



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

CURSO DE MAESTRÍA EN

“SALUD PÚBLICA”

**“FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD INFANTIL EN
CARIPUYO: DOS CULTURAS UNA REALIDAD”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Salud Pública”**

Dr. Alenkar Bento Seoane

Sucre –Bolivia

2005



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

CURSO DE MAESTRÍA EN

“SALUD PÚBLICA”

**“FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD INFANTIL EN
CARIPUYO: DOS CULTURAS UNA REALIDAD”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Salud Pública”**

**Dr. Alenkar Bento Seoane
Tutor: Hernán Olivera Arauco**

Sucre –Bolivia

2005

Resumen.

Bolivia se caracteriza por tener una alta mortalidad infantil, la más alta en el contexto latinoamericano, a pesar de que en el transcurso de los últimos años ésta ha bajado ostensiblemente gracias a las diferentes políticas de salud materno-infantil implementadas en el territorio nacional. Sin embargo, al revisar algunos cuadros y mapas estadísticos concernientes a la mortalidad infantil en Bolivia, se apreció una diferencia bastante amplia entre las zonas urbanas y rurales, especialmente con algunas regiones pertenecientes al departamento de Potosí, en las que la tasa de mortalidad infantil alcanza cifras que triplican a las del promedio nacional.

Un ejemplo de esta situación se hace presente en la segunda sección de la provincia Alonso de Ibáñez, el municipio de Caripuyo, ubicado en el extremo Norte del departamento de Potosí, en el que según los datos estadísticos revisados es el municipio con la mortalidad infantil más alta de toda Bolivia.

Es, en estas circunstancias, que emerge la duda de por qué en estas regiones persiste una alta tasa de mortalidad infantil, siendo que en muchas otras regiones del territorio boliviano ésta se ha logrado disminuir considerablemente.

Por esta razón es que se inicia la presente investigación con el objetivo fundamental de obtener y posteriormente proporcionar información sobre el comportamiento de las políticas de salud en el municipio de Caripuyo y la posible influencia que pudiesen tener algunos aspectos culturales, sociales y económicos en la mortalidad infantil. Así mismo, determinar la necesidad o no, de una política de población que tome en cuenta estos aspectos.

Fue así que para cumplir con los objetivos de esta investigación, se identificaron tres áreas en las que se debía interiorizar el investigador: la primera referente a los servicios de salud asentados en el municipio de Caripuyo y el papel que estos desempeñan en estas poblaciones. Se intentó

identificar algunas falencias que tiene la actual política de salud materno-infantil (SUMI), en este territorio y por último, con relación a los servicios de salud, se intentó conocer la percepción de la población en relación a la atención que estos centros ofrecen.

Un segundo campo es el sociocultural, en el que se pretendió examinar algunos criterios de: salud y enfermedad, nacimiento y muerte de los hijos y de los niños en general. También se intentó conocer los roles que desempeñan los integrantes de las familias, tanto en el entorno familiar como comunitario y las concepciones y prácticas que se tienen respecto a la muerte infantil y general en la población.

El tercer y último aspecto tomado en cuenta, es el relacionado con la situación económica de la región. Al respecto se intentó explorar si las condiciones de pobreza constituían un factor determinante en la muerte infantil, por sobre otros factores.

Por las características del estudio se optó por realizar una investigación cualitativa. La técnica de recolección de información estuvo abierta ante la predisposición de los informantes para hacerlo en grupos focales o mediante entrevistas en profundidad. Esta investigación incluyó a hombres y mujeres que hubiesen tenido por lo menos un hijo, sin importar que el mismo estuviera vivo o no y que radiquen en alguna de las 82 comunidades del municipio. De igual manera, se incluyó algunos informantes clave, que a su vez, eran actores externos dentro de las diferentes comunidades, entre ellos parte del personal de salud y algunos profesores.

Desde un principio se tenía la idea de que la alta mortalidad infantil en el municipio de Caripuyo podía estar relacionada con aspectos culturales, aspectos que van desde la concepción de la vida misma en las culturas andinas, hasta las concepciones de la muerte, entre ambas, un sin número de eventos y situaciones que hicieron meritoria la elaboración de un acápite en el

que se intenta mostrar a grandes rasgos, los, quizás, puntos más sobresalientes e importantes para la realización de esta investigación, de la cosmovisión andina.

Se intentó abarcar, de manera muy sucinta, aquellos aspectos culturales que podrían tener relación con la muerte de los infantes, pero, y claro está, que para entender el proceso de enfermedad y muerte concebido en estas culturas, es necesario comprender, en primera instancia, el concepto y sentido que tiene la salud para estas poblaciones. Así mismo, comprender el significado que tiene cada nuevo nacimiento, al interior de las familias.

Para hacer referencia a un aspecto cultural, es necesario evocar un marco social en el que éste se haga manifiesto, por esta razón es que se deja implícita la información de estas sociedades no sólo al acápite cultural, sino, que a lo largo de los diferentes capítulos de esta tesis se narran y describen muchas características que hacen a estas sociedades.

Aunque el análisis de los resultados confrontados con el marco cultural y con la percepción obtenida de lo social en el que se desenvuelven los habitantes de estas zonas altiplánicas, pudo dar una explicación parcial de los relatos de hombres y mujeres en relación a la muerte en los niños, ésto no fue suficiente para esbozar una explicación que estuviera acorde con el contexto de Caripuyo. Por este motivo, se incluye el aspecto económico, la extrema pobreza presente en casi todas las familias de este municipio. De esta manera es que se consiguió dar una mayor coherencia a las posibles explicaciones al *¿por qué tan alta mortalidad infantil en Caripuyo?*.

Un primer hallazgo y quizás el punto de partida para identificar los factores condicionantes y determinantes de la mortalidad infantil, fue el presenciar el 'conflicto' existente entre dos cosmovisiones y con ellas, más importante aún para el fin que se persigue con esta investigación, un choque entre dos medicinas: por un lado la medicina tradicional, cuya esfera cognoscitiva y

conceptual trasciende los límites corporales, abarcando los tres niveles espaciales conocidos en aymara como *Alaxpacha* o cielo (arriba), *Akapacha* o esta tierra (centro) y *Mankapacha* o subsuelo (abajo), relacionando así al individuo con un todo, y a su vez haciendo a este individuo parte de este todo. Por otro lado, se encuentra la medicina modelo académico-científica, cuyo campo de acción se reduce a un solo plano, el del individuo y su entorno físico.

Muy aparte de las concepciones propias de estas dos medicinas, existen otras características inherentes a cada una de ellas que coadyuvan a ampliar las brechas entre ambas, situación que va en demérito de quienes son los directos beneficiarios de las mismas, especialmente en la medicina académico-científica que a pesar de tener una política de salud materno-infantil que, se ha visto, ha dado buenos resultados en otras latitudes del territorio nacional, aún no cuenta con las estrategias adecuadas para acercarse a estas poblaciones.

Si bien este ‘choque’ cultural es desde ya un problema para la Salud Pública de este país, existen otros factores que empeoran las condiciones, nivel y calidad de vida de la gente en estas regiones. La extrema pobreza que convive con las personas en el interior de las familias, es el principal problema con el que, en Caripuyo, se tiene que lidiar. Este se convierte en el factor condicionante responsable de la forma de vida de estas poblaciones, incidiendo directamente en el bajo nivel educativo, en el mal estado de salud, en las precarias condiciones, en el bajo nivel y la paupérrima calidad de vida.

En este contexto, una elevada tasa de mortalidad infantil no está fuera de lo esperado. Sin embargo, el hecho de que algunas muertes infantiles sean producto del filicidio es algo que llama la atención. Esta situación, encontrada en la presente investigación de forma accidental, digna de una profunda reflexión y análisis, hace pensar que los factores presentes como condicionantes y determinantes de las muertes infantiles y del estilo de vida de las personas en estas regiones, van más allá de los límites geográficos del municipio de Caripuyo, siendo este producto del modelo económico, de la

coyuntura política, y del desentendimiento sociocultural en el que se desenvuelve Bolivia día tras día.

Desde esta perspectiva, se hace imperiosa la necesidad de estudiar, elaborar e implementar una política de población nacional que tome en cuenta aquellos factores propios de cada cultura, de cada zona geográfica, acorde con las necesidades de la gente, que permita un correcto y adecuado desarrollo económico y social de toda Bolivia.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTOS GENERALES, PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y METODOLOGÍA.

1. Planteamientos generales y presentación del problema.....	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
1.4.2.1 En relación al servicio de salud.....	8
1.4.2.2 En relación a la situación socio-cultural.....	8
1.4.2.3 En relación a la situación económica.....	9
1.5 Metodología.....	9
1.5.1 Enfoque de la investigación.....	9
1.5.2 Tipo de investigación.....	11
1.5.3 Área de estudio.....	11
1.5.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	12
1.5.5 Fuentes de información.....	12
1.5.6 Muestra.....	12
1.5.7 Recolección de los datos.....	13

CAPITULO 2

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

2. Desarrollo de la investigación.....	14
2.1 Guía de entrevista.....	14
2.1.1 La familia y sus funciones.....	14
2.1.2 Actitudes, sentimientos y creencias manifestadas ante la enfermedad y muerte infantil.....	14
2.1.3 Planificación familiar.....	15
2.2 Primeros contactos: personal de salud.....	16
2.3 Recopilando información de los profesores.....	19
2.4 Juntavi.....	20
2.5 Janco-Janco.....	21
2.6 Chojlla.....	22
2.7 Procesamiento de la información.....	23
2.8 Triangulación.....	25
2.9 Límites de la investigación.....	25

CAPITULO 3

EL MUNICIPIO DE CARIPUYO.

3. Análisis de contexto.....	27
3.1 Extensión.....	27
3.2 División político administrativa.....	27
3.3 Cantones.....	27
3.4 Descripción físico-naturales.....	28
3.4.1 Descripción fisiográfica.....	28
3.4.2 Altitud.....	28
3.5 Características físico-biológicas.....	29
3.5.1 Clima.....	29
3.5.2 Temperatura máxima y mínima.....	30
3.6 Recursos minerales.....	30
3.7 Comportamiento ambiental.....	30
3.8 Suelo.....	31
3.8.1 Puna alta.....	31
3.8.2 Puna baja.....	31
3.8.3 Cabecera de valle.....	31
3.9 Agua.....	32
3.10 Inclemencias.....	33
3.11 Marco histórico.....	33
3.12 Transporte.....	34
3.13 Medios de comunicación.....	35
3.14 Demografía.....	35
3.14.1 Población por edad y sexo.....	36
3.14.2 Número de familias y promedio de miembros por familia.....	37
3.14.3 Densidad poblacional.....	37
3.15 Vivienda y servicios básicos.....	38
3.15.1 Disponibilidad de servicio sanitario.....	38
3.15.2 Procedencia del agua en la vivienda.....	38
3.15.3 Distribución del agua en la vivienda.....	39
3.15.4 Disponibilidad, uso o desagüe de servicio sanitario en la vivienda.....	39
3.16 Combustible o energía que utiliza para cocinar.....	39
3.17 Promedio de personas por dormitorio y por habitación.....	39
3.18 Tenencia de la vivienda.....	40
3.19 Medicina convencional.....	40
3.19.1 Estructura institucional.....	40
3.19.2 Organigrama de salud.....	41
3.19.3 Recursos humanos.....	42
3.19.4 Número, tipo y cobertura de los establecimientos.....	42
3.19.5 Ubicación y distancia de establecimientos de salud.....	43
3.20 Medicina tradicional.....	44
3.20.1 Número de curanderos y enfermedades tratadas.....	44

CAPITULO 4

ANTECEDENTES CULTURALES Y POLÍTICOS.

4. Antecedentes.....	45
4.1 Antecedentes culturales.....	45
4.1.1 Cosmovisión aymara y principios organizadores de la sociedad andina..	45
4.1.2 Dualismo, equilibrio y complementariedad.....	47
4.1.3 Concepción de tiempo y espacio.....	49
4.1.4 Concepción de vida y muerte.....	55
4.1.5 El mundo sobrenatural de Los Andes.....	56
4.1.6 La vida cotidiana y las prácticas religiosas del mundo aymara.....	58
4.1.7 Salud y enfermedad en el mundo aymara.....	60
4.1.8 Concepción de muerte en el Mundo Andino.....	60
4.1.9 La mujer en la comunidad aymara.....	61
4.1.10 El valor de la maternidad en el mundo aymara.....	64
4.1.11 Valor del hijo en la cultura aymara.....	64
4.1.12 Relaciones afectivas de la madre con el niño.....	65
4.1.13 Reacciones frente al recién nacido.....	67
4.1.14 Nacimiento del primogénito o la primogénita.....	68
4.1.15 Nacimiento de mellizos.....	69
4.1.16 Nacimiento de niños con malformaciones.....	70
4.1.17 Nacimiento de niños no deseados.....	71
4.1.18 Reacciones ante el nacimiento de un niño no deseado.....	72
4.1.19 Aborto.....	74
4.2 Antecedentes políticos.....	76
4.2.1 Justificación para las políticas.....	78
4.2.2 Objetivos de las políticas.....	79
4.2.3 Connotaciones de la aplicación de las políticas de población.....	80
4.2.4 Las políticas de población en Bolivia.....	82
4.2.5 Políticas implícitas de población.....	84
4.2.6 Políticas explícitas en salud materno-infantil.....	89

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

5. Análisis de resultados y discusión.....	91
5.1 Mortalidad infantil.....	91
5.1.1 Mortalidad infantil en las familias del municipio de Caripuyo.....	91
5.1.2 Actitudes, sentimientos y creencias manifestadas ante la enfermedad y muerte infantil.....	94
5.1.3 Posibles causas ideológicas de la muerte.....	99
5.1.4 Pobreza.....	103
5.1.5 Presión social.....	109
5.1.6 Aspectos culturales.....	111
5.2 La familia.....	113
5.2.1 La familia y sus funciones.....	113

5.2.2 Roles y equidad de género.....	120
5.2.3 Roles de los hijos.....	125
5.2.4 Dificultades en las familias.....	128
5.3 Planificación familiar.....	132

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 Conclusiones.....	135
6.2 Recomendaciones.....	141

Bibliografía.....	144
--------------------------	------------

Anexos.

1. Planteamientos generales y presentación del problema.

1.1 Antecedentes.

Desde los inicios del curso de maestría en salud pública tenía la intención de realizar un estudio de investigación sobre mortalidad infantil, pero no enfocado desde la óptica común de sacar a relucir las causas biológicas que hacen que la muerte se presente en las sociedades. Es así que revisé los datos del Instituto Nacional de Estadísticas INE, para ver cuál era el municipio que tenía la mayor tasa de mortalidad infantil en el territorio nacional para allí realizar esta investigación.

A siete meses de haber iniciado esta maestría, y a casi seis meses de haber realizado un primer viaje al municipio de Caripuyo, tuve la oportunidad de leer un artículo sobre la mortalidad infantil en esta región en un ejemplar del periódico *Correo del Sur* de 2003. En esta publicación se aseguraba que la pobreza influye en el infanticidio en esta población, además hacía mención a la elevada tasa de desnutrición en los niños y como esta afecta al rendimiento escolar de los mismos.

El hecho llamó mi atención, aunque podía tratarse de una simple exageración del periodismo. Estudiando, sin embargo, los datos estadísticos del INE pude comprobar, más tarde, que si bien las políticas de atención materno-infantil han bajado visiblemente la mortalidad de los niños, en el municipio de Caripuyo estas políticas no parecían tener el mismo éxito. Incluso la mortalidad infantil se había incrementado de 144 a más de 170 por cada 1.000 nacidos vivos, esto según los datos del *Plan de Desarrollo Municipal* de Caripuyo¹.

La mortalidad aparece con una cifra muy alta y, sin embargo, no ha merecido la preocupación y el estudio de los servicios de salud. Como ser humano, como médico y como boliviano, estas muertes tan altas entre una población de

¹ Médicos Mundi Navarra, *Plan de Desarrollo Municipal 2002-2006*, (s.l.), (s.e.), (s.f).

infantes, se convirtieron para mí en una permanente inquietud y un desafío. ¿Cuáles eran sus causas? ¿Es posible revertir un fenómeno tan dramático? Sin intentar llegar a fondo del problema, lo que exigiría una investigación mucho más exhaustiva y prolongada, he intentado dar una primera información sobre lo que ocurre en este municipio y adelantar algunas de las causas posibles de estos hechos.

Antes aún de realizar una primera visita al lugar, tenía ya una hipótesis: las causas deberían ser complejas, y, probablemente, se conjugaban aquí diferentes factores:

- Las políticas del Sistema de Salud, que son generalizadas en un país que, sin embargo, es multicultural y multiecológico, con una diversidad de poblaciones, climas y situaciones geográficas, podrían no ser las más adecuadas.
- La falta de recursos del servicio de salud, que, talvez, no podía cubrir, eficientemente, poblaciones dispersas y sin acceso a los centros.
- Por otra parte, tuve la intuición que los factores culturales, modos de concebir la vida y la muerte, la enfermedad, estaban, también, contribuyendo a esta situación, aunque nunca antes, como médico, me había enfrentado a este tipo de problemática.
- Por último, aunque sin conocer aún la realidad concreta de la región, preveía una situación de pobreza, que podía afectar los nacimientos, aunque no en la magnitud con que se me hizo presente luego de mi trabajo de campo.

Hice un primer viaje al municipio de Caripuyo, entre junio y julio de 2003, con el fin de realizar un estudio sobre la mortalidad en menores de cinco años, y determinar las principales causas de esta mortalidad y los factores

condicionantes de la misma. Para dicho objetivo se procedió a recolectar información a través del método de encuestas en cuatro de los ocho cantones. En esta ocasión pude apreciar una realidad que hasta ese entonces era completamente desconocida, condicionada por, principalmente, el factor de pobreza extrema existente en la región. A lo largo de este viaje, tuve la oportunidad de conocer las diferentes regiones y marcos geográficos del municipio, y experimentar, por mí mismo, algunas de las inclemencias climáticas propias de la temporada de invierno. Tuve, también, la suerte de contar con un medio de transporte propio que me facilitó la movilización en el interior de Caripuyo, lo que a su vez me dio la oportunidad de ver el mal estado de sus carreteras, motivo por el que no muchos transportistas hacen recorridos intermunicipales e intercomunitarios. Pero ya en aquella oportunidad pude ya apreciar el carácter hospitalario de la población, siempre dispuesta a brindar su tiempo y su colaboración. Me resultó impactante la disposición que la gente tiene de compartir lo poco que posee.

Por otra parte, en aquellas poblaciones que no cuentan con un centro de salud tuve la suerte y el privilegio de realizar atenciones a las personas que así lo necesitaban, cubriendo su tratamiento con medicamentos gentilmente donados por "Face the Challenge", organización no gubernamental, para la cual trabajaba en ese entonces. Esto me abrió muchas puertas para la realización de este primer estudio en Caripuyo y, por supuesto, un mayor acercamiento con la población.

Incluso una experiencia directa me permitió, como médico, enfrentarme a un fuerte problema de desnutrición.

Una segunda estadía la realicé en octubre de 2004. Esta vez, desarrollé los siguientes trabajos: apoyo a la recolección de información para un estudio sobre aceptación y uso de métodos anticonceptivos en la población del

municipio, estudio elaborado por un colega médico,² y, naturalmente, la recolección de datos para mi propia investigación.

Pude constatar, como se verá a través del desarrollo de esta tesis que la mortalidad infantil en estas zonas está condicionada por factores económicos, sociales y culturales que, hasta el momento, no han sido contemplados por el Sistema de Salud para la formulación de sus políticas y sus respectivas estrategias.

Una vez más, pude aprovechar mi estadía para realizar atenciones en las diferentes comunidades y en las mismas postas de salud, con el permiso de los auxiliares de enfermería de estos centros.

En esta segunda oportunidad, el viaje se realizó en transporte público por lo que la movilización de una comunidad a otra se vio dificultada, pero no imposibilitada. En algunas oportunidades tuvimos que realizar traslados a pie, incluso llegándonos a perder en el camino. No obstante, esta fue una nueva oportunidad para que los pobladores demostraran su amabilidad y hospitalidad compartiendo con nosotros su techo para pasar la noche, y su alimento del día. Incluso, se brindaron para acompañarnos hasta la comunidad a la que realmente deberíamos haber llegado, oportunidad que agradecemos ya que nos permitió interiorizarnos, aunque sea un poco, en la vida que llevan estos campesinos.

Los trabajos de campo han sido complementados con estudios sobre las diferentes Políticas de salud materno-infantil del Ministerio de Salud que estuvieron vigentes en el territorio nacional. Han sido complementados, también, con datos estadísticos de los censos 1992 y 2001 realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas, con datos de la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* ENDSA, de 1994, con datos preliminares de ésta publicados el año 2003, con información municipal comentada en el *Plan de*

² Compañero de curso en la Maestría en Salud Pública, de la que yo fui parte.

Desarrollo Municipal 2002 – 2006. Y con lecturas, lo más amplias posibles, de materiales que me acercaran a la comprensión de la cultura, de diversos antropólogos que pueden consultarse en la bibliografía. Muchas conversaciones me han dado pautas, también, para orientar este trabajo o los análisis finales. Conversaciones con docentes de la maestría, profesionales antropólogos y médicos que orientaron la realización de esta investigación, así como conversaciones vía mail con algunos periodistas.³

Esta inquietud inicial y las preguntas que me formulé, han dirigido el desarrollo de mi investigación. No puedo decir que ahora tengo las respuestas: sólo algunas indicaciones, algunos datos, que permiten plantear, mucho más enfocadamente, la situación de Caripuyo. Sin embargo, creo que para el campo de la Salud Pública, para el campo de la Salud Reproductiva y para la medicina boliviana en general, la experiencia vivida y las conclusiones de este trabajo, son importantes: sin que fuera el objetivo inicial, estamos tocando aquí el problema de la presencia de dos medicinas, de dos concepciones de la vida, que debemos tener siempre presentes los médicos de nuestro país. Drama de incomunicación para el cual no se nos prepara en nuestros largos años de estudios profesionales.

1.2 Planteamiento del problema.

En el municipio de Caripuyo la tasa de mortalidad infantil es la más alta del país. Los programas de salud materno-infantil que han logrado rebajar la mortalidad de infantes a lo largo del territorio nacional, no parecen haber funcionado en esta localidad. Incluso, en vez de disminuirse, los porcentajes de niños muertos han subido de 144 a más de 170 por cada 1.000 nacidos vivos.

¿Cómo comprender las causas de esta elevada mortalidad infantil en regiones donde no es posible hacer seguimiento a cada niño que nace y donde las

³ Como el periodista cochabambino Wilson García Mérida, quien hizo denuncias públicas de eventos en los que se utilizaban anticonceptivos a nivel de poblaciones sin el consentimiento de las mujeres. (mail de WGM, 19 marzo 2005).

muerres no se registran obligatoriamente, ya que los accesos a los cementerios rurales no lo requieren?

Esta situación de falta de registros serios y confiables, de ausencia de estadísticas particulares que señalen la causa de cada muerte, no permitió un trabajo cuantitativo riguroso. De modo que, como se expresa en la Metodología, nos pareció que el único camino de investigación consistía en la vivencia directa, el contacto con la gente del lugar, fuesen éstos originarios o personal externo, y una recolección de datos – a través de entrevistas abiertas, que se iban acomodando a las nuevas sugerencias de los participantes- que nos permitieron conversaciones más animadas, más íntimas, con los diversos actores.

1.3 Justificación.

Bolivia se caracteriza por ser un país pluricultural, multiétnico, cuyo territorio acoge la segunda biodiversidad más grande del mundo, además de contar con la primera reserva mundial de agua potable después de las aguas congeladas de la antártica, siendo, además, la octava reserva de gas a nivel mundial. Contradictoriamente, algunos de los municipios bolivianos poseen algunos de los Índices de Desarrollo Humano más bajos del mundo, revelando en algunos casos las precarias condiciones de vida de grandes sectores de su población, limitados por estas mismas condiciones a una educación inadecuada y a una deficiente atención en salud.

En los últimos años se han implementado una serie de políticas y estrategias, una tras otra, cuyos objetivos eran brindar una atención coyuntural y contextualmente acorde con las necesidades del binomio madre-hijo. Es así, que desde el *Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna* hasta el *Seguro Universal Materno Infantil*, actualmente vigente en todo el territorio nacional, la atención a este binomio goza de un mayor número de beneficios en cuanto a calidad y cantidad de las prestaciones. Sin embargo,

se observa que pese a la disminución de la mortalidad infantil a nivel nacional - uno de los objetivos centrales que persiguen estos seguros- este resultado no ha sido equitativo: las políticas de atención materno-infantil no han afectado, positivamente, por igual, a toda la población boliviana. Hoy en día, Bolivia sigue teniendo una de las tasas de mortalidad infantil más altas de América Latina, de 67 Infantes muertos por 1.000 nacidos vivos. Esta cifra aumenta, en forma trágica, en regiones donde, según el INE, se llega a 170 por cada 1.000 nacidos vivos, e incluso más.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más importantes del nivel de salud de una población y, además, es muy sensible al cambio de las condiciones sociales y económicas, por lo que puede constituir un índice del nivel de vida y desarrollo de una sociedad. Por estas razones, está claro que poblaciones como las de Caripuyo tienen un bajo nivel de vida, bajo desarrollo social y por supuesto un bajo nivel de salud.

En este contexto se realiza la presente investigación tomando como área de estudio al municipio que según el INE tiene la tasa de mortalidad infantil más alta de todo el territorio nacional, Caripuyo. El centro del estudio es determinar los factores que han condicionado esta situación que, en el transcurso de los últimos años ha marcado la diferencia entre algunas sociedades, principalmente entre urbanas y rurales, en cuanto a la disminución de la mortalidad infantil.

Los resultados de esta investigación permitirán acercarse a algunas de las causas, analizarlas, en lo posible, y sugerir, si es que parece necesario, un replanteamiento de las políticas y estrategias en salud materno infantil, para que sean más acordes con la realidad socioeconómica y cultural del municipio de Caripuyo.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo general.

Proporcionar información sobre la manera en que se comportan las políticas de salud en el municipio de Caripuyo, y la influencia que pueden tener las condiciones culturales, sociales, económicas en la mortalidad infantil.

Determinar la necesidad o no, de una política de población que tome en cuenta aspectos sociales, económicos y culturales para la población de Caripuyo.

1.4.2 Objetivos específicos.

1.4.2.1 En relación al servicio de salud.

- Determinar el papel que desempeñan los servicios de salud, existentes en la región -un hospital y cuatro postas- en el problema planteado.
- Identificar, en especial, algunas las falencias del SUMI, como política nacional de salud materno-infantil.
- Conocer la percepción de la población en relación a la atención del servicio de salud. Sentimientos y criterios.

1.4.2.2 En relación a la situación socio-cultural.

- Examinar, si es posible, criterios en relación a la enfermedad y a la salud.
- Criterios en relación al nacimiento y muerte de hijos y niños en general.

- Comprender el comportamiento de la familia, sus relaciones internas y el papel que juegan tanto el padre como la madre y el papel de los hijos.
- Acercarse a las concepciones y prácticas de la familia y la comunidad respecto a la muerte infantil y a las actitudes en relación a la muerte, en general.

1.4.2.3 En relación a la situación económica.

- Percibir si las condiciones de pobreza constituyen un factor determinante en la muerte infantil, por sobre otros factores.

1.5 Metodología.

1.5.1 Enfoque de la investigación.

Para llevar a cabo este estudio se priorizó una investigación cualitativa, no solamente porque, como ya se ha dicho, una investigación cuantitativa en las actuales condiciones no es posible, sino, también porque ella permite comprender e interpretar las actitudes, creencias, motivos y comportamientos presentes en las madres ante la muerte de un hijo y los momentos tanto anteriores como posteriores que circundan este hecho. Entre las características principales de este tipo de investigación se destacan las siguientes:

- El enfoque cualitativo brinda la posibilidad de comprender a profundidad la respuesta humana, tratando los aspectos emocionales y contextuales de la misma, más que introducirse en la medición objetiva de comportamientos y actitudes.
- Añade sentimiento, contextura y matiz a los resultados cuantitativos y se realiza para dar respuesta a la pregunta '¿Por qué?'

- La investigación cualitativa tiene un carácter interpretativo en lugar del descriptivo, es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas con técnicas probabilísticas. No tiene la intención de sacar conclusiones firmes ni generalizar los resultados a la población en general.

Una de las principales características de la investigación cualitativa es el interés que ésta tiene en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa. Permite un contacto directo con las personas sujetas a estudio, creando de esta manera un vínculo para compartir sus experiencias.

Es menester tomar en cuenta que una de las principales dificultades de la investigación cualitativa es que este tipo de investigación es muy susceptible a sesgos por parte del investigador o de los observadores.

Otra de las características propias de la investigación cualitativa inherentes con su desarrollo, es el de permitir describir o generar teorías. Proporciona a quienes guían la investigación, una experiencia directa recogida del proceso de observación y análisis de lo escuchado de la población objeto: comprendiéndonos entre un ser humano y otro, superponiendo emociones y criterios, se pide intentar captar las reacciones tanto de hombres como mujeres ante las diferentes preguntas. Gestos, actitudes, silencios, miradas entre unos y otros, complicidades entre marido y mujer, están presentes en la entrevista, además de las palabras. De esta manera las palabras, en estos contextos, se vuelven mucho más expresivas que simples datos y permiten ser analizadas en sí mismas, especialmente cuando han sido pronunciadas en la lengua nativa de los entrevistados. Estos comportamientos o reacciones podrán ser muy diferentes de los imaginados o hasta entonces utilizados por quienes toman decisiones.

Este enfoque de investigación tiene como fin el descubrimiento de las causas, es así que en párrafos anteriores se mencionó que intenta responder a la pregunta *¿Por qué?*. A través de esta investigación se intentó responder, en concreto: *¿Por qué tan alta tasa de mortalidad en la población infantil que nace en el municipio de Caripuyo?*.

1.5.2 Tipo de investigación.

Por las características culturales y antropológicas que rodean a la población objeto de este estudio, el tipo de investigación utilizado fue el etnográfico mediante el cual se pudo realizar una aproximación a los comportamientos que se generan alrededor de la muerte de un niño en la comunidad. Esta metodología también fue útil en el desarrollo de esta investigación ya que permitió aproximarse a los significados que los individuos, tanto madres como padres, dan a sus experiencias ante la muerte del hijo.

El diseño de este estudio no estuvo preestablecido y tampoco fue rígido, fue un diseño emergente, abierto: se consideran sus resultados como el punto de partida para un estudio mucho más profundo sobre el tema. Un estudio que, como este preliminar, plantee la necesidad de un conocimiento de las concepciones y prácticas, en relación a la salud, de las comunidades originarias, antes de plantear políticas de salud, y la necesidad de una explicación causal de la medicina occidental a los beneficiarios de las comunidades tradicionales y de pequeños pueblos rurales, para que se produzca un acercamiento de criterios, acercamiento muchas veces intentado pero no logrado, en este país multicultural.

1.5.3 Área de estudio.

El estudio abarcó cuatro cantones del municipio de Caripuyo: Caripuyo (capital de municipio), Juntavi, Janco-Janco y Chojlla.

1.5.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyó en la investigación a hombres y mujeres naturales del municipio de Caripuyo o radicadas en el mismo con el antecedente de haber tenido por lo menos un hijo, sin importar que éste estuviera vivo o no. También se incluyeron algunos informantes clave como el personal de salud tanto del hospital de Caripuyo como de las postas de salud de los otros tres cantones. Se consideró la información vertida por personas que no están vinculadas directamente con el área de la salud como el sacerdote del municipio y los profesores, dado que estos mantienen un contacto directo con la gente de las diferentes comunidades.

Al principio se pensó en realizar el estudio exclusivamente con las mujeres, pero estando ya en el área de estudio los investigadores se encontraron ante la dificultad de que las mujeres no se sentían conformes sin la presencia de sus parejas. Este obstáculo fue franqueado aceptando la presencia de los mismos en las entrevistas, situación que fue de bastante ayuda para el presente estudio, dado que ellos aportaron con información valiosa que coadyuvó a una mejor comprensión de la problemática de la mortalidad infantil en el municipio.

1.5.5 Fuentes de información.

Se recurrió a diferentes fuentes de información, tales como datos estadísticos del INE, el Plan de Desarrollo Municipal de Caripuyo, servicios de salud establecidos en el área de estudio, artículos de algunos de los diferentes periódicos de circulación local y nacional, fotografías, etc.

1.5.6 Muestra.

Tomando en cuenta que la investigación cualitativa no exige seleccionar una muestra sobre la base de una probabilidad estadística, y que generalmente las técnicas que se emplean permiten profundizar la calidad de la información, la

muestra se conformó con las personas que eran representativas, las más idóneas para proporcionar la información y que voluntariamente manifestaron su interés de participar en el estudio.

El tamaño de la muestra fue determinado por la saturación de la información en este primer nivel de investigación propuesto en esta tesis. El total de participantes fue de 37 entre hombres y mujeres.

1.5.7 Recolección de los datos.

En la presente investigación, para la recolección de la información se utilizaron dos técnicas: Entrevistas en profundidad y Grupos focales.

2. Desarrollo de la investigación.

Se organizó el equipo de investigación conformado por dos médicos generales, ambos cursantes de la Maestría en Salud Pública; quienes a su vez, ya en el área de trabajo, se contactaron con algunas personas de las diferentes comunidades para que colaboraran con la traducción de las entrevistas en los lugares que fuesen necesarios, ésto tomando en cuenta que la zona en la que se desarrolló la investigación se hablan el quechua y el aymara como lenguas maternas y el español como segunda lengua. Cabe mencionar que la presencia de estas personas fue requerida en muy contadas oportunidades.

Para la recolección de la información los dos investigadores prepararon una guía para las entrevistas en profundidad y para los grupos focales, que se detalla a continuación.

2.1 Guía de entrevista.

La guía preparada tanto para las entrevistas como para los grupos focales en gran parte fue preparada en base a supuestos que se consideraron pertinentes, a pesar que esta fue probada previamente para verificar su redacción, comprensión y utilidad, algunos acápite de la misma, ya en el trabajo de campo, tuvieron que ser modificadas de acuerdo al contexto hasta ese entonces desconocido por ambos investigadores.

2.1.1 La familia y sus funciones.

1. ¿Qué es para usted (es) la familia?
2. ¿Cuáles son las funciones de la familia?
3. ¿Cuáles son las funciones que tienen los padres?
4. ¿Cuáles son las funciones que tienen los hijos?
5. ¿Cuáles son las dificultades que tienen aquí las familias?

2.1.2 Actitudes, sentimientos y creencias manifestadas ante la enfermedad y muerte infantil.

6. ¿Han muerto niños últimamente en la comunidad?, ¿Cuántos?
7. ¿Sabe usted por qué ha (han) muerto?
8. ¿Qué piensan las madres de la muerte de un niño de la comunidad?
9. ¿Qué actitud toma la madre ante la muerte de su hijo?
10. ¿Cuál es la actitud más frecuente y en que circunstancias?
11. ¿Qué diferencia hay entre la muerte de un niño y la muerte de un joven o de un adulto?
12. ¿Cómo ven las madres de la comunidad a la madre que ha perdido un hijo?
13. ¿Qué piensan las madres de la muerte de un hijo?
14. ¿A qué le atribuye esa muerte?
15. ¿Tiene o ha tenido hijos?
16. ¿Se le ha muerto algún hijo?
17. ¿Cuántos hijos se le han muerto?
18. ¿Sabe usted de qué murió / murieron?
19. ¿Qué hizo usted cuando su hijo estaba enfermo?
20. ¿Lo llevó al médico?
21. ¿Por qué?
22. ¿Qué sintió usted cuando su hijo estaba gravemente enfermo?
23. ¿Sabía usted que él iba a morir?
24. ¿Qué hizo para evitarlo?
25. ¿Sabe usted qué piensan las madres cuando un niño está gravemente enfermo?
26. ¿Sabe usted qué hacen las madres cuando un niño está gravemente enfermo?
27. ¿Cuántos años tenía su(s) hijo(s) cuando murió (murieron)?
28. ¿Cómo se ha sentido ante tal(es) pérdidas?
29. ¿Qué piensa de la muerte de sus hijos?

