

Agentes de salud en el contexto de pluralidad medica de Haquira. Apurímac, Perú

Health agents in the context of medical plurality of Haquira. Apurimac, Peru

Marco Antonio Astete Checaña ¹

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

An Fac med. 2018;79(1):22-28 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14588>

Correspondencia:

Marco Antonio Astete Checaña

marcoastete9@gmail.com

Dirección: Calle Huaraz 529-Breña, Lima.

Teléfono: 987115753

Recibido: 13 enero 2018

Aceptado: 24 abril 2018

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuentes de financiamiento: Proyecto "Incentivo a la Investigación" del Vicerrectorado de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Citar como: Astete Checaña M. Agentes de salud en el contexto de complejidad médica de Haquira. Apurímac, Perú. An Fac med. 2018;79(1):22-28
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14588>

Resumen

Introducción. Nuestra investigación tuvo como objetivo describir la presencia y rol social de los agentes de salud en el contexto dinámico del distrito de Haquira en la región de Apurímac, Perú. **Métodos.** Estudio de carácter cualitativo en el que se empleó la técnica etnográfica. Se recurrió al trabajo de campo en el que se hizo uso de las entrevistas a profundidad, conversaciones y observación participante. **Resultados.** Se evidencia un contexto de pluralidad de los sistemas de salud por la diversidad de agentes y el empleo de repertorios terapéuticos. La concepción holística de la salud se basa en la búsqueda del equilibrio. La población se caracteriza por la autoatención y ello permite la formación de "curiosos" que sobresalen en conocimientos sobre salud. Los agentes locales inician como curiosos y sus opciones son convertirse en aficionados, especialistas o profesionales. Proliferan los aficionados, hay preferencia para la formación de profesionales y hay una baja tasa para la formación de especialistas tradicionales. Con los cambios acelerados del contexto y la concepción holística de salud se da acogida a la llegada de nuevos agentes foráneos. **Conclusiones.** Existe una gran diversidad de agentes de salud. Los agentes locales vienen disminuyendo, por el avance de la modernidad, la subordinación de estos frente al sistema oficial, la proliferación de la oferta médica, mayor acceso a la información de la población. No hay trabajo de rectoría de la salud, no existe reconocimiento de agentes tradicionales, no hay fiscalización a quienes ofertan servicios o medicamentos. Se necesita hacer un mapeo de los agentes de salud como primer paso para establecer trabajos en base al dialogo intercultural.

Palabras clave: Sistemas Locales de Salud; Medicina Tradicional; Perú (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction. Our research was objective to describe the presence and social role of health agents in the dynamic context of district Haquira, Apurímac region, Peru. **Methods.** Qualitative study in which the ethnographic technique was used. Fieldwork was used in which in-depth interviews, conversations and participant observation were used. **Results.** A context of plurality of health systems is evidenced by the diversity of agents and the use of therapeutic repertoires. The holistic conception of health is based on the search for balance. The population is characterized by self-care and this allows the formation of "curious" people who excel in health knowledge. Local agents start as curious and their options are to become amateurs, specialists or professionals. There is a proliferation of amateurs, there is a preference for the training of professionals and there is a low rate for the training of traditional specialists. With the accelerated changes in the context and the holistic conception of health, the arrival of new foreign agents is welcomed. **Conclusions.** There is a great diversity of health agents. Local agents are decreasing, due to the advancement of modernity, the subordination of these to the official system, the proliferation of the medical offer, greater access to information for the population. There is no health rectorial work, there is no recognition of traditional agents, there is no control to those who offer services or medicines. It is necessary to make a mapping of the health agents as a first step to establish works based on intercultural dialogue.

Keywords: Local Health Systems; Medicine Traditional; Perú (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud es el ente formal que involucra a las organizaciones vinculadas directamente con la producción de todo tipo de servicios salud, con o sin fines de lucro, que tienen como objetivo la salud y calidad de vida de la población⁽¹⁾. Si se mira desde el lado formal, desde los servicios que ofrece la medicina convencional, se invisibiliza lo que la población viene realizando desde tiempos inmemoriales para la prevención, promoción y tratamiento de los problemas de salud y el uso de insumos para estos. Bajo esos términos, en Latinoamérica cohabitan una diversidad de sistemas de salud puesto que esta integra un conjunto de agentes, normas, procedimientos, valores y concepciones vinculados al proceso de salud/enfermedad/atención, los cuales se desenvuelven en el marco de procesos más amplios donde intervienen elementos sociales, culturales, políticos y económicos⁽²⁾. Ello implica las siguientes dimensiones: explicación sobre la salud y enfermedad⁽³⁾, cuidado de la salud, recursos terapéuticos, agentes de salud, itinerarios terapéuticos y marcos institucionales de reconocimiento de estas⁽⁴⁾. El sistema médico incluye varios sectores: el profesional de la medicina occidental; el popular que incluye creencias individuales, familiares y comunales; el sector tradicional que corresponde a las modalidades curativas mágico-religiosas y naturales⁽⁵⁾; por último, el religioso, que es una tendencia en la sociedad rural^(6,7).

