81.2	
1	4	10	14	
% Fila	28.6	71.4	100.0	
% Columna	7.0	9.7	8.8	
2	5	5	10	
% Fila	50.0	50.0	100.0	
% Columna	8.8	4.9	6.2	
3	5	0	5	
% Fila	100.0	0.0	100.0	
% Columna	8.8	0.0	3.1	
4	0	1	1	
% Fila	0.0	100.0	100.0	
% Columna	0.0	1.0	0.6	
<b>TOTAL</b>	57	103	160	
% Fila	35.6	64.4	100.0	
% Columna	100.0	100.0	100.0	

$14/30 \times 100 = 47\%$  de los padres que experimentaron la pérdida de 1 o más > de 1 mes a < de 5 años, fueron aconsejados por sus familiares y/o amigos que no es bueno consultar un médico

**TOTAL: Tablas 19 y 20**

$14 + 14/42 + 30 = 28/72 \times 100 = 39\%$  de los padres que experimentaron la pérdida de 1 o más < de 5 años, fueron aconsejados por sus familiares y/o amigos que no es bueno consultar un médico

**TABLA 21**

**N31 : N710 Mortalidad en menores de 1 mes : ¿Tiene miedo a la muerte?**

		N710			
		¿Tiene miedo a la muerte?			
N31		0	1	2	TOTAL
<b>Mortalidad en &lt; de 1 mes 0</b>		1	43	74	118
	% Fila	0.8	36.4	62.7	100.0
	% Columna	100.0	81.1	69.8	73.8
	<b>1</b>	0	5	17	22
	% Fila	0.0	22.7	77.3	100.0
	% Columna	0.0	9.4	16.0	13.8
	<b>2</b>	0	2	8	10
	% Fila	0.0	20.0	80.0	100.0
	% Columna	0.0	3.8	7.5	6.2
	<b>3</b>	0	2	5	7
	% Fila	0.0	28.6	71.4	100.0
	% Columna	0.0	3.8	4.7	4.4
	<b>4</b>	0	1	2	3
	% Fila	0.0	33.3	66.7	100.0
	% Columna	0.0	1.9	1.9	1.9
	<b>TOTAL</b>	1	53	106	160
	% Fila	0.6	33.1	66.2	100.0
	% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

32/42x100=76% de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más menores de 1 mes, aseguran no temerle a la muerte



**TABLA 22**

**N32 : N710 Mortalidad en > de 1 mes a < de 5 años : ¿Tiene miedo a la muerte?**

		N710			
N32	0	1	2	TOTAL	
0	1	43	86	130	
% Fila	0.8	33.1	66.2	100.0	
% Columna	100.0	81.1	81.1	81.2	
1	0	4	10	14	
% Fila	0.0	28.6	71.4	100.0	
% Columna	0.0	7.5	9.4	8.8	
2	0	4	6	10	
% Fila	0.0	40.0	60.0	100.0	
% Columna	0.0	7.5	5.7	6.2	
3	0	1	4	5	
% Fila	0.0	20.0	80.0	100.0	
% Columna	0.0	1.9	3.8	3.1	
4	0	1	0	1	
% Fila	0.0	100.0	0.0	100.0	
% Columna	0.0	1.9	0.0	0.6	
<b>TOTAL</b>	1	53	106	160	
% Fila	0.6	33.1	66.2	100.0	
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	

$20/30 \times 100 = 67\%$  de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más > de 1 mes a < de 5 años, aseguran no temerle a la muerte

**TOTAL: Tablas 21 Y 22**

$32+20/42+32 \times 100 = 72\%$  de los padres que experimentaron la muerte de 1 o más menores de 5 años, aseguran no temerle a la muerte