2.1.3 Planificación familiar.

30. ¿Cuántos hijos tiene?
31. ¿Cuántos hijos hubiera deseado tener?
32. ¿Conoce algún método de planificación familiar, cuál o cuáles?
33. ¿Han utilizado algún método para no tener hijos, cuál o cuáles?
34. ¿Por qué ha utilizado ese método?, o ¿por qué no ha usado ningún método?
35. En la pareja, ¿quién decide cómo y cuándo cuidarse?, ¿por qué?

2.2 Primeros contactos: personal de salud.

Como el ingreso al municipio se lo realizó por Lallagua, la cercanía de la capital de municipio, Caripuyo, hizo que éste sea el primero de los cuatro cantones en los que se procedió a recolectar la información. En aquella oportunidad y por cuestiones del azar, el personal de salud de todo el municipio se encontraba reunido en el Hospital *Corazón de María* de Caripuyo, aprovechando esta circunstancia los investigadores dieron a conocer el motivo de su presencia en el lugar y se solicitó a todo el personal que formarán parte de la investigación, fue así que se organizó el primer grupo focal con tres personas que accedieron al pedido de los investigadores. Estas tres personas, dos varones y una mujer, eran encargadas de dos postas de salud y el tercero era auxiliar del propio hospital.

La reunión se llevó a cabo en horas de la tarde en el propio salón del hospital de Caripuyo, se dispuso de una filmadora, la cantidad suficientes de videocintas, cuaderno de notas y la guía de grupos focales.

Las sillas se colocaron en torno a una mesa formando todos incluidos los investigadores una media luna que permitía la visualización de todos entre sí sin ningún problema y la filmadora frente a todos ellos permitiendo la toma en imagen de todos los participantes.

Después de saludar a los participantes, se les agradeció por su presencia que era muy importante y por aceptar ser parte de la investigación. Se les pidió que no tuvieran temor para hablar, como todos ellos tenían pleno dominio del idioma español ellos mismos eligieron expresarse en el mismo, se les hizo saber además que no habían respuestas correctas o incorrectas, sino que todas ellas eran válidas para el objetivo que se perseguía con esta investigación. También se les hizo conocer que todos los presentes podían contar con la seguridad que sus nombres permanecerían en el anonimato para evitar susceptibilidades de otra índole. Se pidió respeto por las opiniones y de que todos los presentes trataran de escuchar cuando uno de los participantes estuviese hablando.

Antes de iniciar el trabajo con este grupo focal y para romper el hielo se compartió un pequeño refrigerio, en el que se tuvo la oportunidad de conocer los nombres de todos los participantes y éstos, a su vez, el de los investigadores, el estado civil, trabajo de cada uno, etc., hasta crear un marco de confianza entre todos. Al final de esta pequeña confraternización se les volvió a explicar el motivo que demandaba la presencia de los investigadores en el lugar y el de ellos en la ocasión, así mismo se les pidió el permiso para utilizar la filmadora, reiterando que todos los comentarios que realizaran serían confidenciales y que sólo serían utilizados para fines de investigación.

Durante el desarrollo de este grupo focal se tuvo especial cuidado con verter las preguntas en forma neutral, se evitó orientar a la persona interrogada, se hizo sólo una pregunta a la vez a partir de la guía preparada, en algunas oportunidades emergieron preguntas que no estuvieron contempladas dentro de la guía, en estos casos se dio curso a un interrogatorio abierto con el fin de profundizar el tema hasta entonces no contemplado, luego de agotar la información del mismo se retomaba la guía en el orden preestablecido.

De igual manera se tuvo especial cuidado en lograr que todos los participantes vertieran sus opiniones, incentivando a los que generalmente se quedaban callados y frenando discretamente a quienes querían acaparar el máximo de tiempo posible impidiendo de esta manera, obviamente sin quererlo, que las demás personas tuvieran la misma posibilidad de participar y contar sus experiencias.

Los observadores, durante la realización del grupo focal, escucharon atentamente todas las intervenciones, tomando nota de las impresiones principales; además de escuchar estuvieron observando a los participantes, porque las expresiones de su rostro en muchas ocasiones encierran un significado más profundo que las palabras vertidas. En algunos momentos de la sesión realizaron algunas preguntas o pidieron que aclararan algunas respuestas.

Luego de haber finalizado con la recolección de la información se agradeció nuevamente a los participantes por el tiempo brindado, haciendo a su vez una breve recapitulación de lo tratado. Se habló de las principales características que este grupo hallaba en las familias del municipio, los roles que cada uno de sus integrantes desempeñaba en el interior de su familia y como parte de una comunidad. De igual manera, se habló de las dificultades que éstos enfrentan en su diario vivir, posteriormente se abordó el tema de la mortalidad infantil en el municipio, desarrollándolo desde el momento de la enfermedad, se habló de las actitudes comunes de las madres en estas situaciones, también ante la muerte del niño o la niña, por último se habló de planificación familiar, se indagó si ésta es aceptada en las poblaciones, cuáles eran los métodos de mayor aceptación, por último se indagó sobre las causas que hacen que no se acepte la planificación en el interior de las familias.

Inmediatamente después de esta reunión los investigadores se reunieron para hablar de sus impresiones e intercambiar comentarios sobre los que habían observado durante el desarrollo del grupo focal. Hecho que permitió a ambos

investigadores ampliar la percepción de cada uno de ellos en torno a lo observado y escuchado.

Estas primeras impresiones iban esbozando una realidad que hasta ese entonces no había sido imaginada por los investigadores; entre los puntos más sobresalientes se consideraron: la unión familiar, los problemas emergentes de la extrema pobreza, la mortalidad infantil tomada o mejor, para evitar falsas conjeturas, mostrada como un evento carente de importancia, la existencia del filicidio. Por otra parte, se comenzó a evidenciar la necesidad que tienen las parejas de evitar un embarazo, por esta razón, la idea de un rechazo de los métodos anticonceptivos por parte de esta gente comenzó a desvanecerse.

2.3 Recopilando información de los profesores.

De la misma manera se procedió a realizar la preparación de un segundo grupo focal, esta vez conformado por los profesores de la Unidad Educativa establecida en la misma capital municipal, el grupo focal estaba conformado por dos profesores y tres profesoras, entre los dos varones estaba el director del establecimiento.

Se inició la sesión con las mismas características del primer grupo focal, lamentablemente desde el principio de la misma, se observó cierto recelo en las respuestas y/u opiniones que vertían, ésto inconscientemente fue explicado por ellos mismos, citando en varias ocasiones el artículo publicado en el periódico *Los Tiempos* de circulación en la ciudad de Cochabamba y publicado en la Ciudad de Sucre por el periódico local *Correo del Sur* en fecha 14 de diciembre de 2003, en el que se incluyen opiniones bastante duras, desde el punto de vista de la población de Caripuyo, respecto a la mortalidad infantil y sus causas en el municipio, por lo que se tuvo que suspender la sesión, para evitar sesgos por parte de los informantes en el resultado final de la investigación.

Al cabo del día ambos investigadores decidieron realizar las siguientes sesiones con grupos focales o entrevistas en profundidad, en las comunidades de los otros cantones, dando por terminada la recolección de información en Caripuyo, capital del municipio.

2.4 Juntavi.

Una vez instalados en Juntavi, ambos investigadores enfrentaron la dificultad de reunir a las personas para realizar el trabajo con un grupo focal, motivo por el cual se decidió emplear en esta localidad la técnica de entrevistas en profundidad.

En esta oportunidad el contacto que dio paso a iniciar las diferentes entrevistas fue un comunario que gentilmente invitó a uno de los investigadores a participar de una celebración que tenía con sus compañeros, quienes deseosos por saber el motivo que llevaba a este extraño a sus tierras, según ellos alejadas y olvidadas, interrogaron al mismo hasta que estos estuvieron satisfechos con las respuestas obtenidas, fue entonces que uno de ellos, voluntariamente se ofreció a colaborar con la investigación. De esta manera el investigador entabló el primer contacto con una madre en la comunidad, la que aceptó muy gentilmente brindar su tiempo y colaborar con el trabajo.

La misma señora fue quien instaló el lugar donde se llevaría a cabo la entrevista, en esta oportunidad no se contaba con la filmadora, pero sí con una grabadora portátil, se pidió la autorización para su uso, que fue aprobado por la misma.

Luego de entablar un ambiente de confianza con la señora y de explicarle el motivo de la visita de los investigadores en el lugar se inició la entrevista, esta vez realizada en su idioma nativo, al respecto es de capital importancia señalar que no fue realizado en una de las dos lenguas propias del lugar sino en ambas, ya que por momentos la señora se expresaba en quechua y otras

veces en aymara, motivo por el que tuvo que estar presente la persona que colaboraba con los investigadores con la traducción.

Otro punto que merece especial atención es el que la propia señora solicitó al investigador que el marido estuviese presente, ante tal pedido, se aceptó la demanda que hizo esta madre. Este hecho se repitió en la mayoría de las oportunidades en las que se hicieron entrevistas en profundidad.

Para el desarrollo de las entrevistas se utilizó la guía de entrevista elaborada por ambos investigadores, dando lugar a profundizar la información en aquellos puntos que no estando contemplados en la misma tocaban aspectos importantes para la investigación, como lo sucedido en los grupos focales.

Todas las entrevistas fueron realizadas en los hogares de las personas, que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación.

Para el contacto de las siguientes madres (y parejas respectivamente) se utilizó el método de bola de nieve,⁴ método que permitió un acercamiento más intenso con las subsiguientes madres.

2.5 Janco-Janco.

Como se indicó en el acápite de criterios de inclusión y exclusión, la presencia de los varones en el momento de las entrevistas fue un hecho que suscitó la duda en los investigadores respecto a la calidad de la información que se recolectaba de las parejas entrevistadas, fue así que en la tercera comunidad visitada, se optó por emplear la técnica de grupos focales, ésto con el fin de confirmar la veracidad de los datos hasta entonces recogidos, además que en este tercer cantón, la dificultad fue inversa a la que se suscitó en Juntavi, ya

⁴ Método en el que el investigador aprovecha el primer contacto, con el que ya se ha tenido un acercamiento en lo personal, para ubicar al próximo contacto. Una de las ventajas de este método es que al ser el investigador presentado al próximo contacto por uno de sus conocidos, el ambiente que se crea entre ambos adquiere un carácter menos formal y mucho más amistoso y cordial.

que los comunarios (hombres y mujeres) sólo contaban con las horas de la noche para disponerlas a otras actividades que no sean las labores cotidianas que desempeñaban durante el día; por este motivo y para aprovechar la presencia de todos, se utilizó nuevamente la técnica de grupos focales, esta vez dividiendo a los presentes en dos grupos, uno de mujeres y otro de varones.

En ambos casos se iniciaron las sesiones con una pequeña confraternización con los presentes compartiendo con los mismos coca, caramelos y cigarrillos. De esta manera se creó un ambiente de confianza. El procedimiento para llevar a cabo la sesión tuvo las mismas características que con el grupo focal de salud.

Los participantes de estos grupos focales, fueron: en el primero 4 varones y el segundo 4 mujeres todos ellos de la comunidad de Janco-Janco.

La reunión se llevó a cabo en la posta de salud, que era el único ambiente de la comunidad que contaba con luz eléctrica durante las horas de la noche.

Con estos dos grupos focales no se utilizó ningún artefacto electrónico como ayuda en la recolección de la información por lo que uno de los investigadores adoptó el papel de moderador y el otro se ocupó de transcribir las opiniones vertidas por los presentes.

2.6 Chojlla.

Luego de haber terminado la recolección de datos en Janco-Janco, los investigadores se dirigieron a Chojlla, lugar donde eran esperados por la auxiliar de enfermería de la posta, quien a su vez fue el contacto con las familias de la comunidad, con quienes se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad y la selección de los participantes fue también por el método de bola de nieve, teniendo las mismas características que en Juntavi.

Después de haber realizado las entrevistas en la Comunidad de Chojlla, durante el intercambio de opiniones que realizaban los investigadores se llegó a la conclusión de que la información ya estaba saturada, motivo por el cual se decidió que era suficiente como muestra.

La investigación incluyó a un total de cuatro grupos focales, integrados por 3, 5, 4 y 4 personas respectivamente y 10 parejas entrevistadas individualmente.

Es pertinente indicar que durante la estancia en la capital del municipio los investigadores tuvieron la oportunidad de tener una entrevista con el sacerdote quien desde su punto de vista vertió datos de valioso aporte a esta investigación. Se hace notar que esta entrevista no fue preparada con anterioridad y que en el momento que se quiso marcar una hora para tener la entrevista con él, éste empezó a expresar sus ideas y opiniones respecto al tema en cuestión, es así que esta entrevista fue improvisada, al cabo de la cual los dos investigadores intercambiaron sus opiniones al respecto y transcribieron todo aquello que se les había sido brindado como información.

2.7 Procesamiento de la información.

Concluido el trabajo de campo, en el que se recogió la información, se realizó el procesamiento de la misma, para esto se llevó a cabo la transcripción de los debates grupales y de las entrevistas, de las videocintas, cintas magnetofónicas y de los cuadernos de notas, utilizando un procesador de texto. Durante este procedimiento se tuvo el cuidado de revisar aquellas entrevistas realizadas en las lenguas nativas con personas que tienen dominio de las mismas, para evitar así los sesgos en la traducción de la información al idioma español.

Posteriormente se procedió a la sistematización de la información que estuvo a cargo de uno de los investigadores, primero se ordenó la información por

grupos focales y por entrevistas, el ordenamiento se realizó en base a la temática de cada una de las partes de las entrevistas o debates.

Se asignó un peso específico a la información y para esto se tomó en cuenta las transcripciones de los debates y entrevistas grabados en las videocintas, cintas magnetofónicas y los registros del facilitador y observador, procurando recuperar a la vez el gesto, el énfasis y la actitud de los participantes al momento de expresar sus ideas. En varias ocasiones se tuvo que leer y releer las transcripciones para procurar encontrar el verdadero sentido de lo que querían decir, incluso se vio la necesidad de volver a las cintas de video y las magnetofónicas para este cometido. En muchos casos los comentarios iban más allá de las preguntas y de los objetivos de la investigación, saliendo a la luz aspectos no previstos, como el tema del filicidio que se reiteró en el 100% de las entrevistas y grupos focales. Se tomaron todos los aportes realizados por los participantes.

Posteriormente se procedió a realizar la sistematización de esta información ya valorada por objetivos, dejando de lado la proveniencia del mismo y la técnica empleada.

En la elaboración de los resultados se procuró mantener el lenguaje de los participantes, sus aportes textuales aparecen entre comillas, seguidas del código que se asignó a los participantes tomando en cuenta el sexo, edad, comunidad y en algunos casos su profesión.

Posteriormente se procedió a la interpretación de la información pasando de su descripción a su comprensión siguiendo cada uno de los objetivos, partiendo del peso específico de cada uno de los datos, los antecedentes teóricos y las observaciones directas realizadas durante el trabajo de campo.

2.8 Triangulación.

Se utilizaron tres tipos de triangulación: triangulación de datos, triangulación del investigador y triangulación por diferentes técnicas de recolección de datos.

La triangulación de datos se realizó en base a la información obtenida de hombres y mujeres de las diferentes comunidades, entre éstas, las parejas que han sufrido la pérdida de uno o más hijos y las que no han perdido ninguno, además se tomó en cuenta la información recabada del personal de salud y otros informantes clave.

La triangulación del investigador se utilizó como técnica de control y evaluación, se la realizó a partir de las observaciones de los dos investigadores que participaron en el trabajo de campo durante los debates de los grupos focales y las entrevistas y en todo el proceso de sistematización de la información, intercambiando opiniones y sus apreciaciones sobre lo manifestado al momento de recolectar la información, coincidiendo ambos en los resultados.

Y por último la triangulación por diferentes técnicas de recolección de datos incluyó las técnicas anteriormente citadas: Entrevistas en profundidad, grupos focales y observación.

2.9 Límites de la investigación.

Antes de ingresar al análisis de la información es preciso hacer conocer al lector cuales fueron las limitantes con las que los investigadores se encontraron durante todo el período de realización de este estudio, de esta manera los capítulos siguientes serán comprendidos de mejor manera por el lector si éste toma en cuenta las dificultades que tuvieron que ser franqueadas para llevar a cabo este estudio.

El primer y quizás el mayor problema con el que se enfrentaron los investigadores fue que éstos no tenían el suficiente conocimiento de los idiomas que se hablan en esta región, como para entablar una conversación y menos realizar una entrevista cuya característica es la profundidad y el detalle. Los investigadores conscientes de su falencia, utilizaron un traductor en aquellas situaciones que lo ameritaron, para evitar sesgos en la traducción de la información, al momento de realizar la transcripción de la misma se contó con la ayuda de otro traductor que verificó la correcta traducción realizada en el momento de la entrevista.

Otro de los problemas, considerado al elaborar esta tesis, es el tiempo que se utilizó para realizar el trabajo de campo, que si bien fue suficiente para cumplir con los objetivos de esta investigación, resultó insuficiente como para confrontar los datos recolectados por medio del discurso tanto de madre y/o padres como de otros actores sociales con el conocimiento basado en la experiencia que tan sólo la vivencia le brinda al investigador.

Al iniciar esta investigación, no se encontró información de estudios similares previamente realizados, hecho que dificultó y mucho, profundizar la información en algunos aspectos de este estudio.

Así mismo se tiene conciencia de que fue un error no incluir en esta investigación la opinión de las diferentes autoridades del municipio, posiblemente éstas habrían sido de mucha utilidad para analizar la percepción que tiene la parte gubernamental respecto a los problemas que tiene la gente en estas tierras.

Por último, cabe señalar que la inexperiencia del investigador en el campo de la investigación de seguro ha hecho que éste pase por alto datos que podrían, desde otra óptica, ser considerados de mucha importancia, o bien, en caso contrario, haber sobreestimado la importancia de otros aspectos.

3. Análisis de contexto.

La provincia Alonso de Ibáñez, ubicada al norte del departamento de Potosí, está dividida en dos secciones, la primera Sacaca con su capital Sacaca, la segunda Caripuyo con su capital Caripuyo.

Caripuyo, como capital de la segunda sección de la provincia Alonso de Ibáñez, esta situada al extremo Noreste del departamento de Potosí, a 122 km de la ciudad de Oruro vía, desvío de la carretera Oruro – Llallagua y a 60 km de la ciudad de Llallagua.

Sus coordenadas geográficas la ubican entre los paralelos 18° 2' 30" a 18° 17' de latitud Sur y del meridiano 66° 24' a 66° 46' de longitud Oeste.

3.1 Extensión.

La segunda sección de la provincia Alonso de Ibáñez abarca una extensión territorial de 532 km²

3.2 División político-administrativa.

La segunda sección municipal, Caripuyo, fue creada según Ley del 12 de Noviembre de 1923, la cuál se encuentra dividida políticamente en 8 cantones con un total de 82 comunidades en todo el municipio.

3.3 Cantones.

Caripuyo cuenta con 8 cantones con base legal en su jurisdicción, estos cantones son: Caripuyo, Huanacoma, Juntavi, Janco-Janco, Chojlla, Chaicuriri, Cotaña, Challviri.

Los cantones más poblados son Huanacoma con 2.271 habitantes, Juntavi con 1.670 habitantes, Q'otaña con 1.559 y Caripuyo con 1.549 habitantes; en los menos poblados están Challviri con 604 habitantes y Chaicuriri con 431 habitantes.

3.4 Descripción físico-naturales.

3.4.1 Descripción fisiográfica.

Según perfil ambiental de Bolivia 1988, la segunda sección de la provincia Alonso de Ibáñez, comprende la región árida perteneciente a la Cordillera Real de los Andes en la subdivisión de la cadena montañosa, esa zona andina se caracteriza por estar formada por rocas paleozoicas (proliferación de montañas, serranías, colinas y valles), de ahí que es conocido como 'bloque paleozoico'. Este tipo de fisiografía controla el clima general de la zona al impedir el paso del aire húmedo hacia el oeste generando climas secos y áridos

En general se tiene una morfología escarpada encontrándose valles andinos estrechos de condiciones climáticas áridas, secas y templadas con escasa cobertura vegetal de protección.

Geomorfológicamente la zona es inestable, presenta las tasas de erosión hídrica más altas del país, tanto por las pendientes pronunciadas como por la escasa protección vegetal.

3.4.2 Altitud.

La altura fluctúa entre los 3.200 m.s.n.m. en las partes bajas, 3.700 m.s.n.m. en la parte media, donde se encuentran la mayor parte de los terrenos cultivables y 4.700 m.s.n.m. en las partes más elevadas, correspondientes a las zonas del pastoreo.

3.5 Características físico-biológicas.

Las comunidades del municipio se distribuyen en los tres pisos ecológicos, puna alta, puna baja y cabecera de Valle, los cuales varían según los rangos de altitudes.

El municipio Caripuyo presenta variabilidad climática entre las comunidades de acuerdo a la clasificación de pisos ecológicos, sin embargo, el 56.25% de las comunidades se encuentran ubicadas en la puna alta con 46 comunidades, presentando un clima árido a semiárido, en la puna baja 11 comunidades se encuentran distribuidas con el 12.5% caracterizadas por ser una región semiárida, la cabecera de valle con 25 comunidades que representan el 31.25% donde el clima se caracteriza por ser cálido y seco.

3.5.1 Clima.

Según Lesly R. Holdridge, para países trópico y subtropical americano y el mapa ecológico de Bolivia de 1986 basado en una clasificación de zonas de vida determinadas por la altitud, precipitación pluvial, vegetación, temperatura y humedad, indica que la región correspondiente al municipio Caripuyo se encuentra en una zona de vida EMST (Estepa Montano Subtropical), es decir, llanuras extensas caracterizadas por la rareza de disponibilidad de vegetación, con escasas precipitaciones y de clima extremo.

El clima del municipio se presenta de templado a frío con una temperatura promedio anual de 10° C, la precipitación pluvial va de entre 400 a 600 mm por año, los vientos predominantes son de Norte a Este y la humedad relativa va entre 61 y 48% con un promedio anual de 52.7%

3.5.2 Temperatura máxima y mínima.

La temperatura máxima en el municipio oscila entre 18 a 22° C en época seca y húmeda (enero, febrero, marzo, septiembre, octubre y noviembre), de 3 a -5° C la mínima en época de invierno (mayo, junio, julio y agosto) y una media anual de 10.6° C.

3.6 Recursos minerales.

El municipio cuenta con recursos naturales no renovables cuya explotación no es precisamente empresarial por falta de prospecciones que podrían cuantificar estos recursos. Existen áreas con minerales de estaño, oro, antimonio y en menor proporción cobre, plomo, wólfram, bismuto y zinc.

3.7 Comportamiento ambiental.

La región donde se halla ubicado el municipio se caracteriza por una extrema variación de los fenómenos climáticos presentando radiación solar intensa, temperaturas mínimas extremas, precipitación pluvial mínima con vientos fuertes, la mayor parte del año principalmente en la puna alta.

El comportamiento ambiental del municipio se efectúa de acuerdo a las actividades agrícola y ganadera, de modo general se puede mencionar que la cabecera de valle es la que presenta un clima más apropiado para el desarrollo de las actividades agrícolas y la zona del altiplano correspondiente a la puna alta para la producción de ganado camélido y ovino.

3.8 Suelo.

3.8.1 Puna alta.

Donde la producción agrícola es menor caracterizada por factores climáticos (heladas frecuentes, déficit de agua y escasa cobertura vegetal) que causan paulatinamente la desertificación de los suelos por mal manejo de tierras agrícolas convirtiéndose en suelos incultivables.

La actividad ganadera se realiza en áreas cubiertas por escasas especies forrajeras especialmente gramíneas con sobrecarga animal que causa la sumisión de las especies forrajeras disminuyendo paulatinamente la cobertura vegetal

3.8.2 Puna baja.

La producción agrícola es afectada por marcadas épocas secas (mayo a noviembre) razón por la que el suelo se queda con escasa cobertura vegetal provocando la erosión eólica.

La producción ganadera se realiza con escasas especies forrajeras con deficiencia alimentaria, debido al minifundio las áreas de pastoreo se redujeron ocasionando el sobre pastoreo, además la tala indiscriminada de especies forestales y arbustiva nativa.

3.8.3 Cabecera de valle.

Este piso presenta minifundio muy marcado obligando a los campesinos a realizar una actividad agrícola más intensa, que por el desconocimiento de un buen manejo de suelos se tienen suelos pobres y compactos ocasionando la disminución de la cobertura vegetal y pérdida de fertilidad de suelos causando el desequilibrio ambiental.

La sobrecarga animal por el consumo intensivo de praderas nativas ocasiona la pérdida de la fertilidad de los suelos.

3.9 Agua.

De acuerdo a la topografía del municipio las afluentes de agua van bajando a través del cause natural de las sierras altas a las sierras bajas. En las zonas de puna alta y puna baja la existencia de agua es menor ya que proviene de montañas que fluyen en menor cantidad, las cuales en épocas secas se van secando y pocas fuentes de agua son aprovechadas, ésto debido a la tala de especies vegetales nativas para el uso de la leña principalmente, donde el crecimiento de dichas especies no sobrepasa el metro de altura.

A medida que las aguas corren por su cause natural, son bien aprovechadas para el riego de cultivos por la mayoría de los pobladores de cabecera de valle.

El porcentaje de contaminación de aguas por desechos minerales es bajo, siendo afectado principalmente por pequeños riachuelos provenientes del municipio de Bolívar, departamento de Cochabamba, de las tierras de las comunidades Jinchupalla del cantón Chojlla.

Existen afloramientos salinos y contaminación por copagira, desechos de químicos por la explotación de minas fuera del municipio en la parte sudoeste de la comunidad de Jayoma donde los residuos sólidos son transportados por el río, se secan y son depositados por acción del viento en las parcelas de cultivos aledaños.

La disminución del caudal de las fuentes de agua en épocas de espiaje ocasiona efectos negativos en la producción agropecuaria y en la salud de la población.

3.10 Inclemencias.

Uno de los principales problemas es la presencia de lluvias torrenciales que ocasionan la pérdida de tierras fértiles a consecuencia de deslizamientos de tierras con escasa cobertura vegetal y pendientes fuertes. Las continuas precipitaciones pluviales causan mazamorras y desbordes de los ríos erosionando a la vez los suelos; también causan pérdidas severas en la agricultura, en especial en los cultivos de papa, cebada, trigo, maíz y arveja.

El granizo causa un impacto global a los ecosistemas predominantes del municipio, puesto que aparte de afectar en la agricultura y ganadería, es causante de la erosión hídrica severa de los suelos con más fuerza en las partes altas que en las bajas.

Las condiciones climatológicas de la región determinan que la evapotranspiración sea mayor a la precipitación, por lo que el déficit de humedad afecta a la región causando un periodo de sequía que junto a los otros factores como el viento, aceleran los procesos de degradación de los ecosistemas predominantes.

3.11 Marco histórico.

Según estudios, el territorio que actualmente ocupa la segunda sección municipal, perteneciente a la franja étnica de Sacaca que contenía el asentamiento de varios ayllus originarios, distribuidos en dos parcialidades principales: Alexaya y Manqhasaya, los mismos que agrupaban a un conjunto de ayllus menores.

La franja étnica Sacaca era parte del antiguo territorio Charcas y se extiende transversalmente de Oeste a Este desde la puna (provincia Alonso de Ibáñez) hasta el valle (provincia Bilbao).

En este contexto territorial, la región usada por el municipio Caripuyo, pertenecía a las denominadas tierras de renta, en la pampa o planicie de puna, en el extremo Oeste de la franja, éstas eran ex haciendas con cierto sentido de pertenencia al ayllu máximo, Sacaca, y con identificación a algunos ayllus menores como el Chaikina, éstos a su vez se dividían en tierras de renta Lakaya, Llaksa y Huanacoma, una característica de estos territorios fue que sus pobladores fueron convertidos en peones de las haciendas antes de la conformación de las haciendas Lacaya, Huanacoma y Llaksa. Todas éstas formaban parte del territorio del ayllu menor Amsta Chaikina del Patasaya, por ello, los actuales pobladores de estas tierras de renta conservan su sentido de pertenencia a este ayllu.

Pese a haber perdido parcialmente su organización y funcionamiento como ayllu por influencia del entorno sindical, aún mantienen un requisito de identidad étnica, el cual determina su participación en fiestas rituales como el Tinku y otras actividades culturales y de organización desarrolladas por las instituciones originarias del norte de Potosí.

En 1923 fue creada la provincia Alonso de Ibáñez durante el gobierno del Dr. Bautista Saavedra, formándose de lo que antes era la segunda y la cuarta sección de la provincia Charcas, es decir, Caripuyo y Acasio que comprendía lo que hoy es la segunda sección de la provincia general Bilbao Rioja.⁵

3.12 Transporte.

El transporte en el interior del municipio se ve reducido a vehículos particulares o a los camiones o pequeños minibuses que tienen algunas rutas preestablecidas, como las de Llallagua – Caripuyo, Chojlla – Oruro que son las vías principales que comunican al municipio con estas capitales, estos medios de transporte realizan sus recorridos dos veces por semana, lo que significa que el resto de los días estas poblaciones se encuentran aisladas.

3.13 Medios de comunicación.

Los medios de comunicación existentes en Caripuyo son básicamente dos, los radio operadores cuyo servicio es fundamentalmente para las instituciones como la Honorable Alcaldía Municipal HAM, el hospital *Corazón de María* y las postas de salud. El otro medio de comunicación es por medio de los teléfonos proporcionados por la Empresa nacional de telecomunicaciones ENTEL, que funcionan con paneles solares, limitando su uso a las horas del día.

3.14 Demografía.

Según el censo de población y vivienda 2001, la provincia Alonso de Ibáñez cuenta con una población total de 27.755 habitantes, distribuidas en dos secciones municipales, del total de habitantes, 13.883 son hombres (50.02%) y 13.872 son mujeres (49.98%).

Se observa que la mayor concentración poblacional se encuentra en la primera sección, Villa de Sacaca, alcanzando un 67.5% del total de la población de la provincia Alonso de Ibáñez

El municipio Caripuyo alcanza una población de 9.030 habitantes, de los cuales 4.548 son hombres y 4.482 son mujeres, con un índice de masculinidad de 101 hombres por 100 mujeres.

Cabe recalcar que el municipio Caripuyo cuenta con 2.298 familias, con un promedio de 3,91 integrantes por familia.

De acuerdo a los datos provenientes de los diagnósticos comunales realizados por el ajuste del Plan de Desarrollo Municipal, la población total del municipio alcanza los 10.457 habitantes, formando 2.507 familias y una distribución por

⁵ Datos obtenidos del Plan de desarrollo Municipal 2002-2006, documento realizado por Médicos Mundi de Navarra España.

sexo de 5.392 hombres y 5.065 mujeres, con un índice de masculinidad de 106.

Se advierte cierta variación con los datos provenientes del censo de población y vivienda 2001, ésta puede encontrar justificativo en variadas razones como el rechazo al Censo 2001 por el área rural y susceptibilidad hacia el estado por el tema de los impuestos de la tierra. Por otro lado, el censo realizado para el ajuste del Plan de Desarrollo Municipal se efectúa a nivel comunal con la participación de los dirigentes y autoridades comunales como responsables del levantamiento de información una vez conocida la importancia de este documento.

3.14.1 Población por edad y sexo.

La distribución poblacional en base a los datos estimados en los diagnósticos comunales muestra una población infantil de 4.388 comprendidos entre las edades de 0 a 14 años, población joven 2.887 habitantes distribuidos entre los rangos de 15 a 34 años, población adulta 2.403 entre los rangos de edad de 35 a 64 años y mayores de 65 años, es decir la población de ancianos con 743 habitantes.

La población en edad de alto riesgo comprendida entre 0 y 4 años alcanza 1.482 entre hombres y mujeres.

La población menor a 14 años alcanza un total de 41.96% lo que determina que la población del municipio sea predominantemente joven, hecho que es muy importante debido a su permanencia en las comunidades especialmente para cumplir su formación escolar y apoyando a las familias en las labores agropecuarias. Esta población representa un potencial económico y social para el desarrollo del municipio.

La población económicamente activa (PEA) alcanza el 50.57% del total de la población municipal. A su vez, este grupo está relacionado con los movimientos migratorios entre las ciudades y el campo.

El grupo de adultos mayores a 65 años representa el 7.11% de los habitantes del municipio, este porcentaje es mínimo debido a que el promedio de vida es de 56 años. Este grupo garantiza su permanencia y estabilidad en las comunidades dedicándose a las actividades agropecuarias, por lo que representa un grupo importante.

3.14.2 Número de familias y promedio de miembros por familia.

La información recopilada durante el diagnóstico indica la existencia de 2.507 familias en el municipio con un tamaño promedio del hogar de 4,25 miembros, dato aproximado al 3,9 señalado por el INE en el 2001. Estos datos son aproximados a los promedios que tiene la provincia Alonso de Ibáñez con 3,95 miembros por familia e igual al del departamento de Potosí.

3.14.3 Densidad poblacional.

La densidad poblacional del municipio alcanza a 21,30 habitantes por km² con una extensión territorial total de 532 km² superficie que es resultado del diagnóstico comunal y en base a las cartas del Instituto Geográfico Militar.

Realizando una comparación en el ámbito nacional y departamental se puede advertir que la densidad poblacional del municipio es superior al promedio nacional de 7,56 habitantes por km² y al promedio departamental de 6,00 habitantes por km².

A nivel provincial se ubica como uno de los municipios con mayor densidad poblacional en comparación con Villa de Sacaca que tiene una densidad poblacional de 11,43 habitantes por km² .

3.15 Vivienda y servicios básicos.

Según datos obtenidos del censo 2001 de los 9.025 habitantes 8.993 ocupan viviendas particulares y solamente 32 ocupan viviendas colectivas.

De los 2.298 hogares censados el 5 de septiembre de 2001, 24 poseen paredes construidas con ladrillo, bloques de cemento u hormigón; 2.097 adobe o tapial; 1 tabique o quinche; y 176 son viviendas cuyas paredes son de piedra.

De igual manera se puede observar que de las 2.298 viviendas, 757 tienen, como material de construcción del techo, calamina o plancha; 19 teja (cemento, arcilla o fibrocemento); 2 tienen losas de hormigón armado; 1.519 tienen como material de construcción del techo la paja, caña, palma o barro; y 1 tiene otro material.

2.175 viviendas de las 2.298 censadas el 2001 tienen como material de construcción del piso tierra; 5 tienen tablones de madera; 4 machimbre o parquet; 100 tienen el piso de cemento; 2 viviendas poseen el piso de mosaico, baldosa o cerámica; 3 viviendas, ladrillo; y 9 viviendas poseen otros materiales.

3.15.1 Disponibilidad de servicio sanitario.

De las 2.298 viviendas que fueron censadas el año 2001, el 20.93% tiene agua de cañería de red; el 2.70% tiene energía eléctrica y 10.70% dispone de un servicio sanitario.

3.15.2 Procedencia del agua en la vivienda.

El número de viviendas a las cuales les llega agua por medio de una cañería de red es de 481; 1.377 viviendas reciben agua a través de una pileta pública; 1 vivienda recibe agua de una carro repartidor; 92 viviendas reciben agua de un

pozo o noria con bomba; 189 lo hacen de pozo o noria sin bomba; 151 viviendas reciben agua de río, vertiente o acequia; 3 lo hacen de lago o laguna; y 4 viviendas reciben agua de otras fuentes.

3.15.3 Distribución del agua en la vivienda.

En 192 viviendas de las 2.298 la distribución del agua dentro de la casa se realiza por cañería; en 1.170 casas el agua se distribuye por cañería fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno; y en 936 viviendas el agua no se distribuye por cañería.

3.15.4 Disponibilidad, uso o desagüe de servicio sanitario en la vivienda.

246 viviendas cuentan con baño o letrina, de los cuales 203 usan su servicio sanitario, 43 comparten el servicio con otros hogares. El desagüe de estos servicios sanitarios se distribuye de la siguiente manera: 16 por alcantarillado, 42 cámara séptica, 181 pozo ciego, 2.059 no tienen un servicio sanitario.

3.16 Combustible o energía que utiliza para cocinar.

De los 2.298 hogares existentes en el municipio de Caripuyo, 1.646 utilizan leña para la cocción de los alimentos; 584 cocinan con guano o bosta, 66 lo hacen con gas y 2 viviendas no utilizan ningún tipo de energía o combustible para cocinar.

3.17 Promedio de personas por dormitorio y por habitación.

En el municipio de Caripuyo el número promedio de personas por dormitorio es de 3,21 y el número promedio de personas por habitación es de 1,96.