Los sistemas de salud, en un espacio local específico, por distintos procesos históricos, han establecido relaciones⁽⁶⁾ de hegemonía y/o subalternidad⁽⁸⁾. En el contexto andino los sistemas de salud son pluralistas⁽⁹⁾; no obstante, cada contexto local presenta características particulares que obedecen a sus valores funcionales locales⁽¹⁰⁾, en el que las prácticas de diferentes sistemas se combinan y alternan⁽¹¹⁾. Dentro de este contexto de complejidad se desenvuelven los agentes de salud, quienes tienen el rol de ocuparse sobre la prevención, tratamiento y cuidado de la salud, sea individual o comunal. Estos hacen uso de una serie de insumos, con procedimientos propios y en determinados lugares. Están inmersos

dentro de diversos marcos y mecanismos de legitimación de sus conocimientos y recursos. Y por lo mismo de la pluralidad de los sistemas de salud se establecen relaciones de cooperación o competencia entre ellos⁽¹²⁾.

En el contexto peruano se pueden encontrar distintos tipos de agentes de salud, generalmente agrupados con las denominaciones de agentes tradicionales, terapeutas tradicionales o especialistas. Estos son clasificados según el tipo de padecimientos que tratan, la dimensión en la que se desenvuelven⁽¹³⁾ y las formas de realizar diagnósticos y tratamientos⁽¹⁴⁾. Pero los estudios que abordan a los agentes de salud se abocan exclusivamente de los especialistas tradicionales y desde un reduccionismo cultural^(4, 15, 16, 17), es decir, omiten los aspectos político, social, económico, y se rigen a estudios localizados y aislados; con esto dan poco reconocimiento al contexto dinámico de su entorno social⁽⁴⁾. Es por esa ausencia de estudios que el objetivo de la presente investigación fue realizar una descripción y reconocimiento de todos los agentes de salud provenientes de todos los sistemas de salud enmarcándolos en un contexto de pluralidad de sistemas de salud y el contexto dinámico del distrito de Haquira.

El estudio se desarrolla con la población del distrito de Haquira, ubicado en la provincia Cotabambas, región Apurímac. Se diseñaron instrumentos para averiguar sobre los distintos agentes de salud y su rol social en el cuidado y tratamiento de la salud. A partir de lo encontrado se desarrolló una reflexión sobre la interculturalidad en sí misma y se ensaya una propuesta para la puesta en práctica de manera que se garanticen las bases del dialogo en favor de la salud y bienestar de las personas⁽¹⁸⁾.

MÉTODOS

Para el presente estudio de carácter cualitativo se empleó la técnica etnográfica. Se recurrió al trabajo de campo en el que se hizo uso de las entrevistas a profundidad, conversaciones y observación participante. La investigación se realizó durante tres meses en el segundo trimestre del año 2017. El ámbito de estudio

fue el distrito de Haquira, de la provincia de Cotabambas, región Apurímac.

Durante el trabajo de campo se entrevistó y conversó con informantes; también se siguió y registró la actividad de los agentes de salud locales, como: personal de los establecimientos de salud, evangélicos, monjas del convento, comerciantes de medicamentos y “curiosos”. Para la identificación de los agentes de salud se aplicó la estrategia de bola de nieve, en el que las autoridades y el personal de salud nos ayudaron a identificar a los agentes de salud y estos también nos guiaron hacia otros, permitiendo reconocer doce tipos de agentes. De estos agentes no se tienen registros oficiales en ninguna institución, además de que otros agentes llegan temporalmente y son foráneos. Todos los agentes reconocidos gozan de legitimación social por la efectividad de su tratamiento señalados por parte de la población.

La mayoría de las entrevistas se realizó en el idioma quechua. Todas las entrevistas fueron transcritas de forma literal; las que estaban en quechua fueron transcritas en su forma original y luego traducidas al castellano. En el trabajo de gabinete se ordenó la información codificando y estableciendo patrones en el *software* Atlas.ti. Los entrevistados fueron informados sobre las características de la investigación y se obtuvo su consentimiento informado. La entrevista abordó temas exclusivamente concernientes a la salud.