TABLA 23

**N31 : N712 Mortalidad en menores de 1 mes : Qué es mejor para una persona que sufre por enfermedad?**

N712

**Qué es mejor para una persona que sufre por enfermedad?**

N31	0	1	2 Que muera	3	TOTAL
<b>Mortalidad en &lt; de 1 mes 0</b>	18	17	39	44	118
% Fila	15.3	14.4	33.1	37.3	100.0
% Columna	78.3	63.0	76.5	74.6	73.8
<b>1</b>	2	6	7	7	22
% Fila	9.1	27.3	31.8	31.8	100.0
% Columna	8.7	22.2	13.7	11.9	13.8
<b>2</b>	2	2	3	3	10
% Fila	20.0	20.0	30.0	30.0	100.0
% Columna	8.7	7.4	5.9	5.1	6.2
<b>3</b>	1	2	2	2	7
% Fila	14.3	28.6	28.6	28.6	100.0
% Columna	4.3	7.4	3.9	3.4	4.4
<b>4</b>	0	0	0	3	3
% Fila	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	5.1	1.9
<b>TOTAL</b>	23	27	51	59	160
% Fila	14.4	16.9	31.9	36.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$12/42 \times 100 = 28\%$  de los padres que experimentan la muerte de sus hijos < de 1 mes dicen que la mejor opción es la muerte.

**TABLA 24**

**N32 : N712 Mortalidad en > de 1 mes a < de 5 años : Qué es mejor para una persona que sufre por enfermedad?**

N32	N712				TOTAL
	0	1	2	3	
<b>0</b>	19	21	42	48	130
% Fila	14.6	16.2	32.3	36.9	100.0
% Columna	82.6	77.8	82.4	81.4	81.2
<b>1</b>	2	3	5	4	14
% Fila	14.3	21.4	35.7	28.6	100.0
% Columna	8.7	11.1	9.8	6.8	8.8
<b>2</b>	1	3	2	4	10
% Fila	10.0	30.0	20.0	40.0	100.0
% Columna	4.3	11.1	3.9	6.8	6.2
<b>3</b>	1	0	2	2	5
% Fila	20.0	0.0	40.0	40.0	100.0
% Columna	4.3	0.0	3.9	3.4	3.1
<b>4</b>	0	0	0	1	1
% Fila	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	0.0	1.7	0.6
<b>TOTAL</b>	23	27	51	59	160
% Fila	14.4	16.9	31.9	36.9	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$9/30 \times 100 = 30\%$  de los padres que experimentan la muerte de sus hijos > de 1 mes a < de 5 años, dicen que la mejor opción es la muerte.

**TOTAL: Tablas 23 y 24**

$12+9/42+30 \times 100 = 29\%$  de los padres que experimentan la muerte de sus hijos < de 5 años, dicen que la mejor opción es la muerte para las personas que sufren por una enfermedad

**TABLA 25**

**N31 : N42 Mortalidad < de 1 mes : ¿Realizó control prenatal?**

N31	N42					TOTAL
	0 No sabe, no responde	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	7 Otros	
<b>0</b>	1	27	15	16	1	60
% Fila	1.7	45.0	25.0	26.7	1.7	100.0
% Columna	100.0	62.8	83.3	80.0	100.0	72.3
<b>1</b>	0	5	2	3	0	10
% Fila	0.0	50.0	20.0	30.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	11.6	11.1	15.0	0.0	12.0
<b>2</b>	0	7	0	0	0	7
% Fila	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	16.3	0.0	0.0	0.0	8.4
<b>3</b>	0	2	0	1	0	3
% Fila	0.0	66.7	0.0	33.3	0.0	100.0
% Columna	0.0	4.7	0.0	5.0	0.0	3.6
<b>4</b>	0	2	1	0	0	3
% Fila	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	4.7	5.6	0.0	0.0	3.6
<b>TOTAL</b>	1	43	18	20	1	83
% Fila	1.2	51.8	21.7	24.1	1.2	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

16/23x100= 69% de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 1 mes nunca asistieron a control prenatal

4/23x100= 17% de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 1 mes asistieron muchas veces a control prenatal

**TABLA 26**

**N32 : N42 Mortalidad > de 1 mes a < de 5 años : ¿Realizó control prenatal?**

N32	N42					TOTAL
	0	1	2	3	7	
0	1	29	16	17	0	63
% Fila	1.6	46.0	25.4	27.0	0.0	100.0
% Columna	100.0	67.4	88.9	85.0	0.0	75.9
1	0	7	0	2	0	9
% Fila	0.0	77.8	0.0	22.2	0.0	100.0
% Columna	0.0	16.3	0.0	10.0	0.0	10.8
2	0	6	0	1	1	8
% Fila	0.0	75.0	0.0	12.5	12.5	100.0
% Columna	0.0	14.0	0.0	5.0	100.0	9.6
3	0	0	2	0	0	2
% Fila	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	2.4
4	0	1	0	0	0	1
% Fila	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0	1.2
<b>TOTAL</b>	1	43	18	20	1	83
% Fila	1.2	51.8	21.7	24.1	1.2	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