3.18 Tenencia de la vivienda.

La mayor parte de los hogares cuentan con una casa propia dentro del municipio, la suma de los mismos asciende a 2.195, 30 hogares habitan viviendas alquiladas, 9 tiene un contrato anticrético y mixto, 61 hogares habitan viviendas que les han sido cedidas (ya sea por servicios o prestada por parientes o amigos) y 3 hogares tienen otro tipo de tenencia de la vivienda.

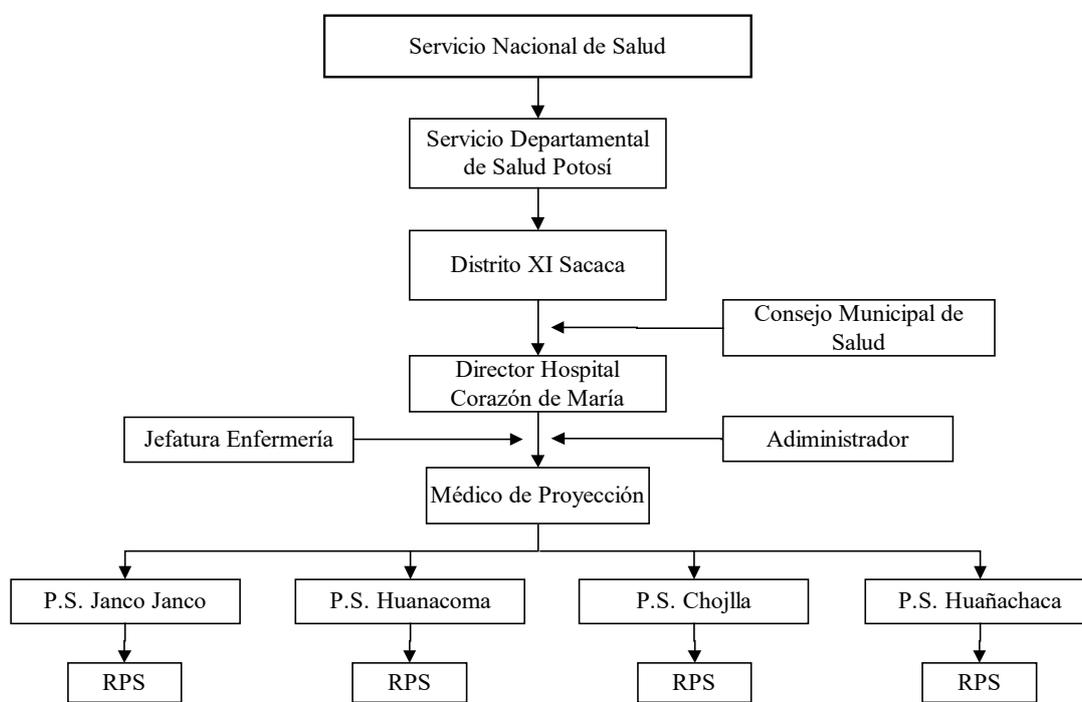
3.19 Medicina convencional.

3.19.1 Estructura institucional.

La estructura institucional del área de salud está compuesta por una dirección distrital de salud que se encuentra en la primera sección municipal de la provincia Alonso de Ibáñez, Sacaca y una dirección del hospital que se encuentra en la capital de la segunda sección, entre las dos direcciones coordinan y delimitan acciones para el hospital y todas las postas que se encuentran en los cantones del municipio

3.19.2 Organigrama de salud.

Organigrama del servicio de salud municipio de Caripuyo 2002



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal Caripuyo 2002 - 2006

El Hospital *Corazón de María* cuenta con los siguientes servicios:

- *Administración Municipal:* Comprende a la Administración Distrital, Jefatura de Municipio, Jefatura de Distrito.
- *Área de servicios:* Sala de enfermeras.
- *Área de consulta externa:* Consultorio de medicina general y consultorio de emergencias.
- *Área de internación y asepsia:* Sala de pre y posparto, sala de partos, sala de internación varones (3 camas), sala de internación mujeres (4 camas), sala de esterilización.

- *Área de servicios generales:* farmacia, portería, sala de radio, dormitorio médico de turno, dormitorio de enfermera de turno, lavandería, baño para personal (ducha), depósito de herramientas, garaje (dos ambulancias), almacenes generales.

3.19.3 Recursos humanos.

El hospital de referencia del Distrito esta constituido por:

- 1 Médico general Jefe de municipio.
- 1 Médico general.
- 1 Licenciada en enfermería.
- 2 Auxiliares de enfermería.
- 1 Administrador.
- 1 Conductor.
- 1 Portero.

En el caso de las 4 postas sanitarias de salud, en cada una de ellas solo existe un auxiliar de enfermería a excepción de Janco-Janco donde actualmente se cuenta con una profesional médica. A esto, se suman 4 promotores de salud en todo el distrito que colaboran con las actividades a realizarse.

3.19.4 Número, tipo y cobertura de los establecimientos.

En el municipio existe un sólo hospital ubicado en el centro poblado de Caripuyo y cuatro postas médicas ubicadas en Huanacoma, Chojlla, Huañacha y Janco-Janco, según las normas nacionales en salud en cuanto a la distribución de las postas y número de personal, éstas no se adecuan a la zona para poder brindar la atención respectiva se ha visto que se debería ajustar la distribución de postas principalmente por las distancias y también por el número de habitantes que tiene el municipio. Pese a este incumplimiento a las normativas en salud y según el director del hospital de Caripuyo, la atención en

salud de las comunidades alcanza a un 95%, la cobertura para habitantes es de 98%, y para las familias de las comunidades es del 99.8 %. Otros factores que influyen en las coberturas son la estacionalidad de las lluvias, crecida de los ríos y la falta de un acceso caminero estable todo el año, los cuales no permiten la transitabilidad y destino de las personas enfermas como de los responsables populares de salud (RPS), a las comunidades y a los centros de salud. En casos graves los pacientes son trasladados a hospitales como ser: Hospital Mauro Obrero de Llallagua, Hospital de la Caja Nacional de Salud en Uncía y Hospital General San Juan de Dios en Oruro.

Los grupos etéreos correspondientes a cada uno de los centros de salud muestran que los pacientes más frecuentes oscilan entre las edades de 15 a 49 años representando esto un 48% de la población total y que el grupo de alto de riesgo son los menores de cinco años que ascienden a un 14.33% de la población total.

3.19.5 Ubicación y distancia de los establecimientos de salud

Los puestos de salud abarcan 5 cantones de los ocho existentes, siendo una característica de ellos las distancias que se deben recorrer para ser atendido. Esta es una de las razones que determina la baja o media concurrencia a los centros de salud, efectuando una relación de número de habitantes y número de puestos de salud, se obtiene que existe un establecimiento de salud para cada 2.092 personas cifra mayor a normas en salud (1.500 personas por posta), que determina que es insuficiente.

Técnicamente el hospital de Caripuyo cuenta con el servicio de ambulancia el resto de las postas cuentan con motocicletas. El mantenimiento de los establecimientos médicos está a cargo de la Honorable Alcaldía Municipal de Caripuyo la cual está encargada de coordinar con el director del distrito para poder realizar su tarea.

3.20 Medicina tradicional.

3.20.1 Número de curanderos y enfermedades tratadas.

La utilización de la medicina tradicional está muy enraizada en las costumbres de los pobladores de la región del Norte Potosí y por supuesto de las personas de Caripuyo, ésto debido a la transferencia de conocimientos empíricos que se han mantenido de generación en generación. La cultura andina permitió mantener los ritos y costumbres que tienen que ver mucho con las curaciones de malestares conocidos como extraños, esta medicina se fortaleció por la lejanía de los puestos de salud o por que los sanitarios no prestan atención permanente. Según funcionarios del gobierno municipal y algunos pobladores se dice que existe al menos un curandero por comunidad, en total 80 a 82 curanderos y por otro lado las llamadas matronas que trabajan en coordinación con el hospital. En conversaciones con los comunarios y encuestas realizadas las enfermedades tratadas con mayor frecuencia son: resfriós, diarreas, dolores de estómago, dolores de cabeza y sobre todo enfermedades conocidas como sustos, aires y hechizos.

4. Antecedentes.

4.1 Antecedentes culturales.

La historia de la cultura aymara está marcada por una serie de grandes acontecimientos, los que influenciaron en el sentir de sus integrantes. Al analizar los elementos que hacen a esta cultura, se pudo advertir que a pesar del tiempo transcurrido, muchos de estos elementos se mantienen hasta nuestros días. El objetivo de este apartado está en describir estos elementos que aún persisten en la cultura aymara.

4.1.1 Cosmovisión aymara y principios organizadores de la sociedad andina.

La cultura aymara a pesar de los cinco siglos de dominación externa a la que forzosamente ha tenido que adaptar su psicología y su cultura, mantiene sus mitos, ritos, creencias, costumbres, valores, etc.

Según Xavier Albó la cosmovisión aymara se ha formado en base a la experiencia y la percepción del universo como una totalidad “Todo en este mundo es una única realidad”.⁶

Es así que para los aymaras dentro de esta realidad concebida como una totalidad, todos los elementos o componentes están en una relación mutua. “Consideran que todas las cosas están mutuamente relacionadas todo tiene que ver con todo y no hay nada ni nadie separado”.⁷ Además, que la reciprocidad es una característica de esta relación mutua, un dar y un recibir que abarca todas las dimensiones del universo. La cosmovisión aymara engloba al hombre, la tierra, animales, en si a toda la naturaleza, habiendo

⁶ Xavier Albó, “Caminos de liberación”, *Fe y pueblo* (La Paz) N° 18 (1987): 4-11, *art. cit. por* Hans van den Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

⁷ Rufino Paxi *et. al*, “Religión aymara y cristianismo”, *Fe y pueblo* (La Paz) N° 13 (1986): 6-13, *ibid.*

reciprocidad en todos estos niveles. La interrelación de todos los componentes del universo y la reciprocidad entre éstos, revelan un equilibrio fundamental que es la base y sostén esencial de la existencia misma del cosmos.

Tres son las grandes dimensiones o componentes del cosmos, según la cultura aymara: la naturaleza, la sociedad humana y la sociedad extra-humana. Dentro de esta concepción aymara del mundo, existen principios organizadores, que según Xavier Albó,⁸ son los siguientes:

La reciprocidad está en la base de las relaciones humanas y sociales. Esta reciprocidad no es un equilibrio estático, cíclico o estéril sino hacia la “dialéctica del don”, si una parte tiene la iniciativa de dar, la otra devolverá con un don todavía mayor y así sucesivamente, generándose una dinámica expansiva no para el lucro acumulativo de uno sino para la abundancia compartida y creativa de todas.

La reconciliación. La reciprocidad tiene dos caras: la primera que es devolver con creces al que ha dado primero; y la otra es reestablecer el equilibrio roto (reconciliación). Por eso todos los ritos, muchas veces orientados precisamente a reestablecer el equilibrio perdido, acaban con una ceremonia de perdón y un abrazo de paz entre participantes.

La solidaridad. Siendo distintas, la familia y la comunidad son sagradas y las obligaciones contraídas con ellas no deben soslayarse. La forma de solidaridad aymara tiene dos rasgos importantes: uno, dentro de los círculos crecientes de solidaridad el individuo y las unidades inferiores nunca quedan eliminados por el nivel superior, incluso el modelo de persona es la pareja. La forma de comunión y solidaridad es dialéctica de modo que cada parte es respetada y como tal mantiene su identidad y aporte específico. Dos, esta solidaridad es fundamental con quienes se comportan como gente (*jaqi*); no con los abusivos que desarrollan actitudes prepotentes (*q'ara*) mientras persistan en su actitud.

Comuni3n con todo el universo. La solidaridad y la reconciliaci3n no se dan s3lo entre humanos sino con todo el cosmos y con cada uno de los seres que lo componen. Nada queda calificado como desechable. Todo es tratado como ser vivo al que hay que hablar con respeto y cari3o. De alguna manera, todo participa de esta vida en expansi3n que hay en todo el universo.

Respeto y confianza a los seres sobrenaturales. Como parte fundamental de esta comuni3n con todo el universo, hay que mantener esta relaci3n de respeto tanto con Dios como con los dem3s seres sobrenaturales incluidos los muertos y antepasados. Con todos ellos hay que tener la iniciativa de hacer dones y ofrendas generosas con la seguridad de que su respuesta ser3 todav3a m3s generosa.

4.1.2 Dualismo, equilibrio y complementariedad.

Fernando Montes Ruiz, en su obra *La M3scara de Piedra*⁸ se3ala que los aymaras y los quechuas perciben la naturaleza y la cultura en t3rminos de opuestos simb3licamente sexuados, por ejemplo los cerros y la puna se consideran masculinos, en tanto que la tierra, las pampas y los valles son femeninos. En el plano mitol3gico, el sol, el *pacha tata*, los esp3ritus de otros cerros y la *china supay* son hembras. Incluso los productos alimenticios andinos tales como la papa son representaciones del sexo femenino mientras que el ma3z es la representaci3n masculina. An3logamente dentro de la m3sica nativa hay ciertos instrumentos masculinos y otros femeninos.

A la vez este autor afirma que la oposici3n sexual se hace extensiva al espacio andino, el territorio aymara est3 dividido en dos mitades: el *Urcusuyo* y el *Umasuyu*, uno simb3licamente hombre y el otro la mujer. Dentro de cada ayllu existe siempre la parcialidad de arriba considerada masculina y la parcialidad

⁸ Xavier Alb3, "Injerto cristiano en tronco aymara" *Revista Cuarto Intermedio* (Cochabamba-Bolivia) N3 21 (1991).

⁹ Fernando Montes Ruiz, *La m3scara de piedra. Simbolismo y personalidad aymaras en la historia*, La Paz-Bolivia, Editorial Quipus, 1986.

de abajo como femenina. De esa manera el mundo social y natural andino se concibe como una ampliación a mayor escala del modelo provisto por la pareja humana.

Entre el hombre y la mujer se establece una dialéctica complementaria de oposición, por una parte ambos cooperan entre sí y conforman la unidad social, económica, política y ritual básica de la organización andina. Por otro lado, aunque se trate de una unidad bien definida la pareja humana está constituida por dos individuos distintos y diametralmente opuestos en su polaridad sexual y en sus atributos que son dos contrarios potencialmente antagónicos, que sin embargo se complementan precisamente en virtud de su oposición recíprocamente inversa, cada uno de ellos posee exactamente lo que le hace falta al otro, y la combinación de ambos restituye al todo. La oposición dual es por tanto un requisito para la reciprocidad complementaria en que se funda la unidad familiar.

La pareja humana es fundamentalmente contradictoria, la unión de la dualidad y la complementación de los opuestos se da en la cópula, momentánea comunión en que macho y hembra descubren sus límites individuales, armonizan sus antagonismos y conjuncionan sus disparidades para fusionarse en una estrecha unidad, que es a un tiempo síntesis y perpetuación de sus contradicciones.

Este autor llega a la conclusión de que en la dialéctica andina las contradicciones de los opuestos complementarios se resuelven a través de un intercambio recíproco equilibrador, en una síntesis que los integra armónicamente, en una unidad, dando lugar a una nueva oposición binaria idéntica a la anterior. Aquí las contradicciones surgen, se disipan y resurgen alternativamente en infinita periodicidad cíclica que siempre retorna al punto de partida, asegurando así la inmutabilidad del sistema. Si bien la asimetría y la búsqueda del equilibrio imprimen una cierta dinámica al paradigma andino, la sucesión de desequilibrios parciales da por resultado el equilibrio total del

sistema en su conjunto.

4.1.3 Concepción de tiempo y espacio.

El concepto aymara y quechua de *Pacha* engloba simultáneamente las nociones de tiempo, espacio y totalidad. Así, *Pacha* denota la totalidad e integridad de una cosa y la probabilidad de que algo ocurra.

En el tiempo y espacio se plasma lo esencial de la existencia aymara. El *Pacha* (universo) es a la vez espacio y tiempo, ambos son sagrados. El tiempo y el espacio conforman una unidad indisoluble. El tiempo es considerado como cíclico y se lo experimenta en relación con la producción agrícola. En los momentos cruciales del ciclo productivo (siembra, crecimiento de las plantas, cosecha) se ejecutan ritos importantes.¹⁰

El tiempo es elástico y relativo, el pasado y el futuro por muy remotos que sean, son siempre contemporáneos al presente, la distancia temporal que media entre este y aquellos es relativa y puede acortarse indefinidamente hasta hacerlos inmediatos. Esto no significa que deje de haber devenir. Por el contrario, el tiempo transcurre: hay un antes y un después, los cuales son a la vez un ahora que es siempre. Los acontecimientos del pasado y del futuro están ocurriendo constantemente en este presente eterno y absoluto, sobre el que confluyen todos los tiempos posibles.

En este tiempo cíclico el futuro está prefigurado en el pasado y conocido y experimentado, siendo uno la reproducción simétrica y exacta del otro. Por eso es que constantemente se busca en la antigüedad mítica las claves para comprender lo presente y lo venidero.

En la concepción andina del tiempo, el pasado queda hacia adelante y está

asociado con los ojos y con el acto de ver porque se lo ha vivido y presenciado; es decir, que se lo ha visto. A la inversa el futuro queda hacia atrás de la espalda porque es aún desconocido, y por así decirlo esta fuera de la perspectiva visual.¹¹

El *Pachakuti* es un recurso en la dialéctica andina que sirve para reestablecer el equilibrio. El *Pachakuti* vendría a ser una vuelta, inversión o transformación renovadora del mundo, del tiempo y del espacio. Esta inversión de un estado a su contrario se efectúa por turnos, es decir en forma periódica y alternada.

El *Pachakuti* es el caos transformador que marca la transición entre dos eras y el punto de ruptura donde se invierte el universo. En esta visión cíclica de la unidad espacio temporal se suceden eras cósmicas contrapuestas mediadas por cataclismos.

Por tanto el '*kuti*' consiste en que dos opuestos intercambian por turno sus respectivas posiciones topológicas jerárquicas, de modo que cada uno de ellos predomina alternativamente sobre el otro y el sistema total se invierte periódicamente.

En la concepción andina se distinguen tres niveles espaciales, designados en aymara como: *Alaxpacha* o cielo (arriba), *Akapacha* o esta tierra (centro) y *Mankapacha* o subsuelo (abajo). Dentro del espacio vivencial de los aymaras se encuentran también los seres sobrenaturales y las almas de los difuntos.

Akapacha. 'Esta tierra', es el espacio vital de los hombres, de los animales y de las plantas, el hábitat de la *Pachamama*, de los *Achachilas* y otros espíritus del mundo aymara.¹²

¹⁰ Hans van den Berg, *Diccionario Religioso Aymara*, Iquitos- Perú, Talleres Gráficos del Centro de Estudios Teológicos de la Amazonía, 1985.

¹¹ Ver Montes Ruiz: *La máscara de piedra*.

¹² Juan van Kessel, *Holocausto al progreso: Los ayamaras en Tarapacá*, Ámsterdam Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1980.

Según Montes Ruiz, el espacio físico que corresponde al *Akapacha* adopta dos modalidades aunque simbólicamente y estructuralmente equivalentes. Por un lado, existe la oposición ecológica de tierras altas (*Urco*), tierras bajas (*Uma*) mediadas por un centro denominado *Taypi*; por otra parte, está la dualidad de alto (*alax*), abajo (*manqha*), ambos modelos están inspirados en la topografía andina.

La *Pachamama* pertenece al *Akapacha*, es la madre tierra fecunda y bondadosa que genera vida, que nutre a los hombres con sus frutos, que los protege y los ayuda “es como una madre dicen los campesinos”.¹³ Sin embargo, la madre tierra niega sus frutos a los hijos ingratos y ocasiona enfermedades cuando éstos no cumplen con sus pagos u ofrendas adecuadas. Representa lo femenino del universo y la capacidad para crear y producir vida dentro del cuerpo.

La *Pachamama* está estrechamente relacionada con el subsuelo y con las divinidades que allí habitan. Recibe también el nombre de *Wirgina* o *Wirgen Mama*,¹⁴ esto da a entender que la *Pachamama* se ha concretizado a la Virgen María del Catolicismo.

Como entidad protectora de los indígenas y como símbolo de la comunidad, la *Pachamama* es la principal divinidad de los aymaras. Tiene la función mediadora entre el mundo de lo alto (opresores) y el mundo de lo bajo (cultura oprimida), logrando la síntesis o conjunción de estas realidades opuestas. Hacia el nivel de arriba, de cara a los opresores, la *Pachamama* se disfraza de Virgen María y aparentemente forma parte del cielo cristiano. Sin embargo, esta es la única divinidad cristiana que los indios consideran benigna y verdaderamente propia o familiar. Hacia abajo, es decir, para los oprimidos

¹³ J. E. Monast, *Los Indios Aimaraes: ¿evangelizados o solamente bautizados?*. Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé, 1972, *art. cit.* por Hans van den Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

simboliza el ayllu y propicia las actividades cotidianas de subsistencia en él, a la vez que encubre y protege la verdadera identidad y la rebeldía indígena que subyacen en el subsuelo.¹⁵

Alaxpacha ‘espacio del más allá’, ‘cielo’. Es el espacio superior donde se encuentran el sol, la luna y las estrellas. Morada de Dios y de toda su organización (12 ancianos, ángeles, santos y espíritus celestiales).¹⁶

Las divinidades del *Alaxpacha* aymara se desplazaron hacia el subsuelo, lo que ha ocurrido es que a raíz de la conquista española y su religión pasaron a ocupar el nivel superior, a medida que los dioses del *Alaxpacha* se identificaron con el conquistador y se asimilaban al cristianismo se iban haciendo ajenos a los indios. Por otra parte, al estar los españoles asociados a la barbarie, la destructividad y la maldad los atributos de estos últimos se transmitieron a los dioses cristianos del *Alaxpacha*.¹⁷

Es así que en el plano ideológico, los opresores y el orden social instaurado por ellos están representados por el *Alaxpacha* cristiano, que contiene y legitima los ideales o normas de conducta que las clases dominantes imponen al indígena: conformidad, cumplimiento de las obligaciones serviles, humildad, respeto, temor y sumisión. Estos valores y modelos de comportamiento internalizados por el aymara, coartan sus verdaderos deseos, reprimen sus necesidades y le exigen negar su propia identidad.

El padre eterno del cristianismo, es para el aymara una deidad remota, inaccesible y ajena. Dios es concebido como un anciano que está en el cielo que tiene todo lo que quiere y no tiene ningún problema, por eso, nada de lo

¹⁴ Xavier Albó, “Pachamama y cara: el aymara ante la opresión de la naturaleza y la sociedad”. En: *Congreso de Americanistas*, 44, Manchester, 1982. *Cuadragésimo cuarto Congreso de Americanistas. Manchester: Asociación de Americanistas*, 1982.

¹⁵ Ver Montes Ruiz: *La máscara de piedra*.

¹⁶ Víctor Ochoa, *Un Dios o muchos dioses*, Boletín Ocasional (Chucuito) N° 19, (1975), pp.1-30 art. cit. por Hans van den Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

que pasa en la tierra le importa. Está separado 'no se mete en la vida de los indios, es el Dios de los señores'. Lo imaginan como un hombre blanco y generalmente se dirigen a él con la misma actitud humilde y plañidera con que les hablan los criollos o mestizos, cuando les piden algún favor.¹⁸

El sistema de creencias aymara ha incorporado a varios santos católicos, aunque con un significado distinto del que tienen en el cristianismo. Para el indígena un santo es una divinidad indiferente a los asuntos humanos, que sólo se ocupa de los hombres para exigir la correcta ejecución de los ritos y ceremonias de las que se considera acreedor y está pronto a castigar la menor falta u omisión en estas obligaciones rituales. Por eso, la principal preocupación del aymara no será recibir favores del santo sino aplacar su cólera.

Manqhapacha. 'espacio de adentro'. El mundo de adentro, es decir el subsuelo, es la morada de muchos espíritus malignos.¹⁹

Las divinidades del cielo prehispánico, se desplazaron simbólicamente al subsuelo llevando consigo los valores e ideales andinos, junto con el recuerdo idealizado de un pasado glorioso de libertad, justicia y propiedad, y la potencialidad subversiva para el retorno a ese orden universal correcto.²⁰

La acción represiva de los misioneros cristianos condujo a identificar a todas las deidades proscritas del panteón andino con los dioses originalmente negativos del *Manqhapacha* (*Supaya*, *Wari*), ahora asimilados al demonio cristiano.

De esa manera, por oposición a las divinidades celestes concretizadas con el cristianismo y asociadas al orden hispano-criollo, los dioses clandestinos

¹⁷ Ver Montes Ruiz: *La máscara de piedra*.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ Ver Kessel: *Holocausto al progreso*.

²⁰ Ver Montes Ruiz: *La máscara de piedra*.

representan a la antigua religión andina y son depositarios de la identidad étnica, de las tradiciones indígenas y de la memoria colectiva del pasado precolombino. El *Manqhapacha* es la antítesis del cielo cristiano y del orden hispano-criollo que éste legitima.²¹

El sistema religioso aymara moderno, es una unidad basada en creencias indígenas precolombinas y elementos cristianos.

Frente al celo inquisitorial de los españoles, los indios se vieron obligados a esconder su antigua religión bajo un disfraz católico. Así detrás de cada imagen cristiana se oculta un ídolo indígena, cada festividad religiosa católica, corresponde a una antigua solemnidad y la mayor parte de las iglesias y santuarios católicos están construidos en los primitivos lugares sagrados indígenas.

En su vida pública, el indígena, ocasionalmente aparenta actitudes católicas; si de vez en cuando asiste a una misa o participa en una procesión, ésto de ningún modo significa que espere un verdadero apoyo del Dios cristiano. El catolicismo indígena es verdaderamente muy pobre y puramente afectado. En cambio, en su vida privada el indígena va inmediatamente hacia sus propias divinidades considerándolas como las únicas soberanas y susceptibles para arreglar sus problemas.²²

Por último, según estudios antropológicos, entre los tres *pachas* (abajo, aquí y arriba) hay una correspondencia con los tres tiempos: pasado, presente y futuro. El *Akapacha* está en el presente, el *Manqhapacha* nos lleva hacia el

²¹ *ibid.*

²² Louis Girault, *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, La Paz-Bolivia, CEREF/MUSEF/QUIPUS, 1988, *art. cit.* por Hans van den Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

pasado remoto y el futuro, mediante la comunicación con los muertos, con la gente antigua y dioses antiguos.

4.1.4 Concepción de vida y muerte.

A través de la concepción aymara de la muerte se ve que este problema no se plantea en términos de un antagonismo entre vida y muerte, sino más bien una especie de contradicción armónica, porque la muerte es concebida como la continuación de la vida bajo la forma de pasaje-viaje que al cerrar el ciclo volverá a la vida real entre los vivos.

La muerte es un viaje del que se conocen los primeros pasos, pero no parece tener una meta concreta. No hay simbolismos utópicos de una vida superior, más bien parece una sub-vida humana. La otra vida es como un camino largo a oscuras por un túnel tenebroso. La muerte es un viaje que lleva a la reintegración con la *Pachamama*. El quedarse en la periferia, es decir el merodear del alma por lugares donde vivió, no es sino la falta de 'pago' que impide caminar hacia la *Pachamama*. "No es en realidad la conducta moral del finado lo decisivo para su reintegración con la *Pachamama*, sino el cumplimiento exacto del pago ritual por parte de los familiares".²³

Cuando llega la muerte, la familia y la comunidad tienen la obligación de realizar una serie de rituales: funerarios y de duelo. Los rituales funerarios consisten en actos ceremoniales relacionados con el difunto y los ritos de duelo se relacionan con los vivos frente a la muerte.

El más allá para el aymara es un dormir arropado, en la *Pachamama* después de un fatigoso viaje. Es un desaparecer en el seno materno, como la hierba nace, crece y muere en la misma tierra.

La concepción aymara de la vida difiere de otras, ya que para comprender la

²³ Federico Aguiló, *El hombre del Chimborazo*, Quito, Editorial Abya-Yala 1992. pp. 318.

misma es necesario tener en cuenta siempre las tres dimensiones básicas en las que se divide el *Pacha*.

“La vida es concebida como eterna en el *Pacha*, el origen de la vida tiene su principio en la creación, por el Ser Supremo *Pachacamak*. La vida es sagrada, es decir, dará siempre lugar a cada cosa; sobretodo la vida humana es inatacable e intocable”.²⁴

La vida es esa actividad funcional de los seres orgánicos, indispensable para la conservación y reproducción. Es el principio de la acción de todos los fenómenos de la vida espiritual, moral e intelectual; la actividad de la vida es tácita en su organización, cuyo objetivo principal era y es el de conservar la vida, el permitir su adaptación a las leyes sociales, en tanto que transposición de la ubicación armónica de los cuerpos celestes.²⁵

La vida es concebida esencialmente como unidad interna e intermedia, principio inmanente armónico, además la vida es principio de percepción y asimilación y de participación en todo. Percepción que expresa y dirige el *Pacha*. La vida es concebida como armonía, como equilibrio, como justicia, como solidaridad, los mismos que son considerados como elementos básicos de la felicidad.²⁶

Para el aymara la vida es unitaria en sí misma, puesto que el hombre y la mujer aymaras constituyen la unidad primordial.

4.1.5 El mundo sobrenatural de Los Andes.

Para el aymara el universo no está poblado solamente por el hombre, sino también por las almas de los difuntos y por Dios, además de un gran número

²⁴ Víctor Chinche Roca, *La concepción aymara de la muerte*, Boletín Chitakolla (La Paz) N° 23, 3, (1985).

²⁵ *ibid.*

²⁶ *ibid.*

de seres sobrenaturales. Estos seres generalmente son considerados como ambiguos: tienen características positivas, favorables al hombre. En varios de ellos predomina lo positivo, de modo que son reconocidos como benignos, pero en otros prevalece lo negativo, siendo considerados como malignos.

El concepto de alma de los aymaras es bastante complejo y no del todo claro. Se podría distinguir en total cuatro o cinco almas en el hombre: el *ajayu*, el *jañayu*, el ánima, el *qamasa* y el coraje.²⁷

El *ajayu* es el principal de los espíritus que tiene el hombre. Está relacionado con la conciencia, con el razonamiento y también con la fuerza vital. Se diversifica en distintos espíritus que vitalizan las distintas partes del cuerpo humano. El más importante llamado *jach'a ajayu* está en la cabeza; los otros *jisk'a ajayu*, se encuentran en las otras partes del cuerpo, en especial en los miembros. Juntos son como nervios que se comunican. El *ajayu* puede salir del cuerpo, particularmente durante el sueño, pero también a causa de sustos. El *ajayu* de un difunto puede regresar a su casa y puede anunciar la muerte de un miembro de su familia.²⁸

Para el andino, el hombre se compone de tres elementos: el alma, el ánimo o *ajayu* y el cuerpo. El alma es el soplo o emanación divina, cuando el hombre muere su alma abandona el cuerpo. El ánimo o *ajayu* da equilibrio y consistencia a la relación del cuerpo y el alma.²⁹

Entre los seres sobrenaturales, se destaca en primer lugar la *Pachamama*, la Madre Tierra, la que de modo especial ampara al hombre, lo protege y le da el sustento diario. A lado de ella se encuentran los *Achachilas*, los espíritus de los antepasados, que tienen su morada en las altas montañas de las dos grandes

²⁷ William Carter, Mauricio Mamani, *Irpa Chico: Individuo y comunidad en la cultura aymara*. La Paz-Bolivia, Librería-Editorial Juventud, 1982. *art. cit.* por Hans van den Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

²⁸ María Luisa Valda de Jaimes Freyre, *Costumbres y curiosidades de los aymaras*, La Paz, Editorial Universo, 1964. *ibid.*

cordilleras de los Andes y en los cerros y colinas que rodean las comunidades campesinas. Ellos son los protectores y benefactores del pueblo aymara en su totalidad y de cada comunidad local. El aymara mantiene una relación íntima con la *Pachamama* como con los *Achachilas*, a quienes rinde constantes homenajes y a quienes 'paga' por los beneficios que de ellos recibe, mediante sus ofrendas y sacrificios. Protectores de las comunidades son, también, los santos católicos que han sido integrados en la vida religiosa como patronos y patronas.

En un pueblo que debe librar una dura lucha por la subsistencia y que experimenta una honda preocupación por la existencia, la misma que llega a veces a una verdadera angustia, fácilmente se concibe a fuerzas dañinas que parecen querer perjudicar su vida. Estas fuerzas se han personificado en forma de muchos espíritus malévolos y malignos que moran en muchos sitios de su ambiente y que, con preferencia, actúan durante la noche oscura y fría del altiplano. Ellos simbolizan la realidad del alma, del poder desequilibrante, que pone en peligro la existencia del orden y de la armonía, fundamentalmente del universo, de la naturaleza y de la sociedad humana.³⁰

4.1.6 La vida cotidiana y las prácticas religiosas del mundo aymara.

En la base de la religión aymara yace una cosmovisión, cuyo núcleo central se expresa en la admisión de la existencia de un equilibrio fundamental, que penetra todas las esferas del universo y está presente en la naturaleza y en la sociedad humana. El universo, la naturaleza y la sociedad están estrechamente interrelacionados, pero es el hombre quien por sus pecados, puede desequilibrar el cosmos, mientras que mediante sus ritos puede mantener o

²⁹ Enrique Oblitas, *Cultura Kallawayá*. La Paz, Editorial Carmelighi, 1978.

³⁰ Federico Aguiló, *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*, Sucre-Bolivia, Talleres Gráficos Qori Llama, 1982.

reestablecer el equilibrio.³¹

Las prácticas religiosas se caracterizan particularmente por la ejecución de un número elevado de ritos que todos de una u otra manera tienen como objetivo mantener o reestablecer el equilibrio y la armonía. Podemos mencionar en primer lugar aquellos ritos que marcan los distintos momentos cruciales del ciclo vital: nacimiento, matrimonio, muerte; y los que están relacionados con otros acontecimientos del hogar. Es así que, en la mayoría de los casos se observa que el aymara nunca comienza los trabajos en el campo o cualquier otra actividad pública o privada (viaje, construcción de una casa, trabajo colectivo, etc.) sin una ofrenda o misa. La vida cotidiana del aymara está marcada por la constante ejecución de ritos.

Uno de los elementos fundamentales del rito aymara es la ofrenda llamada 'misa o mesa' que cumple una doble función de obsequio o don para los seres sobrenaturales y de 'pago' por los favores y beneficios que se reciben de ellos.

Según estudios realizados por algunos antropólogos en el mundo religioso aymara, todos los seres sobrenaturales, buenos o malos toman parte muy activa de los problemas y las ocupaciones de los humanos, tanto a nivel colectivo como a nivel individual. Para bien o para mal pueden influir sobre su destino; depende de ellos el dispersar la vida o la muerte, la salud o la enfermedad, el bienestar o la pobreza, asegurar o comprometer la abundancia de las cosechas, etc.

En consecuencia pueden ser implorados o invocados, tanto por medio de actos religiosos como mediante prácticas de magia.

³¹ ver Berg, *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos.*

4.1.7 Salud y enfermedad en el mundo aymara.

El medio físico en donde habitan estos seres humanos es una prueba dura, establece una fuerte selección, a través de una elevada mortalidad infantil. Los que superan esa valla pueden decirse hombres fuertes, resistentes y gozando de buena salud. La salud entonces no es sino un ‘engañar’ a la enfermedad.³²

En Bolivia coexisten, no sin tensiones, dos sistemas médicos: el uno propio de las culturas tradicionales, quechua, aymara, huaraní, y otras, el tradicional comunitario y el otro representante del saber científico, universitario de occidente, el sistema formal. Mientras el primero corresponde a los grupos indígenas, el segundo es propio de los sectores criollos y mestizos del estado boliviano.³³

La enfermedad es toda incidencia en el cuerpo o ‘ajayu’ (espíritu) o ambos a la vez, desequilibradora por la agresión extrínseca o intrínseca de un demiurgo, con efectos permanentes, quizás progresivos y frecuentemente irreversibles. La enfermedad tiene siempre una causalidad extrínseca viva, más o menos antropomorfizada, que afecta ya sea el cuerpo, ya sea el espíritu. Es siempre maligna y deja a la persona sumamente afectada y desconcertada.³⁴

4.1.8 Concepción de muerte en el Mundo Andino.

En las concepciones tanto aymara como quechua, como ya se mencionó, el hombre se compone de tres elementos: el alma, el ánimo o *ajayu* y el cuerpo. El concepto de alma es bastante complejo y no del todo claro. Algunos estudios

³² Quienes han logrado sobrevivir al medio, han logrado evadir “engañar” la enfermedad que estaría en el propio medio y las condiciones que éste tiene.