Haquira es uno de los seis distritos de la provincia de Cotabambas, que pertenecen al Gobierno Regional de Apurímac. El espacio territorial que ocupa es de 475,46 km².

Se ubica en las regiones quechua, suni y puna, la altitud varía entre los 2950 m.s.n.m. y los 4866 m.s.n.m. teniendo su parte central en la capital que está en los 3400 m.s.n.m. Por su ubicación fronteriza con Cusco y Apurímac tiene un tráfico más fluido con Cusco que con Apurímac. En cuanto a la accesibilidad a Haquira se puede llegar a través del transporte terrestre por vía de carreteras desde las ciudades de Abancay, Cusco o Arequipa. La ruta más cercana es desde Cusco que dura 7 horas en vehículo.

Haquira tiene orígenes prehispánicos pues los primeros en asentarse en estos territorios fueron grupos pertenecientes a la cultura Wari. Posteriormente la zona fue dominio de la nación Quechua con el grupo Yanawara, que más tarde fueron conquistados por los incas. Con la conquista española, el lugar pasó a la dependencia de la provincia de Cotabambas, que a su vez fue una intendencia de Cuzco. Las actividades económicas que emergieron fueron la agricultura, ganadería y se puso más énfasis en la minería. Haquira se convirtió en centro hegemónico durante la época de la colonia y tuvo ese reconocimiento hasta mediados del siglo XX, ello debido a que se convirtió en una principal zona de articulación en el corredor de las “provincias altas”⁽¹⁹⁾. Las actividades económicas vinculadas a la agropecuaria fueron básicamente de subsistencia y dieron paso a que el patrón de asentamiento sea disperso y básicamente rural. Recién los cambios de estas últimas décadas abrieron paso a la urbanización y el desarrollo de la actividad del comercio en menoscabo de las actividades tradicionales⁽²⁰⁾. La principal actividad económica de Haquira en el área urbana es el comercio, a esta actividad le siguen el transporte, el agro, la ganadería y el turismo.

RESULTADOS

Formación de agentes dentro del contexto local

En Haquira se emplea, entre sus pobladores, una serie de denominaciones para referirse a las personas que velan por la salud; ello debido a que existen personas con distintos grados de conocimientos sobre cuidados de salud, formas de diagnóstico y tratamiento de diversos males. En la actualidad existen varios agentes de salud originados en el mismo contexto de la población y otros de origen foráneo; a su vez están dentro del marco diferentes tradiciones culturales y sistemas de salud. Dentro del contexto local las personas recurren como primer recurso a la autoatención. Cada miembro de la familia tiene nociones básicas sobre cuidado de la salud, aunque hay personas que destacan más que otras y

estos son aquellos que obtuvieron más conocimientos debido a sus indagaciones motivadas por la curiosidad. La población reconoce que los miembros que más destacan en conocimientos y están destinados a ser aficionados, especialistas o profesionales de la salud son los “curiosos”. Esto es observado en varias zonas andinas y en general se los caracteriza como aprendices: tienen conocimientos y experiencias elementales, no tienen el estatus y reconocimiento como especialistas por la población^(21, 22).

El “curioso” tiene tres opciones para continuar con su formación y reconocimiento social: lo primero es ser un aficionado al uso de técnicas de diagnóstico y/o curación; la segunda opción es formarse en la biomedicina como técnico o profesional y la tercera opción es la de ser un especialista de la medicina tradicional local (Figura 1). La mayoría llega al estatus de aficionado en donde la persona tiene conocimientos sobre varios recursos terapéuticos. Otro sector opta por continuar estudios superiores para formarse como técnicos o profesionales en las ciudades cercanas. La tercera opción de ser un especialista tradicional tiene cada vez menor acogida debido a que aprender a tratar los huesos, los males más comunes, la partería o los males de origen sobrenatural requieren de mayor preparación. A ello también se debe agregar que la población concibe que un especialista tradicional tiene una labor por designio universal; por eso se cree que las señales de la naturaleza como las visiones en los sueños o el rayo forjan a los nuevos especialistas⁽²³⁾.

Entre los especialistas en primer lugar están los *yachaq* (sabios) tradicionales con un bagaje milenario y sus conocimientos sobre la salud y cuidado de esta están relacionados al ámbito individual y físico de la persona. Sobre estos especialistas tradicionales de la localidad no existe acierto común para reconocerlos con un nombre oficial, no se tiene una denominación exacta⁽²⁴⁾. En un proyecto de revaloración de conocimientos tradicionales se los intento calificar como Agentes de Medicina Tradicional, Médicos Indígenas o Terapeutas Tradicionales y tanto la población como los mismos especialistas no generaron discusión puesto que esos términos eran nuevos en la localidad y se sobreentendía de que se trata de las personas que han tratado los males de forma empírica desde tiempos inmemoriales. Otro grupo de especialistas son los *layqa* que comúnmente son asociados a la hechicería con fines de generar el daño. Los *layqaq* son un grupo muy reducido y su ubicación no es asequible. Su especialidad es la búsqueda del bienestar de la salud mitigando males de origen sobrenatural y su dominio comprende los niveles individual, familiar, social y ecológico.