$14/20 \times 100 = 70\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de > de 1 mes a < de 5 años nunca asistieron a control prenatal

$3/20 \times 100 = 15\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de > de 1 mes a menores de 5 años, asistieron muchas veces a control prenatal

**TOTAL DE TABLAS 25 y 26**

$16+14/23+20 \times 100 = 70\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 5 años nunca asistieron a control prenatal

$4+3/23+20 \times 100 = 16\%$  de las mujeres que tuvieron 1 o más muertes de < de 5 años, asistieron muchas veces a control prenatal



**(ANEXO 2)**  
**SECRETARIA DE SALUD**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD**

Buenos días / tardes, mi nombre es "....." y vengo por parte del Centro de Salud y de la Universidad. Estamos haciendo una encuesta para conocer sobre salud de los niños de la comunidad. La encuesta dura entre 15 a 20 minutos y toda la información que usted nos proporcione será anónima (es decir no necesitamos su nombre). Esta información será de mucha ayuda para mejorar la atención médica a todos los que viven en Patacamaya.

**CUESTIONARIO SOBRE SALUD INFANTIL EN LA POBLACIÓN AYMARA**  
 (Encierre con un círculo sobre el número de la opción elegida por el encuestado. Escriba letra comprensible en las preguntas abiertas. No escriba nada en los espacios sombreados)

<b>I. DATOS GENERALES</b>		
Fecha de la entrevista: ..../../...	No. de cuestionario:	<input type="text"/>
1.1 Sexo	1. Masculino                      2. Femenino	<input type="checkbox"/>
1.2 Edad en años cumplidos:		<input type="checkbox"/>
1.3 Estado civil:	1. Soltero    2. Casado    3. Unión libre    4. Viudo    5. Divorciado	<input type="checkbox"/>
1.4 Casa con techo de cielo raso	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
1.5 Piso de la casa:	1. Tierra    2. Cemento    3. Madera    4. Otros	<input type="checkbox"/>
1.6 Tiene agua potable:	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
1.7 Energía eléctrica	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
1.8 El baño es:	1. Excusado    2. Pozo ciego    3. No tiene baño	<input type="checkbox"/>
1.9 Ocupación	1. Agricultura    2. Comerciante    3. Ama de casa    4. Estudiante    5. Chofer 6. Otros (especifique).....	<input type="checkbox"/>
1.10 Religión	1. Católica    2. Evangélica    3. Otros: (Especifique).....	<input type="checkbox"/>

<b>II. EDUCACIÓN</b>		
2.1 Escolaridad en años de estudio:	Años	<input type="checkbox"/>
2.2 Grado	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Licenciatura	<input type="checkbox"/>
2.3 ¿Habla aymará?	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
2.4 ¿Tiene hijos?	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
2.5 ¿Cuántos hijos tiene?	1. Hombres 2. Mujeres 3. Fallecidos	<input type="checkbox"/>
2.6 ¿Mandó a todos sus hijos a la escuela?	1. Si    2. No	<input type="checkbox"/>
2.7 ¿Cuántos y Por qué?		

2.8 Si tuviera dinero. ¿Mandaría a su hijo(a) a la universidad?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.9 Qué es mas importante para su hijo(s):	1.Que trabaje 2.Que estudie 3.Ambos	<input type="checkbox"/>
2.10 ¿Cuánto gasta cada semana para mandar a uno de sus hijos a la escuela?		<input type="checkbox"/>
Con respecto a los profesores de la escuela:		
2.11 ¿Enseñan bien?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.12 ¿Le comunican sobre el rendimiento de su hijo(a)?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.13 ¿Toman mucho?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.14 ¿Son de confianza?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.15 ¿Por qué?		
2.16 ¿Conoce alguna de las autoridades del pueblo que hayan sido profesores?	1.Si 2.No 3.Muchos	<input type="checkbox"/>
2.17 Qué es mas importante?	1.Una escuela 2.Un hospital 3.Ambos 4.Ninguno	<input type="checkbox"/>
2.18 Si el gobierno pagara todos los gastos para que uno de sus hijos estudie medicina en la universidad. ¿lo enviaría?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
2.19 ¿Por qué?		