³³ Juan José Alba, *Enfermedad, trastornos étnicos y medicina tradicional, 1984 – 1985, Quillacollo, Lamaica, Alto Cochabamba Barrio Universitario, Cochabamba, U.M.S.S., 1986.*

³⁴ Ver Aguiló *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*

hablan que dentro de la creencia aymara existen cuatro o cinco almas en el hombre. Así mismo, otras investigaciones dan cuenta de la existencia de un *jach'a ajayu* (alma grande), es el espíritu principal. El *Sullka ajayu* 'ánimo' (alma menor) y el *Jisk'a ajayu* o coraje (alma pequeña).

El alma (*Jach'a ajayu*) es el soplo o emanación divina que trasmite el hombre el pensamiento, la sensibilidad, el movimiento y la capacidad de comunicarse. El hombre muere cuando su alma abandona el cuerpo, el mismo que se descompone, entra en putrefacción y se desintegra.

El ánimo o *Sullka ajayu* significa el principio de la vida y se relaciona con las cualidades morales y la conciencia, su existencia está sujeta a la vida del cuerpo físico de este mundo y cuando llega el fin de la vida se desintegra.

El coraje o *Jisk'a ajayu* tiene características como la del valor y la valentía para tomar responsabilidades. Este *ajayu* también tiene su importancia en la existencia del individuo y está estrechamente relacionado con el ánimo. Ambos son sensibles a la inercia de otras fuerzas vitales que pueden ocasionar la muerte de la persona, si se prolonga exageradamente el desprendimiento de este *ajayu*. La existencia de estos dos últimos *ajayus* se limita a este mundo; cuando muere la persona estos cuerpos invisibles, el ánimo y el coraje se desintegran paulatinamente.

4.1.9 La mujer en la comunidad aymara.

En la cultura aymara, la mujer es otro de los seres que conforma la sociedad, tienen la misma importancia que el hombre en cuanto a la responsabilidad de la formación y mantenimiento del hogar.

Para ser considerada como mujer completa, tiene que pasar por ciertas pruebas que eran muy notorias en tiempos pasados y reducidas en el presente. La recién nacida es considerada como '*asu wawa*' (bebé), luego a medida que

madura el cuerpo recibe el nombre de *'k'epichu'* (niña) posteriormente pasa a una etapa de *'erke o muchhu'* (chica) que dura hasta los cuatro o cinco años, seguidamente pasa a otra etapa considerada como *'imilla o p'uru imilla'* (chica de seis a once años) o preadolescente; durante esta etapa aprende el cuidado del ganado, ayuda en los quehaceres domésticos, algunas labores agrícolas, el hilado, etc. Después de *imilla* pasa a ser *'k'ajjo tawaqo'* (adolescente), donde se manifiestan algunas potencialidades del trabajo, luego llega a ser *'tawaqo'* (joven) considerada como la etapa final de la formación contextual del cuerpo de la mujer; la joven adquiere los conocimientos del trabajo y de la realidad y finalmente está lista para el matrimonio.³⁵

La mujer, esposa, tiene el mismo rango que el hombre, pues la comunidad tiene el mismo respeto hacia ella, como lo tiene con el varón.

Antiguamente, no sólo los hombres podían participar en los cargos jerárquicos, también las esposas de los líderes gozaban de autoridad a la vez las mujeres *yatiris* eran jefes y partícipes del consejo para la aprobación de las decisiones.

En las comunidades aymaras, los cargos tradicionales de autoridad se confieren a la familia, antes que al individuo. Por eso, si muere el hombre que lo está desempeñando, su mujer o su hijo asume el cargo en representación de la familia, hasta concluir el período asignado.

Hoy en día todo el valor que tuvo la mujer ha disminuido de una u otra forma, al parecer por la influencia del medio urbano. Si observamos la historia vemos que es en el coloniaje cuando se empieza a marginar a la mujer aymara. Esto ocurrió porque los españoles trajeron consigo la implantación del sistema económico-social feudal que destruyó en su mayoría los ayllus, subsistiendo de estos las comunidades. Aparejado con ello, trajeron la religión católica que enseña que la mujer está hecha simplemente para cuidar a los hijos y a no meterse en cosas del estado ni de la producción. Con el devenir de la historia

³⁵ Brindis Mamani, *La mujer en la cultura aymara*, (Chucuito-Perú), N° 26 (1975): 1-17

vemos que la era republicana es simplemente un cambio político, no cambiando nada la situación de la mujer campesina, especialmente la aymara. Con el desarrollo social de una economía feudal se pasa a una sociedad semicolonial y semifeudal, que subsiste hasta nuestros días. Razón por la cual, las mujeres casi ya no participan en las decisiones, pero sin embargo, se observa todavía la influencia que tienen en el hogar. Las decisiones son llevadas por los hombres en las grandes reuniones que existen en las comunidades (aunque en realidad muchas veces los hombres desempeñen el papel de portavoz de las decisiones hechas dentro de un contexto familiar que incluye a la mujer).³⁶

Es así que en la sociedad aymara la mujer tiene una participación disfrazada pues ella casi siempre está callada demostrando ser pasiva. Sin embargo, su influencia en las decisiones y participaciones se inician en el hogar. No es necesario que ella participe directamente, pues es suficiente enunciar al esposo todas las ideas que tiene a fin de que el pueda exteriorizar la influencia de la mujer ante los demás.

La mujer es, sumamente trabajadora, en el hogar, es ella la encargada de la organización, alimentación de la familia, la educación de los hijos, por eso dicen: 'El hombre es sólo un visitador, que cosas saben de las cosas del hogar'. Cuando el hombre está ausente, es ella la que tiene toda la responsabilidad del trabajo, pues la mujer, no necesita del hombre para continuar el trabajo de la tierra, cuidado del ganado, hijos, etc.

La posición social de la mujer aymara se basa generalmente en las cualidades que tenga ella, pues las mujeres sobresalen en sus aptitudes de trabajo y carácter que poseen, son respetadas al igual que el hombre.

En cuanto a la educación, la mujer aymara posee ciertos conocimientos prácticos con los que se desempeña en la formación del hogar. Posee una

³⁶ *ibid.*

educación formal incompleta, salvo contadas excepciones, hecho que no ocurre en el caso de los varones, quienes cuentan con el apoyo familiar que les permite concluir los estudios de primaria y secundaria.

4.1.10 El valor de la maternidad en el mundo aymara.

En el mundo aymara la maternidad es aquello para lo cual la mujer ha venido al mundo. Por este hecho, los matrimonios campesinos tienen muchos hijos, a pesar de la elevada mortalidad infantil que azota a las regiones andinas debido a la falta casi absoluta de higiene, el problema de la desnutrición muy arraigada en estas zonas geográficas del contexto andino, falencias en la atención médica, además de otros factores tanto ambientales como culturales.

En las diferentes regiones andinas los hijos son signo de fecundidad y prestigio para las mujeres, a mayor cantidad de hijos es mayor la admiración y el respeto ganados en la sociedad.

4.1.11 Valor del hijo en la cultura aymara.

Un hijo en la cultura aymara es altamente valorado, ya que el mismo da la posibilidad de que sus costumbres y tradiciones trasciendan. Sin embargo, parece un hecho contradictorio el que no les presten los cuidados necesarios. Es posible hallar una explicación a esto, ya que se considera, dentro de estas sociedades, que sólo el más fuerte debe sobrevivir. En este sentido se puede apreciar el valor que la cultura aymara le da a la fortaleza física, que además, verá plasmados sus frutos en el buen rendimiento en el trabajo.

Además del valor que tienen los hijos por la ayuda que brindan en el campo laboral desde tiempos del incario, eran considerados como un capital, y era rico el matrimonio que los tenía en mayor número. El mayor número de hijos en una familia significaba el crecimiento de la población y por tanto de la riqueza.

El indio es el padre de sus hijos, que al ver crecer su prole siente la alegría de contar mañana con útiles colaboradores. Sus hijos no son sus hijos, sino sus futuros pastores, sus futuros yunteros, sus futuros colaboradores económicos. Sólo con este espíritu genésico, diremos más bien creador, es que el indio no roba a sus goces egoístas y ha podido imponerse al medio ambiente y no sucumbir frente a una serie de factores adversos, y, por el contrario, acrecentándose, ha conseguido aumentar su población, a pesar de los índices crecidos de mortalidad infantil.³⁷

En la actualidad, igual que en tiempos pasados, la inserción de los hijos en el trabajo comienza a hacerse efectiva a muy temprana edad, en torno a los cuatro años, hecho que permite entender la significación económica que tiene un hijo en esta cultura.

4.1.12 Relaciones afectivas de la madre con el niño.

Las manifestaciones de afecto varían de una cultura a otra. En el altiplano como en los valles las manifestaciones de amor tienen una extraña mezcla de agresividad y suavidad, hecho que se constata desde el momento del nacimiento mismo del niño, evento que es considerado una lucha entre la nueva vida que surge de las garras de la muerte que acecha a la madre.^{38 39}

Después del parto, se considera que el bebé se encuentra en un estado liminal entre el vientre y la sociedad, y mientras no haya pasado por esta etapa no se le da el pecho sustituyendo éste por orina, mates u otros preparados. La postergación del pecho tiene la función de eliminar el hambre voraz del feto, de esta manera se introduce al recién nacido bajo la disciplina de la práctica

³⁷ Gustavo Adolfo Otero, *La piedra mágica, vida y costumbres de los indios Callawayas de Bolivia*, La Paz – Bolivia, Editorial Juventud, 1991 pp. 30 – 31.

³⁸ Tristan Platt, *El feto agresivo*, m/s.

³⁹ Las mujeres embarazadas son consideradas “no sanas” (mana *sanuchu*” o “enfermas” (*unqusqa*). *Unquy* se refiere tanto al embarazo como al mismo parto. De ahí que se diga que

nutricional humana. La voracidad fetal no es considerada social por lo que debe cortarse y controlarse, esto como parte del rito de separación del bebé del cuerpo de su madre, que es asimismo un rito de entrada a la sociedad cristiana. Sólo así sabrá ‘aguantar’ como adulto los periodos de hambruna, y no mostrarse tan goloso como para avergonzar a sus padres por su mala crianza.^{40 41}

Luego del nacimiento, el recién nacido era sometido a un baño en aguas corrientes, vivas. Al hacerlo de esta manera, se pretendía además de limpiarlos, purificarlos, por este motivo se procuraba hacerlo con aguas frías y corrientes ya que poseía un valor de expiación y de endurecimiento para los sufrimientos que le esperaban en la vida.⁴²

Las relaciones afectivas de los padres para con sus hijos van marcados por el carácter introvertido de los mismos y por su modo de ser. El trato que los padres dan a sus hijos es bueno, prefiriendo más a los mayores que a los pequeños, ésto justamente por el apoyo que reciben de los mayores en el trabajo. No exteriorizan su cariño pero son capaces de llegar a grandes sacrificios por ellos.⁴³

La relación afectuosa de la madre con el niño se manifiesta a través de contactos exclusivamente corporales, entre ellos quizás el más importante, sea el hecho de que la madre amamante a su hijo, manteniendo la misma hasta los dos años o hasta el nacimiento de un nuevo hijo.⁴⁴

En cuanto a la educación que les brindan no es una enseñanza dirigida, sino

una mujer embarazada (*unqusqa*, “enferma”) que experimenta demora o dificultad para iniciar el trabajo de parto, es “incapaz de enfermarse” (*mana unqúy atinchu*).

⁴⁰ Iván Castellón Quiroga, *Abril es tiempo de kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades andino – quechuas*, Cochabamba – Bolivia, Editorial Serrano, 1997

⁴¹ Ver Platt: *El feto agresivo*.

⁴² Bernardo Ellefsen, *Matrimonio y sexo en el incario*, Cochabamba – La Paz, Editorial Los amigos del libro, 1989. pp. 236-243

⁴³ Joaquín Martines, *Matrimonio y familia en Bolivia*, La Paz – Bolivia, Editorial los amigos del libro, 1976.

⁴⁴ Ver Ellefsen: *Matrimonio y sexo en el incario*.

imitativa, vale decir que, los niños y adolescentes siguen el ejemplo que les dan los mayores.

4.1.13 Reacciones frente al recién nacido.

Cuando una pareja va a tener su primer hijo, la expectativa en ellos, especialmente del padre y su familia, es que sea varón, ésto por el puesto privilegiado que ocupa el varón en la estructura familiar y social.

El rol del varón como portador del apellido garantiza la prolongación de la familia como tal. Al ser él quien representa a la familia ante la comunidad, su nacimiento significa que ésta no quedará sin representación. Vale decir que la familia plasma su identidad en el hijo varón.⁴⁵ Esto, confronta lo expresado por Mamani, siendo ésta una realidad más cercana a la que se vive en el territorio nacional.

Al primogénito se le asigna un puesto privilegiado en la familia, es quien asume el rol de segundo padre, a medida que crece comparte la autoridad con su progenitor, es respetado por los hermanos y fuera del entorno familiar hace respetar a su familia. Llegado el momento y si las circunstancias así lo requieren, él desempeñará el rol de proveedor para la familia.

El nacimiento de un varón y la alegría que este evento provoca está relacionado también con el comportamiento sexual, el varón goza de mayor libertad en este campo, es decir, no corre el peligro de embarazarse, ésto alivia a la familia por que saben que no sufrirá como la mujer. Encubierta en esta concepción, está la conciencia de la diferencia cualitativa que existe entre la vida de un hombre y una mujer. Diferencia que está directamente relacionada con los límites culturales en los cuales se encuentran el género y la sexualidad.

⁴⁵ Jacqueline de Pareja y Jaroslava de Ballón, *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*, Cochabamba – Bolivia, (s.e.), 1994.

Por todas las razones anteriormente mencionadas, el nacimiento de una mujer provoca la decepción, se ven las expectativas frustradas, así este nacimiento no genera regocijo principalmente en el padre que es presa de una presión social a través de bromas y denominativos.

Empero, la madre experimenta alegría ante el nacimiento de una hija, dado que ello significa poder compartir sus responsabilidades, ante las ventajas que representa contar con una hija en el hogar la familia se resigna rápidamente.

Entorno al nacimiento giran un sinnúmero de creencias que para una mayor comprensión serán desglosados en diferentes acápite haciendo mención en ellos a los más importantes y comunes.

4.1.14 Nacimiento del primogénito o la primogénita.

Tanto en el nacimiento del hijo primogénito varón como en el de la primogénita mujer subsisten creencias. Así, cuando el primer hijo de una pareja nace varón, se dice que no es buen presagio: 'hijo hombre, casa vacía'; tal vez porque el hombre está siempre fuera de la casa pero, más que todo se cree que, cuando el primer hijo es hombre, el matrimonio no poseerá muchos bienes materiales y tampoco se llevará bien.

El nacimiento de una niña como primogénita se considera de buen augurio, creencia que se plasma en la expresión 'casa llena'; lo que significa que el matrimonio será próspero y, más aún, que será estable. No habrá dificultades conyugales.⁴⁶

Estas creencias tienen que ver con dos preocupaciones fundamentales de la familia: la estabilidad de la pareja y el aspecto económico; dos pilares en los que se asienta la unidad doméstica.⁴⁷

⁴⁶ José Portugal Catacora, *El niño indígena*, Lima, Artex. 1988. *art. cit. ibid.*

4.1.15 Nacimiento de mellizos.

El nacimiento de mellizos parece ser considerado un hecho que sale de los límites de lo normal, por ello se busca una explicación en lo sobrenatural, de ahí que surge la creencia de que es una 'mala seña', asociada con una maldición y se cree que son hijos de un espíritu maligno.⁴⁸ O hijos del diablo; vale decir, de las divinidades de la tierra.⁴⁹ El nacimiento de mellizos también es atribuido a un gran susto, provocado por el trueno o el rayo, que pudo haber sufrido la madre durante su embarazo. Los mellizos son asociados a la división que puede producirse por efecto del rayo que parte en dos al feto o por la maldición de otras personas. Existe además la creencia de que los mellizos son el resultado de una culpa personal asociada a la mala vida. Por ende, son un castigo de Dios,^{50 51} pero no sólo para la familia sino para la comunidad.

Sin embargo, existe otra posición que expresa que el nacimiento de mellizos podría ser tomado como un buen presagio si es que los recién nacidos fuesen de distinto sexo y malo si fuesen del mismo.⁵² Esto tiene mucho que ver con la concepción dual que se tiene de la naturaleza y con el complemento que se encuentra en los opuestos.

Más allá de las creencias implícitas en el nacimiento de mellizos, surgen también preocupaciones de carácter económico y otras relacionadas con el esfuerzo que significa para la madre atender a dos niños a la vez. Ello explica por qué, a nivel intra familiar, algún pariente se hace cargo de uno de los niños.

⁴⁷ *ibid.*

⁴⁸ Xavier Izko, "Cóndores y mast'akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos", en Izko et al., *Tiempo de vida y muerte: Estudio de caso en dos contextos andinos de Bolivia*. (s.l.) CONAPO/CIID, 1986, *art. cit. ibid.*

⁴⁹ Tristán Platt, "Espejos y maíz: El concepto de yanantin entre los Macha de Bolivia", en *Parentesco y Matrimonio en los Andes*, compilados por E. Mayer y R. Bolton, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú. 1980.

⁵⁰ Xavier Albó, *Para comprender las culturas rurales en Bolivia*, La Paz, MEC-CIPCA-UNICEF, 1990. *art. cit.* por Jacqueline de Pareja y Jaroslava de Ballón, *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*, Cochabamba – Bolivia, (s.e.), 1994.

⁵¹ Ver Xavier Izko, "Cóndores y mast'akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos"

⁵² Ver Ellefsen: *Matrimonio y sexo en el incario*.

Pero, como siempre se regala al más débil, podía ser también que, detrás de ese acto de solidaridad, siga perviviendo la idea tradicional de que si se separa a los mellizos, uno de ellos va a morir.⁵³

4.1.16 Nacimiento de niños con malformaciones.

Al igual que en el caso de los mellizos, el nacimiento de niños con malformaciones trata de ser explicado a través de las creencias, una de ellas es que la malformación se debe a que el acto sexual se produjo al menstruar la mujer. Esta aseveración se sustenta en la creencia de que el nuevo ser es depositado en la matriz a través del acto sexual –donde se forma, por un lado, con la sangre (líquido) que proviene de la madre y, por otro, por la carne y los huesos (sólido) que provienen del padre-. Si la madre menstrua, está eliminando el alimento vital por lo que el embrión concebido en ese periodo tuviera una deficiente nutrición, lo que redundaría en una malformación.⁵⁴

Otra explicación que se daba al nacimiento de niños con malformaciones era de orden sobrenatural, relacionando su nacimiento con la voluntad de los dioses, así lo señala Ellefsen en el libro *Matrimonio y sexo en el incario*:

“También se consideraba un presagio si nacía una criatura con nariz hendida, que denominaban *waka sinka* o si salía en el parto con los pies primero, que decían *yayuma*, *wisama* y *awalla*; a todos éstos consideraban también como *kuri*, que quiere decir oro, aunque no sabemos por que hacían esta comparación, y decían que eran hijos del dios trueno y del relámpago y afines al oro (Poma 1980, f 276)”.⁵⁵

No obstante, para explicar los casos de malformaciones, se acude cada vez

⁵³ Ver Pareja y Jaroslava de Ballón: *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*.

⁵⁴ Ramiro Molina Rivero, “Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro”, en: Izko et al., *Tiempo de vida y muerte: Estudio de caso en dos contextos andinos de Bolivia*, (s.l.), CONAPO/CIID. 1986.

⁵⁵ Ver Ellefsen: *Matrimonio y sexo en el incario*. p. 237.

más a causas de tipo natural. Así, se cree que estos nacimientos se deben al alcoholismo, al uso de anticonceptivos o abortivos sin resultados, a los malos tratos que recibe la mujer por parte del varón durante el embarazo y a las relaciones incestuosas.⁵⁶

4.1.17 Nacimiento de niños no deseados.

Dentro de la categoría de niños no deseados se encuentran los mellizos, los niños con malformaciones, aquellos que son fruto de relaciones fuera de las uniones estables, aún aquellos que son resultados de la misma pareja antes de matrimoniarse.⁵⁷ Es menester hacer hincapié en el hecho de que dentro de la categoría de hijos no deseados no sólo están aquellos que quedan al margen de los límites de la normalidad, como también ocurre en otras sociedades, los hijos de madres solteras se incluyen dentro de esta clasificación. Por último, se consideran hijos no deseados aquellos que podrían desestabilizar la estructura familiar, principalmente en el aspecto económico.

“Cuando las mujeres son solteras y se encuentran esperando familia, una vez que nacen, los matan tapándoles con mantas o almohadas asfixiándolos o dándoles de beber alcohol”.⁵⁸

Entre las versiones obtenidas sobre el tema, existen además referencias a los casos de desaparición de las *wawas* recién nacidas, atribuidas al ocultamiento del embarazo.

“Muchas jóvenes cuando tienen a sus *wawas* de solteras los hacen

⁵⁶ Ver Pareja y Jaroslava de Ballón: *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*.

⁵⁷ Oscar Núñez del Prado, “El hombre y la familia, su matrimonio y organización político social en Q’ero”, *Allpanchis Phuturinga*. (Cuzco), Vol. I (1969) *art. cit.* por Jacqueline de Pareja y Jaroslava de Ballón, *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*, Cochabamba – Bolivia, (s.e.), 1994.

⁵⁸ Zulma Zamalloa Gonzáles, “Ciclo vital en Sayllapata: Estudio de la cultura campesina del distrito Sayllapata. Provincia de Paucartambo”, *Allpanchis Phuturinga*. (Cuzco), Vol. IV (1972), *art. cit. ibid.*

desaparecer, otras dicen que se ha muerto”.⁵⁹

4.1.18 Reacciones ante el nacimiento de un niño no deseado.

En tiempos del incario, ante el nacimiento de mellizos o con malformaciones los allegados realizaban festejos, con temor si se consideraba que había ocurrido un mal presagio y con regocijo si el presagio era considerado bueno.

(...) Como el parto se había producido con expiación de culpas, tanto estas criaturas como los padres eran tratados con severidad, aunque la parentela aprovechase la ocasión para hacer un festejo. A los recién nacidos los bañaban en agua fría hasta que casi morían por el frío, y ésto para lavar y expiar las culpas. En algunas etnias se cortaba el cabello a los padres, como a delincuentes y se seguía un ritual que debía variar de una región a otra. Además, a los padres se les exigía que guardasen castidad durante un año. (...) Todas estas criaturas nacidas como presagios, eran sacrificadas allí (en el lugar reservado para la familia para rendir culto a sus divinidades) en la ocasión prescrita por los sacerdotes y ofrecidas a *Illapa*, al Sol y a Venus (Zuidema 1973, p 20). Las demás fuentes dan a entender que esta práctica de sacrificar a los mellizos y en general a los que nacían con *ata* (malformaciones), era frecuente en la sociedad andina como costumbre muy antigua, aduciendo que se hacía así desde los ‘hombres de la aurora’, los *pakarimok runa* (Poma 1980, f 211).⁶⁰

Hoy en día, algunos autores hacen referencia al infanticidio como un hecho presente en las comunidades andinas, entre ellos Núñez, Zamalloa, Izko y Molina. Sin embargo, los casos citados por estos autores no pueden ser comprobados en definitiva ya que suelen darse a nivel muy privado o

⁵⁹ *ibid.*

⁶⁰ Ver Ellefsen: *Matrimonio y sexo en el incario*. p. 238.

confundirse con la muerte natural o accidental de los niños.

Los infanticidios se producen durante el parto, por medio de la detención de las contracciones uterinas, producto de la ingestión de mates o bien, después del parto, por medio de la asfixia del niño.^{61 62 63} También se puede proceder a la intoxicación del niño con alcohol⁶⁴ o a la hipotermia, envolviéndolo en trapos fríos y echándolo al suelo para que muera de inmediato por la acción de la baja temperatura.⁶⁵ Otra forma de infanticidio referida es a través de mates cálidos que se hacen tomar al recién nacido.⁶⁶

En el caso especial de los mellizos se trata de eliminar a uno de ellos, ya que existe la creencia de que si muere uno, el otro también morirá al no poder vivir solo. Si no mueren los mellizos, serán hijos injustos y llegarán a maltratar a los padres.⁶⁷

“Las creencias en torno al significado negativo del nacimiento de hijos mellizos van hasta el punto de legitimar las acciones que propician su muerte”,⁶⁸ no obstante de que el infanticidio es considerado como un hecho que va directamente contra la naturaleza, alterando el orden y el equilibrio, provocando cambios atmosféricos –granizo, rayos, tempestades, sequías- que azotan a la comunidad.⁶⁹ Con el fin de evitar las calamidades que pudiese acarrear el infanticidio, el lugar del entierro de estos niños debe estar localizado siempre

⁶¹ Pilar Saravia, “Familia campesina andina y la reproducción biológica: un estudio de caso en los Andes centrales”, *Allpanchis* (Cuzco), N° 25 (1985), *art. cit. ibid.*

⁶² Ver Xavier Izko: “Cóndores y mast’akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos”

⁶³ Ver Molina Rivero: “Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro”

⁶⁴ *ibid.*

⁶⁵ Ver Núñez del Prado: “El hombre y la familia, su matrimonio y organización político social en Q’ero”.

⁶⁶ Ver Zamalloa: “Ciclo vital en Sayllapata: Estudio de la cultura campesina del distrito Sayllapata. Provincia de Paucartambo” *art. cit.* por Pareja y Jaroslava de Ballón, *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar.*

⁶⁷ *ibid.*

⁶⁸ Ver Izko: “Cóndores y mast’akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos”

⁶⁹ Ver Molina Rivero: “Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro”.

fuera de los límites de la comunidad.⁷⁰

4.1.19 Aborto.

Hablar tanto de infanticidio como de aborto resulta difícil, dado que provoca una contracción psicológica en los informantes, pese a ello algunos autores indican que la interrupción del embarazo es una práctica bastante común de regulación reproductiva, independientemente de la censura que estos actos merecen por parte de la comunidad.

Para tratar el tema del aborto, es necesario diferenciar entre los abortos accidentales y los intencionales. Se refieren como causas de aborto accidental el levantar cosas pesadas durante el embarazo, pateaduras del marido ebrio, caídas o accidentes y también el descuido de la mujer que sigue trabajando.^{71 72 73} No se puede descartar también la existencia de factores biológicos que inciden en la producción del aborto, como es el caso de la Sífilis.⁷⁴

El aborto intencional es practicado por jóvenes solteras, en quienes pesan más los aspectos económicos y sociales.⁷⁵ También acuden a esta práctica algunas mujeres casadas cuando no desean tener hijos.⁷⁶ Para provocar el aborto intencional, en general, toman infusiones cálidas (mates de floripondio blanco y amarillo, wachanqa, t'una, casco de mula raspado y mezclado con ruda, orégano, cola de caballo, etc.). Estos mates no siempre son infalibles y, además, en casos extremos pueden llevar a la muerte. Cuando estos recursos no son efectivos, se acude a otros métodos más violentos como lastimarse,

⁷⁰ Ver Izko: "Cóncores y mast'akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos"

⁷¹ *ibid.*

⁷² Ver Molina Rivero: "Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro".

⁷³ Ver Zamalloa: "Ciclo vital en Sayllapata: Estudio de la cultura campesina del distrito Sayllapata. Provincia de Paucartambo".

⁷⁴ Ver Izko: "Cóncores y mast'akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos"

⁷⁵ Ver Zamalloa: "Ciclo vital en Sayllapata: Estudio de la cultura campesina del distrito Sayllapata. Provincia de Paucartambo"

caerse intencionalmente. Muchas mujeres practican el aborto con ayuda del hombre y mujeres entendidas en parto.⁷⁷

La actitud de la comunidad ante el aborto es ambigua. Por una parte, se lo censura, pues el aborto es un hecho que constituye una trasgresión que altera el orden al interrumpir un proceso natural. Su práctica puede desencadenar calamidades naturales –granizo, rayos, sequía- afectando no sólo a los responsables del hecho, sino a toda la comunidad.

Por otra parte el aborto suele tolerarse, incluso estimularse su práctica, en los casos considerados como inevitables (cuando la embarazada no consigue marido o cuando el embarazo ha sido causado por un espíritu maligno). Izko subraya la función ideológica en relación al aborto y al infanticidio. Así, la comunidad –que sabe de la realidad de los hechos- contribuye, a través de los mitos y creencias, a encubrirlos porque constituyen un mal menor que aquel que desencadenaría la presencia de esos niños en la comunidad. Por eso los conatos de explicación racional son interpretados y reabsorbidos por la fuerza del mito y la creencia que permiten justificar a los culpables. En el fondo, parece que la actitud de la comunidad se rige por el temor al potencial peligro que el aborto y el infanticidio pudiesen acarrear y, a la vez busca lo mejor para la comunidad en el caso de niños no deseados.

Sin embargo, es necesario relevar que el aborto no es la medida más común empleada por las mujeres para regular el tamaño de la familia ni tampoco la más adecuada.⁷⁸

⁷⁶ Ver Molina Rivero: “Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro”.

⁷⁷ Ver Pareja y Jaroslava de Ballón: *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar.*

⁷⁸ Ver Izko: “Cóndores y mast’akus: Vida y muerte en los valles nortepotosinos”

4.2 Antecedentes políticos.

El tema del descontrolado crecimiento poblacional, la escasez de alimentos, la escasez de agua entre otros, han venido siendo tratados desde hace ya varias décadas en diferentes convenciones internacionales en pro de una estrategia mundial que permita y asegure a los seres humanos y a sus futuras generaciones una subsistencia, además de una vida digna en cuanto a calidad. Todo ésto en el marco de la elaboración de políticas poblacionales adecuadas para cada contexto que permitan controlar el crecimiento poblacional.

Sin embargo, pese a que la problemática parecía estar claramente definida, las estrategias para atacarla no lo estaban, es en este sentido que durante las diferentes conferencias mundiales sobre población estas estrategias fueron cambiando según los resultados de años anteriores.

La primera conferencia realizada en 1974 con sede en Bucarest, adoptó el Plan de Acción Mundial de Población, plan adoptado en medio de una confrontación filosófica entre los dos bandos visiblemente establecidos, por un lado los países más desarrollados, que declaraban que la estabilización demográfica era un requisito del desarrollo, y por otro, los países subdesarrollados que manifestaban que el desarrollo era el 'mejor anticonceptivo'.

Los principales aportes de esta conferencia estuvieron orientados a la interrelación de la población y el desarrollo, a otorgar y apoyar la soberanía nacional en los temas de población, reconocimiento de los derechos en asuntos demográficos –sobre todo el relacionado con la libre decisión del número y oportunidad en que se tienen los hijos- promoción de la situación de la mujer; el establecimiento de metas genéricas, sobre todo en mortalidad, el relevamiento de políticas de población integradas a las de desarrollo.

En 1984 se lleva a cabo la 2ª Conferencia Mundial sobre Población en México, en esta oportunidad se incluyeron recomendaciones importantes al Plan

elaborado en Bucarest. En el lapso de los diez años comprendidos entre la 1ª y la 2ª Conferencias las posiciones tanto de los países desarrollados como los subdesarrollados cambiaron. Esta vez los primeros abogaban por mayores programas de planificación familiar para acelerar el desarrollo, mientras que Estados Unidos conjuntamente con los otros países desarrollados declaraban que el crecimiento de la población era un factor 'neutro' en el desarrollo económico, aseverando que los problemas demográficos se solucionan con la acción del mercado, el crecimiento demográfico no tiene connotaciones negativas forzosas, los programas de planificación no son la panacea. En esta conferencia se rechaza categóricamente el aborto.

En esta 2ª Conferencia se evidenciaron cambios demográficos profundos aún en ausencia de políticas explícitas de población. Se ampliaron las especificidades culturales que deberían considerar la implementación de los programas internacionales en materia de población.

En septiembre de 1994, se lleva a cabo la 3ª Conferencia Mundial sobre Población en El Cairo, Egipto. Esta vez, los planteamientos dispares de las dos anteriores conferencias cambiaron, los 180 países reunidos en esta oportunidad forjaron un proyecto para la estabilización de la población. La estabilización de la población fue contemplada en el contexto del desarrollo sostenible. Se asumen una serie de compromisos dirigidos a mejorar las condiciones de vida de la población en general, haciendo a un lado las inequidades entre países desarrollados y los países en vías de desarrollo; además estos compromisos, puestos en práctica en el interior de cada país, están orientados a eliminar las injusticias económicas, sociales, culturales, políticas, entre otras, que subordinan y excluyen a grandes sectores de la población por su condición de género, generacional, condición económica u opción sexual. Estos compromisos constituyeron la base del Programa de Acción de 20 años, el que establece una nueva visión para los programas de población y desarrollo, haciendo hincapié en los derechos humanos, equidad e igualdad de género y la calidad mejorada de vida para todos. El Programa es

una guía para los gobiernos a través de un periodo de 20 años, abarca una amplia gama de metas y recomendaciones en las áreas de salud sexual reproductiva y planificación familiar, salud materno-infantil, educación, reducción de la pobreza, protección ambiental, consumo y asignación de recursos.

4.2.1 Justificación para las políticas.

Las políticas de población han sido justificadas desde distintos puntos de vista principalmente relacionados con el propio contexto del país; sin embargo, es una característica de todos los países que han implementado en su territorio estas políticas de población, el velar por la mejora de la calidad de vida de los integrantes de una población, tomando en cuenta el desarrollo social y económico de la nación.

Nepal, 1983: La tasa de crecimiento demográfico ha sobrepasado constantemente el índice de desarrollo económico, por consiguiente, los objetivos dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población en constante aumento, representan aún una penosa y ardua tarea. Es en ese contexto que se ha vuelto imperiosa la integración de la población y el desarrollo.⁷⁹

Zaire, 1987: La presión demográfica afecta a una serie de elementos ecológicos, especialmente a los recursos forestales (...) El crecimiento descontrolado de la población resultará en un incremento en el consumo de la madera en años venideros. La explotación irracional de los recursos forestales, llevará a un proceso significativo de deforestación y por consiguiente a la desestabilización del ecosistema.⁸⁰

⁷⁹ Susana Rance. *Mujer y políticas de población*, La Paz, CIDEM/Misión de cooperación técnica holandesa, 1992.

⁸⁰ *Ibid.*

Comunidad Caribeña (CARICOM), 1984: La base para una solución eficaz de los problemas demográficos es ante todo el desarrollo socioeconómico. Nosotros no consideramos el cambio demográfico como un fenómeno aislado, ni tampoco es nuestro propósito influir sobre él con criterios estrechos. Es parte integral del complicado proceso de desarrollo social y económico.⁸¹

Las políticas de población son justificadas desde que éstas se formulan en pro de un desarrollo social paralelo al desarrollo económico de cualquier nación, permitiendo así elevar la calidad de vida de sus integrantes, especialmente de los grupos sociales más vulnerables.

4.2.2 Objetivos de las políticas de población.

La formulación de una política de población debe ser parte constitutiva de una estrategia de desarrollo nacional de forma que compatibilice los objetivos demográficos con los objetivos económico-sociales.

Ecuador, 1988: El objetivo final de la Política de Población es el asegurar un equilibrio coherente y satisfactorio entre el crecimiento, volumen, estructura y distribución territorial de la población y el proceso de desarrollo socioeconómico y de esta manera, contribuir a un mejoramiento en la vida de los habitantes del país.⁸²

Zambia, 1989: El objetivo del Cuarto Plan Nacional de Desarrollo en el área de mujer, desarrollo y población, es el de movilizar a varones y mujeres a nivel personal y doméstico en los esfuerzos para lograr un equilibrio entre el crecimiento poblacional y el crecimiento económico del país.⁸³

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*

⁸³ *ibid.*

El objetivo central que persiguen estas políticas es lograr un equilibrio entre el crecimiento de la población y el crecimiento económico del país, permitiendo de esta manera, una mejor distribución de los recursos naturales y de los dividendos obtenidos de ellos, elevar el nivel de educación y salud. En síntesis, las políticas de población planifican y estructuran el futuro de una nación.