Junto a los especialistas tradicionales están los aficionados y por su heterogéneo conocimiento de la medicina popular, medicina alternativa, incluyendo la medicina tradicional local, se los confunde con los *yachaq* o *layqa*. Así también, existen los “conocedores” de origen foráneo que tienen un amplio manejo sobre conocimientos sobre medicinas alternativas, medicinas tradicionales de otros pueblos

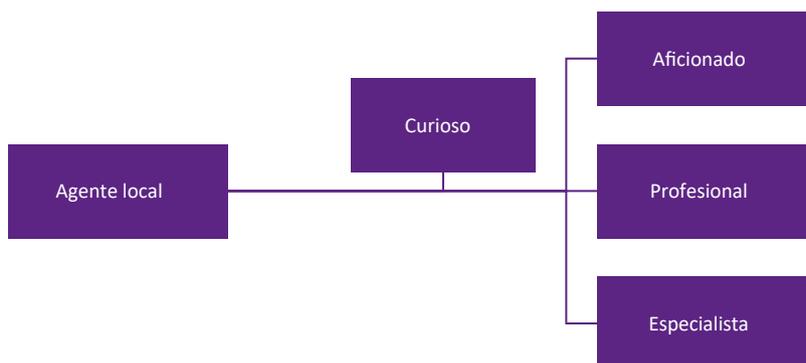


Figura 1. Clasificación de agentes de salud con origen local

y a veces se los pone en una misma situación que los aficionados locales. Para la proliferación de distintos tipos de agentes reconocidos como “conocedores” pasó un largo y complejo proceso histórico. Mientras permanecían los especialistas tradicionales, aparecían conocedores y expertos venidos de otras tradiciones culturales y de la misma biomedicina.

En la actualidad, los especialistas tradicionales son personas mayores con una amplia experiencia y en el pasado también se les daba el estatus de especialistas una vez cumplido con la experiencia necesaria de casos atendidos y los años en dicha actividad. Algunos gozaban de prestigio incluso a nivel distrital. Desde lejanos distritos acudían a los especialistas situados en Haqira. El aprendizaje de estos especialistas está dentro de una lógica de conocimientos basados en la cosmovisión andina y sus conceptos de la salud que son complementados con la modalidad empírica de observar los hechos *in situ* e imitarlos. En otrora lo aprendían los mismos hijos de los especialistas por la cercanía y seguimiento a sus padres. Ahora lo aprenden los que tienen curiosidad y afinidad; esto no convoca necesariamente a los hijos de los antiguos especialistas. Debido a la discriminación étnica y la secularización del sistema educativo se observa que hay pocas personas jóvenes dispuestas a formarse como especialistas tradicionales. Los especialistas en su mayoría son adultos y ancianos, provienen de comunidades campesinas y están vinculados a algún *apu* o espíritu de la naturaleza. Emplean una serie de recursos terapéuticos heredados de sus ancestros, de otras tradiciones culturales y del sistema biomédico. Estos especialistas han ido en disminución durante el transcurso de los años. A mitad del siglo pasado no se encontraba ni un solo médico en la población, razón por la cual la población se atendía con los especialistas locales. Los médicos más cercanos se encontraban en las localidades de Tambobamba, Santo Tomás o Cusco y acudían a ellos solo quienes tenían solvencia económica y para atenderse problemas graves que requerían cirugías.

En una breve historización según la memoria colectiva de los pobladores se

muestra que a mitad del siglo pasado quienes poseían conocimientos biomédicos gozaban de prestigio y fácilmente eran aceptados en los poblados pequeños del distrito de Haqira. Es así que los primeros especialistas de la medicina oficial que llegaron a Haqira fueron técnicos. El interés por tener cerca a los hogares a estos especialistas fue creciendo y muchas personas aspiraron a ser técnicos; algunos pocos veían el título de “doctor” como un horizonte. Dicho sea de paso, doctor es la denominación que recibe el profesional en medicina general, sin importar su grado académico. En esta última década los egresados de los colegios secundarios de Haqira se fueron a las ciudades para seguir carreras de enfermería, farmacia, medicina y psicología. Algunos de los que ya concluyeron vuelven al pueblo y laboran en los puestos de salud o también abrieron sus boticas y farmacias.