<b>III . MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS</b>		
3.1 ¿Cuántos hijos murieron al nacimiento y durante el primer mes de vida?		<input type="checkbox"/>
3.2 ¿Cuántos murieron entre el mes de vida y antes de los 5 años?		<input type="checkbox"/>
3.3 ¿Cuántos murieron que hayan sido mayores de 5 años?		<input type="checkbox"/>
3.4 De los que fallecieron, fueron atendidos por: 1.Curandero 2.Callahuaya 3.Médico 4.Familiares 5.Ninguno 6.Otros: .....	3.4.1 Hijo(a) fallecido A 3.4.2 Hijo(a) fallecido B 3.4.3 Hijo(a) fallecido C 3.4.4 Hijo(a) fallecido D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.5 ¿Tenían un médico en el momento que fallecieron? 1.Si 2.No	3.5.1 Hijo(a) fallecido A 3.5.2 Hijo(a) fallecido B 3.5.3 Hijo(a) fallecido C 3.5.4 Hijo(a) fallecido D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.6 ¿Por qué murieron esos niños? 1.Causa física 2.Causa espiritual 3.No sabe 4.Otros(especifique) .....	3.6.1 Hijo(a) fallecido A 3.6.2 Hijo(a) fallecido B 3.6.3 Hijo(a) fallecido C 3.6.4 Hijo(a) fallecido D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.7 ¿Esas muertes se podían evitar?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
3.8 Por qué: .....		

3.9 ¿Confía en los médicos?	1 Si 2.No	<input type="checkbox"/>
3.10 ¿Por qué?: .....		
3.11 ¿Sus hijos fueron vacunados?	1. Si 2.No	<input type="checkbox"/>
3.12 ¿Por qué?: .....		

<b>IV . PREGUNTAS PARA MUJERES AYMARAS</b>		
4.1 ¿A qué edad tuvo su primer hijo(a)?		<input type="checkbox"/>
4.2 Cuando estuvo embarazada ¿Consultó con algún un médico para control de su embarazo?	1.Nunca 2.Pocas veces 3.Muchas veces	<input type="checkbox"/>
4.3 ¿Quién atendió sus partos? 1.Partera 2.Callahuaya 3.Curandero 4.Médico 5.Partera 6.Nadie 7.Otros	4.3.1 Primer hijo(a) 4.3.2 Segundo hijo(a) 4.3.3 Tercer hijo(a) 4.3.4 Cuarto hijo(a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.4 ¿Cuántas veces a la semana bañaba a su bebé?	1.Una vez 2.Dos veces 3.Tres veces 4.Cada día 5.A veces no le bañaba toda la semana	<input type="checkbox"/>
4.5 ¿Les dio pecho a todos ellos?	1.Si 2.No 3.Solo a unos cuantos	<input type="checkbox"/>
4.6 Hasta que edad les dio pecho a:	1 Los niños 2 Las niñas	<input type="checkbox"/>
4.7 Después del parto, ¿cuántos días pasaron para que usted se dé un baño de cuerpo entero?		<input type="checkbox"/>
4.8 ¿Usted tiene vergüenza de visitar al médico?	1. Si 2.No	<input type="checkbox"/>
4.9 ¿Por qué?: .....		
4.10 ¿Está de acuerdo que las mujeres decidan cuántos hijos tener?	1. Si 2.No	<input type="checkbox"/>
4.11 ¿Por qué?: .....		

**CULTURA**

<b>V . TRADICIONES</b>	
5.1 Usted confía mas en: 1.Curandero 2.Callahuaya 3.Yatiri 4.Ninguno	<input type="checkbox"/>
5.2 ¿Por qué?: .....	



5.3 Cuando está enfermo usted prefiere que lo atienda:	1.Un médico 2.Uno de los anteriores	<input type="checkbox"/>
5.4 ¿Por que?		
5.5 ¿Generalmente quién cobra mas caro?	1.Un médico 2.Uno de los anteriores	<input type="checkbox"/>
5.6 Es mejor curarse con:	1 Plantas y hierbas 2.Medicamentos de la farmacia	<input type="checkbox"/>
5.7 ¿Por qué?		
5.8 ¿Qué plantas medicinales conoce?	Para qué es bueno?	
1) .....	1. ....	
2) .....	2. ....	
3) .....	3. ....	
4) .....	4. ....	
5) .....	5. ....	
5.9 Qué otros "remedios" usan los callahuayas, yatiris o curanderos que no sean plantas o hierbas?:		
1. ....		
2. ....		
3. ....		
4. ....		