4.2.3 Connotaciones de la aplicación de las políticas de población.

En una definición básica se puede decir que: 'Política de Población' es un conjunto de medidas de distinto tipo destinadas a influir sobre los componentes de la dinámica demográfica, teniendo en cuenta que estos componentes son: fecundidad, mortalidad y migración. Sin embargo, desde los albores de la aplicación de las políticas de población, sus estrategias han sido diseñadas básicamente para influir en dos de los tres componentes que deben estar incluidos en una política de población, la fecundidad y la migración; con especial atención al primero, en el que se contempla el control de la natalidad. Esto es un hecho que por un lado incumbía y violaba la libertad de los individuos, les negaba la capacidad de elegir y decidir sobre su vida. En este sentido, la mujer fue relegada a una condición sub-humana, dado que, en pocas palabras, no gozaba de la totalidad de sus derechos humanos como cualquier otro individuo.

(...) Desde la promulgación de la primera Ley de Población en la India en el año 1952, las políticas demográficas han puesto mayor énfasis en las acciones sobre fecundidad que sobre mortalidad y migración. ¿Por qué? Quizás se ve como más fácil intervenir en programas de anticoncepción que en los procesos de desarrollo socioeconómicos cuyos efectos en el comportamiento reproductivo son más graduales y difíciles de medir.⁸⁴

⁸⁴ *ibid.*

En los años 80 los defensores de los derechos de las mujeres comenzaron a cuestionar las políticas de población existentes. Es en Nairobi (Kenia) que las feministas del mundo comenzaron a criticar los esfuerzos nacionales por alcanzar metas demográficas, con poca consideración a su salud y derechos.⁸⁵

Una Ley de Población debe incluir medidas especialmente dirigidas hacia las mujeres por las múltiples formas de discriminación que experimentamos y por nuestro rol reproductivo. Pero nosotras no podemos cargar con todo el peso de las medidas y leyes poblacionales. Y no debemos olvidar que la clave de una buena política es el respeto a los derechos del individuo, sin descuidar los intereses del país en su conjunto.⁸⁶

Es interesante analizar como en el contexto nacional estas corrientes filosóficas han estado en constante confrontación e incluso se podría decir que éstas siguen confrontadas en lo teórico y lo práctico.

Un ejemplo de esta situación es lo ocurrido en 1971 en algunas poblaciones altiplánicas en las que el cuerpo de paz se vio inmerso en un problema con el gobierno nacional que optó por retirar a esta entidad internacional del territorio boliviano, justamente por que ésta realizaba, sin el conocimiento y peor aún sin el consentimiento de la población, una planificación familiar masiva a todas las mujeres de estas zonas, a través de los alimentos que esta institución distribuía gratuitamente a las familias.^{87 88}

⁸⁵ Fernando Eduardo. "Percepcion y actitudes frente al empleo de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres en el municipio de Caripuyo 2004". Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar, 2005.

⁸⁶ Susana Rance. *Mujer y políticas de población*, La Paz, CIDEM/Misión de cooperación técnica holandesa, 1992.

⁸⁷ <http://www.amigosdeboliviayperu.org/bolivia.htm>

⁸⁸ Así como ésta, existen otras situaciones en las que este tipo de hechos han sido denunciados a la población, casos de planificación familiar en masa en comunidades altiplánicas y de los valles cochabambinos, que fueron dadas a conocer por el periodista Wilson García Mérida. Otros en cambio, permanecen ocultos, atentando a la integridad de las personas, especialmente a la integridad de las mujeres. El acceso a este tipo de información,

4.2.4 Las políticas de población en Bolivia.

Fueron tres conferencias mundiales y muchas otras internacionales en las que se debatieron los temas de población, desarrollo económico, desarrollo social, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, género, empoderamiento de la mujer, etc., a lo largo de éstas tres décadas pasadas. Sin embargo, mientras un gran número de países del contexto latinoamericano y caribeño estaban de acuerdo con la formulación de políticas poblacionales que coadyuven al control del crecimiento poblacional, Bolivia señalaba que su necesidad era la de promover el crecimiento de su población, ya que éste podría ser beneficioso para el desarrollo económico del país, aunque, tampoco se habían planteado políticas para el logro de este objetivo.

According to data from the population Policy Data Bank maintained by the Population División, of the 31 countries in Latin America and the Caribbean that answered the questionnaire, 13 considered their population growth to be too high, while 15 considered it acceptable. Two other countries (Bolivia and

como es de esperarse, es extremadamente complejo, por no decir, casi imposible, empero, aunque no puede reclamarse credibilidad absoluta puesto que no existe ningún documento que verifique la información, se sabe por el relato de un profesional del campo de la salud que estuvo en contacto con ONG's que trabajan con Planificación Familiar. Según el interlocutor estas ONG's están capacitando a personas que no tienen ningún conocimiento en el campo de la salud, para realizar una planificación familiar en algunas poblaciones, estas personas capacitadas, reciben una determinada suma de dinero por cada DIU (Dispositivo Intra Uterino) o bien por cada inyección de acetato de medroxiprogesterona colocados. Un punto que mereció especial atención fue el hecho de que estos "promotores de salud", si es que podría llamarse de esta manera a estos capacitados, no tomaron en cuenta ni la edad ni la historia genésica de las mujeres, esto especialmente para la implantación del DIU, habiéndose dado casos en los que se realizó el implante de estos dispositivos a mujeres adolescentes nulíparas. Este tipo de situaciones por una parte mellan la condición humana de las personas, especialmente de las mujeres, quienes estarían sufriendo un atentado en primer lugar, contra el derecho que tienen a elegir sobre su actividad sexual y su actividad genésica; en segundo lugar está el atentado que sufre el estado de salud de estas mujeres; en tercer lugar se evidencia una actividad no consentida por el Sistema Nacional de Salud, lo que significaría una violación a la soberanía de esta nación. Estos tres puntos podrían ser considerados a partir de una verificación de este tipo de acciones realizadas por los organismos no gubernamentales. En este sentido, se intenta que el lector entienda que hasta su comprobación, estos eventos son inferencias que se estarían realizando en base a la experiencia de algunas personas que estuvieron trabajando o en contacto con estas ONG's.

Paraguay) considered that a larger population would be beneficial for the country but had not established policies to increase it.⁸⁹

Nuestra Política poblacional, pues, debiera ser expansiva, de crecimiento, manejada más en términos de salud que de natalidad, de buscar disminuir nuestros índices de mortalidad, de modificar nuestra estructura de población, de aumentar la expectativa de vida, de establecer una calidad social más económica. En términos de calidad de vida corresponde al sector económico buscar el crecimiento productivo per cápita, establecer el cambio en la composición del producto y lograr la mejor distribución del ingreso.⁹⁰

La postura del gobierno boliviano en cuanto a los programas de planificación familiar utilizados en otras latitudes como parte de las políticas poblacionales, ha sido contrapuesta, ya que ésta si bien estaba, y actualmente está, implementada dentro de los servicios que otorga el sistema de salud, no estaba dirigida a un control poblacional, hecho que fue expresado por la subsecretaria de Salud Pública – MPSSP en 1886.

Un capítulo que no queremos soslayar en el tema de población y salud es el de la planificación familiar. Consideramos que la planificación familiar es un derecho de la familia, pero que como política nacional de población no deben realizarse programas nacionales, excepto aquellos que por motivos de salud están plenamente justificadas, como ser la alternativa frente al aborto inducido, para asegurar un saludable espaciamiento gestacional y

⁸⁹ United Nations, "Population policies and programmes", proceedings of the United Nations, *Expert Group Meeting on Population Policies and Programmes. Cairo Egypt, 12 – 16 April 1992*, New York, United Nations, 1993.

⁹⁰ Carlos Pérez Guzmán, "Alcances, limitaciones y definiciones de una política nacional de población y salud", En: *Consideraciones para una política de población y salud en Bolivia*, La Paz-Bolivia, (s.e.), 1986, p.13.

por motivos médicos, situaciones que no sólo tienen nuestro justificativo sino que tendrán además nuestras acciones.⁹¹

4.2.5 Políticas implícitas de población.

Se podría decir que en cuanto a políticas de población se refiere, el estado boliviano se ha manejado en base a ciertas políticas implícitas en el accionar de los diferentes gobiernos que estuvieron a la cabeza de la República desde hace ya varias décadas, pero que éstas no han sido propuestas como políticas de población propiamente dichas y establecidas.

Hasta hace poco, antes de la aparición del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) en 1996, la mortalidad como evento demográfico era elevado en comparación con los países latinoamericanos, y más aún si se habla de mortalidad infantil, que si bien, desde 1950 hasta los días anteriores a la aparición de los seguros nacionales SMNN, Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), mostraron una disminución significativa en la tasa de mortalidad infantil, ésta aún sigue siendo una de las más altas del contexto latinoamericano.

En 1950, por cada mil niños que nacían en Bolivia morían 175 antes de cumplir su primer año, lo que en el contexto latinoamericano nos ubicaba en el penúltimo lugar en cuanto a nivel de mortalidad infantil (...) El último lugar lo ocupaba Haití, donde por cada mil nacidos vivos fallecían 219 (...) 50 años después, jamás país alguno alcanzó tal grado de mortalidad infantil; al contrario, todos disminuyeron grandemente este índice. Cuba mejoró 11 veces, Chile 9, Venezuela 5 y Haití 3, por citar algunos países. Bolivia también mejoró, aunque no lo suficiente para dejar los dos últimos lugares en el ranking

⁹¹ María Teresa Paz, "Políticas de Población y de Salud en las Estrategias de Desarrollo Nacional", *ibid.* p. 21.

latinoamericano. De hecho, fue el país que menos mejoró: disminuyó sólo en 2,6 veces su mortalidad infantil, lo que actualmente lo desplaza al último lugar de la región, esta vez después de Haití.⁹²

Dentro de las características de países como Bolivia, clasificado como un país con una transición demográfica incipiente^{93 94} están justamente, la elevada tasa de natalidad y de mortalidad, situación 'natural' que se encarga de controlar el crecimiento poblacional de un país. En el caso boliviano, pareciera ser que los diferentes gobiernos han echado mano de esta circunstancia utilizando la misma como una política implícita en cuanto se refiere a la mortalidad, uno de los tres componentes contemplados en las políticas de población.

En el área de mortalidad, la corriente seguida históricamente por sucesivos gobiernos, con pocas excepciones ha sido la de dejar que la gente se enferme y se muera con una frecuencia asombrosa. El servicio de la deuda externa ha absorbido grandes cantidades de recursos mientras que la 'deuda social' sigue aún sin pagar.⁹⁵

Por otro lado y haciendo referencia a la segunda parte de la cita anterior, durante mucho tiempo Bolivia ha incrementado de manera considerable la deuda que tiene con el BID y el FMI. Sin embargo, los resultados en cuanto a calidad de vida de la mayor parte de la población no ha visto cambios positivos, es por este motivo que poblaciones como las del municipio de Caripuyo, tienen

⁹² Abdel Padilla, "Bolivia, el país donde mueren más niños", *La Prensa*. La Paz – Bolivia, 27 de noviembre, 2003.

⁹³ Países con una transición demográfica incipiente son aquellos que poseen una alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden del 2.5%, por su elevada fecundidad tienen, una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.

⁹⁴ Centro Latinoamericano de Demografía, *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía CELADE, 1996.

⁹⁵ Ver Rance: *Mujer y políticas de población*.

según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, un Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas de 98.5%.⁹⁶

En el último decenio, pese a los avances logrados, la política dominante de sacrificar el bienestar de la población a las exigencias de la estabilidad y el ‘crecimiento’ económico, mantiene a Bolivia al final de la fila entre las naciones latinoamericanas en materia de salud y calidad de vida. Un efecto de esta política implícita –la ausencia de saneamiento básico en la gran mayoría de los hogares del país- sigue impactando en forma determinante sobre las tasas de mortalidad.⁹⁷

“La política implícita sobre fecundidad siempre ha sido pronatalista”.⁹⁸ Esto fue confirmado por el Ministro de Previsión Social y Salud Pública, Dr. Carlos Pérez Guzmán, quien aseveró que la política de población boliviana debiera ser expansiva, de crecimiento, dada la baja densidad poblacional existente en Bolivia y más aún a la mala distribución de la población en el territorio.⁹⁹ Y por los resultados de la encuesta realizada a 31 países Latinoamericanos y Caribeños en 1992 en la cual Bolivia junto a Paraguay eran los dos únicos países que creían que un aumento en el tamaño poblacional sería beneficioso para el desarrollo de los mismos.¹⁰⁰

En este sentido se puede esbozar una realidad que ya se ha venido viviendo por varios decenios, y es, que Bolivia, tiene un control del crecimiento de su población que también resulta estar implícito en el actuar cotidiano, la elevada mortalidad, principalmente la infantil, y la elevada Tasa Global de Fecundidad son dos elementos naturales que van a controlar el crecimiento de las diferentes poblaciones. Ahora bien, se tiene que tomar en cuenta que en todo

⁹⁶ Instituto Nacional de Estadística, *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Potosí: resultados departamentales*, La Paz, INE, 2002.

⁹⁷ Ver Rance: *Mujer y políticas de población*.

⁹⁸ *ibid.*

⁹⁹ Ver Pérez Guzmán: “Alcances, limitaciones y definiciones de una política nacional de población y salud”, p. 9-13.

el territorio nacional la problemática no es la misma si partimos desde el principio en el que el tercer componente de las políticas de población tampoco tiene algún tipo de control en Bolivia. El fenómeno migratorio en Bolivia está dado en mayor intensidad de las zonas rurales a las urbanas dejando deshabitadas a las primeras; por este motivo, las diferentes urbes tienen por lo menos las mínimas condiciones aceptables hablando en términos generales de calidad de vida de su población, sin embargo, este hecho no se presenta en las zonas rurales, tal como se mencionó anteriormente.

El conocimiento de este tipo de problemas, de sus variaciones geográficas y cronológicas, son las que permitirán plantear una política de población acorde con la realidad de las diferentes poblaciones asentadas en el territorio nacional. En este contexto se tendrá la posibilidad de programar el progreso del desarrollo socio-económico de las comunidades y de la sociedad en general.¹⁰¹

En 1986 cuando la Dra. Paz señaló estos requisitos mínimos para la elaboración de una política de población, señaló también un punto muy importante, que en aquella oportunidad lo calificó de 'uno de los grandes problemas del país', refiriéndose a la gran diversidad social existente en el territorio boliviano, haciendo hincapié en los grupos poblacionales más deprimidos, entre ellos los nor potosinos.

Es evidente que uno de los grandes problemas del país es la gran diversidad social existente y cuando hablamos de mejoramiento de la calidad de vida, debemos hacerlo en términos de mejoramiento de nuestros grupos poblacionales más deprimidos, que básicamente son rurales y urbano-periféricos, aún dentro de los sectores rurales es necesario diferenciar los grupos más

¹⁰⁰ United Nations: "Population policies and programmes".

¹⁰¹ María Teresa Paz: "Políticas de población y de salud en las estrategias de desarrollo nacional", p. 15-21.

vulnerables como son los existentes en el Norte Potosino por ejemplo.¹⁰²

Si bien esta 'gran diversidad' a la que, la Dra. Paz, hacía mención como uno de los 'grandes problemas', es una de las principales barreras para una eficiente elaboración de una política de población nacional, existen también otros elementos que deben ser tomados en cuenta y que en aquella oportunidad no fueron señalados por quienes pretendían elaborar una política poblacional acorde con el contexto y la coyuntura de esta nación. En este sentido, es menester indicar que dentro de la gran diversidad social, a la que se hizo mención, existe una diversidad aún mayor si se hace referencia a los aspectos culturales propios de cada una de las diferentes etnias asentadas en el territorio boliviano. Al hablar de estos aspectos culturales se debe aclarar que muchos de éstos son desconocidos o simplemente no son aceptados por las culturas occidentales, siendo éste quizás uno de los verdaderos problemas presentes al momento de elaborar las políticas de población, puesto que no se toman en cuenta los elementos básicos de la población sobre la cual se pretende implementar una estrategia de acción con un fin concebido por la cultura occidental para beneficio de la misma y no así de las culturas existentes y originarias de estas latitudes.

Paralelamente a lo que planteaba la Dra. Paz, el Lic. García planteaba solucionar el problema a través de la reducción de la extrema pobreza que afectaba a la mayoría de la población rural y urbano marginal de Bolivia.

Dada la gran disparidad social existente en el país, si bien se propende a largo plazo a una elevación del nivel y calidad de vida de toda la población boliviana, en el corto y mediano plazo, debe darse prioridad a la superación de la extrema pobreza que afecta

¹⁰² *ibid.* p. 17.

a la mayoría de la población rural y en importantes sectores de la población urbano marginal.¹⁰³

Sin lugar a dudas el aspecto económico incide en la mayoría de los problemas que atañen a las poblaciones bolivianas, empero, ésto se ve magnificado en algunas zonas como lo mencionaba la Dra. Paz, haciendo énfasis en las poblaciones nor potosinas, donde la extrema pobreza es el común denominador de su gente. Situación negativa que se ve incrementada debido al poco conocimiento que se tiene de esta cultura. Bajo estas premisas se deberá entonces tomar en cuenta no solo el factor económico para la elaboración de las políticas de población sino también aquellos aspectos que hasta esos días estuvieron relegados a planos carentes de importancia.

En 1986 Se vertieron estos comentarios, que son indudablemente una base fundamental para la elaboración de una política de población. Sin embargo, los aspectos culturales que no fueron señalados en aquella oportunidad, merecen su atención y es lo que se ha intentado poner de manifiesto con el presente estudio realizado en el municipio de Caripuyo, el año 2004.

4.2.6 Políticas explícitas en salud materno-infantil.

El Sistema Nacional de Salud desde 1992 ha implementado una serie de políticas nacionales de salud materna e infantil que justamente fueron formuladas para reducir la mortalidad de estos grupos especialmente vulnerables.

En Bolivia, en el conjunto de medidas y políticas de salud dirigidas a la mujer y al niño, se destacan el **Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna**, Ministerio de Salud, 1992, La Paz; el **Plan Decenal de Acción para la**

¹⁰³ Franklin García, "Características, factores y políticas de población en materia de mortalidad II", En: *Consideraciones para una política de población y salud en Bolivia*. La Paz-Bolivia, (s.e.), 1986, p.47.

Niñez y la Mujer, Presidencia de la República, La Paz, 1993; el **Plan Vida para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del menor de cinco años**, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, 1994; Decreto Supremo 24303 de Julio de 1996 (**Seguro Nacional de Maternidad y Niñez**); el Decreto Supremo 25265 de diciembre de 1998 (**Seguro Básico de Salud**), el **Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, Ministerio de Salud, La Paz, 1999; el **Plan Nacional de Salud Materna y Neonatal**, Ministerio de Salud, La Paz, 2000 y la **Ley del Seguro Universal Materno Infantil**, de diciembre de 2002.¹⁰⁴

El 21 de noviembre de 2002 se promulga la Ley 2426 que crea el Seguro Universal materno infantil (SUMI), que es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

El Seguro Universal Materno Infantil se implementa en todo el territorio nacional el 1 de enero de 2003 con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo: a) las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, se dé elección.

¹⁰⁴ Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, *Movilización comunitaria por una*

5. Análisis de resultados y discusión.

Del material con que se cuenta, se pueden realizar los siguientes análisis:

5.1 Mortalidad infantil.

Sin lugar a dudas el análisis de la mortalidad infantil y la percepción que tienen de ésta tanto las madres como los padres de las diferentes familias del municipio de Caripuyo, es la parte central de este análisis, pero cabe recalcar la importancia que tienen algunos aspectos de las funciones familiares y del contexto del estudio que se describirán posteriormente.

Si bien en un principio se había querido incluir en la muestra exclusivamente a madres que hayan o no sufrido la pérdida de uno o más hijos, al momento de realizar las entrevistas, las madres pedían a los investigadores que el marido estuviese presente, arguyendo en la mayoría de los casos, la dificultad que tenían ellas para expresarse en el idioma castellano, hecho que si bien es cierto, no imposibilitó que la mayoría de ellas entendieran y además se expresaran en la lengua castellana.

5.1.1 Mortalidad infantil en las familias del municipio de Caripuyo.

El discurso principalmente de las mujeres de estos cuatro cantones, dio lugar en primera instancia, a poder realizar una evaluación de la magnitud del problema de la mortalidad infantil en el municipio, y posteriormente a reconocer los diferentes factores asociados a esta mortalidad.

En las comunidades pertenecientes al municipio de Caripuyo, en las que se realizó el presente estudio, las personas entrevistadas dieron a conocer que la mortalidad infantil es un evento muy frecuente en este territorio.

“Costumbre es que se estén muriendo, pero por qué será ¿no? Por la salud... algo”. (M 48 Juntavi)

“Cuántos será, en este año nomás, ¿cuántos han muerto...?, uno, dos, dos, tres, tres nomás han muerto parece han muerto”. (M 37 Chojlla)

“Sólo se ha sabido que se ha muerto, eso nomás se ha escuchado pues”. (M 48 Chojlla)

“Ha habido unos cinco”. (V 31 AE Huañachaca)

“Se han muerto unos cinco por ahí. Tres mujeres y tres varones también ¿no? (Solicitando la confirmación de su pareja)”. (M 48 Juntavi).

De esta manera, se puede advertir la elevada mortalidad en la niñez¹⁰⁵ especialmente de la mortalidad infantil¹⁰⁶ en estas latitudes, más aún si se toma en cuenta que este evento, tiende a repetirse en el seno de las familias en más de una oportunidad, situación que no sólo fue identificada en las familias de las personas que fueron incluidas en este estudio, quienes en su mayoría afirmaron haber sufrido la pérdida de por lo menos un hijo, sino también en muchas otras madres que fueron citadas en los relatos de los entrevistados.

“De mi tres han muerto, o cuatro por ahí es”. (M 48 Juntavi)

“Dos se han muerto ¿no? (Se dirige a su pareja y solicita su confirmación). Dos se han muerto hombre ¿no? Uno... un año y medio era(...) Si, dos varoncitos se han muerto. (...) El otrito de un año y medio también se ha muerto en Santa Cruz, con anemia,

¹⁰⁵ Toda defunción en niños menores de 5 años.

fuerte se ha agarrado con riarrea (diarrea), con este...". (M 35 Juntavi)

Según los entrevistados, las causas de muerte infantil más comunes son las EDA's (Enfermedades Diarreicas Agudas), las IRA's (Infecciones Respiratorias Agudas) también hicieron mención a la desnutrición como causa de la muerte, dentro de las causas de mortalidad infantil señaladas en el *Plan de Desarrollo Municipal 2002 – 2006* a las señaladas por la población se suman los accidentes, que en síntesis todas éstas resultarían ser las más frecuentes en estas regiones.

Desde ya es difícil aceptar una realidad tan perturbadora como la que se vive en Caripuyo donde las diferentes condiciones de vida han convertido a la muerte de un niño en un evento 'casi normal' en la experiencia de vida de las personas. Es así que, en primer lugar, la elevada frecuencia de muertes en menores de 1 año, especialmente de neonatos, supere las 170 muertes por cada 1.000 nacidos vivos como lo señalan las cifras del INE.

En Segundo lugar el hecho de que este evento se repita en el interior de las familias una o más veces, llegando en algunos casos hasta cuatro (según las entrevistas realizadas), ha hecho que los habitantes de estas zonas se hayan habituado a sufrir la pérdida de sus hijos, llegando incluso a catalogarlo como costumbre tal como señalaba la señora de la comunidad de Juntavi, al decir: *"Costumbre es que se estén muriendo"*.

Dentro de los eventos que se realizan en la vida de las personas, aquellas que podrían ser llamadas como 'costumbres' son, sin lugar a duda, eventos que en general son recordados, pero que difícilmente se los tiene en mente con los detalles que podría en su lugar tener un evento fuera de lo normal, como resultaría ser el nacimiento de un hijo y por supuesto la muerte de uno de ellos. Por esta razón este tipo de circunstancias confirman el significado que tiene la

¹⁰⁶ Toda defunción en menores de 1 año.

muerte infantil en Caripuyo, el que por ser una costumbre, es un hecho casi normal.

5.1.2 Actitudes, sentimientos y creencias manifestadas ante la enfermedad y muerte infantil.

Cuando los niños se enferman, los padres piensan que es una obligación de ellos el buscar ayuda en las personas indicadas, sean éstos los profesionales del área de la salud, vale decir médicos, licenciados en enfermería, los propios auxiliares de enfermería o bien aquellas personas que tienen algún tipo de conocimiento empírico del tratamiento de determinadas patologías, en el caso de este municipio, los más conocidos son los *janpiris*.

“Llevamos a la posta (...) llevamos siempre, cuando se agarran enfermedades (...) le hacemos llamar a nuestras casas, después les hacemos curar (con el janpiri)”. (M 39 Chojlla)

“Nosotros como padres apoyamos... para que vayan, apoyamos para que la wawa (niño o niña) se cure”. (V 39 Juntavi)

“Llevamos siempre, (al niño o la niña a la posta de salud) cuando se agarran enfermedades”. (M 39 Chojlla)

El personal de salud confirma que en la zona existen madres o padres que ante un estado mórbido presente en los niños, acuden a los puestos de salud en búsqueda de un tratamiento que reestablezca el estado de salud del infante. Muchas veces estos padres deben franquear las barreras de accesibilidad que se tiene en la zona para llegar a los centros de atención. Al respecto se debe tener en cuenta que en el municipio de Caripuyo no existe un medio de transporte diario que comunique entre sí a las distintas comunidades, por este motivo los habitantes de estas tierras deben recorrer grandes distancias, en muchos casos de caminos escarpados, a pié.

“Hay algunos, algunos padres, no todos son igual, hay algunos padres que realmente sienten, hacen todo lo posible, llegan a Oruro.” (V 33 AE Caripuyo)

“Vienen cargados con su niño (al hospital de Caripuyo) tienen que caminar desde arriba desde Chaicuriri (una comunidad alejada) que pertenece a mi sector una vez, ha venido un papá con su wawa por que yo estaba aquí (en Caripuyo), hasta aquí a pié ha venido cargado de su niño”. (M 25 AE Chojlla)

Las personas acuden al *janpiri* muchas veces antes de acudir a la atención médica por varios motivos entre ellos y quizás el más importante podría ser la calidad de atención que éstos brindan a quienes los necesitan, además del respeto que tienen éstos por la cultura. Es importante señalar que los *janpiris* al desempeñar un oficio y no así un trabajo tienen una amplia predisposición para atender y cubrir con las necesidades de la población.

Dentro de los padrones de comportamiento normalmente aceptados por las sociedades, principalmente de aquellas que tienen influencia occidental, un estado mórbido es siempre un motivo de preocupación, pero que no siempre es un motivo para buscar atención. Generalmente sucede en las personas mayores cuya experiencia quizás les permite discernir entre el requerimiento o no de un especialista, pero cuando el estado mórbido se hace presente en los niños, la preocupación de los progenitores es mucho mayor y generalmente éstos terminan acudiendo a alguien cuyo conocimiento permita el reestablecimiento del estado de salud del niño, siendo en este caso el *janpiri* o el personal de salud que trabaja en la zona e incluso el simple consejo de aquellas personas que sin ser conocedoras de la medicina, tradicional o académico-científica, gozan de alguna experiencia en el campo, situación que puede ayudar a quien solicita su colaboración.

Por otro lado, en todas las personas entrevistadas que experimentaron la

pérdida de por lo menos un hijo, el sufrimiento, la pena, el dolor son el común denominador de los sentimientos presentes en ellas ante la separación que enfrentan con este familiar tan cercano. El llanto es en todas un signo manifiesto que queda ante el vacío emergente de tal situación.

“Me lloraba hartito siempre”. (M 48 Juntavi)

“He sufrido pues”. (V 37 Juntavi)

“Da pena también pues, da pena también (...) Lloramos siempre, ¿cómo no vamos a llorar del hijo?”. (M 48 Juntavi)

“Muchas cosas, mucha pena, mucha este... esa vez tenía... tenía dice ¿no? Se llamaba... este... Eleón, lloraba por mi hijo, lloraba pues... esa es la cosa ¿no? Tal vez mi señora no notaba ¿no? Pero semanas llorando he estado, bien lo quería, yo quería ver a mi hijito, me ha dolido tanto... ha sido mi sacrificio él. Ahora tengo más hijos ya”. (V 52 Juntavi)

Por otra parte, existe otro grupo de mujeres que no comparten esta forma de manifestar sus sentimientos. Este es también un evento frecuente que relataron las madres y padres entrevistados, en este segundo grupo el llanto no se hace manifiesto.

“Lloran algunos, algunos no lloran.(...) Que... nada pues, así nomás también es (...) Algunos quieren wawita, por eso lloran, algunos no quieren por eso no lloran”. (M 50 Juntavi)

“En las jóvenes no tanto (refiriéndose al llanto), luego se llora pues, son amados”. (V 56 Janco-Janco).

Expresar los sentimientos que emergen ante la muerte de un ser tan cercano como lo es un hijo únicamente a través del llanto sería absurdo dado que el campo subjetivo al que pertenecen los sentimientos difiere de un individuo a otro. Por este motivo es que nunca se irá a tener un conocimiento absoluto del mismo, de igual manera no se puede decir que los sentimientos que abrigan tanto a la madre como al padre son solamente la pena o la tristeza, no obstante, se puede pensar que otro tipo de sentimientos se hacen presentes en esos momentos, sentimientos tales como la frustración que a su vez podría manifestarse a través del silencio, llevando a la madre o al padre a un estado meditativo, que bien puede hacer pensar al entorno que éstos son indiferentes ante tal situación. Obviamente, ésto es también una forma de inferencia del campo subjetivo que rodea a la muerte, pero se desea hacer ver que existen otras formas de expresión que no fueron contempladas por las personas entrevistadas, situación que podría llevar a interpretaciones erróneas de estos hechos.

Para sintetizar este análisis, se podría decir que si bien existen ciertos tipos de sentimientos y manifestaciones de dolores, comunes a la mayoría de la población, otras formas de manifestación e incluso de sentimientos deberían ser también aceptados como normales, a pesar de su rareza.

Varios de los entrevistados hicieron notar que el dolor, la pena e incluso el manifestar estos sentimientos a través de llanto son proporcionales a la edad que tenía el niño o niña. Para estas personas el valor afectivo incrementa según las aptitudes que va desarrollando el pequeño integrante de la familia, vale decir el hablar, el caminar, el acompañar al padre o a la madre en sus quehaceres rutinarios. Mientras ésto no suceda, la parte afectiva y la emotiva no tienen el valor que se les otorga normalmente a los niños en otras sociedades.

“De los más pequeños casi es innotable ¿no? (La muerte de éstos) Ya grandecitos o sea unos ocho años para arriba ya (...) Es

pequeño ¿no?, no sabe andar todavía, no habla, no ayuda... mientras los más grandecitos ya ayudan ¿no? por lo menos ya hacen". (V 35 Chojlla)

"(...) Cuando es más grandecito, más lloramos pues". (M 48 Juntavi)

Pareciera ser que la parte afectivo-emocional de los individuos está relacionada directamente con el 'bienestar' de las familias, es por eso que la pena y la tristeza que se manifiestan ante la muerte de un hijo es proporcional a la edad del mismo, ya que el bienestar de la madre y del padre podría considerarse mayor a medida que éstos obtuvieran un mayor beneficio de la presencia del hijo o la hija, pudiendo este beneficio ir desde la simple compañía hasta el desarrollo de tareas o actividades más complejas como las contempladas en el trabajo.

Por referencia de las personas entrevistadas se pudo saber que para algunas madres, especialmente aquellas que no desean 'otro hijo más', la muerte de los mismos podría resultar beneficiosa. Según la información que se recolectó, los padres serían en determinados casos quienes influyen en la decisión de dejar que esto suceda, éstos estarían dentro del grupo de personas que no procuran una atención para los niños enfermos, en su lugar, dejan que la enfermedad siga su curso y termine con el deceso del niño, especialmente de los recién nacidos.

"No siempre los llevan ni al médico ni al janpiri". (V 33 AE Caripuyo)

Pero no siempre lo que se 'dice' (al hablar de descuido) corresponde, necesariamente, a los hechos reales. No se tuvo la oportunidad de entrevistar a ninguna madre o por lo menos ninguna de las madres entrevistadas expresó que en algún momento hubiese adoptado esta actitud.

5.1.3 Posibles causas ideológicas de la muerte.

En una de las entrevistas realizadas a una pareja que había sufrido la pérdida de uno de sus hijos, se mencionó que no habían acudido ni a los servicios del Sistema Nacional de Salud ni a los de la medicina tradicional, porque ninguno de los dos percibió alguna manifestación de enfermedad en el recién nacido, por lo que atribuyeron la muerte a un hecho sobrenatural, explicación frecuente entre los entrevistados.

“Si, no hemos llevado es que sanito estaba entonces así con una semana nos hemos salido, sin nombrecito le hemos sacado pues, tal vez lo hayamos hay... lo hayamos hecho endemoniar algo ha pasado de ahí... de lo sanito se ha muerto nomás ”. (M 48 Chojlla)

“Hay veces dicen: “No... le han hecho hechizar, que esto... por eso ha muerto”. (V 33 AE Caripuyo)

“Por un rayo, o por algún diablo por ahí esta asustado”. (V 33 AE Caripuyo)

Cuando atribuyen la enfermedad a este tipo de fenómenos sobrenaturales, las personas piensan que ni el *janpiri*, ni el personal de salud podrán realizar un tratamiento efectivo.

“(...)en vano llevamos también al médico, no hace nada también”. (M 48 Chojlla)

“Si está ademoniado,¹⁰⁷ claro no va a hacer nada pues (el janpiri), la posta tampoco, claro cosas que están maltratado, cosas que están luxado eso... si pueden ir a la posta, claro, sana pues eso. Si esta ademoniado qui cosa, nada pues”. (V 48 Chojlla)

¹⁰⁷ término utilizado por este varón en lugar de endemoniado.

No hubo oportunidad para realizar una investigación más exhaustiva, por lo que, por el momento, el investigador se pregunta si las personas ya no creen en su medicina mágica, si ésta ha perdido rigor o no cubre todo tipo de males sino sólo algunos. Así mismo, ¿no debería ser el *janpiri* conocedor de las posibles curas a este tipo de males?

Así como es interesante observar la atribución de algunas enfermedades y en algunos casos la consecutiva muerte a fenómenos mágicos o sobrenaturales, lo es también el hecho de que la signo-sintomatología de las mismas sirva para identificar, según las creencias de los propios pobladores de estas regiones, la causa de la enfermedad o muerte. Una de las parejas entrevistadas hizo un breve resumen semiológico de un cuadro de, si vale el término, 'endemoniamiento'.

“Así ya sabemos pues, nosotros ya notamos, clarito es (...)Pero clarito es moradito es cuando está... cuando muere moradito no mas todo el cuerpo, raro es cuando muere. Después en hay decimos ah... estaba endemoniado”.¹⁰⁸ (M 48 Chojlla).

Esta pareja atribuye la aparición de este tipo de fenómenos a determinados lugares, llamados por ellos 'lugar malo', conocidos también como *saqras* y según ellos no todos los lugares son iguales. A pesar de esto, existe también el concepto de que este tipo de fenómenos son producto del maleficio realizado por terceras personas que provocan la enfermedad o la muerte a través de hechizos. Este es el relato de los auxiliares de enfermería.

“Sí, yo creo que sí. Cuando mueren jovencitos dicen... ‘ah... ese tenía que vivir, lo han hechizado’ dicen. Empiezan a hacer ver con el curandero, como le han hechizado, quien le ha hechizado, ¿por

¹⁰⁸ La descripción aunque vaga tiene las características de pertenecer a un cuadro de IRA, y si fuese así la manifestación de esta patología es por demás evidente o... ¿no lo suficiente para estas personas como para notar la presencia de un estado mórbido? como no se tienen más datos referentes a la patología en si, difícilmente se podrá realizar una interpretación del cuadro semiológico para llegar a un diagnóstico.

qué? (...) las madres especialmente son las que más piensan eso". (M 25 AE Chojlla).

Los pobladores del municipio de Caripuyo acuden a la persona 'idónea' para el reestablecimiento de su estado de salud, dicho de otra manera, éstos buscan la ayuda de personas que tienen el conocimiento de estos sucesos y que además sepan como contrarrestarlos. En este sentido, se observa que en la percepción de la gente, la medicina académica en estos casos es considerada ineficaz, dado que ante las patologías consideradas de origen sobrenatural el efecto de los tratamientos prescritos resultan, en algunos casos, inútiles.