Los especialistas tradicionales de la localidad

En el Perú se encuentran diferentes tipos de especialistas o terapeutas tradicionales⁽²⁵⁾. Estos han sido clasificados de acuerdo al padecimiento que tratan, por los recursos que emplean⁽¹⁴⁾ o por la dimensión en la que se desenvuelven. Sin embargo, en la realidad local los terapeutas se mueven en diferentes dimensiones, cambian de prácticas, y tratan varios padecimientos a la vez o de forma alternada. Se puede hacer una clasificación de estos, pero presentan varias limitaciones e inconsistencias por su permeabilidad. Para el caso de Haqira existe una clasificación basada en el plano en el que se desenvuelven, estos se dividen en dos grupos: unos que se mueven en el plano sobrenatural y los otros en el plano físico⁽¹³⁾.

Una primera aproximación sobre la clasificación de los especialistas tradicionales es la que hace la historia en el periodo de los incas. Durante este periodo estaban los *hampikamayuq* que se especializaban en tratar los padecimientos a nivel físico. También había especialistas en tratar problemas de origen sobrenatural. En este mismo grupo estaban los hechiceros o chamanes que estaban dedicados a provocar el mal mediante otros

distintos métodos mágicos; algunos aseguraban convertirse en animales⁽²¹⁾. Esa clasificación es tomada en estudios posteriores y revelan que la distinción entre los planos físico y sobrenatural sobre la etiología de los males que tratan los especialistas tiene vigencia en la actualidad^(3, 13). Esta misma división es encontrada en un trabajo realizado en Haqira como parte de un proyecto de reconocimiento de especialistas en medicina tradicional con la cooperación del Municipio y la ONG CADEP en 1997. Con este trabajo se estableció una clasificación de diferentes tipos de especialistas y se validó la denominación *hanpiqruna* (hombre que cura), con el que se hacía alusión a las personas que mantenían algún conocimiento de la medicina tradicional y popular, que servían como prestadores de salud y que con capacitación podrían contribuir al Centro de Salud dándoles el certificado de Promotores de Salud. Se los clasificó en cuatro tipos: curandero, partero, huesero y aficionado (Tabla 1). Se denominaron como propiciadores del bien mediante tratamiento físico directo y hacían una clara diferencia con los brujos o *layqa* que “hacen pacto con el demonio y saben hacer el mal”. A este último se le desconoció sus prácticas en beneficio de la salud, aunque implícitamente se le reconocía como un especialista que se desenvuelve en la dimensión sobrenatural. Con la calificación de brujo invisibilizaron a los *yachaq*, que se ofician en rituales propiciadores del bien. Además, se invisibiliza a los nuevos terapeutas venidos desde las iglesias evangélicas que emplean los rezos y vigiliadas para “limpiar” del daño. En el trabajo de campo realizado la población clasifica a los agentes tradicionales de acuerdo a la etiología de males. Quiere decir que los especialistas tradicionales son una continuación del legado de los incas.

Tabla 1. Tabla de especialidades según sexo

	Mujeres	Hombres	Total
Curandero/a	4	8	12
Partero/a	4	3	7
Huesero/a	2	3	5
Aficionado/a	2	12	14

Fuente: ONG CADEP, 1997

En cuanto los conocimientos sobre males de origen sobre natural y su tratamiento también están los *yachaq* que se especializan en hacer rituales propiciadores del bien ya sea en abusión, protección o expulsión de males. También están los *layqa*, que se especializan en hacer maleficios, pueden revertir los hechizos del mal y dominan conocimientos sobre rituales a entidades ubicadas dentro de un rango mayor en la jerarquía de la cosmovisión andina. Los especialistas tradicionales que se desenvuelven exclusivamente en el plano físico son: la partera, curandero y huesero. Lo más cercano para las personas es el huesero puesto que las lesiones son las más frecuentes. La partería generalmente es asumida por mujeres y se dedican a la atención en el embarazo, parto y puerperio. El curandero es el especialista en las curaciones de los males más frecuentes recurriendo a las plantas, animales y minerales.

Múltiples agentes para el cuidado de la salud

El presente trabajo muestra un contexto dinámico en el que existe la pluralidad de los sistemas de salud debido a los cambios acelerados producidos en las últimas décadas. La modernidad se ha introducido desde hace varias décadas cambiando los patrones de conducta entre la población. Los cambios se hicieron visibles con la Reforma Agraria, pero se tornaron más sustanciales a partir de la década del 90. Los cambios se dan, de acuerdo con Diez⁽²⁶⁾, en la cultura material y en el comportamiento producto de “la mayor integración al espacio regional y nacional por el desarrollo de los medios de comunicación y la generalización del comercio, como por la masificación de la educación”. Sin embargo, el concepto de salud, como núcleo duro de la cultura local, no sufre cambios sustanciales y todavía obedece a una visión holística de la realidad que abarca lo individual, familiar y comunal con la intención de mantener el equilibrio. Significa que la etiología del mal o enfermedad obedece al desequilibrio orgánico, desequilibrio social, desarmonía con los espíritus o la naturaleza y presión por terceras personas que manipulan los espíritus negativos.