## VI. CREENCIAS

6.1 Qué hace usted cuando se le sale el "ajayo" a su niño(a): R- .....		
6.2 ¿Alguno de sus hijos se murió por el ajayo?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.3 ¿Cuántos?		<input type="checkbox"/>
6.4 ¿Qué hace el curandero, callahuaya o yatiri para llamar el ajayo? R- .....		
6.5 ¿Usted cree en las brujerías?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.6 ¿Conoce de alguien que embrujó a otra persona?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.7 ¿Se puede embrujar a una persona para que se enferme?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.8 Un callahuaya, adivino o yatiri ¿Podría quitar un embrujo a una persona?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.9 ¿Cree usted en los milagros de sanar enfermos?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.10 ¿Usted ha visto alguno de esos milagros?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.11 ¿La "Pachamama" hace este tipo de milagros ?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>

6.12 ¿Quiénes "otros" hacen este tipo de milagros ? Especifique: 1..... 2..... 3.....		
6.13 ¿Usted tiene confianza en los "padrecitos" de la iglesia? 6.14 ¿Por qué?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.15 ¿Usted tiene confianza en los "pastores" de la iglesia? 6.16 ¿Por qué?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.17Cuál es más importante:	1. La salud del alma 2. La salud del cuerpo 3. Ambos 4. Ninguno	<input type="checkbox"/>
6.18 ¿Alguna vez soñó que su hijo(a) se enfermaría?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
6.19 Cuando sueña alguna cosa, ¿se cumple?:	1. Casi siempre 2. Pocas veces 3. Casi nunca	<input type="checkbox"/>

<b>VII. VALORES</b>		
7.1 ¿Es importante para usted estar sano?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
7.2 Coloque números del 1 al 6 por orden de mayor importancia para Ud con las siguientes palabras: A. Terrenos ..... B. Niños ..... C. Salud ..... D. Dinero ..... E. Animales ..... F. Esposa (o) .....		
7.3 Cuando se enferma usted o sus hijos ¿consulta con sus amigos o familiares lo que tiene que hacer?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
7.4 ¿Existe alguien de su familia que alguna vez le dijo que no es bueno consultar con un médico?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
7.5 Si se enfermaran al mismo tiempo su esposo(a) y su hijo(a). ¿A quién cuida más?	1. Cónyuge 2. Hijo(a) 3. Ambos por igual	<input type="checkbox"/>
7.6 Le gustan más:	1. Los niños 2. Las niñas 3. Ambos por igual	<input type="checkbox"/>
7.7 Cuando los niños ya son jóvenes ¿Quién trabaja más?	1. Los niños 2. Las niñas 3. Ambos por igual	<input type="checkbox"/>
7.8 ¿Cuando se enferma uno de sus animalitos qué hace usted? R- .....		
7.9 Si durante la fiesta del pueblo se enferma su "guagua" ¿Usted qué hace? 1. Espera que termine la fiesta 2. Se lo lleva a casa antes que termine la fiesta 3. Busca al callahuaya durante la fiesta 4. Busca un médico inmediatamente 5. Espere a que se sane 6. Otros (especifique).....		<input type="checkbox"/>

7.10 ¿Usted tiene miedo a la muerte?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
7.11 ¿Por qué? .....		
7.12 ¿Qué es lo mejor para una persona que está sufriendo por una enfermedad?	1. Que viva con su sufrimiento 2. Que muera 3. No sabe	<input type="checkbox"/>

### VIII. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

8.1 ¿Alguna vez consultó con un médico (doctor)?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.2 Actualmente existe un médico; un consultorio médico o un centro de salud al cual pueda consultar?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.3 En el último año ¿Cuántas veces aproximadamente consultó con un médico?		<input type="checkbox"/>
8.4 ¿Cuánto tiempo duró la consulta? (en minutos)		<input type="checkbox"/>
8.5 ¿El médico fue educado?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.6 Entendió todo lo que le dijo, incluyendo indicaciones y tratamiento?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.7 ¿Le explicó la enfermedad que tenía?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.8 ¿El médico curó su enfermedad?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.9 ¿Volvería a consultar con el mismo médico?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.10 La consulta que realizó fue:	1 Buena 2 Regular 3.Mala	<input type="checkbox"/>
8.11 ¿Pudo comprar los medicamentos que le recetaron?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.12 ¿Por qué? .....		
8.13 ¿Usted confía en los médicos?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.14 ¿Por qué? (Especifique) .....		
8.15 ¿Le gustaría que en su comunidad hubieran médicos aymaras que lo atiendan cuando enferme usted o su familia?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
8.16 ¿Por qué? (Especifique) .....		