"Si alguna hechicería, o sea cuando nosotros lo hacemos sanar dicen... no, no le ha hecho nada el sanitario ¿no?, debe estar hechizada, haber, vamos al curandero".¹⁰⁹ (M 25 AE Chojlla)

"Primero llevan al curandero". (V 33 AE Caripuyo)

En el mundo andino la concepción que se tiene de enfermedad tiene en el fondo la misma esencia que se tiene en la cultura occidental. si se analiza el concepto de salud enunciado por la Organización Mundial de la Salud OMS, que reza de la siguiente manera: 'Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social', por ende la enfermedad sería un estado en el que se ha quebrantado este completo estado de bienestar, ésto visto desde un punto de vista holístico, en el que se integra al individuo como persona –cuerpo y mente- con su entorno, lo social, viviendo así una comunión armónica en lo interno y externo, así mismo, entre ambos.

Situación semejante ocurre en el mundo andino, sin embargo, un componente importante para la cultura andina y que no está contemplada por la visión occidental es lo sobrenatural. Es necesario hacer hincapié en este punto, dado que al ser este componente de capital importancia en el altiplano, podría

entrarse a lo que en términos médicos se conoce como ‘iatrogenia’,¹¹⁰ para explicar ésto, es necesario recordar el concepto de salud enunciado por la OMS, en el que se señala categóricamente el bienestar mental de los individuos. En este contexto, la parte sobrenatural está preconcebida en la mente de los individuos, y si es así, al no aceptar la cultura occidental la existencia de este componente en el “otro”, estaría, en este caso el hacedor de la medicina occidental –sea médico, enfermera o el mismo auxiliar de enfermería- provocando un desequilibrio, no de orden patológico ni orgánico, ni funcional, sino, simplemente una alteración del bienestar del individuo en el aspecto mental.

Probablemente éste sea uno de los motivos por los cuales las personas de estas regiones no acuden al servicio de medicina académico-científica para el restablecimiento de su estado de salud, dado que el conjunto de costumbres que se tienen en la cultura andina esta íntimamente ligada con lo sobrenatural y el quehacer diario del individuo es regido por este tipo de concepciones. Entonces es lógico pensar que la manifestación de una enfermedad también es regida por esta clase de sucesos.

Debido a este tipo de eventos, es que la decisión de acudir al *janpiri* está relacionada principalmente con la aceptación que tiene éste, de los conceptos sobrenaturales que hay en los individuos. Además que este actor social obra basándose en estos conceptos, por lo que la población en general tendrá una lógica aceptación de este individuo y no así del personal de salud establecidos en los puestos de medicina académico-científica.

De esta manera es que se puede evidenciar un aspecto negativo dentro del sistema nacional de salud o quizás sería mejor hablar de los profesionales de salud que son parte de este sistema, y son precisamente ellos quienes por cuestiones ideológicas merman el buen y correcto funcionamiento de sistema

¹⁰⁹ Esto entra en contradicción con lo dicho por la pareja de Chojlla, quienes piensan que ni el *janpiri* ni el médico son capaces de reestablecer la salud en caso de un ‘endemoniamiento’.

¹¹⁰ Situación adversa producida por un tratamiento médico.

establecido en el territorio boliviano al no tomar en cuenta la dimensión espiritual ni las concepciones que encierra la esfera mágico-religiosa presente en las culturas andinas.

5.1.4 Pobreza.

Por otro lado existe un grupo de personas que no acuden a los servicios de medicina por otro tipo de situaciones, entre ellas resaltan las de orden económico. Sin embargo, no se puede decir que todas aquellas opiniones vertidas por las personas entrevistadas tienen el mismo significado para este estudio. Es así que conviene desglosar las diferentes opiniones que atañen al factor económico, que si bien podría decirse que es básicamente uno, la incidencia en la mortalidad infantil se presenta de diversas formas.

Como se explicó en acápites anteriores el factor económico es, dentro de las familias del municipio de Caripuyo, un factor condicionante y determinante de la mortalidad infantil dadas las condiciones de extrema pobreza en las que vive la gran mayoría de las familias. Siguiendo este pensamiento, las madres y los padres adoptan diferentes posturas, algunos prefieren dejar que la enfermedad prosiga con su evolución normal, que terminará con el deceso del infante, de esta manera la estabilidad económica de la familia no se verá afectada por la presencia de este nuevo ser. Este suceso tiene mayor frecuencia en aquellas familias numerosas.

“Sí, yo estaba una noche en una comunidad con una mamá ella tiene seis hijos y de ella falleció su bebé, yo estaba ahí, nos había llamado para atender el parto, y nació bien el bebé, estaba agarrando pecho, ¿qué ha pasado con tu bebé?, Se ha muerto, ¿ah, y no te da pena? Le pregunté, ¡no, hartas son mis wawas! me dice, no hartas son mis wawas, ¿qué voy a hacer?”. (M 25 AE Chojlla)

En estas poblaciones las familias han logrado alcanzar cierto grado de estabilidad económica, la mayoría muy por debajo de la línea de pobreza,¹¹¹ siendo gran parte de éstas, familias numerosas. Cuando estas familias, por falta de conocimiento, miedo, descuido o mal uso de los métodos de planificación familiar tienen un nuevo hijo, no sería muy desatinado decir que los padres prefieren que éste muera antes que ver alterada aquella estabilidad que como familia se ha conseguido, de esta manera el bienestar de cada uno de los integrantes no se vería afectado.

El factor económico influye en la mortalidad infantil del municipio también de otra forma y es a través de la erogación de gastos en el reestablecimiento del estado de salud de los hijos. Pese al reducido costo que tienen los diferentes medicamentos, hablando en términos de unidad, en las postas de salud éstos muchas veces no pueden ser cubiertos por los padres de familia, mellando de esta forma la intención que tienen los progenitores de hacer sanar a sus hijos.

Se debe tener en cuenta al respecto que el hecho de trasladar al hijo hasta la posta de salud implica la pérdida del jornal del día, dado que muchas veces los padres deben recorrer vastas distancias hasta llegar al centro de atención. Dicho de otra manera, no sólo se produce un gasto en la compra de los medicamentos requeridos para el tratamiento de la enfermedad, si es que los mismo no estuviesen contemplados dentro de las prestaciones del SUMI, sino, también, la pérdida de un determinado tiempo laboral, que a la larga se traduciría en una reducción de la producción y posiblemente en una reducción del ingreso económico, ésto tomando en cuenta la factibilidad de vender la misma.

Dentro del factor económico, debe incluirse aquellas opiniones en las que no sólo se toma en cuenta el mediano y corto plazo. Es menester tomar en cuenta el largo plazo en el entorno familiar, es en este sentido que la división de la tierra, recordando que ésta es patrilineal, será en un futuro un problema con el

¹¹¹ Situación en la que una persona vive con menos de 2 dólares americanos al día.

que los hijos deberán lidiar cuando sean los dueños legítimos de las mismas, puesto que el tamaño de las parcelas ya no les permite tener una producción en cantidad aceptable que les asegure un bienestar familiar.

En estas circunstancias, la muerte del infante podría parecer un hecho con el cual las familias de Caripuyo se ven beneficiadas. Sin embargo, se debe tener presente, por el relato de las madres, el dolor que les causa la separación con el hijo o la hija, aunque este hecho podría ser considerados por ellas mismas como un evento irremediable dado que, tanto el acudir a la posta o a los servicios de medicina tradicional en muchos casos, tendrá el mismo resultado, vale decir que el estado de salud del niño o la niña no se verá reestablecido, lo que representaría un gasto insulso de dinero.

Ante la probabilidad de que la enfermedad presente en los hijos pueda o no ser eliminada por el personal de salud o por el *janpiri*, es que el obrar de los progenitores está un tanto condicionado por la precaria situación de vida. Esta circunstancia hace que éstos ‘pequen’, si vale el término, por defecto y no por exceso como podría darse el caso en otras sociedades.

Es muy probable pensar que las madres y los padres del municipio de Caripuyo encuentren una especie de alivio y resignación ante la muerte del hijo o la hija al saber que ésto les permitirá tener un menor gasto económico lo que a su vez les otorgará la posibilidad de mantener su estabilidad económica.

Hasta aquí se puede apreciar una actitud pasiva por parte de las madres como de los padres del municipio de Caripuyo, quienes dejan que la evolución de la enfermedad termine con la muerte del infante. Sin embargo, existe otro grupo de mujeres y varones –madres y padres- que adoptan una posición activa y son éstos quienes provocan la muerte de sus hijos.

“Pasa que las mamás matan a sus hijos no sé por qué, hay comentarios”. (V 36 Janco-Janco)

“Ella siente que le debe matar”. (M 50 Juntavi)

Haciendo una analogía de este comportamiento en el que las madres piensan y sienten que deben terminar con la vida de sus hijos (mucho más probable de los recién nacidos) se podría pensar que cierto tipo de condicionantes externos han hecho que la mujer y, aunque no se mencionen en estas citas, también el varón, asuma un rol ‘bestial’ carente de afectos en la que se desempeña por meros instintos, en este caso, los de supervivencia.

En este sentido, es de suponer la existencia de un componente externo cuya influencia es mucho mayor que la propia cultura. Pese a no ser parte de los objetivos de esta investigación revelar el origen de los mismos ni cómo éstos actúan en lo individual o en lo colectivo, es meritorio reconocer que las condiciones precarias de vida y su relación con la pobreza extrema, son producto de un modelo económico mundial, regional y local, cuya tendencia, según lo apreciado en Caripuyo, es provocar una involución en el ser humano hasta convertirlo en un ser irracional que actúa por instinto, en el contexto de la acción y la reacción. Ante tal situación, no estaría fuera de lugar el cuestionarse ¿Esta situación es exclusiva de estas latitudes, que desde hace ya buen tiempo están sumidas en el olvido, o... es que el fenómeno también se está dando en otras latitudes?.¹¹²

No fueron pocas las personas, de las que participaron en la entrevista, que relataron estos sucesos.

“Por falta de alimentos, pues ahí pues, por falta de poco producción es pues... no hay dinero (dinero) (...) algunos porque son hartos lo matan... dice que los tamaños de las tierras están

¹¹² J. Gisbert y A. Calabuig, *Medicina legal y toxicología*. 5ª ed. Barcelona – España, Masson, 1999, pp. 582-583. Un estudio realizado por Paulson y Sushfort en Ohio, Estados Unidos, demostró que los homicidios en menores de 15 años había aumentado en los últimos 20 años de 1.1 a 6.7 / 100.000, de estos el 43% eran menores de 5 años y el mecanismo en el 36% de los casos fue el arma de fuego.

bajando y con qué vamos a mantener (hace referencia a la división de los terrenos y que estos ya no sirven para producir por el tamaño que tienen)". (M 50 Juntavi)

Según lo expuesto en la anterior cita, pareciera ser que los factores condicionantes de la muerte, tanto de la 'natural' como la resultante del filicidio serían los mismos. Siendo ésto real, la diferencia radicaría entonces en los factores desencadenantes de la muerte infantil, que si se analizan en su contexto, estarían ligados a la imposibilidad de la sobrevivencia de las familias en esta región, debido a la extrema pobreza. El equilibrio de la familia numerosa, ya existente, sería priorizado por sobre el valor de la vida de un nuevo pequeño ser.

Esta misma señora hizo alusión, a modo de queja, a la propia situación en la que se encontraba. Relató que en la escuela se pedía a los padres de familia el aporte de Bs. 2 (dos) mensual para la alimentación que se les daba en el centro educativo (cabe señalar que los niños salen de sus casas a las 7 de la mañana y retornan a sus hogares a las 4 de la tarde) y este monto muchas veces no puede ser cubierto por los padres y más aún aquellos que tienen varios hijos que acuden a la escuela.

"Si, hay veces alimento llega cada mes a dos pesos se hace 10 bolivianos a los cinco, a los cuatro. Si, y así pero nosotros sembramos todas las cositas esito, con tostadito así no mas lo hacemos llegar, y pero para su ropita nos falta siempre platita también y no podemos conseguir en este campo (...) Si, no hay plata pues en el campo, no podemos encontrar siempre cuando tenemos tostadito eso salimos a vendernos. Hemos ido a Oruro a Llallagua a Huanuni, de ahisito siempre platita traemos algo ¿no?". (M 50 Juntavi)

Estas palabras son esclarecedoras del nivel de extrema pobreza de la zona.

Algunas madres prefieren ocultar la muerte del hijo, principalmente ante el personal de salud, ya que ellos se interesan en el estado de salud de los pobladores y en particular de los niños. Pero también se oculta el hecho a las mismas madres de la comunidad. A continuación se incluye un pequeño fragmento del relato hecho por uno de los auxiliares de enfermería, en el grupo focal de salud, en el que hace mención a lo anteriormente citado.

“-¿Dice que tu hijito ha muerto? Ellas no te quieren avisar.

-dicen: no, esta adentro, te dicen.

-mentira, quieres que te lo vea.

-No, mentira ha muerto, dicen.

-Y... ¿con qué?

-No de por sí no más ha agarrado temperatura y ha muerto.

-¿Por que no has venido a la posta?

-No tenía tiempo”, hay veces dicen, hay veces dicen: no estabas.

-Pero... debías pedir una tabletita al RPS o algo... ¿Dónde estaba?.

-Estaba en la choza, te dicen, tratan de no sé, no... contarte”. (M 25 AE Chojlla)

Si bien el registro de muertes en general tiene, en el contexto nacional, una serie de falencias que dan lugar a un subregistro de los mismos, principalmente, en las áreas rurales, de hecho la mortalidad, principalmente la infantil, más allá de estar sujeta al subregistro es también ocultado a los mismos pobladores de las diferentes comunidades. Esto lo dieron a conocer las madres entrevistadas en el área de investigación.

“No avisan pues, dice. Cuando matan no avisan”. (M 50 Juntavi)

“Unito estaba enfermo grave estaba con sangre no más, eso estaba contando le he visto si un día, si, el otro porque será que será que ha muerto no sé, nadie ha avisado después también

¿por qué será que a nadie ha avisado?, Una vez de Caripuyo han venido me han..., ‘tienen que saber esta wawita porque se ha muerto’ me han dicho, entonces su mamá no había querido avisar, ‘no hablen de mi hijito’ había dicho”. (M 37 Chojlla)

En este sentido, la mortalidad infantil en el municipio de Caripuyo tendría una cifra muy por encima de las que se manejan como en el Plan de Desarrollo Municipal 180 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, como también las que maneja el INE que da una cifra de más de 170 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.

5.1.5 Presión social.

Existe otro factor condicionante y a su vez desencadenante del filicidio en este municipio: el factor social, aspecto que atañe especialmente a mujeres solteras y más aún a las adolescentes.

“A la madre soltera, una mujer soltera eso ya es... mal visto, yo creo desde un punto de vista aquí lo matan así yo diría perdón, pero no, no será que lo matan, que lo asfixian, no sé, o no le dan el pecho, no sé”. (V 33 AE Caripuyo)

“Esto pasa en las solteras, por miedo lo hacen desaparecer en lo mejor, en las solteras pasa, en las casadas por el número, si es mujercita la matan”. (V 41 Janco-Janco)

“(...) teníamos alumnos del colegio, yo creo que pueden preguntarle al director, alumnas que han tenido sus partos aquí y como hablábamos hace un rato, ha nacido la wawa con todos sus signos vitales bien y al tercer, cuarto día han muerto, nos llamaban pero ya estaba cianótico, ya estaba sin vida, no se que diagnóstico darle, no se, asfixiado, hemos preguntado, salió a

media noche ahí afuera al patio y después... se ha entrado a dormir con su mamá y al día siguiente ha muerto". (V 33 AE Caripuyo)

En el discurso de algunos actores sociales, se indicó que es muy común en la zona que los padres no adviertan el embarazo de sus hijas, además que éstas utilizan de manera muy propicia su habitual indumentaria para ocultar su estado. Los entrevistados, aludieron que los padres (ambos generalmente) abandonan sus hogares a muy tempranas horas del día y su retorno es a partir del ocaso, es decir, que restan las pocas horas nocturnas en las cuales los habitantes están en vigilia para compartir con su familia.

"Si, yo... el año pasado estaba trabajando en el municipio de Uncía, en el hospital y una señora que había tenido su primer hijo era soltera, madre soltera y se había vuelto a embarazarse para otro ya no para el papá de su hijita ¿no? Y... no se daba cuenta su mamá que trabajaba en el campo que estaba su hija embarazada ¿no? Y nosotros, yo y el doctor hemos atendido el parto y a eso del medio día viene su mamá y me pregunta: 'ha venido mi hija a consultar al hospital, estaba mal dice, se movía algo dice ¿no?' Y el doctor me mira y le preguntó: '¿qué se llama' le ha preguntado, 'ah si tal...' está descansando por que ha tenido su bebé le dice, 'Dios mío santo' o sea... la señora se quería morir ¿no? Y ahí ha entrado y le ha empezado a reñir a la chica y... el doctor le ha dicho: '¿por qué le estas diciendo eso?' Y ella le ha dicho, 'no, ¿con qué le va a mantener, el pueblo que me va a decir? ¿No? ¿Que me va a decir el pueblo? El tiene... la única hija mujer, sus hermanos son hombres, van a decir que es de uno de sus hermanos, si ella no ha estado con ningún hombre, y ella decía'; 'Dinos, dime ¿quién es el papá?, entrégaselo' ¿no? Y la chica se callaba y lloraba y lloraba. Se salió su mamá, yo le dije '¿quién es su papá?' Le vamos a hacer pagar todo, no tenía ni ropa el bebé,

las señoras de cocina consiguieron ropa y esas todas esas cosas, y... era un sábado, hacíamos turno todito el día todos nosotros, y al día siguiente, domingo, no viene la trabajadora social, queríamos quedar para que se lo dé en adopción, ya que ella no lo quería y en uno de esos, la de limpieza estaba limpiando el pasillo y viene corriendo y dice; D. (llamando a la auxiliar por su nombre), ¿sí? Le digo. 'Se está sentando sobre la wawa' yo he entrado o sea... ¿no? Y la hemos sacado con el doctor, el doctor le ha dicho; 'yo te voy a meter a la cárcel por que esto es asesinato' y me entregó a mí a la chiquita, mujercita y me dijo: 'llévatelo', 'no te lo vamos a dar hasta que venga la trabajadora social' la estaba asfixiando a la niña ¿no?'. (M 25 AE Chojlla)

5.1.6 Aspectos culturales.

Uno de los actores sociales que no pertenece a las culturas altiplánicas, pero que tiene contacto con ellas desde hace ya varios años, indicó con extrañeza que en la comunidad no existen mellizos o gemelos, ni niños mayores con malformaciones físicas. No obstante, existen registros en el hospital de Caripuyo de atención de partos gemelares. El hecho de que el filicidio se dé en estas circunstancias podría tener una influencia de orden cultural.

"Nadie sabe en la comunidad el grado de consanguinidad que tienen, todos son tíos de todos y que no hayan malformados es raro ¿no?". (OP V 57 Caripuyo)

Este hecho tiene su sustento cultural desde la época del incario, como se pudo observar en el marco teórico de esta investigación, en el que a estos niños que nacían con defectos físicos o eran el producto de la concepción de un embarazo gemelar, se los consideraba como un castigo de sus divinidades y estos mismos eran ofrecidos en sacrificio a sus deidades con el fin de congraciarse con ellas.

Este mismo actor social trata de dar una explicación a tal problema y según él, la esencia machista de las culturas altiplánicas es un factor influyente en el campo de la mortalidad infantil y más aún del infanticidio o filicidio.

“El machismo es uno de los grandes problemas de la comunidad, puede que el hombre influya en la mortalidad infantil dentro de las parejas estables”. (OP V 57 Caripuyo)

¿Son realmente sociedades machistas? Si las decisiones se las toma entre ambos ¿cómo puede decirse que el varón influye en la mortalidad infantil? ¿acaso no son los otros factores los que realmente influyen en esta mortalidad? Y la percepción occidentalizada de estos actores sociales, ¿estaría interpretando la situación desde una óptica ajena a la que se tiene dentro de estas culturas?

Si bien estos acontecimientos, por factores económicos, sociales y/o culturales son aceptados en estas comunidades, este mismo actor social, con relación al infanticidio señaló lo siguiente:

“No entiendo que una mujer que lleva dentro de su vientre a un niño que luego lo dejara morir, en este caso es preferible que la mujer aborte antes y no sufrir las consecuencias del parto, por este hecho creo que el hombre pesa mucho en la toma de decisiones, es una forma de selección entre quienes viven y quienes no”. (OP V 57 Caripuyo)

De esta manera, se podría pensar que el aborto es una forma de control de la natalidad de esta población y probablemente aquellas mujeres que cometieron filicidio por algún motivo no pudieron practicarse un aborto o los métodos utilizados no llegaron al resultado esperado.

En una opinión personal el investigador no concuerda con la última parte de la

cita anterior, en la que menciona que el hombre juega un rol importante en la toma de decisiones de quién vive y quién no. Esto primeramente porque las deplorables condiciones socioeconómicas afectan a casi el 100% de la población, y justamente son estas condiciones las que, a criterio personal, realmente pesan en el momento de tomar una decisión que bien puede ser tomada por el varón como por la mujer, sabiendo que ambos velan por la integridad y bienestar de sus familias.

Todas estas expresiones recolectadas de la población del municipio de Caripuyo, las que confirman la presencia del filicidio y las que tratan de explicar las causas para que el mismo esté presente, sólo son la punta del iceberg descubierto de manera accidental. Siendo éste un hallazgo sorprendente, el mismo amerita una investigación con profundidad y ciertamente desde otras ramas de la ciencia, dado que hasta este punto tan sólo se tiene la explicación y la interpretación respecto al tema del filicidio de los actores sociales propios y algunos ajenos a las culturas de estas zonas.

5.2 La familia.

Los niños nacen y sobreviven o no, al interior de una familia. ¿qué podemos mencionar sobre las familias del municipio de Caripuyo?, ¿qué percepciones y prácticas existen en cada uno de los integrantes de estas familias que se relacionan con la muerte de los niños?, ¿cómo influye el comportamiento de la familia y sus relaciones internas en la mortalidad infantil?

5.2.1 La familia y sus funciones.

El valor y la importancia que tiene la familia en el contexto social es categórica y fundamental ya que viene a formar la estructura base de cualquiera de las sociedades existentes en el mundo, y dado que en ella se forjan los cimientos de cualquier sociedad. En lo referente a las culturas andinas, la familia, como en el resto de las culturas, es la unidad más pequeña de un sistema en el cual

se desarrollan diversas actividades que interrelacionan a estas unidades y dan como resultado la subsistencia de la misma familia, en primera instancia y posteriormente de su cultura.

Es vital recapitular el significado que se tiene en el interior de estas culturas del concepto de familia, así mismo de los roles que sus integrantes desempeñan en pro de los objetivos implícitos en cada una de estas culturas, hecho que les permitirá obtener aquello que les asegure una persistencia en tiempo y la ocupación de un espacio.

En los cuatro cantones estudiados de este municipio, Juntavi, Janco-Janco, Chojlla y la capital del municipio Caripuyo, se pudo observar que la concepción de familia más allá de ser una estructura social formada por el padre, la madre, hijos e hijas, es un núcleo social donde se forjan una serie de valores, responsabilidades y obligaciones. Resalta el énfasis en el respeto a la vida en sociedad, con él, se hace presente la necesidad de perpetuar la especie, a través de los hijos que además son el símbolo de unión familiar.

“(...) para unirse y tener hijos”. (M 47, Janco-Janco)

Los habitantes de estas zonas, dentro de las funciones de la familia perciben y entienden que cumple con una de las tareas más importantes no sólo como actores de una estructura social, sino también dentro de un ecosistema, siendo ésta la preservación y el cuidado de la vida, cuidado de la vida propia y de la vida de quienes rodean al individuo en el entorno familiar y comunitario.

“(...)y especialmente cuidar, ¿no? (refiriéndose al cuidado de los hijos) tenemos que mantener a las wawas, wawitas, tenemos que vivir también”. (M 37 Chojlla)

El término ‘cuidar’ utilizado en la cita anterior, permitiría interpretar que tanto los padres como las madres asumen las responsabilidades con su familia, en

especial con las 'wawas' a las que esta mujer hace mención, mas no se puede realizar una comparación del orden de prioridades en cuanto a responsabilidades se refiere en las culturas de esta región y la concepción que se tiene en otras latitudes del mismo territorio nacional.

Resulta interesante confrontar las dos partes constituyentes de esta cita. Por un lado la parte en la que enteramente hace mención a los niños, wawas, y por otro, la parte en la que la interlocutora se incluye al decir, *tenemos que vivir también*. Al parecer no existiría una secuencia lógica de la expresión general de la idea de esta madre, empero, si se hecha mano del significado del término mantener, *proveer a uno del alimento necesario; proseguir voluntariamente con lo que se está ejecutando*, es como si la última parte de la cita hiciese referencia a una manera de excusarse ante la imposibilidad de continuar con el cuidado y la manutención de los hijos con la que se enfrentan no sólo ésta sino, y sin lugar a dudas cabría lugar a decir, la gran mayoría de las madres de este municipio, puesto que en determinadas circunstancias, metafóricamente hablando, la balanza debe inclinarse hacia la madre y el resto de la familia o hacia uno de sus integrantes poniendo en riesgo al resto de la familia.

Años atrás se podía decir que las familias numerosas eran un símbolo de fertilidad tanto del padre como de la madre, quizás este tipo de pensamiento hoy se ve afectado por las condiciones principalmente socio-económicas de pobreza extrema que rodean a las familias de estas zonas, que además les dificulta en el cuidado de muchos hijos, aún así, queda presente esta concepción en algunos de los entrevistados, en quienes aún se ve la importancia que encierra la fertilidad, la descendencia y con ella la perpetuación del apellido. Al respecto uno de los auxiliares de enfermería, basado en su experiencia, señala:

"(...) la familia se forma para hacer respetar el apellido, por eso es importante". (M 25 AE Chojlla)

Tanto los padres como las madres de las diferentes familias entrevistadas tienen plena conciencia de las responsabilidades y obligaciones que adquieren con la llegada de los hijos. Para los habitantes de estas zonas estas responsabilidades son: la alimentación, la vestimenta, la educación tanto formal como no formal –explicación implícita dentro del discurso de los padres y madres integrantes de las diferentes familias–, en fin, todo aquello que se relaciona con el bienestar de la familia es considerado una responsabilidad de los progenitores y por ende la obligación de cubrir con las diferentes necesidades de sus integrantes; incluso están dentro de las responsabilidades aquellas cuyos frutos se verán a largo plazo, como lo es el inculcar los conocimientos necesarios para el desempeño de sus faenas laborales, que les permitirán en un futuro acceder a un bienestar social y económico.

“Nuestra responsabilidad es pues cuidar a los hijos, educar, vestir, alimentar”. (V 35 Chojlla)

De esta manera, para cumplir con dichas responsabilidades y obligaciones se brinda mucha importancia al trabajo, ya que el fruto de éste les permite adquirir una estabilidad en su hogar y con ella, el bienestar de todos sus integrantes.

“(…)las funciones que tiene es de mantener a la familia bien ¿no?, en trabajo, quehaceres, formar un hogar bien”. (V 37, Chojlla)

¿Qué significa mantener a la familia bien?, ¿qué es formar un hogar bien?

Si bien para los padres de estas comunidades los hijos son un medio que refuerza los lazos que unen a la pareja, podría decirse que el nexo entre la pareja sería también el trabajo que en conjunto realizan para ‘mantener a la familia dentro de los parámetros de bienestar’, un hecho que pudiese tener implicación en el ámbito social, no sólo en la sociedad a la que ellos pertenecen, sino también ante aquellas a las que no pertenecen. Posiblemente por esta razón es que al momento de hacer conocer su opinión al investigador

durante la entrevista, demandan la aprobación del mismo.

Otra opinión recogida respecto a la función que tiene la familia, y especialmente los padres, también hace mención al cultivo, al trabajo de la tierra y a la cría de ganado, principalmente de auquénidos, que constituye la actividad cotidiana de la mayoría de las familias del municipio.

“Sembramos para la familia también pues, preparamos la tierra, necesitamos cosechar, es la primera función de la familia”. (V 48, Chojlla)

Ante tal actitud, otros actores sociales, como el personal de salud, ven una excesiva dedicación al trabajo, pese a que éstos son oriundos del lugar piensan que los pobladores de Caripuyo emplean gran parte, sino son todas las horas del día, en las faenas agrícolas y consideran que dejan a sus hijos muy descuidados, privados de atención, relegados a un segundo plano en el orden de importancia. Sin embargo, el trabajo de la Madre Tierra, *La Pachamama*, según los entrevistados, es una forma de velar por el bienestar de los hijos, hecho que posiblemente no sea apreciado por los otros actores sociales presentes en la zona.

“(...)o sea no les dan todo el tiempo a sus niños, más se ocupan del trabajo en el campo, salen en la mañana y llegan en la noche, los niños están solos (...) la madre cocina en la mañana ya, por que marido y mujer trabajan en los campos, dejan la comida y el niño viene, y encuentra (la comida preparada)... hay he visto muchas veces niños menores que han sido dejados por sus madres ellas van a pastear con las ovejas y no pueden cargarlos con ellas. Yo creo que no cumplen con la función de padres que deberían cumplir mas que todo por el trabajo de ellos”. (M 25 AE Chojlla)

“Ellos tienen animales que tienen cuidar, entonces el papá, la mamá salen (...) generalmente el papá es el que sale de madrugadita, (...) al niño, al jovencito el papá le deja durmiendo, al menos es lo que yo he observado, salen temprano, hay veces con la pareja o hay veces la mamá también se queda a preparar el alimento, entonces, llega el papá su hijo ya no está en la casa, en la tarde nomás posiblemente se encuentren, y solamente en la hora de la cena”. (M 25 AE Chojlla).

Cuando uno empieza a hacer un análisis en base a sus propias ideas de correcto o incorrecto, es que se obtienen este tipo de opiniones, que indiscutiblemente son basadas en hechos reales, lo que no mella la veracidad de las mismas. Sin embargo, la aceptabilidad que éstas tengan dependen mucho del conocimiento que posee el interlocutor primero del contexto y segundo de la cultura, en base a éstos y a un análisis personal, éste podrá obtener sus propias conclusiones. Se hace esta aclaración debido a que quienes emitieron este tipo de opiniones, pese a ser parte de estas culturas, perciben la realidad de una manera diferente, quizás basados en lo que creen correcto, situación que no se pone en tela de juicio. Empero, la otra cara de esta situación podría ser mostrada justamente por las necesidades que estas poblaciones tienen.

Se sabe que en su mayoría las familias de estas regiones son numerosas, lo que representa que los padres tienen bajo su tutela un número significativo de hijos, todos ellos merecedores de su cuidado, atención, educación, etc., que se conseguirán en parte a través del trabajo que éstos realicen en sus tierras, entonces, si es que los padres dedicarían menos tiempo a sus labores cotidianas, se verían sus ingresos disminuidos, lo que llevaría a una contradicción entre las necesidades afectivas y las necesidades económicas satisfechas.

Frente a esta postura, los padres y madres expresan que la obligación que tienen es el de velar por el bienestar de sus hijos, y están seguros que la cumplen, dado que los hijos son muy importantes en su vida, y en ellos, además ven plasmado su propio deseo de persistencia en el tiempo, calificándolos posiblemente por esto de su 'propósito', tal como lo expone un padre perteneciente a la comunidad de Juntavi.

“Para los papás, bueno, los hijos son el futuro (...) el hijo es el propósito, es el dueño legítimo, entonces a través de eso seguimos manteniendo y nunca podemos dejarlo porque somos padres y la madre, el hijo y la hija son dueños pues”. (V 39 Juntavi)

En la cita anterior, de igual manera se puede apreciar el sentido de copropiedad que reconocen para los hijos en los bienes materiales que la familia posee, que, por cierto, en algún momento llegará a ser de su propiedad, ésta podría ser la razón por la que se los llame 'dueños legítimos'.

El fruto que los padres obtienen del trabajo permite que sus hijos adquieran una educación que a futuro les permita desenvolverse con mayor facilidad en la vida, cabe remarcar que dentro de la percepción que los padres tienen de la educación se incluye el concepto, implícito en su discurso, del valor de la educación que se imparte en el hogar, labor que en los primeros años de los hijos es llevada a cabo fundamentalmente por la madre.

“(...) la mamá se preocupa más de los hijos”. (M 48 Juntavi).

“(...) la madre siempre se está quedándose al cuidado de los hijos”. (V 48 P Caripuyo)

“Nos ayudamos ambos, mantenemos a los hijos, educar pues”. (M 24 Janco Janco)

Aquí se habla muy superficialmente de esta relación ‘padres-hijos’ y, menos, tratando el hecho de que la familia campesina no es la familia nuclear –padres, hijos– sino una ‘familia extensa’ donde varios familiares, abuelos, tíos, allegados cooperan en la crianza de los niños. Tampoco se está abordando la solidaridad y la reciprocidad andinas, evocadas en el capítulo 4 y como ellas intervienen en el cuidado y crianza de los niños y en la supervivencia familiar. De modo que este análisis de los comentarios de la situación ‘de abandono’ que sufrirían diariamente los niños, puede estar muy distorsionado.

5.2.2 Roles y equidad de género.

Una característica encontrada en la mayor parte de los padres entrevistados es que éstos hablan siempre en plural, haciendo referencia e incluyendo en el relato de sus actividades a su pareja, mismo así que él o ella estuviese o no presente en el momento de la entrevista, expresando, de esta forma el respeto existente entre ambos, además de esto, el apoyo que tienen en su pareja, apoyo que les permite llevar a cabo sus funciones como padres y a la vez como parte de un binomio complementario, el de hombre y mujer.

Muy aparte de la percepción que se tiene de la pareja, incluso dentro de la pareja misma, es fundamental señalar el valor físico y, más importante aún, el valor moral y espiritual que se otorga a la misma. Cuando se interrogó a los varones sobre el significado que tiene para ellos la mujer, se pudo apreciar que la concepción que se tiene de ella posee un carácter holístico, integral, la mujer complementa al varón en todas las actividades que él realiza, sean éstas llevadas a cabo en el interior del hogar o en las faenas diarias que normalmente se realizan al aire libre en las parcelas de tierras de las que ellos son propietarios.

“¡Ah! significa verdaderamente es un apoyo (refiriéndose a la mujer) un ayudante al padre la compañera que decimos nosotros aquí en Bolivia... compañera aquí en el campo (...) la compañera

es un apoyo, hace la cocina, nos da de comer, no descuidan sus oportunidades (haciendo mención a las oportunidades de atender a los integrantes de su familia), siempre está cocinando". (V 39 Juntavi)

Es primordial remarcar el término que el entrevistado utiliza para describir a su pareja, al llamarla 'compañera', palabra que dentro de la lengua castellana es la persona que acompaña a otra hacia un fin común, hecho que introduce a su interlocutor a la percepción que se tiene dentro de la cosmovisión andina del dualismo y complementariedad de los opuestos sexuados, haciendo de sus relaciones de pareja un campo de acción integral y armónica. Posiblemente ésta sea una puerta de entrada al cambio conceptual que en la ciudad se tiene de los pobladores del altiplano boliviano, a quienes se consideran equivocadamente personas frías y obtusas. Sin embargo, es el desconocimiento que se tiene de las maneras en que ellos expresan su afecto el cual lleva a la inferencia negativa del campo afectivo propios del poblador del altiplano.

Se hace esta aclaración debido a la percepción que tenía el investigador al iniciar este estudio en el municipio de Caripuyo, ya que lo primero que revisó fueron las diferentes cifras 'frías' publicadas por el INE de Bolivia y otras fuentes estadísticas, donde se mostraba una alta tasa de mortalidad infantil en el municipio, además de una publicación del periódico local, *Correo del Sur*, de fecha 14 de diciembre de 2003, en el que se exhibió una realidad parcial de la problemática del infanticidio, que sólo se podrá comprender dentro del paradigma de la complejidad, renunciando a explicaciones reduccionistas.

El hombre en estas comunidades, vela por el bienestar de la familia proveyendo de todo -lo que está a la altura de sus posibilidades, posibilidades de adquirir y ofrecer- a los integrantes de su familia. Esto podría ser tomado como el deseo inmerso en la vida de familia de alcanzar una calidad de vida que les permita realizarse como familia, pareja e individuos.

“Yo tengo la función con mi esposa de vivir bien ¿no? felices, cómodos en la familia así es mi pensamiento ¿no?”. (V 37 Chojlla)

Tarea por demás difícil en las condiciones de pobreza extrema que se tienen en estas zonas, por tanto deben hacer grandes esfuerzos para subsistir y enfrentar las diversas adversidades con las que tienen que lidiar día tras día.