Desde esa concepción holística de la salud se explica la aceptación de todo tipo de agentes de la salud dentro de la población. En este contexto de pluralidad conviven los diversos especialistas, se desenvuelven en diversos planos de la realidad, vienen de diversas tradiciones culturales y un agente puede ser clasificado de diversas formas. Junto a los agentes que surgen en el contexto local aparecen otros agentes foráneos provenientes de otros territorios, otras tradiciones culturales y otro sistema de salud. Entre estos agentes, algunos conocidos desde hace mucho tiempo y otros nuevos, están los brujos, adivinos, rezadores y curanderos, que tienen como rasgo común el tratar males de origen sobrenatural. Los brujos se dedican exclusivamente a producir el mal, pero también arreglan los maleficios ocasionados por poderes del diablo. Sus conocimientos son diferentes al *layqa* porque este reconoce espíritus de origen europeo y su aprendizaje se basa en recetas de magia negra como el libro de San Cipriano. Los adivinos y gitanos son aquellos que dan lectura de los hechos que pasaron o los que vendrán, también dan recetas para el buen augurio; emplean varios recursos desde la lectura de las hojas de coca hasta el cálculo de los astros.

Los rezadores son provenientes de las iglesias evangélicas que emplean el rezo, las vigiliat y las alabanzas para estar “salvados”. Quienes acuden a los rezadores son las personas que pertenecen a las nuevas iglesias evangélicas y son ellas las que hacen la campaña de extirpación de las prácticas tradicionales, incluso se confrontan con las prácticas médicas del sistema de salud oficial. Es preciso señalar que también emplean los rezos como una forma de alternativa de curación aquellas personas que pertenecen a la iglesia católica. Algunos pagan al convento para que se haga una misa en favor de lo que esta pida, ya sea para sanar a un enfermo, para que le vaya bien en un viaje, para despedir a un difunto o para el éxito económico. Otras personas obtienen cargos como mayordomos en las fiestas patronales por la creencia de que, a mayor gratitud, su recompensa será en grandes proporciones.

Los llamados “curanderos” dentro de este grupo son distintos a los especialistas locales puesto que estos vienen de otros sistemas de salud. En este grupo están los “chamanes del norte”, que dicen proceder de las Huaringas de Huanabamba, de los Cañaris de Lambayeque, de las serranías de La Libertad y también los bolivianos, tanto aimaras como quechuas, que tratan desde problemas del amor hasta distintos tipos de cáncer. También están curanderos afines a los locales, por proceder de zonas aledañas y manejar el mismo sistema de explicación como es el caso de *hampiq* cusqueños, *layqas* ayacuchanos, danzantes de tijera y curanderos puneños.

Se cuenta también otro grupo de agentes de origen foráneo con prácticas y conceptos de la salud que se desenvuelven en el plano físico y su práctica es ceñida al ámbito individual de las personas viendo su bienestar biológico y están vinculados, de alguna manera, a la biomedicina. El primer agente es el conocedor que hace uso recetas con plantas curativas y pastillas genéricas, tiene algún tipo de capacitación en prevención de enfermedades y primeros auxilios. También llaman a este conocedor como naturista que básicamente oferta la medicina natural de origen vegetal, animal o mineral. En tiempos pasados el naturista ofertaba en venta a las plantas medicinales que ya tenían cierto reconocimiento académico, las fórmulas para arreglar problemas gástricos, articulaciones y de tipo sensoriales. Luego vinieron bajo la denominación personas que ofrecían la “medicina milenaria china”. En la actualidad, bajo esta denominación de naturistas están los que venden productos de Omnilife, Herbalife, Fuxion, Santa Natura y Tiens.

Una categoría mayor es la de técnico ya sea en enfermería, obstetricia o farmacia; está vinculado a algún puesto de salud y en el ámbito de las comunidades es el que hace las labores de médico. Algunos técnicos, estando laborando en un puesto de salud o no, abren sus boticas para ofrecer medicamentos que lo recetan en el centro de salud o que la población lo solicita. A estos técnicos con negocio se los denomina como boticarios y por sus diagnósticos y consejos

gozan de prestigio y es uno de los lugares donde más acude la población. Lo consideran como un personaje cercano a la población, porque su puesto está ubicado cerca a los hogares, ofrece cierta accesibilidad económica, tiene un trato que deja satisfechos a los pobladores, el mismo hace el diagnóstico y recomienda la receta, no exige receta médica cuando alguien quiere comprar un medicamento y para muchos pobladores ofrece la solución de inmediato.

