

# LOS INDIGENAS SUDAMERICANOS ANTE UNA ALTERNATIVA: SERVICIOS DE SALUD TRADICIONALES O MODERNOS, EN LAS ZONAS RURALES DE ECUADOR<sup>1</sup>

Axel Kroeger<sup>2</sup>

*Una encuesta sobre las actitudes de los indígenas ecuatorianos con respecto a los servicios de salud tradicionales y modernos (sin contar el autotratamiento) mostró una preferencia notable por los servicios modernos, así como una marcada tendencia al empleo múltiple de diferentes métodos de cura, y falta de confianza en los servicios existentes. La razón principal aducida para no usar los servicios modernos fue la falta de acceso cultural, financiero o geográfico a ellos.*

## Introducción

“Los servicios de salud deben estar en relación con las necesidades de salud de la población”. Esta afirmación sencilla y repetida con frecuencia sólo tiene sentido si se han definido bien los conceptos de necesidad de salud y necesidad de servicios de salud, lo que no sucede en general.

Parece existir un consenso general de que necesidad de salud “es la diferencia entre la situación ponderada y lo que se considera el grado de salud ‘normal’ o aceptable” (1). No obstante, son muy diversos los criterios con que cada uno estima cuál es el grado de salud aceptable o normal.

Hay profesionales de la salud que basan la estimación de las necesidades no satisfechas en conceptos tales como:

- una proporción adecuada de personal en relación con la población (2);
- una lista de objetivos de salud que se desea alcanzar, tales como la reducción de la morbilidad o el desarrollo adecuado de los niños menores de cinco años (3);
- cifras de morbilidad y mortalidad (4, 5);
- pruebas de laboratorio y exámenes psicológicos (6);
- la opinión de un grupo de médicos (7-9).

En contraste con estas “estimaciones de las necesidades de salud basadas en opiniones de los profesionales”, otros investigadores evalúan las percepciones de las personas acerca de sus necesidades en relación con su propio estado de salud y las comparan con el uso real que esas personas hacen de los servicios de salud (“estimaciones de las necesidades basadas en el consumidor” (10, 13).

Un examen de la literatura sobre el tema revela que se han efectuado muy pocos estudios basados en la comunidad o en los servicios. (Los que se han realizado en América Latina figuran en el cuadro I.)

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. 16, No. 2, 1982.

<sup>2</sup> Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, Universidad de Heidelberg, Neuenheimer Feld 324, D-69 Heidelberg, República Federal de Alemania.

En consecuencia, parece dudoso que los planes de salud se basen en las necesidades que siente la comunidad o que al menos las tomen en cuenta, como lo señalan las reuniones de Ministros de Salud de las Américas (21, 22). Si bien es cierto que ningún pequeño esfuerzo puede resolver este problema, vale la pena examinar el uso real que hacen las personas de los servicios de salud tradicionales y modernos, y de sus opiniones y actitudes hacia esos servicios. Esta fue la razón del estudio que aquí se da a conocer.

### Plan del estudio

Se efectuó una encuesta mediante entrevistas domiciliarias en cuatro poblaciones indígenas de Ecuador. Dos de los grupos vivían en los altos llanos andinos (quichuas de la parroquia de Nabón y del cantón Saraguro) y los otros dos, indígenas del río Napo (quijos) y shuar/achuar (achuar, subgrupo de los shuar), vivían en la región oriental de bosques de zona lluviosa (figura 1).

La población completa de referencia era aproximadamente de 41 000 personas en 7 400 familias. Cincuenta y dos entrevistadores indígenas adiestrados interrogaron a 727 jefes de familia con lo que se incluyó a una población de 4 170 personas. Como resultado de los datos censales insuficientes, no se pudo tomar una muestra exclusivamente al azar. Sin embargo, fue en gran parte posible evitar la selección y autoselección arbitrarias de los entrevistados (23). Se habían estimado previamente los distintos tipos de errores tanto de entrevistadores como de entrevistados y se trató de evitarlos todo lo posible. Se minimizaron las barreras culturales a causa de la amplia experiencia de campo del autor en las zonas de estudio, y por medio de la utilización de encuestadores indígenas, que pertenecían a un grupo socioeconómico similar al de los encuestados.