Irónicamente, la brevedad de la última cita, que para algunos podría parecer una frase tan baladí como muchas otras, llama la atención por el complejo conceptual que se encuentra en su trasfondo, ésto hace a esta pequeña cita merecedora de un análisis particular, que a su vez servirá para realizar una reflexión individual, tanto al investigador como al lector de esta tesis.

Sería interesante saber cuáles son los parámetros con los que este padre de familia hace la diferencia entre el ‘vivir bien’ o el, si se habla en términos opuestos, ‘vivir mal’. Estos parámetros no han sido estudiados, específicamente, por investigadores conocidos sean sociólogos, antropólogos o economistas. Lo interesante, en estas declaraciones es que el hombre incluye a la mujer en las funciones y responsabilidades ‘con mi esposa’.

Después de haber tenido la oportunidad de convivir con la gente en estas tierras, los investigadores, seguramente, podrían según sus concepciones, calificar la vida en estas regiones de inhumana. Dadas las condiciones con las que éstos se encontraron a lo largo de su recorrido por el municipio, con este antecedente, ¿cómo es que se puede hacer la diferencia entre vivir bien o mal? Es muy probable que la respuesta a esta interrogante se la encuentre en como concibe la cosmovisión andina a la vida.

De la misma manera resulta por demás decir que una persona que no es propia del lugar pueda encontrar la felicidad viviendo rodeado de una serie de condicionantes negativos, que van deteriorando la calidad de vida en lo individual y lo familiar. No obstante, quien escribe ésto tiene presente que el

estado de felicidad pertenece a un aspecto subjetivo del ser humano, por lo que no se podría cuestionar el que este padre afirme que vive en un estado de felicidad con su esposa.

La falta de dinero hace que los padres y algunas veces las madres busquen otras opciones para aumentar sus ingresos principalmente en las épocas del año donde no existe producción agrícola. Es así que el fenómeno de la migración se produce en mayor proporción durante los meses de junio, julio y agosto, meses considerados por los pobladores como el tiempo de migración y en los que se observa una fragmentación en las familias.

“Tenemos que ir a buscar de otros departamentos... como Cochabamba...tenemos que ir...en tiempo de migración ¿no?”. (V 35 Chojlla)

“Las wawas también están yendo a la escuela aquí, con las wawas se queda pues (hablando de la madre). Entonces yo nomás tengo que ir”. (V 48 Chojlla)

Es evidente que la mujer participa activamente y comparte la responsabilidad de velar por el bienestar de la familia además de formar parte en la toma de decisiones y en la planificación de las actividades dentro de la misma, por este hecho es que se considera muy importante la comunicación que se tiene en la pareja.

“Hoy día vamos a hacer esta cosa, y vos vas a hacer esta cosa, así siempre nos hablamos... nos planificamos”. (V 48 Chojlla)

“No es diferente, el hombre cuando decide la mujer hace caso, el hombre también hace caso”. (V 56 Chojlla)

Otros actores sociales, que tienen un contacto constante con las familias del

municipio de Caripuyo y que además han observado de cerca este proceso, al respecto expresan lo siguiente:

“Generalmente coordinan entre ellos para hacer cualquier trabajo, ya planifican que va hacer en la mañana”. (V 36 Janco-Janco)

“Las decisiones se toman entre los dos, siempre entre los dos”. (V 36 Chojlla).

Existe, sin embargo, visiones que no comparten lo anterior, tal es el caso de otro actor social que radica en la zona desde hace ya varios años, y que indica que existe una relación desigual en la pareja.

“El machismo es uno de los grandes problemas de la comunidad”. (OP V 57 Caripuyo)

A pesar de las afirmaciones del informante anteriormente citado, espectador externo, la planificación de las actividades y la toma de decisiones dentro de la familia es, según hombres y mujeres, habitantes del municipio de Caripuyo, realizada en conjunto. Para ellos es muy importante la comunicación que se tiene en la pareja.

Si se confrontan las percepciones de los actores sociales que no forman parte de esta cultura, por un lado, y de los comunarios por otro, se puede apreciar que en cuestión de pensamiento éstas son diferentes. La situación plausible a ser sujeta a una nueva investigación y análisis, es la existencia de una comunicación en el seno familiar, en el que se debaten y se deciden en conjunto las actividades a ser llevadas a cabo. Al parecer, por lo que señalan los entrevistados, no existe una imposición del varón sobre la mujer.

5.2.3 Roles de los hijos.

Así como los padres tienen deberes y obligaciones para con los hijos, éstos también cumplen con ciertas funciones dentro de las familias, es así que los padres encuentran en ellos un apoyo en el trabajo y en los quehaceres domésticos.

“(...) los hijos... cuando es sábado y domingo nos ayudan pues, nos ayudan a cuidar animales, a veces cuidan... cuando nos ausentamos ellos también cuidan animales también”. (V 52 Juntavi).

Generalmente los hijos varones a partir de muy corta edad acompañan al padre aprendiendo y luego colaborando con el trabajo que éste tiene en los terrenos donde realizan la siembra y cosecha de los diferentes productos según la región, mientras que las mujercitas, son en primera instancia las compañeras de las madres, posteriormente son también de ayuda en las labores de casa.

“Yo he visto que los niños van a pastar las ovejitas, cuando ellos son grandecitos van a sembrar junto a sus padres”. (M 25 AE Chojlla)

La necesidad de trabajar para adquirir lo necesario para la subsistencia de la familia, y la especial importancia que la comunidad asigna a las labores agrícolas, hace que los hijos, en determinadas épocas, acompañen a sus progenitores en las labores, quedando en segundo plano la educación formal de las escuelas.

La deserción escolar es mayor en la mujer que en el varón, esto está demostrado en las cifras de alfabetismo y deserción escolar del INE. Cuando se realizaban las entrevistas para este estudio, la explicación que los comunarios brindaron al respecto permitió aclarar esta situación. Para ellos es

mejor invertir en el estudio del varón porque éste, a la larga se quedará en el lugar, mientras que la mujer tiene más probabilidades de irse a otras tierras con el marido que vaya a tener.

“Las mujeres desde temprana edad ya se encargan del trabajo en el hogar, mientras que el varón estudia, es mejor educar a un varón ya que él se queda en casa, mientras que la mujer se va otra comunidad cuando se casa, y esto resulta ser: ‘educar para otros’ ”. (OP V 57 Caripuyo)

Como ya se expresó en varios de los párrafos anteriores, el aspecto económico es un condicionante del estilo y la calidad de vida de los pobladores del municipio de Caripuyo. En el ámbito educacional, haciendo referencia exclusivamente a la educación formal, la incidencia que éste tiene en la alta deserción escolar es apreciable en las diferentes tasas relacionadas con la educación que se muestran en los resultados departamentales de Potosí, obtenidos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, tasas como la de alfabetismo en la población de 15 años o más,¹¹³ o la de asistencia escolar de la población de 6 a 19 años.¹¹⁴ Estas cifras, después de haber realizado el trabajo de campo de esta investigación, tienen una explicación lógica basada en la realidad socio-económica de estas poblaciones.

Un hecho que llama la atención es justamente el que la mujer por su condición de género sea privada de recibir la educación formal, situación que llevaría a re-pensar el punto tratado con anterioridad respecto a la influencia del varón en las decisiones primero en la familia y posteriormente en la comunidad. En estas circunstancias, ¿no se estaría viendo un claro machismo en el obrar de la gente?. Cabría lugar el preguntarse si... ¿el machismo es propio del hombre o es que la mujer asume un rol machista en estas comunidades?, se lanzan

¹¹³ Tasa de alfabetismo en la población de 15 años o más: Total 68.5% Hombres 87.19 Mujeres 49.90

¹¹⁴ Tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 19 años Total 75.09 Hombres 81.13 Mujeres 68.73

estas interrogantes porque cuando se preguntaba respecto al rol que desempeñan los hijos en estas comunidades, los entrevistados respondían que los hijos (generalmente) ayudan al padre en las labores del campo, mientras que las mujeres ayudan a la madre en los quehaceres domésticos. En este sentido sería más lógico pensar que quien debería verse más afectado en cuanto a asistencia escolar, alfabetismo, etc. sería el varón. Sin embargo, por lo visto en las cifras del INE, el resultado es contrario al que por lógica se esperaría. Analizando esta situación sería pertinente señalar que durante el periodo de tiempo en el que los investigadores estuvieron recogiendo la información en Caripuyo, se tuvo la oportunidad de observar que las madres acompañan al padre en las labores agrícolas y pecuarias a las que normalmente se dedican, mientras que las hijas, especialmente las mayores, asumen el papel de la madre en el hogar, tomando en sí el cuidado de los hermanos menores y del resto de los quehaceres domiciliarios. Por esta razón es que se podría decir que la madre asume el papel del hijo en el campo, y la hija se ve en la obligación de relevar a la madre, en tanto que el hijo tiene la posibilidad de continuar con sus estudios. De esta manera, ¿sería o no la madre quien adopta el rol machista dentro de la familia?, brindándole mayores oportunidades de superación al hijo varón, mientras que estas oportunidades le son restadas a la hija.

Parecería ser que el varón tuviese mayores beneficios por su condición de género, sin embargo, también posee mayores responsabilidades, hablando en el caso de los hijos varones, puesto que éstos si las circunstancias lo ameritan, desempeñarán la función que el padre normalmente cumple, vale decir que el hijo mayor asumirá las responsabilidades con su familia, él velará por el bienestar de su madre y hermanos menores, proveyendo de los bienes materiales que éstos requieran. Esta situación se da en casos de que el padre hubiese fallecido o bien ante su ausencia, y en último caso ante el incumplimiento de los deberes y obligaciones que éste tiene con su familia.

5.2.4 Dificultades en las familias.

De los problemas que atañen a la población y que fueron identificados por la misma gente del municipio de Caripuyo está en primer lugar, pero no en orden de importancia, la propia geografía de la región, ya que en determinadas épocas del año el tránsito vehicular disminuye e incluso llega a desaparecer, dado que los diferentes ríos imposibilitan el traslado de un lugar a otro dentro del territorio municipal. Lamentablemente son estas épocas las de mayor producción agrícola, de esta manera la posibilidad de llevar los productos a los centros de consumo está mermada. Por otra parte las inclemencias climáticas, propias de otras estaciones, deterioran la misma producción, ya sea con el granizo o la helada que está presente durante temporada fría. Sin embargo, existen períodos en los que se puede realizar el comercio de los productos, pero éstos no alcanzan un valor justo, lo que implica un deficiente ingreso económico a las familias.

Aunque parezca normal brindar el alimento y la vestimenta a los hijos, resulta para los padres una responsabilidad muy importante y a su vez difícil dadas las condiciones de extrema pobreza que se tienen en la zona, circunstancia que es determinante en la inadecuada cobertura de las necesidades básicas de las diferentes familias y especialmente de los hijos. En este contexto, el esfuerzo realizado por los padres alcanza a cubrir, en algunos casos, las mínimas necesidades que aseguren, no el bienestar sino, la sobrevivencia de sus integrantes y por ende, la de la misma familia.

“(...) yo le he dicho (al alcalde del municipio) que por lo menos nos den un trabajo para ganar aquí para mantenernos, por lo menos unos cinco bolivianos, unos diez bolivianos, para el pan del día. Es una gran dificultad para nosotros y para nuestros niños, imagínese para comprar una abarca no nos alcanza, donde el padre y la mamá tiene que ir a ganar unos cuantos centavos para los hijos”. (V 39 Juntavi)

Este problema incide en el acceso que la población tiene a los diferentes centros de atención en salud, puesto que las carreteras se tornan intransitables en las épocas de lluvias, así como los caminos utilizados por los pobladores que muchas veces quedan en las mismas condiciones por el aumento en el caudal de los ríos.

Con respecto a los problemas que ellos encuentran en el campo de la salud, hicieron referencia a la escasez de medicamentos que en varias oportunidades pudo ser evidenciada tanto en las postas de salud como en el propio hospital de Caripuyo, y las largas caminatas que realizan son vanas.

“Si, falta plata para hacer. (...) falta siempre aquí para, este... para el salud también falta medicinas, no hay medicinas cuando hay enfermedad no hay, cuando no hay pedimos ayuda, el doctor también este asiste y no asiste”. (M 37 Chojlla)

“En Caripuyo, si... tres vuelta he ido (hace referencia a las tres veces que fue al hospital para recibir sus medicamentos), después no hay, no hay me ha dicho, píldora también me ha dado, píldora me ha hecho doler mi cabeza, y mi cabeza y después este... mi barriga también, después ya no he podido tomar y así no mas lo he dejado”. (M 35 Juntavi)

En general los entrevistados identificaron como uno de los principales problemas con el que deben lidiar dentro del territorio, el problema económico: la pobreza. Este a su vez se ramifica en muchos otros, entre ellos la mala alimentación, falta de vestimenta, enfermedades, falta de acceso a servicios básicos y muchos otros, además que no tienen otras alternativas de trabajo y las únicas fuentes de ingresos son la agricultura y la cría de animales, principalmente auquénidos como las llamas, actividades que les proporcionan pocos ingresos económicos.

“No hay tanta producción, el factor climatológico, la helada, los hijos piden, el padre y la madre de donde traer. El transporte también es problema, no hay transporte, no hay siempre, para subsistir en lo que producimos”. (V 36 Chojlla)

“Nuestro problema es un poco... la economía ¿no? es que... no se puede encontrar, no se puede hacer casi ni la producción, casi no hay este tiempo... ¿no? entonces ese es nuestro problema, hay años que produce, hay años que no, si la producción también no se puede vivir bien, tranquilo ¿no? entonces hay veces que sacamos dinero de la papa, si no producimos no hay plata”. (V 35 Chojlla)

“Para vender también barato es por que para vender no pues es caro”. (M 48 Chojlla)

Frente a esta postura de los campesinos, existe la opinión de uno de los auxiliares de enfermería quien expresa que los pobladores muy a pesar de la buena producción que pueden tener, prefieren vender todos sus productos quedándose apenas con un tanto de la misma destinada a su propio consumo.

“(...) o sea, ellos trabajan duro y no comen bien (...) en nuestro sector de arriba donde los tres trabajamos, hay buena papa, papa y también chuño, y ellos hacen producir o sea yo he visto... que buena papa y lo sacan a vender todito y lo guardan un tanto para ellos”. (M 25 AE Chojlla)

Mucho más allá de la economía deficiente que se atraviesa en estas zonas, está presente la explotación de la que los pobladores del municipio son víctimas, un ejemplo de ello fue lo relatado por un varón de la comunidad de Pukara quien hizo referencia al trueque que realizaban, intercambiando una arroba de papa (con un valor aproximado de 16 a 18 Bs. en esa época) por un

litro de kerosén (aproximadamente 3 Bs.) con ésto se quiere hacer notar que no sólo los comunarios deben sufrir las consecuencias de los problemas existentes en sus zonas geográficas, sino también las injusticias de quienes hacen de intermediarios entre estas comunidades y las urbes cercanas.

Es menester indicar que los problemas económicos influyen, directamente, en la salud de esta población, ya que no cuentan con el suficiente dinero para una buena alimentación, vestido, vivienda y claro para la compra de los medicamentos necesarios para la restitución de su salud, pese a que muchos de los medicamentos están incluidos dentro del SUMI y en los casos en los que no están, los precios de éstos son relativamente más baratos en comparación con los precios que tienen los mismos en los dispensarios.

Salvo los problemas geográficos y climatológicos que en este acápite de dificultades que encuentran las familias, que dicho sea de paso no es exclusivo de estas zonas sino de la gran parte del territorio nacional, el resto de los problemas hasta aquí mencionados están directamente relacionados con la economía de la región. El paupérrimo estado económico de las familias influye directamente no sólo en el estado de salud de la población sino también en el nivel educativo de los individuos, en los movimientos migratorios, en la elevada mortalidad infantil y aunque no esté descrito en este estudio, seguramente también influye en la elevada mortalidad materna.

Si bien estos puntos son todos influenciados directamente por el factor económico, éstos a su vez se influncian entre sí, así por ejemplo, se puede decir que el nivel de educación de las personas influye en la mortalidad, si existe un crecimiento poblacional con la elevada tasa de mortalidad infantil, es obvio pensar que existe una elevada tasa global de fecundidad, esta última es también influenciada por un bajo nivel educativo de las personas.

Con familias numerosas y la cantidad de tierra con las que hoy cuentan los campesinos de estas zonas que resultan insuficientes para mantener a sus

familias es que se hace presente la necesidad de migrar a las ciudades o al extranjero para así poder adquirir el suficiente dinero como para brindar las mínimas condiciones necesarias para que la familia pueda cumplir sus obligaciones con sus integrantes y con la sociedad.

5.3 Planificación familiar.

Durante el desarrollo de las entrevistas se indagó principalmente en las madres si es que ellas estaban al tanto de la existencia de los métodos anticonceptivos, dado que a través de su uso se podrían evitar muchos de los abortos y muertes infantiles dentro del municipio. Muchas de las entrevistadas hicieron mención a los diferentes métodos que se facilitan en los centros de salud, tal es el caso de los dispositivos intra uterinos (DIU), hormonas inyectables, hormonas orales y los métodos de barrera como los condones.

Esto demostró el interés que existe en las mujeres principalmente para evitar los embarazos, situación que se presenta con la aprobación de sus respectivas parejas, quienes también tienen conciencia de que su realidad no les permite tener muchos hijos como se daba en tiempos de antaño.

A pesar de que las madres tienen conciencia de su realidad, además del deseo de evitar futuros embarazos, indicaron que no siempre están disponibles los métodos de su preferencia, especialmente el del acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera)¹¹⁵ y que por este motivo las madres corren el riesgo de quedar embarazadas sin desearlo. Si bien existen otros métodos anticonceptivos, las mismas madres refieren que éstos, fundamentalmente los anticonceptivos orales, producen en ellas una serie de efectos colaterales (cefaleas y gastralgias principalmente) y en el caso de los dispositivos Intrauterinos (DIU) hipermenorreas,¹¹⁶ lo que hace que las madres abandonen el uso de los mismos.

¹¹⁵ Anticonceptivo hormonal de administración intra muscular, aplicable cada 3 meses.

“Dos vecitas he ido a poner indiección (inyección), después se ha acabado este... indiección”. (M 35 Juntavi)

“Ahora con inyección estamos, tengo que hacerme colocar pero no hay ahora, no hay medicina en la posta”. (M 37 Chojlla)

¿El sistema de salud y las falencias que éste tiene en estas regiones es en parte culpable de la elevada mortalidad infantil de este municipio?.

Mientras se realizaba una entrevista en la localidad de Juntavi, el varón que estaba presente hizo notar que las personas deben utilizar los métodos anticonceptivos por voluntad propia, pero la mentalidad de los médicos es obligar a la población al uso de los mismos, especialmente ante la carencia del método anticonceptivo elegido por la pareja. Este es también un problema que amplía las brechas entre el sector de salud y la población, dado que el médico no cumple la función de orientador y el resultado es el alejamiento de las madres del auxilio médico.

“Hay dos cosas ¿no?, una es que los doctores nos obliguen a usar un método para no tener wawas, sería otra cosas que sea un pensamiento ¿no?”. (V 37 Juntavi)

Otro grupo de madres prefiere utilizar el método del calendario, justamente por que las madres que estuvieron utilizando algún método les comentaron que éstos les provocaban una serie de malestares, por eso prefieren no utilizarlos, teniendo el riesgo de quedar embarazadas.

“Por que así siempre algunas hablan también pes con inyecciones, con peldoras dicen estoy mal siempre saben decir, después tenemos miedo. Mi hermana mayor que mi hace... con este... peldoras de ocho años ha conocido también pes. (queriendo decir que usando el método de los ciclos ha quedado

¹¹⁶ Sangrado menstrual en mayor cantidad de lo normal.

embarazada)". (M 39 Chojlla)

En síntesis, se ve la necesidad de sensibilizar a la madre para el uso de uno de los métodos anticonceptivos, ésto claro está, si es que ellas así lo desean, además de recibir la información adecuada al respecto.

6.1 Conclusiones.

La mortalidad infantil es un evento muy común en el municipio de Caripuyo, no en pocos casos la muerte de los menores se ha hecho presente en más de una oportunidad en el interior de las familias, por esta situación es que en la percepción que tienen los campesinos al respecto, se evidencia cierta carencia de importancia, asumiendo el hecho como 'casi normal', y que sucede por costumbre.

Paradójicamente la elevada mortalidad infantil que representa un problema para la Salud Pública boliviana, parece no serlo para estas poblaciones, incluso podría creerse que, para muchas personas de esta región, el nacimiento de un niño o niña es el verdadero problema, dado que con la llegada de este nuevo ser, la estabilidad familiar se ve alterada. El preservar el bienestar familiar cuya base se asienta en el aspecto económico, representa en orden de importancia, una prioridad ante la vida del recién nacido. En este sentido, la política de salud que se maneja en la atención materno-infantil, cuya prioridad es disminuir la mortalidad infantil, estaría en contradicción con las necesidades reales de esta población.

Si bien es cierto que las políticas de atención materno-infantil en el territorio nacional han logrado disminuir considerablemente la mortalidad infantil, algunos aspectos como la diversidad cultural, geográfica, climática, social y económica de la población boliviana, no han sido considerados adecuadamente en la política de salud, por este motivo es que no se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad infantil en forma equitativa en todos los municipios, un claro ejemplo de esta realidad es la que se presenta en Caripuyo, en el que en lugar de disminuir esta tasa de mortalidad infantil, ha aumentado.

En el municipio de Caripuyo, la mortalidad infantil está condicionada por algunos factores comunes a otras regiones como también por otros muy particulares.

Ante la presencia de un estado morbosos los padres consideran una obligación el acudir en busca de ayuda para restituir el estado de salud de los hijos. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias, éstos se harán presentes ante el médico tradicional o *janpiri* o bien lo harán ante el médico, enfermera o auxiliar de enfermería que son los representantes de la medicina modelo académico-científica. Estas circunstancias están relacionadas con algunos factores implícitos y explícitos de los individuos, yendo desde el génesis conceptual de la enfermedad, convicción ante un tipo de atención –tradicional vrs. académico-científica-, economía familiar, accesibilidad a los centro de atención, etc.

Las patologías cuyo origen es considerado como sobrenatural tienen para la medicina académico-científica una explicación teórica y práctica o por lo menos ésta intenta darle una explicación basada en la experiencia. Por este motivo, resulta difícil para quienes practican la medicina académica poner en práctica sus conocimientos científicos aceptando la creencia popular de la patología. Es, en este sentido, que en lugar de conseguirse un sinergismo de ambas medicinas, lo que hasta ahora muy bien se viene logrando es un antagonismo, que solamente produce la desconfianza entre quienes brindan y quienes demandan una atención ‘médica’. En este contexto, el profesional de la salud es responsable, en parte, de la baja cobertura de atención a la población.

El personal de salud, sea médico, enfermero o auxiliar de enfermería, al no tener un conocimiento básico de las concepciones andinas sobre vida y muerte, el cuerpo, criterios de enfermedad y salud, gestación, parto y puerperio, es *per sé* un factor condicionante de la alta tasa de mortalidad infantil y del mal estado de salud de la población en general, ya que éste es quien al asumir la posición de quien conoce y sabe todo, está ampliando las

brechas entre él –y con él probablemente toda la cultura occidental- y la población.

La concepción cultural de la enfermedad clasifica a la misma según su origen en enfermedades curables e incurables. En el primer grupo estarían las enfermedades cuyo origen estaría sujeto a explicaciones lógicas, capaces de ser comprendidas por el campesino, mientras el segundo grupo de enfermedades poseen un origen sobrenatural, mágico-religioso inexplicables a través de la lógica, incomprensibles a la luz del raciocinio pero que gozan de la aceptación de la población.

Muy aparte de la desconfianza generada en la población por el choque conceptual propio de estas dos medicinas, esta desconfianza se intensifica en parte por la baja calidad de atención que caracteriza a la consulta en los centro de medicina académico-científica, en las que la primera barrera está dada por la idealización de las clases sociales en el interior del recinto, ésto por ambas partes, uno por el que asiste y el otro, el asistido. Este hecho, desde ya coarta la comunicación que debería existir entre ambos, inicialmente para dar una explicación de la enfermedad asentada en el individuo, seguidamente en la información que éste necesita para seguir un tratamiento, que generalmente es de larga duración en los esquemas científicos, situación que difiere del tratamiento que en muchos casos se realiza en la medicina tradicional en base a rituales cuyo efecto además es inmediato.

Las condiciones geográficas y estacionalmente las climatológicas convierten a la inaccesibilidad a los centros de salud en un factor importante que condiciona no sólo la mortalidad infantil, sino, el estado de salud de la población.

La pobreza extrema de la zona es en definitiva el factor condicionante más importante de la mortalidad infantil en este municipio, hoy en día la gente de las comunidades de Caripuyo se ve ante la imposibilidad de sostener familias numerosas, por el gasto económico que esto implica. Frente a tales

circunstancias es que se hace presente la muerte de los niños o niñas a través del filicidio.¹¹⁷

La carencia de alimentos en estas población condiciona, especialmente a los niños, a un estado de desnutrición que a su vez abre las puertas a padecer y complicar otras enfermedades, pudiendo terminar en la muerte, estos casos son más frecuentes en los niños que ya han dejado de recibir la leche materna.

La condición económica de las familias de estas zonas es tan precaria que en algunos casos no cuentan con los recursos para comprar los medicamentos que no están contemplados en el SUMI, necesarios para la restitución del estado de salud de sus hijos.

Otro factor desencadenante de la mortalidad infantil, especialmente sobre el filicidio, es el social, que afecta principalmente a las mujeres solteras, adolescentes y adultas jóvenes, que ante la presencia de un embarazo no deseado al cabo del mismo recurren al filicidio para librarse del estigma que socialmente representa el ser madre soltera.

Después de haber analizado primero las diferentes respuestas, que vertieron las personas entrevistadas, respecto al filicidio, y segundo las condiciones socioeconómicas que fueron recolectadas a través de la propia entrevista en profundidad que se hizo a quienes fueron parte de este estudio, además de lo que se pudo recoger a través de la observación directa de los dos investigadores, se podría llegar a pensar que el infanticidio o filicidio es considerado, en el inconsciente individual y colectivo de quienes habitan en el municipio de Caripuyo, una forma de 'Eutanasia' cuyo objetivo es evitar el casi seguro sufrimiento que tendría el infante en las malas condiciones de vida que

¹¹⁷ Lansky y Erickson diferenciaban cinco formas de filicidio: 1) Filicidio Altruista, liberar al niño de un sufrimiento real o imaginado); 2) Filicidio Psicótico, padres afectados de una grave psicosis y bajo la influencia del delirio o de las alucinaciones); 3) Filicidio del niño no querido, ilegítimo o minusválido, etc; 4) Filicidio Accidental, el que ocurre en el curso de una agresión de las calificadas como malos tratos; 5) Filicidio "de Medea", es el caso de la esposa que vive al hijo como un obstáculo entre ella y el marido, del que busca todo el amor y atención.

se tienen en estas alejadas tierras potosinas. Además, con este proceder se estaría velando por el bienestar de la familia, de esta forma no se vería quebrantada la estabilidad con la que se contaba en el entrono familiar antes de la llegada del nuevo ser.

Particularmente las mujeres acuden a las instalaciones de salud para adquirir el método anticonceptivo de su elección y de esta manera evitar el filicidio. No obstante, las mujeres que buscan estos métodos de planificación familiar, en varias oportunidades no encontraron el de su preferencia, ésto por cuestiones administrativas y coordinación entre la red de salud y la municipalidad.

En vista de la dificultad que tienen las mujeres para adquirir los diferentes métodos anticonceptivos o simplemente por la deficiente orientación que estas señoras reciben respecto a los métodos de planificación familiar, de sus efectos secundarios, o del correcto uso de los mismos es que algunas parejas optan por el uso de métodos naturales de planificación familiar como el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)¹¹⁸ y el método del ritmo. Sin embargo, se ve, especialmente en el primero de estos dos, que tiene diferentes formas de aplicación según el conocimiento de la mujer.

Una vez analizada la situación de la mortalidad infantil en Caripuyo, y la relación que tiene con el contexto, no sería incorrecto indicar que las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez que maneja el INE como datos oficiales están por debajo de los datos reales, primero porque como se ha observado en el área de estudio, difícilmente las personas acuden a los registros a informar del fallecimiento del hijo o la hija, más aún si fallecieron por causas 'anormales'.

Muchos de los problemas con los que se enfrenta la población y el personal de salud en el municipio se relacionan con la situación económica de la región. Sin embargo, se puede tener certeza al decir que para iniciar un cambio en la

coyuntura municipal, es necesario que todos los que trabajan en el campo de la salud, en primera instancia y todos aquellos que tienen la oportunidad de trabajar al servicio de quienes hacen parte de 'otras' culturas, inicien un proceso de cambio personal en cuestión de actitudes, que demuestren respeto y aceptación hacia la integridad del 'paciente' o 'persona', según el caso, para eliminar gran parte de esas barreras culturales que mellan no sólo la atención en salud, sino, el estado de salud de toda la población.

Se ve la necesidad de elaborar e implementar una política de población en el territorio nacional, que tome en cuenta aspectos culturales, sociales y económicos propios de cada zona geográfica, acorde con las necesidades de la gente, que permita un correcto y adecuado desarrollo económico y social de toda Bolivia, para lo cual es necesario replantearse objetivos locales, regionales y por último nacionales, en los que sea la propia población, conocedora de su realidad, la que proponga soluciones a los diferentes problemas, no sólo al de la mortalidad infantil, sino también, al problema de la alta fecundidad y la migración de poblaciones de las zonas rurales a las urbes, dejando así las primeras en un completo abandono.

Con esto no se quiere decir que la política a implementarse contenga una misma estrategia a ser puesta en marcha en todo el territorio nacional, en todo caso será la diversidad de estrategias las que permitan obtener un resultado equitativo para todo el país.

Por último, es necesario decir, que una política de salud materno-infantil, debe estar orientada, al igual que otras políticas, económicas, sociales, etc. A cumplir con las necesidades de la nación, por ende, se ve la necesidad de formular una política de población que guíe el accionar del resto de los sectores sociales.

¹¹⁸ Periodo anovulatorio que se presenta en la mujer durante los primeros meses posteriores al

6.2 Recomendaciones.

En todo el territorio nacional se maneja el concepto de que Bolivia es un país multiétnico y pluricultural, pero más allá de esta esfera conceptual, no muchos de los bolivianos conocen y, quizás menos, acepten a las culturas y etnias de, por lo menos, sus respectivos territorios. En ese sentido, resultaría ideal aunque utópico, decir que los bolivianos deberían introducirse más en el conocimiento de su propia cultura o bien de la cultura existente en el territorio que ocupan. Sin embargo, no está fuera de los límites de la lógica el sugerir que médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, en sí todos aquellos que trabajan en el área de la salud, deberían tener cierto conocimiento de las culturas yacientes dentro del territorio nacional, conocimiento que les permita desempeñarse en el campo profesional eliminando así muchas de las barreras culturales que merman la calidad y la cantidad de atención en todo el campo de la salud. Por consiguiente, esta recomendación va dirigida a todas aquellas casas superiores de estudios, encargadas de formar a las personas en el campo del conocimiento médico académico, que además han sido, son y serán los responsables del estado de salud de toda esta nación, para incluir dentro de la currícula académica establecida en el pre grado una materia relacionada a las concepciones de medicina tradicional en Bolivia.

En otras palabras, sería darle la oportunidad a la medicina occidental, académico-científica, de aprender y adquirir, aquello que hasta ahora no ha conseguido por medio de métodos científicos, de la medicina tradicional en Bolivia.

Luego de haber analizado el contexto y la coyuntura en la que desenvuelve la atención en salud en el municipio es que se ve la urgencia de un replanteamiento de los problemas a ser atacados por el sistema nacional de salud y por el gobierno municipal y nacional. Estos problemas deben ser identificados conjuntamente con la población y con ellos elaborar nuevas

parto, mientras ésta da de lactar al recién nacido.

políticas y estrategias no sólo para disminuir la mortalidad infantil sino para elevar el nivel de salud y nivel de vida de esta gente.

A corto plazo se debe mejorar e incrementar las acciones en cuanto a orientación en salud sexual y reproductiva, abarcando no solamente a aquellas parejas que acuden a este programa, sino, incluir a las personas, especialmente mujeres, de los grupos sociales en los que un embarazo podría ser considerado no deseado (familias numerosas y adolescentes). Así mismo proveer y asegurar la existencia de los métodos anticonceptivos de mayor aceptación por la población, en los diferentes centros de salud existentes en el municipio.

El gran problema en Caripuyo es su pobreza extrema, mientras ésta persista en su gente, difícilmente se elevaran los niveles de educación y salud, por eso es necesario realizar estudios económicos en estas zonas, para iniciar un proceso de activación económica municipal.

Al haberse iniciado este estudio en base a supuestos que permitieron hallar información sorprendente, como lo fue el hecho del filicidio, se recomienda continuar investigando esta situación desde distintas ramas de la ciencia, aunando fuerzas y conocimiento, no sólo entre las ramas biológicas, sino también con otras ramas, entre ellas las sociales, en pro de una mejora de la calidad de vida de estas poblaciones. De igual manera, permitir ampliar los límites del conocimiento que se tiene de las actitudes, percepciones y sentimientos de la salud, la enfermedad, la muerte, y todo el entorno cognoscitivo presente en situaciones como ésta.

Es importante recabar información de quienes son aceptados en estas comunidades como los hacedores de la medicina, vale decir, de los Janpiris, Curanderos, Yatiris, etc. que básicamente son quienes viven y comparten con la población y su realidad.

Por último, es necesario darle continuidad a esta investigación, para adquirir una explicación a la problemática de la muerte en infantes y más importante aún, para comprender la manera de pensar y obrar de ésta que es “nuestra gente”.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguiló, Federico. *El hombre del Chimborazo*, Quito, Editorial Abya-Yala 1992. pp 318.
2. Aguiló, Federico. *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*, Sucre-Bolivia, Talleres Gráficos Qori Llama, 1982.
3. Alba, Juan José. *Enfermedad, trastornos étnicos y medicina tradicional, 1984 – 1985, Quillacollo, Lamaica, Alto Cochabamba Barrio Universitario*, Cochabamba, U.M.S.S., 1986.
4. Albó, Xavier. “Injerto cristiano en tronco aymara” *Revista Cuarto Intermedio* (Cochabamba-Bolivia) N° 21 (1991).
5. Albó, Xavier. “Pachamama y cara: el aymara ante la opresión de la naturaleza y la sociedad”. En: *Congreso de Americanistas*, 44, Manchester, 1982. *Cuadragésimo cuarto Congreso de Americanistas. Manchester: Asociación de Americanistas*, 1982.
6. Barrantes Echavarría, Rodrigo. *Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*, San José, C.R., Editorial EUNED, 2002.
7. Berg, Hans van den. *Diccionario Religioso Aymara*, Iquitos- Perú, Talleres Gráficos del Centro de Estudios Teológicos de la Amazonia, 1985.
8. Berg, Hans van den. *La tierra no da así nomás. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos*, Ámsterdam, Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1989.

9. "Caripuyo, pueblo con mayor índice de mortalidad del país", *Correo del Sur*, (Sucre, Bolivia), 14 de diciembre, 2003.
10. Castellón Quiroga, Iván. *Abril es tiempo de kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades andino – quechuas*, Cochabamba – Bolivia, Editorial Serrano, 1997
11. Centro Latinoamericano de Demografía, *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía CELADE, 1996.
12. Chinche Roca, Víctor. *La concepción aymara de la muerte*, Boletín Chitakolla (La Paz) N° 23, 3, (1985).
13. CIDEM Y Misión de cooperación técnica holandesa, *Mujer y políticas de población*, La Paz, Artes Gráficas Latina, 1992.
14. Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, *Movilización comunitaria por una maternidad segura*, La Paz-Bolivia, El GRÁFICO-impresores 2003, p. 69.
15. Eduardo, Fernando, "Percepción y actitudes frente al empleo de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres en el municipio de Caripuyo 2004". Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar, 2005.
16. Ellfesen, Bernardo. *Matrimonio y sexo en el incario*, Cochabamba – La Paz, Editorial Los amigos del libro, 1989. pp. 236-243.
17. Instituto Nacional de Estadística, *Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Potosí: resultados departamentales*, La Paz, INE, 2002.

18. Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003, informe preliminar*, (s.l.), INE, 2004.
19. Iriarte, Gregorio. *Análisis crítico de la realidad*, La Paz, Grupo Editorial Kipus, 2004.
20. Kessel, Juan van. *Holocausto al progreso: Los ayamaras en Tarapacá*, Ámsterdam Centro de Estudios y Documentación Latinoamericana, 1980.
21. Klein, Herbert. *Historia de Bolivia*, La Paz, Librería Editorial Juventud, 2002.
22. Mamani, Brindis. *La mujer en la cultura aymara*, (Chucuito-Perú), N° 26 (1975): 1-17
23. Martines, Joaquín. *Matrimonio y familia en Bolivia*, La Paz – Bolivia, Editorial los amigos del libro, 1976.
24. Médicos Mundi Navarra, *Plan de Desarrollo Municipal 2002-2006*, (s.l.), (s.e.), (s.f).
25. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Consideraciones para una política de población y salud en Bolivia*, La Paz-Bolivia, (s.e), 1986.
26. Molina Rivero, Ramiro. “Estrategias socio económicas y reproductivas en la comunidad de Pampa Aullagas Oruro”, en: Izko et al., *Tiempo de vida y muerte: Estudio de caso en dos contextos andinos de Bolivia*, (s.l.), CONAPO/CIID. 1986.

27. Montes Ruiz, Fernando. *La máscara de piedra. Simbolismo y personalidad aymaras en la historia*, La Paz-Bolivia, Editorial Quipus, 1986.
28. Oblitas, Enrique. *Cultura Kallawayaya*. La Paz, Editorial Carmelinghi, 1978.
29. Otero, Gustavo Adolfo. *La piedra mágica, vida y costumbres de los indios Callawayas de Bolivia*, La Paz – Bolivia, Editorial Juventud, 1991 pp. 30 – 31.
30. Padilla, Abdel. “Bolivia , el país donde mueren más niños”, *La Prensa*. La Paz – Bolivia, 27 de noviembre, 2003.
31. Pareja, Jacqueline de y Jaroslava de Ballón, *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle alto de Cochabamba. Conocer y respetar para rescatar y dinamizar*, Cochabamba – Bolivia, (s.e.), 1994.
32. Platt, Tristán. “Espejos y maíz: El concepto de yanantin entre los Macha de Bolivia”, en *Parentesco y Matrimonio en los Andes*, compilados por E. Mayer y R. Bolton, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú. 1980.
33. Platt, Tristan. *El feto agresivo*, m/s
34. United Nations, “Population policies and programmes”, proceedings of the United Nations, *Expert Group Meeting on Population Policies and Programmes. Cairo Egypt, 12 – 16 April 1992*, New York, United Nations, 1993.

Websites

<http://www.amigosdeboliviayperu.org/bolivia.htm>

Glosario

Achachilas: Espíritu de los cerros que se corresponde, a menudo, con los antepasados. Dioses protectores.

Ajayu, jañayu, kamasa: Alma, ánimo.

Akapacha: Este mundo

Alaqpacha (Alaxpacha): Mundo de arriba, cielo.

Ata: Malformaciones, defectos físicos de nacimiento.

China supay: Las mujeres del supay o diablo andino.

Illapa: Rayo.

Jach'a: Grande.

Janpiri: Curandero nativo.

Jaqi: Ser humano.

Jisk'a: Chico, pequeño.

Kutiy: Dar la vuelta, intercambiar posiciones opuestas.

Manqhapacha (Mankapacha): Mundo de adentro o mundo de abajo.

Muchhu (muchu): niño o niña que aún no tiene uso de razón

P'uru imilla: Niña antes de la adolescencia.

Pacha tata: La parte masculina de la Pachamama.

Pacha: Mundo, espacio o tiempo

Pachakuti: Vuelta al revés del mundo, cambio profundo.

Pachamama: La parte exterior del mundo de abajo, ahora, más comúnmente traducida como 'madre tierra'.

Paqarimoq Runa: Gente del amanecer, gente de este mundo con sol.

Q'ara: Persona de raza blanca, despectivo.

Q'ipi: Atado que se lleva a la espalda, con diferentes cargas, entre ellos los bebés.

Q'ipichu (k'epichu): Bebé que se lleva cargado en el q'ipi.

Quri (kuri): oro.

Runa: Hombre.

Sagra: Demonio andino, también llamado supay que corresponde a la personificación de los dioses antiguos que debieron refugiarse en el manqhapacha o ukhupacha, luego de la llegada de la religión cristiana.

Sullka: El menor de los hermanos.

Supay, Supaya: Diablo, demonio.

T'una: Planta utilizada con fines abortivos.

Tawaqu: Muchacha soltera.

Taypi: Espacio considerado como del medio.

Tinku: Encuentro de contrarios y eliminación de la diferencia.

Uma suyu (Umasuyu): El espacio considerado como bajo, húmedo y femenino de una región dada.

Urqu suyo (Urcusuyo): El espacio considerado como alto y masculino de una región dada.

Wachanka (wachanqa): Ruibarbo blanco. Las raíces de esta planta son un purgante.

Waka sinqa: Nariz Sagrada.

Wari: Divinidad aymara.

Wawa: Hijo o hija. Aunque crezca se sigue denominando, para los padres, wawa.

Yatiri: Sacerdote nativo.

Yayuma, wisama, awalla: Parto que se inicia con los pies, parto distócico.

Bitácora de viaje Caripuyo

Octubre 2004

2 de octubre:

A las 18:30 del día de ayer salimos de la terminal de buses de la ciudad de Sucre con destino a Oruro, el viaje fue bastante pesado y frío. Arribamos a la ciudad de Oruro a horas 03:30 aproximadamente, descansamos en la flota hasta las 05:30, hora en nos dirigimos a las oficinas de las flotas que tienen como destino la localidad de Llallagua para comprar dos pasajes.

Llegamos a esta localidad a horas 09:00. En la terminal averiguamos sobre los días y horarios de los transportes hacia Caripuyo, se nos informó que el transporte sale los días Domingos en 2 horarios, luego de buscar algún otro medio de llegar a esta capital de municipio, en este mismo día nos contactamos con el Sr. Crispín que viaja en su movilidad regularmente a Caripuyo. En este momento estamos aguardándolo en la esquina de su domicilio para reservar dos lugares para el día de hoy si es que tiene pensado realizar este viaje hoy día.

A las 11:00 hablamos con el Sr. Crispín quien nos confirmó los dos lugares en su movilidad para hoy a las 16:00

11:30 Entramos a un internet para mandar noticias nuestras a Sucre, dado que hasta este momento no pudimos contactarnos con nuestros familiares.

12:00 Tomamos un par de cervezas luego nos fuimos a visitar la iglesia de Llallagua, aprovechamos para filmar su interior y luego comenzamos a realizar nuestro pequeño documental con la filmadora.

Después de jugar unas canchitas de fútbolín nos trasladamos hasta el surtidor donde debíamos encontrarnos con el Sr. Crispín quien llegó a las 16:³⁰, Salimos de Llallagua a las 16:⁴⁵, el viaje a Caripuyo duró 2 ½ horas. Gracias a la amabilidad de don Crispín pudimos hacer algunas tomas en el tramo Llallagua – Caripuyo, llegamos a ésta última a las 19:¹⁵ aproximadamente.

Una vez en el lugar, buscamos donde hospedarnos, se nos dio el dato de doña Honoria, quien alquilaba cuartos a más o menos 60 metros de la plaza. Una vez instaladas nuestras cosas allí, fuí a comprar algunas cosas a la tienda.

Dr. Eduardo tenía un resfrío con una signo sintomatología muy marcada, por lo que tuvo que tomar unos antiinflamatorios y algunos vasos de Chufly.

3 de octubre:

09:¹⁵ Fuimos al centro de salud para hablar con el personal y consolidar un momento de reunión con ellos, de esta manera podríamos realizar la recolección de información de un grupo focal exclusivamente formado por quienes trabajan con las diferentes comunidades en el ámbito de la Salud. El médico no se encontraba en ese momento por lo que el auxiliar de enfermería, el Sr. Justino, nos pidió que volviéramos de 1 hora.

Para aprovechar nuestro tiempo nos dirigimos inmediatamente a la escuela de Caripuyo donde hablamos con el Director, el Sr. Filiberto, con quien concertamos una cita para las 18:⁰⁰ para tener una charla con los profesores de quienes esperamos recoger algunos datos sobre nuestros temas de investigación desde una punto de vista externo, dado que ellos conviven con la problemática a estudiar en su día a día. A su vez el director nos ofreció colaborarnos en la posible reunión con los padres de familia el día 04 de octubre en horas de la tarde.

11:00 Volvimos al hospital de Caripuyo, esta vez tuvimos la oportunidad de hablar con el médico quien era conocido nuestro de los tiempos de pregrado en Sucre. Luego de una extensa charla con él, quedamos de reunirnos con todo el personal presente en la localidad a horas 15:00

11:30 Fuimos a la Iglesia del pueblo donde se celebraba una eucaristía, de la que participamos los últimos momentos, cuando el celebrante terminó su celebración aprovechamos para hablar con él, quien a modo de charla nos brindó, desde su punto de vista, datos que pueden ser de gran ayuda para nuestro estudio.

12:45 Se nos informó que alguien en el pueblo había cocinado Chicharron de cerdo, fuimos a comer. Luego de ésto nos retiramos al alojamiento para transcribir la charla que tuvimos con el Sacerdote.

15:00 Ya estando sobre la hora de la reunión con el personal de salud, salimos del alojamiento con dirección al hospital, una vez en el lugar el médico nos dijo que se le había presentado una emergencia por lo que debía retirarse a una comunidad a valorar un paciente. Dado este hecho nos quedamos con tres auxiliares de enfermería de tres postas de salud de las comunidades de Huanacoma, Chojlla y Caripuyo, con estos tres realizamos el primer grupo focal. Terminamos aproximadamente a las 17:50

18:05 Empezamos la reunión con los profesores a la que asistieron el Director de la Unidad Educativa, 1 profesor y 3 profesoras. Lamentablemente a nuestro modo de ver la información que pudimos recolectar de ellos fue muy reducida, creemos que fue por que dichos profesores tenían miedo de dar alguna información que más adelante les acarreará problemas como sucedió con el artículo publicado en el periódico de *La Razón* (publicado el año pasado en la ciudad de Sucre el 14 de diciembre por el periódico local *Correo de Sur*), por este motivo el trabajo con ellos fue bastante corto.

Acabada la reunión con los profesores tuvimos la oportunidad de hablar con Durby (auxiliar de enfermería de la posta de Chojlla) quien nos dio algunos datos sobre el resto de las comunidades del municipio.

21:00 Aprovechando la signo sintomatología de un cuadro viral que presenta el Dr. Fernando Eduardo nos quedamos en el alojamiento debatiendo algunos puntos del viaje, decidimos que ya no trabajaríamos con ningún grupo focal aquí en la capital del municipio. Mañana tenemos la intención de ir a Juntavi donde intentaremos armar un grupo focal con los propios comunarios.

4 de octubre:

09:00 Nos dirigimos al Hospital “Corazón de María” de la comunidad de Caripuyo para recabar información de la red de servicios de salud municipal.

09:45 Nos presentamos en la Honorable Alcaldía Municipal de Caripuyo, quisimos hablar con el Sr. Alcalde, el Dr. Mareño, pero se nos informó que aún no había llegado de Oruro. Solicitamos que se nos facilite el PDM del Municipio para recabar algunos datos de salud que nos parecían importantes.

10:45 Dejamos el alojamiento y tomamos el camino a Juntavi, comunidad a la que llegamos a horas 12:45, buscamos a la profesora Marina (madre de Durby) quien nos estaba esperando con el almuerzo pronto, luego de comer nos instaló en una habitación en el mismo módulo escolar.

14:15 El Dr. Eduardo se quedó descansando en la habitación mientras yo me retiré a caminar por la comunidad intentando conseguir alguien a quien pudiese entrevistar, ya que me parecía un poco difícil armar un grupo focal en este lugar dado que la mayoría de los comunarios salen del lugar a trabajar sus tierras junto a sus mujeres.

Conocí a don Casiano quien estaba algo mareado, con él me quedé hablando a cerca de Juntavi y las necesidades que sus pobladores tienen. Al cabo de un rato se retiró y me quedé solo en la cancha de la comunidad, luego al dirigirme por el camino que va a la escuela me volví a encontrar con don Casiano, quien me invitó a entrar en una casa donde estaban algunos pobladores tomando chicha y trago. Ingresé a la casa y fui muy bien recibido por quienes allí estaban, habían dos señoras pero dadas las circunstancias no me atreví a realizar ningún intento de aproximación a ellas para realizar mi propósito.

Como es de esperar en momentos como este, las personas que estaba allí reunidas me preguntaron a cerca del motivo de mi visita al lugar, intenté explicarles de la manera más sencilla posible intentando conseguir algún tipo de ayuda de ellos, ésto no se hizo esperar mucho ya que uno de ellos, el Sr. Lorenzo, se me acerco y me dijo que su mujer podría ayudarme, además me dijo que ella estaba en su casa, me explicó donde era la misma, que por cierto no era lejos de donde estábamos.

Me despedí de los señores y fui en busca de la señora, al principio no pude dar con su vivienda, luego de algunos minutos don Lorenzo me vio en la calle buscando su vivienda, es así que él mismo me llevo hasta la misma.

Ya en su casa conocí a doña Luciana que junto a su marido fueron los primeros con quienes tuve una entrevista. Al finalizar la misma le pregunté a doña Luciana si conocía alguna madre que estuviese dispuesta a ayudarme, me comentaron de doña Angelina que podría acceder a ser entrevistada y fueron ellos mismos quienes me llevaron a su casa y me presentaron ante ella y su marido, los cuales me colaboraron en la entrevista. Al principio don Lorenzo me sirvió de intérprete ya que a pesar de que la segunda pareja hablaba español se sentía más a gusto hablando en aymará, luego fue el propio marido de doña Angelina quien me ayudó con la traducción. En algunos momentos esta segunda pareja se expresaba en Quechua pero por eso tampoco tuve problemas ya que ambos eran trilingües.

De la misma manera le pedí a doña Angelina que me contactara con otra madre de familia, me pidió que volviera después de la cena para que me llevara donde su conocida.

En el transcurso de esa hora fui a buscar al Dr. Eduardo. A las 17:³⁰ salimos del módulo escolar y los pobladores que anteriormente me invitaron a la casa a tomar chicha me volvieron a llamar, esta vez entré con el Dr. Eduardo, no quisimos ser descorteses con ellos así que nos quedamos con ellos una media hora, después de esto nos dirigimos a la casa de doña Angelina, la esperamos algunos minutos y fue ella quien nos guió a la casa de don Filiberto. Él y su mujer fueron los que nos colaboraron con la tercera entrevista, que se vio algo dificultada por la oscuridad, pero obtuvimos los datos que eran necesarios.

19:⁴⁵ Volvimos al módulo donde la profesora Marina nos esperaba con la cena hecha. Durante la cena hablando con el Dr. Eduardo planeamos nuestro siguiente día, sabíamos que el 'camión rutero', así llamado por los del lugar, salía los días martes y viernes, así que si queríamos llegar a las comunidades altas del municipio deberíamos viajar en él. De esta manera decidimos que a las 8:⁰⁰ viajaríamos hacia Janco-Janco donde esperamos contar con más comunarios y con ellos trabajar en grupos focales.

5 de octubre:

07:¹⁵ La profesora Marina nos invitó desayuno, le agradecemos por todo cuanto había hecho por nosotros durante nuestra corta estadía, esto a tiempo de despedirnos.

07:³⁰ Fuimos a ver a la señora que entrevistamos la noche anterior, dado que al parecer tenía algún problema de salud y nos pidió que la viéramos. Luego de revisarle y prescribirle algunos medicamentos fuimos a coger el camión que salía con destino a Oruro.

10:00 Llegamos a Janco-Janco una de las comunidades más altas de todo el municipio. Aquí nos contactamos con Marcelo, el auxiliar de enfermería de la posta de esta comunidad, él nos alojó en un cuarto dependiente del municipio.

Estuvimos sin hacer nada durante todo el día ya que los comunarios estaban fuera realizando sus labores cotidianas. Ya cuando la tarde empezaba a caer empezaron a llegar a la comunidad.

19:45 Empezamos a trabajar con el primer grupo focal constituido por varones exclusivamente.

20:45 iniciamos el trabajo con el segundo grupo focal, esta vez constituido por mujeres.

22:00 Terminamos el trabajo con los dos grupos focales y en este momento estamos esperando a Marcelo para que cierre la puerta de la Posta y apague las luces.

Mañana saldremos hacia Chojlla.

6 de octubre:

08:45 Salimos rumbo a Chojlla, uno de los comunarios que estaba trabajando en la casa de Marcelo nos mostró el camino hacia Phutunku, nos dijeron que hasta esta comunidad quedaba aproximadamente a media hora, como nosotros íbamos con todas nuestras cosas a cuestas fuimos descansando, demoramos 1 hora aproximadamente.

En Phutunku nos contactamos con el Sr. Omar quien nos recibió en su casa, se nos invitó papa, chuño y fideo, juntamente con charke de llama, al salir de Janco-Janco se nos informó que en Phutunku había un matrimonio, al cual

Omar nos llevó. En la fiesta la gente nos recibió muy bien, nos ofrecieron chicha y un trago en base a alcohol de quemar y agua, aquí también se nos invitó comida la cual no pudimos terminar y nos la llevamos.

Aproximadamente a las 12:³⁰ salimos de Phutunku con destino a Chojlla, lamentablemente los caminos no eran lo suficientemente claros como para seguirlos, por este motivo nos perdimos varias veces, más o menos a las 16:³⁰ vimos en el cerro de en frente a una señora que parecía retornar a su casa con sus ovejas, decidimos cruzar a ese cerro y seguirla, pues ya que no sabíamos donde estábamos, lo mejor era buscar un lugar para pasar la noche además que el Dr. Eduardo a parte del cansancio físico que tenía, empezó a sufrir una crisis de pánico por que su ojo izquierdo empezó a nublarse, al principio no le dimos mucha importancia pero luego me comentó que ya no veía nada con ese ojo, ambos pensamos que podría ser una hemorragia sub retiniana y lo mejor sería que esté en reposo absoluto por lo menos hasta el día de mañana.

Caminamos aún un largo trecho de camino escarpado llegamos a una comunidad llamada Pukara, aquí busque albergue con una señora quien me dijo que tenía muchas wawas y no podía darnos un techo, pero fue ella que me contactó con don Juvenal quien por cierto vivía solo y el nos dio alojamiento en su cuarto, en una cama vacía que tenía a lado de la suya. El Dr. Eduardo, como habíamos visto por conveniente, se quedó en reposo absoluto hasta el día siguiente, mientras yo estuve hablando con quien nos hospedaba mientras el preparaba la cena que gentilmente me ofreció. Luego de la cena fuimos a buscar a don Jorge, primo de don Juvenal que podría servirnos de guía hasta Chojlla, además veríamos la posibilidad de que él fuera quien cargue con las cosas del Dr. Eduardo, en vista de su muy mal estado de salud por el que estaba atravesando.

Hable con Jorge y acepto llevarnos a Chojlla a las 07:⁰⁰

7 de octubre:

06:00 Una hora antes de lo previsto don Jorge nos recogió de la casa de don Juvenal, salimos de Pukara sin comer nada pero agradecidos por la gentileza mostrada a quien nos había dado cobijo aquella noche. El camino a Chojlla fue largo y muy cansador, llegamos a esta capital de cantón a las 09:45 en el lugar nos esperaba Durby desde hacía ya 24 horas, nosotros tres y ella fuimos a una tienda a tomar un refresco y comer algo.

Durante la mañana paseamos algunos lugares que podrían ser potenciales turísticos de la zona, lugares tales como la iglesia, el esculpido en piedra de una mesa y sillas que están a pocos pasos del pórtico de la iglesia. Obviamente el paisaje del lugar es de por sí, para quien no está acostumbrado al mismo, muy llamativo, a pesar de su pobreza en cuanto a flora se refiere y claro está a la pobreza de quienes habitan esta zona el lugar y su paisaje no deja de ser impresionante con todas las formaciones rocosas que en este lugar se pueden apreciar.

A nuestra llegada habíamos quedado con algunos comunarios para reunirnos por la noche, pero a la reunión no acudió ninguno salvo don Fabián Cuba.

Después de debatir el problema con el que nos enfrentamos esa noche, el Dr. Eduardo, la Auxiliar y yo decidimos levantarnos temprano el día de mañana para realizar algunas entrevistas.

8 de octubre:

06:00 Nos levantamos para empezar las entrevistas, hasta las 09:30 realizamos 3 entrevistas cada uno con lo que consideramos, por la información que hasta ahora obtuvimos, nuestra muestra saturada.

10:00 Cogimos el camión que se dirigía a Oruro, esta vez nuestro destino era esta ciudad. El viaje fue muy largo y agotador, además de incomodo, durante el

viaje tuvimos la oportunidad ambos investigadores de intercambiar ideas a cerca de todo el viaje, del trabajo y más importante aún, desde un punto de vista muy personal, de la realidad que se vive en el municipio, cabe mencionar que fuera del importante aporte de información que estos días nos han brindado para la elaboración de nuestras tesis, la experiencia aquí recogida será de mucha importancia tanto para nuestra vida profesional como para lo personal.

14:⁰⁰ Llegamos a Oruro, tomamos un taxi que nos llevo hasta la terminal de buses de esta capital, compramos pasajes para Sucre para las 22:³⁰, dejamos nuestros equipajes en la recepción de la flota. Luego de eso fuimos en otro taxi al centro de la ciudad para comer cualquier cosa ya que nuestra dieta de los últimos días no fue de las mejores.

Después de nuestro almuerzo, aprovechamos un poco nuestro tiempo en esta ciudad para hacer un poco de turismo, conocimos la iglesia de la Virgen del Socavón , visitamos el museo del minero ubicado en la misma iglesia.

Ya por la noche tomamos un par de cervezas mientras hacíamos hora para ir a la terminal.

9 de octubre:

09:⁰⁰ Llegamos a Sucre, muy contentos por lo conseguido muy a pesar de todas las inclemencias sufridas durante nuestra corta estadía por el Norte Potosino.

ENTREVISTA (video)

CHOJLLA

Entrevista # 8

Se inició la entrevista haciendo una breve explicación del estudio, el objetivo del mismo, así mismo se les explico que la información recolectada con estas entrevistas irían a ser utilizadas con fines netamente investigativos y que nadie se vería involucrados en ningún tipo de problemas. Se pidió la autorización para el uso de la filmadora, al que la familia accedió sin mayores problemas.

I.- ¿Señor que edad tiene usted?

V: Yo tengo 48 años.

I: ¿Y usted señora?

M: 48 también.

I: ¿Casados son ustedes?

M: Si

V: Casados

I : ¿Cuál es la función de la familia?

V: El trabajo.

I : ¿Qué hacen en el trabajo?

V: Sembramos para la familia también pues, preparamos la tierra, necesitamos cosechar, es la primera función de la familia.

I : Vos como hombre ¿qué le das a tu mujer?

V : Todo lo que falta para la cocina ¿no? el hombre sabe de otras cosas, sabe especialmente del trabajo, si le falta leña, claro, leña trae... eso es.

I : ¿Y la mujer que hace?

M : Cocina pues.

I : Cocina...¿qué más hace?

M : Lava ropa.

I : ¿Cuida a los niños o... vos también los cuidas (refiriéndose al varón)?

M: Si cuidar también a las wawas.

V : Cuido pues, los dos también cuidamos pues.

I : ¿Se turnan?

V : Si, claro, cuando ella no tiene tiempo y ella esta haciendo entonces yo también le estoy ayudando a cuidar pues.

I : Y aquí en el municipio ¿qué problemas que ustedes tienen, cuáles son los principales problemas, cuales son las dificultades que ustedes encuentran aquí?

V : A claro, eso por borrachera hay problemas que se pelean, eso nomás tenemos de problemas.

I : ¿Para cuidar a tus hijos y para mantener a tu familia que problemas tienen?

V : Ah... ya, claro aquí en el campo casi no se consigue dinero ¿no? ese sería el primer problema ¿no?, hay que ir a buscar pues dinero a la ciudad.

M: No hay plata pues.

I : ¿Vos vas a trabajar a la ciudad?

V : ¡Si!.

I : ¿Siempre vas?

V : Siempre voy.

I : ¿Dejas a tu familia?

V : Si a mi familia le dejo, sólo nomás voy, claro, cuando falta siempre estoy yendo a buscar dinero.

I : ¿Y con la producción que ustedes tienen aquí no les alcanza?

V: Si, claro, nos alcanza para comer nomás, para la familia nomás, yo no tenemos para vender pues.

M : Para vender también barato es por que para vender no pues es caro.

I : Baratito es ¿no? y no les pagan bien

M : Si.

V: Si

I : ¿Y qué cosas producen por aquí?

M : Grano, así oca, todo también.

V : Habas, papas.

I : ¿Y después cuando ya no producen nada la mujer se queda nomás aquí o a veces va a trabajar afuera también?

V : No pues, allá hay que estar sufriendo también pues con los familiares entonces se queda no mas, con... las wawas se queda.

M : La escuela también...

V : Las wawas también están yendo a la escuela aquí, con las wawas se quedan pues. Entonces yo nomás tengo que ir.

Percepción de Mortalidad

I: Ustedes... ¿saben de alguna persona que se le haya muerto su hijito ahora último, de aquí de la comunidad o de cerca de la comunidad?

V: ¿Estos días o cómo?

I: No... recientemente, de este año puede ser, ¿saben de alguien a quien se le haya muerto?

M: Sabemos, pero con que se habrá muerto eso no sabemos.

I: ¿Pero si se han muerto?

M: Se han muerto pues.

I: Pero no saben de que.

M: No sabemos.

I: ¿Y que ha hecho la mamá?, ¿la conocen a la mamá ustedes?

M: Si, la conocemos, pero con que se habrá muerto, como se habrá estado...

V: Con que se ha muerto pues.

M: Solo se ha sabido que se ha muerto, eso nomás se ha escuchado pues.

I: *¿Y saben qué ha hecho la señora cuando ha muerto su hijito?*

V: No sabemos.

I: *¿Qué hacen las mamás cuando se muere una wawa?*

M: Tenemos pena pues, así que podemos hacer, se lo merecen los hijos nosotros no los matamos nada pues.

I: *¿Y cuando tienen más pena, cuando es un hombrecito o cuando es una mujercita?*

M: Así pues... tenemos pena siempre pues, aunque sea mujer, aunque sea hombre, tenemos pena siempre.

I: *¿Las mamás no? ¿y los papás?*

V: Siempre pues, nuestro hijo también es pues. Cuando se le va a enterrar, se siente pena siempre pues.

I: *¿Y a usted señora se le ha muerto algún hijito?*

M: Si unito se me ha muerto.

I: *¿De cuantos años o de cuanto...?*

M: No... de una semanita o de dos semanitas, así se ha muerto.

V: De dos semanitas siempre.

I: *¿Mas o menos dos semanitas?*

M: Si.

I: *¿Y saben de que se ha muerto?*

M: Si así... a la loma le hemos levado, es que en el campo no estamos siempre en la casa nomás siempre, hay trabajo también, en tiempo de la cavada estamos haciendo chuño en la loma, en hay... en hay nomás estamos, así estamos... después de por si nomás se ha muerto, de noche así muertito nomás ha aparecido.

I: *¿A aparecido muertito no mas?*

M: Si muertito no mas, ha llorado... pero no ha llorado también grave, un poco no mas, de noche muertito nomás había estado. De una semanita lo hemos llevado a la loma después muertito nomás ha aparecido.

I: ¿Y estaba biencito no más?

M: Vivito estaba.

I: ¿O sea que no lo han llevado al médico?

M: Si pero... como será, no me recuerdo eso, como será.

V: Si, no hemos llevado es que sanito estaba entonces así con una semana nos hemos salido, sin nombrecito le hemos sacado pues, tal vez lo hayamos hay lo hayamos hecho endemoniar algo ha pasado de ahí... de lo sanito se ha muerto no mas.

I: ¿Ustedes creen en esas cosas que se pueden endemoniar o que se pueden embrujar así?

V: Si.

M: Puede pues.

I: ¿Y eso quien hace, otras personas hacen eso o... de por si no mas?

V: De por sí.

M: El lugar es malo tal vez, no siempre es igual los lugares también.

I: ¿Dependiendo entonces del lugar es?

M: Si pues, del lugar es pes, de noche en el lugar...tal vez que cosas también te puede aparecer tal vez.

I: ¿Y esas cosas pueden hacer para que se mueran también los niños?

M: Si pes, los niños... para que se mueran o para que se enfermen siempre es.

I: Ah ya... ¿O sea que cuando eso aparece a los niños generalmente se mueren?

M: Si pues.

I: ¿Y los mayores se enferman?

M: Se enferman pes, después se hacen curar, en vano llevamos también al médico, no hace nada también.

I: ¿Y el jampiri?

M: El jampiri siempre baja...

I: Siempre baja eso ¿no? o sea ¿siempre los llevan al jampiri ustedes?

M: Si pes.

V: Si esta ademoniado, claro no va a hacer nada pues, la posta tampoco, claro cosas que están maltratado, cosas que están luxado eso... si pueden ir a la posta, claro, sana pues eso. Si esta ademoniado qui cosa, nada pues.

I: ¿No se puede no?

M: Con el jampiri dicen con la posta casi siempre... los dos siempre casi hacen la...

V: Los dos siempre también son los que arreglan .

I: ¿Y ustedes cómo saben que un niño está endemoniado?

M: Así ya sabemos pues, nosotros ya notamos, clarito es.

I: ¿Cómo notan?

M: Pero clarito es moradito es cuando esta... cuando muere moradito nomás todo el cuerpo, raro es cuando muere. Después en hay decimos ah... estaba endemoniado.

I: ¿Y qué hacen cuando está endemoniado? O sea si se ha muerto la wawita y estaba endemoniada, ¿qué hacen?

M: No... nada

I: ¿Lo velan?

V: No.

I: ¿O así nomás lo entierran ese rato?

M: No, así de noche haccito los tenemos, no es como los grandes, wawita es ¿no ve? Angelito es.

I: ¿No se puede velar cuando son wawitas?

M: Si pes.

I: ¿O Sea ese rato los entierran?

M: No, este... se muere de día esa noche...así también

I: ¿Esa noche los entierran?

V: No al día siguiente, de noche no.

I: Ah, ¿de noche no se puede enterrar?

V: No.

I: ¿En la tarde si se puede enterrar?

V: Si... a las dos de la tarde, por ahí se lo entierra. Hay que preparar pues comiditas también hay que matar ovejitas, como es... costumbres es aquí en el campo ¿no?

I: ¿Y por qué matan ovejitas?

V: Así no pues, para costumbre es por eso.

I: ¿Eso es solo para dar de comer?

V: Claro...

M: Costumbre es pues, cuando muere los grandes también llama siempre se mata.

I: ¿Y a usted entonces, cuando se le ha muerto... le han enterrado nomás y... les han acompañado los de la comunidad han venido y lo han enterrado?

V: Si, si, si.

I: ¿Pero el de usted ha muerto endemoniado... me ha dicho no?

V: Si pues, sanito estaba.

M: Sanito estaba, si hubiera estado enfermo lo hubiéramos llevado a la posta.

I: Ah ¿si hubiera estado enfermo lo hubieran llevado a la posta?

M: Como estaba sanito no lo hemos llevado a la posta, o sea de por si nomásmuertito ha a parecido.

I: ¿Es el unquito que se les ha muerto?

M: Si el unquito.

Anticoncepción

I: ¿Cuántos hijos tienen ustedes?

M: Seis.

I: Unito se ha muerto, siete hubieran tenido.

V: No, con eso es seis, ahorita cinco vivos.

I: ¿Cuántos hombrecitos tiene?

M: Cuatro, cinco con el muertito

I: ¿Cinco hombrecitos y una mujercita?

M: Si.

I: ¿Y cuántos hijos hubiera querido usted tener?

M: Así... unos dos no mas, después cuan... por querer a la mujercita nomás hemos tenido así pues...

I: ¿Por tener mujercita?

M: Si...

I: ¿Por qué querían mujercita ustedes?

V: Para su compañera de su mamá.

M: Para que nos ayude o sea en la cocina, en lavar, así es, la mujercita siempre nos ayuda a lavar.

V: La mujer siempre le ayuda en la casa.

M: Para eso mujercita quería, hombre también, hombre también... por eso somos harto también.

I: Claro... ¿Y ahora ustedes van a tener más hijos?

V: Ya no.

M: Ya no.

I: ¿Se están cuidando?

V: Si

M: Si ya no queremos.

I: ¿Con qué se cuidan?

V: Con eso... depende... Todavía no estoy pues cuidando, algo me voy a poner...

M: Todavía mi hijito no tiene un...un año con dos mesecitos ¿no?

I: Pero ya esta como para que te cuides, ¿no crees?

M: Es que no creo, mi periodo me sabe bajar cuando tengo...

V: Ocho meses, un año y ocho meses, por ahí.

M: No, Seis meses cumplido.

I: Un año y seis meses, ¿Todavía no te ha venido tu periodo?

M: Todavía no me ha venido.

I: ¿Le sigues dando de tomar de tu pecho?

M: Si, cuando va a tener un año y seis meses recién me va a bajar

I: Ah ¿recién te va a bajar?

M: Si, recién me va bajar, después me voy a cuidar o... si no una wawa más voy a tener.

I: ¿Antes no te has cuidado?

M: No.

V: No.

I: ¿Y quieres tener otra wawa más?

M: No, ahora ya no quiero tener pes.

I: ¿Pero sabes qué métodos se pueden utilizar?

M: Si.

I: ¿Te han enseñado aquí?

M: Si.

I: ¿Quién te ha enseñado?

M: La D....(haciendo mención a la auxiliar de enfermería) me ha enseñado.

I: La auxiliar de enfermería te ha enseñado.

M: Todos los doctores lo que llegan explican siempre pues.

I: ¿Y quién de ustedes dos decide para cuidarse?

M: Los dos nos hablamos así...

I: ¿Qué hablan, qué dicen?

M: Es que tenemos hartito hijo, nos... ahora no podemos tener más diciendo nos vamos a cuidar.

V: Con cualquier este... (refiriéndose a los métodos de planificación familiar)

M: Con cualquier este... ¿cinco cosas hay no?

I: Cinco formas hay ¿no?

M: Si, de esos cual será pues nosotros no sabemos.

I: Cuales son pues

M: Hay la T, indiección, m....., para el hombre también hay pues ¿no?

I: ¿Y siempre deciden entre los dos las cosas?

M: Si pues.

I: ¿Cualquier cosa que vayan a hacer?

V: Así es.

M: Si pues

I: ¿Siempre se hablan?

M: Si pues, nos hablamos siempre

V: Hoy día vamos a hacer esta cosa, y vos vas a hacer esta cosa, así siempre nos hablamos... nos planificamos.

I: ¿Entonces también para los hijos hay que planificar no? ¿cuántos hijos más vamos a querer tener y eso no?

V: Si.

I: ¿Y usted nunca antes ha usado métodos para cuidarse?

M: No.

V: No nada. Una temporada estuve este por... calendario.

M: El método del calendario.

I: ¿Y como se han sentido con este método de anticoncepción?

V: Si, me ha... me estaba resultando bien, por tres o cuatro meses me ha salido bien, bien...

I: ¿Y qué ha pasado?

M: No... no debía haber estito (refiriéndose al niño que tenía en brazos, el menor de sus hijos).

I: ¿Error de calendario ha sido ese?

M: Si (sonrie)

I: ¿Qué ha pasado?

M: Así pues... nos estábamos cuidando, de borrachera ha sido.

I: Ah estaban tomaditos, o sea que producto de la fiesta es estito

M: Si.

V: De la borrachera.

I: ¿Pero hay otros métodos que se pueden usar, como el condón por ejemplo?, ¿por qué no usa el condón usted?

V: No, nunca he usado.

M: Nunca.

I: ¿nunca ha usado? ¿por qué no usan?

M: Es que ya... si estamos bien... entonces no se puede usar pues ¿no?

I: ¿Es mejor entonces usar inyecciones, píldoras, esas cosa no?

V: Si.

M: Cuidándonos... de borracho siempre ha sido.

V: Bien me ha salido lo del calendario, eso nomás es.

M: Una noche nomás la causa es pues.