### IX. NIVEL ECONÓMICO

9.1 ¿Cuánto gana usted – y/o su esposo(a)- aproximadamente por mes? (en pesos bolivianos)		<input type="checkbox"/>
9.2 ¿Usted puede pagar una consulta médica?	1.Si puedo 2.No puedo 3.Muy caro	<input type="checkbox"/>
9.3 ¿Tiene terreno propio?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
9.4 ¿Tiene animales?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
9.5 ¿Cuántos?		<input type="checkbox"/>
9.6 Si le ofrecieran alimentos para un mes por llevar a un niño enfermo al hospital ¿lo llevaría?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
9.7 Si usted tendría dinero, y le dijeran que su niño(a) necesita una operación urgente ¿gastaría su dinero?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
9.8 Si el gobierno tuviera dinero para construir un hospital en su comunidad ¿Usted ayudaría con su trabajo para construirlo?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>

99 ¿Llevaría a su hijo enfermo al médico si las autoridades de su comunidad se lo pidieran?	1.Si 2.No	<input type="checkbox"/>
---	-----------	--------------------------

**SECCIÓN PARA ENCUESTADORES**

El entrevistador debe ser amable y tiene que generar confianza en el entrevistado

Quién responde a un cuestionario debe estar relajado y concentrado en las preguntas, se prefiere un ambiente tranquilo

○ Qué tan atento estuvo el entrevistado?	1.Mucho 2.Poco 3.Nada
○ Qué tan sincero le pareció las respuestas del entrevistado?	1.Mucho 2.Poco 3.Nada

- Tiempo que duró la entrevista: .....
- Lugar donde se realizó: .....
- Contratiempos que se presentaron: .....
- Manera en que se desarrolló:           1 Buena           2.Regular           3.Mala
- Aspectos relevantes y datos curiosos: .....

**Nombre del encuestador:** .....

**(ANEXO 3)**  
**ENCUESTA A MEDICOS DE AREA**

FOLIO No:

(Escriba letra comprensible en las preguntas abiertas)  
**El cuestionario es anónimo, por favor responda sinceramente**

**I. DATOS GENERALES**

- Lugar de trabajo: .....
- Edad: .....
- Sexo:        Masculino        Femenino
- Médico:      General        Especialista
- Cuál es su horario de trabajo? .....
- Habla:        Español        Inglés      Aymará      Otros
- Tiempo que lleva trabajando en esta área    ..... meses    ..... años
- De sus padres, alguno habla aymará?        Si      No

**II. PROVISIÓN DE SERVIOS MÉDICO SANITARIOS**

- Mencione cuáles son los principales programas de salud:
    - 1. ....
    - 2. ....
    - 3. ....
    - 4. ....
    - 5. ....
    - 6. ....
  - Participa gente extranjera en la ejecución de estos programas?    Si    No
  - La organización de su centro de salud es administrado por usted o por personal designado a este campo R.
  - Cuénta con los medios necesarios para resolver todos los problemas de salud que están a su conocimiento y alcance?        Si        No
- Especifique:
- .....
- .....
- .....
- .....

- Tiene la comodidad requerida en el consultorio que atiende?  
Para Usted  Para su paciente
- Mencione algunos problemas que tuvo con respecto a los pacientes durante las campañas de vacunación:  
1 .....  
.....  
2 .....  
.....  
3 .....  
.....  
4 .....
- Cuántas veces durante los últimos 6 meses tuvo reuniones con los campesinos R.  
.....  
.....
- Describa cómo le gustaría que fuera su centro de salud en la comunidad? (En cuanto a recursos, infraestructura y personal)  
R. ....  
.....  
.....  
.....
- Usted recibió algún curso introductorio con respecto a la gente aymara que ahora atiende?  Si  No
- En orden de preferencia cuales son las especialidades de su preferencia:  
 Cirugía  Med. interna  Ginecología  Pediatría  Salud pública  
 Otros  Ninguno
- Cuánto se cobra la consulta médica en su centro de salud? R.- ..... pesos bolivianos.
- Cuánto se cobra un parto en su centro de salud? R.- ..... pesos bolivianos