Finalmente está la categoría de doctor, que goza de mucho prestigio a nivel local. En el pasado doctor era cualquiera que estaba en el puesto de salud. Ahora se restringe es denominación al médico, aunque este no tenga ese grado académico. El doctor es el que está a cargo de los puestos de salud y lo consideran la autoridad máxima en su sector y se piensa que tiene vínculos con médicos de los grandes hospitales de Arequipa, Cusco y Lima. También se les asigna la categoría de doctora a las monjas del Convento de Haquira que atienden a las personas con bajos recursos, disponen de una sala de atención, farmacia y tóxico en el que a veces se hacen pequeñas cirugías.

Se observa que en el contexto local de Haquira, que presenta un sistema de salud tradicional traslapado con otros sistemas y estos a su vez están articulados con la sociedad globalizada, sus agentes de salud se encuentran organizados jerárquicamente⁽³⁾. En el nivel inferior esta la población con los “curiosos” o aficionados que tienen prácticas de autocuidado y auto atención. En el segundo nivel están los especialistas que atienden las lesiones con la aplicación directa de sus recursos terapéuticos. En el tercer nivel están los rezanderos y curanderos, intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y físicos, tienen como recurso el rezo y la etnobotánica, respectivamente. En el cuarto nivel están las parteras que atienden en la gestación, parto y puerperio. En el quinto nivel están los técnicos de la salud y estos son los que acercan el sistema biomédico a la población. En el sexto nivel están los especialistas tradicionales *hampiq* y *yachaq* que poseen la sabiduría ancestral, dominan la etnobotánica, tienen conocimiento espiritual; es un intermediador entre el individuo y las deidades. La jerarquía

máxima dentro del contexto del sistema de salud tradicional es el experto *layqa*, que es similar a un chamán, tienen contacto directo con los guardianes que cuidan las energías de la comunidad. La última jerarquía es la del médico profesional que tiene dominio del conocimiento de la salud e influencia política.

DISCUSIÓN

Como otros contextos del área rural andina se evidencia un proceso de cambios, aunque en Haquira el cambio es mayor a su curso normal porque es motivado por la intromisión de la minería a gran escala. En estas circunstancias hubo un avance acelerado en la introducción del sistema biomédico, de la mano de la proliferación de otras ofertas en salud. Es por ello que se atestigua la presencia de una diversidad de agentes. Esto es acompañado por la misma demanda de la población que cada vez tiene mayor acceso a la información.

Existen agentes de salud autóctonos con un bagaje venido de una larga tradición cultural que se remonta hasta la época de los incas. No obstante, estos estuvieron en constante intercambio de saberes con otros agentes de otras localidades y también tuvieron préstamos de otros sistemas médicos. En la actualidad sus conocimientos, prácticas y recursos son eclécticos y la cantidad de estos va disminuyendo si se compara con el registro levantado hace dos décadas. El panorama que se avizora es que no hay discípulos para transmitirles los conocimientos. Aunque, según dicen los agentes tradicionales, que lo único que se requiere es tener interés y curiosidad.

De acuerdo a las concepciones de salud y enfermedad los pobladores de Haquira han desarrollado un sistema propio de cuidados para la salud. A pesar de la implementación de un sistema de salud biomédico, la población aún mantiene su sistema tradicional con terapeutas, repertorios e insumos terapéuticos, el marco legítimo de reconocimiento de los terapeutas y su itinerario de atención. Esto es visto en otros escenarios, como en México, en donde los pobladores de las comunidades mantienen sus sistemas de salud tradicio-

nales con vigencia⁽²⁷⁾. Pero no por ello este estudio puede generalizar sus resultados a otras regiones del Perú.