### III RELACION MEDICO PACIENTE

- En promedio cuánto se tarda en atender una consulta médica? R. .... minutos
- Cuando usted proporciona consulta médica, entiende completamente todo lo que su paciente le dice?  Si  No
- Existen algunas frases, palabras o cosas que dicen y no entiende. ?  
 Si  No

De algunos ejemplos:

- 1 .....
- 2 .....

3

- En los últimos dos meses cuántos partos atendió? R.....
- Existen problemas (de cualquier naturaleza) con la gente cuando da consulta? Si No  
(Especifique)

A.....

B.....

C.....

D.....

- Cuando explica a los campesinos su enfermedad y el tratamiento; usted cree que la gente entiende:  
Completamente  Parcialmente  Muy poco  Casi nada
- Cuando el paciente le dice que se va a tomar un "mate de manzanilla" para su dolencia en vez de los medicamento que le recetó, ¿Usted que actitud toma?:

Le dice que tome su mate .....

Le dice que no tome su mate .....

Le dice que tome su medicamento solo .....

Le dice que tome su mate y además el medicamento .....

Le dice que no puede tomar las dos cosas juntas .....

Le persuade de que lo único que le aliviará son las tabletas .....

Le persuade de que el mate no le sirve para nada .....

O qué es lo que lo que usted le dice:

R.....

- Ante un niño con deshidratación de primer grado, cómo le explicaría a la mamá que necesita las sales de rehidratación oral. ¿qué le diría usted textualmente?

R.....

#### IV ADAPTACIÓN Y EXPECTATIVAS

- Usted en este momento de su trabajo se siente:  
Contento  Adaptado  Satisfecho  Tranquilo   
No contento  No adaptado  No satisfecho  Intranquilo
- Mencione cuáles son sus planes a corto plazo con respecto a su carrera profesional. R.....

- .....
- .....
- Cuánto gana y cuánto en su opinión debería ser un salario justo para usted.  
Salario real ..... (en dólares USA) Salario deseado ..... (en dólares USA)
  - Cuando usted llegó a esta área de trabajo, era lo que esperaba?  Si  No  
Por qué?
- .....

- Le gustaría quedarse a trabajar en el campo?  Si  No
  - Para llegar a trabajar algunos años en un lugar como este, cuáles serían sus peticiones y condiciones ante la secretaría de salud? R.
- .....
- .....
- .....

## V OPINIÓN SOBRE LA COMUNIDAD

- Explique todo lo que sepa del "ajayu"  
R
- .....
- .....
- .....

- Cree que los campesinos confían en los médicos?  Si  No Por qué?  
R.
- .....
- .....
- .....

- ¿Usted cree que los campesinos tienen dentro de su cultura algunas prácticas en materia de salud que sean realmente benéficas? Si  No

¿Cuáles? ) A

B

.....

C

.....

D

.....

- ¿Usted cree que los campesinos tienen dentro de su cultura algunas prácticas en materia de salud que sean perjudiciales para ellos mismos? Si  No

¿Cuáles? A

B

.....

C

.....



D.

- Los campesinos en su opinión son: (subraye una respuesta por cada supuesto)

Flojos	si	no	no sé
Trabajadores	si	no	no sé
Inteligentes	si	no	no sé
Poco inteligentes	si	no	no sé
Borrachos	si	no	no sé
Responsables	si	no	no sé
Irresponsables	si	no	no sé
Sincero	si	no	no sé
Hipócrita	si	no	no sé
Supersticiosos	si	no	no sé
Amistosos	si	no	no sé
Reservados	si	no	no sé
Introvertidos	si	no	no sé
Leales	si	no	no sé
Desleales	si	no	no sé

- En su opinión cree que la elevada mortalidad infantil en la población aymará se debe a:  
(Enumere del 1 al 5 según importancia)

- ..... La pobreza de la gente
- ..... Las costumbres y tradiciones de la gente
- ..... La infraestructura limitada
- ..... La falta de entendimiento entre médicos y campesinos
- ..... La poca educación de los campesinos

- Cree que es posible explicar a los campesinos omitiendo el lenguaje técnico médico completamente?       Si       No      Por qué R.