Mantener un sistema tradicional frente a un sistema biomédico-profesional puede generar tensiones, como se ha visto en muchos casos⁽⁷⁾, además de tener una amplia oferta de alternativas venidas de otros sistemas de salud. Por eso es importante conocer a la población local para detectar los posibles desencuentros que se pueden suscitar. Los agentes de salud están clasificados jerárquicamente según el grado de cercanía y el reconocimiento a su formación que lo posicionan en términos de prestigio. Desde las instituciones no hay reconocimiento de los agentes tradicionales y el registro que se hizo hace dos décadas es desconocido para muchos. A nivel nacional se habla de la interculturalidad que es entendido como el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias⁽¹⁸⁾. Si se quiere empezar con aplicar el enfoque intercultural se debería iniciar con el compromiso de la población y sus autoridades. Así también es necesario tener la evidencia sociocultural de varios contextos para conocer sus particularidades y los estudios no solo debería abordar a los agentes de salud, sino también a sus repertorios, los itinerarios de atención de la población y las diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

A la Microred de Salud Haquira, las autoridades de Haquira, los agentes de salud del distrito, a los pobladores que colaboraron con la información. A Aniceta Chahuayllo, Graciela Sánchez, Rosario Giménez y Merida Aliaga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcalde-Rabanal J. *et al.* Sistema de Salud de Perú. *Salud Pública de México*. 2011;53:243-254.
2. Paulino M, Thouyaret L. Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión des-

- de las ciencias sociales. *Gaceta Urbana. Proyecto Urbano de Salud*. 2006; 4:50-51.
3. Cardona-Arias J. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2012;14(4):630-643.
 4. Portocarrero J. Hacia una epidemiología de los padecimientos invisibles: variaciones en la interpretación y respuesta frente a los síndromes culturales en dos comunidades quechua de la provincia de Churcampá, región Huancavelica [Tesis de Maestría]. Lima: Facultad de Ciencias Sociales, PUCP; 2015.
 5. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine*. 1978;19(4):85-93.
 6. Portocarrero J, Palma-pinedo H, Pesantes A, Seminario G, Lema C. Terapeutas tradicionales andinos en un contexto de cambio: el caso de Churcampá en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2015;3(32): 508-514.
 7. Ramírez S. Donde el viento llega cansado. *Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Editorial Gente Común; 2010.
 8. Menéndez E. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Revista Desarrollo Económico*. 1985;24(96):593-604.
 9. Koss-Chioino J. *Medical Pluralism in the Andes*. Londres: Routledge; 2004.
 10. Borja A. *Medical Pluralism in Peru - Traditional Medicine in Peruvian Society*. Brandeis: Brandeis University; 2010.
 11. Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *SALUD COLECTIVA*. 2005;1(1):9-32.
 12. Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 1994;4(7):71-83.
 13. Delgado H. *Los especialistas en la medicina tradicional*. Lima: INMETRA; 2000.
 14. Delgado H. Las técnicas curativas en el mundo andino: el tratamiento de las enfermedades. *INMETRA*. 2000; 1(7):1-25.
 15. Ramírez S. *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT; 2011.
 16. Eyzaguirre C. El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud [Tesis de Maestría]. Lima: UNMSM; 2016.
 17. Pariona W. *Salud y enfermedad en Ayacucho: la medicina tradicional en el escenario del Siglo XXI* [Tesis de Maestría]. Lima: UNMSM, Unidad de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Sociales; 2014.
 18. CENSI. *Diálogo intercultural en salud: documento técnico*. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2014.
 19. Garzon E. 1780: Clero, elite local y rebelión. En: Walter C, editor. *Entre la retórica y la Insurgencia: las ideas y los movimientos sociales en los andes, Siglo XVIII*. Lima: CBC; 1996.
 20. Huilcahuanaco N. El papel de las redes en la recomposición territorial y distribución de actividades económicas productivas. Caso: distritos de Challhuahuacho y Haquira. *Investigaciones sociales*. 2008;12(21):353-366.
 21. Espinoza W. *Salud y enfermedad*. En: Espinoza W. *Los incas. Economía, sociedad y Estado en la era del Tahuantinsuyo*. 11 ed. Lima: Amaru editores; 2011. p. 169-177.
 22. Delgado H. *Los "curiosos" en la medicina tradicional*. Huamanga: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 1989.
 23. Polia M. Consideraciones culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina. En Sánchez R, Sánchez R. *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones Cuzco: Centro Bartolomé de Las Casas*; 2009. p. 97-108.
 24. Carmona, A. (2009). Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina. En Sánchez R, Sánchez R. *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones Cuzco: Centro Bartolomé de Las Casas*; 2009. p. 19-27.
 25. Delgado H. *La Pluralidad de la Medicina Tradicional*. Lima: INMETRA; 2000.
 26. Diez, A. Ahora los ponchos son de lana sintética: transformación social en la sierra de Piura, 1970-1990. *Debate Agrario SEPIA*. 2007;10(1):155-174.
 27. Berenzon-Gorn S, Ito-Sugiyama E, Vargas-Guadarrama L. *Enfermedades y padecimientos por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México*. *Salud Pública México*. 2006;48(1):45-56.