**(ANEXO 4)**  
**CUESTIONARIO DE SALUD Y EDUCACION**  
**PATACAMAYA 2002**

(Escoge solo una opción y en las respuestas escritas por favor usa letra clara)

Fecha: ...../...../.....      Edad: ..... años      Sexo: Mujer       Hombre

**1. Entiendes y hablas el idioma aymara?**

Si       No

**2. Cuando termines el bachillerato, qué quisieras hacer? (Subraye su respuesta)**

- Estudiar en la normal
- Estudiar en la universidad
- Estudiar una carrera técnica
- Trabajar en Patacamaya
- Trabajar en alguna ciudad?
- Cuidar a tus hermanos o familia?
- Otros (Especifique).....

3 Si decidieras por la universidad, qué escogerías?

- Derecho     Ingeniería     Medicina     Administración     Enfermería   
Trabajo social     Arquitectura     Agronomía     Ninguna   
Otro  (Especifique).....

**4. Cuál crees que es la forma más fácil de ganar dinero? (Subraye su respuesta)**

- Trabajando en el campo (agricultura)
- Criando ganado
- Realizando negocios comerciales
- Estudiando una carrera
- Llegando a ser una autoridad

**5. Quisieras ser profesor (a) de escuela o colegio?**

Si       No

**6. Es importante la escuela o el colegio?**

Si       No

**7. Por qué?** .....

**8. Tú crees que el curandero o yatiri puede sanar las enfermedades?**

Si       No

**9. Cuando te enfermaste alguna vez, tus papás te llevaron con el curandero (yatiri) o naturista?**

Si       No

**10. Si ahora te enfermas, tú consultarías con un naturista o curandero?**

Si       No

**11. Dicen que cuando un niño se cae, pierde su ajayu. Tú estas de acuerdo con esta afirmación?**

Si       No

12 Cuando una mujer tenga que dar a luz, quién crees que es el más indicado para atender el parto?

Partera  Curandero  Médico  Sanitario  Ninguno   
Otro  (especifique) .....

13 Te gustaría que den clases de educación sexual en el colegio?

Si  No

14. Por qué? .....

15 Tú crees que las mujeres que se casan tienen derecho a escoger algún método anticonceptivo?

Si  No

16. Por qué? .....

17 En la región del altiplano de cada 100 niños que nacen, 10 mueren antes de cumplir los 5 años de edad. Para ti esto es:

Elevado  Normal  Bajo

18 Tú crees que los doctores que atienden en Patacamaya pueden sanar las enfermedades?

Si  No

19 Cómo quisieras que te atienda el médico y la enfermera en una consulta médica?  
.....  
.....  
.....

20. Si te ofrecieran una beca completa para estudiar medicina en La Paz, tú aceptarías?

Si  No

21. Por qué? .....

(ANEXO 5)  
FOTOGRAFÍAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Patacamaya (Daniel Bueno 2002)



Gente aymará congregada (Daniel Bueno 2002)



Equipo de encuestadoras (Daniel Bueno 2002)



Niños aymarás (Daniel Bueno 2002)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Junta con autoridades aymará (Daniel Bueno 2002)



Bachilleres del Colegio Nacional (Daniel Bueno 2002)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Médicos rurales de la provincia Aroma (Daniel Bueno 2002)



Venta de animales en Patacamaya (Daniel Bueno 2002)



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la  
Administración**  
**Oficio: PPCA/EG/2002**  
**Asunto:** Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

**Coordinación**

**Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez**  
**Director General de Administración Escolar**  
**de esta Universidad**  
Presente.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde  
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **Daniel Edgar Bueno Saavedra** presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud) toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité de Nombramiento de Jurado del Programa, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

E. en N. Jorge Ruiz de Esparza García	Presidente
Dr. Luis Berruecos Villalobos	Vocal
M.A. Arturo David Motta Martínez	Secretario
M.S.P. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata	Suplente
Dr. Hugo Rodas Morales	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente**

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 14 de noviembre del 2002.

**El Coordinador del Programa**

**Dr. Sergio Javier Jasso Villazul**