Las preguntas acerca de la morbilidad percibida por la población y de lo que hacían en caso de enfermedad constituyeron la parte esencial del cuestionario. Guiados por una lista de 30 condiciones índice,<sup>5</sup> que incluía una categoría mixta, se preguntó a los jefes de familia qué trastornos de salud habían sufrido durante el período de dos semanas anteriores a la entrevista, qué habían hecho al comenzar los síntomas y cómo habían actuado si el primer tratamiento no tuvo éxito. (Si la persona experimentaba síntomas en el último período de dos semanas, no se tomaba en cuenta cuándo habían experimentado dichos síntomas). Además se preguntó a los entrevistados cuál era el "curandero" que preferían si les fuera posible escoger libremente y tuvieran acceso a su atención.

### Resultados

La figura 2 muestra la frecuencia de utilización de los diferentes tipos de servicios de salud en las cuatro poblaciones del estudio. Se puede observar que el autotratamiento en el hogar, sin recurrir a los servicios de salud tradicionales o modernos, representó la forma de atención más frecuente. Los servicios de salud modernos (es decir, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería o promotores de salud) constituyeron la segunda fuente de atención mientras los boticarios y curanderos eran consultados mucho menos. El porcentaje de la primera y segunda consulta (si el primer tratamiento era ineficaz) de los servicios de salud era bastante similar, excepto los boticarios cuya utilización era aun menos frecuente en la segunda vez.

<sup>5</sup> Esta lista (que incluía expresiones populares y clasificaciones culturales específicas de las enfermedades para algunas de ellas) recordaba al encuestado la menor dolencia, forzaba al encuestador a usarla estrictamente, evitaba la dependencia del encuestado con respecto a su habilidad verbal, superaba el problema de las variaciones en las definiciones de esas enfermedades y estimulaba la voluntad de responder y hablar de sus dolencias.

CUADRO 1—Estudios basados en entrevistas locales sobre el uso de servicios de atención de salud en América Latina.<sup>a</sup>

Autor y fuente	Lugar y año de la investigación <sup>b</sup>	Período en que el encuestado debía recordar los síntomas	Tamaño de la muestra	Plan del estudio <sup>b</sup>	% de individuos que utilizan diversos tipos de atención de salud				Comentarios
					Curanderos tradicionales	Servicios modernos	Boticarios	Autotratamiento o sin tratamiento	
Teller (14)	Zona urbana de Honduras 1970-1971	2 semanas	621 familias	Muestra transversal de la zona	4,1%	31,4%	No se consideró	64,5%	El patrón de utilización se relaciona con la gravedad de la enfermedad y la condición socioeconómica, y en menor grado con la condición migratoria
Woods y Graves (15)	Un pueblo rural de Guatemala 1966	1 semana	40 familias indígenas y 15 mestizas	Longitudinal (6 meses);	19,0%	51,3%	29,7%	(73% de los sujetos del estudio utilizaron autotratamiento	La probabilidad de traslado a los servicios médicos importantes aumenta cuando persisten o se agravan los síntomas. Los cambios en las creencias están retrasados con respecto a los cambios en las prácticas médicas
Fromm y Maccoby (16)	Zona rural de México	Sin límites	408 adultos	Transversal	10% <sup>c</sup>	54% <sup>c</sup>	No se consideró	No se consideró	La educación escolar aparta a los aldeanos de las costumbres tradicionales
De Walt (17)	Zona rural de México 1973	12 meses	61 familias	Muestra aleatoria transversal	32,5% <sup>d</sup>	61,0% <sup>d</sup>	No se consideró	No se consideró	Virtualmente todas las familias han sido atendidas por un médico en alguna ocasión. Existe una correlación negativa entre la utilización de la medicina tradicional y la escolaridad
Fábrega (18)	Zona urbana de México	2 semanas	174 casas	Longitudinal	28% <sup>e</sup> 70% <sup>f</sup>	74% <sup>e</sup> 21% <sup>f</sup>	67% <sup>e</sup> 42% <sup>f</sup>	No se consideró	Los mestizos presentaron más síntomas psicológicos durante sus períodos de enfermedad que los indígenas. Entre los mestizos existía una relación entre la enfermedad y las penurias

Young (19)	Pueblo indígena en México	2 semanas	62 familias	Longitudinal (6 meses)	14,1 %	32,9 %	No se consideró <sup>g</sup>	49,3 %	Se analizaron cuatro criterios de decisión en cuanto a la utiliza- ción: gravedad de la enferme- dad, conocimientos acerca del tipo de enfermedad, confianza en la curación y costo del tra- tamiento. Los dos últimos fueron los más importantes
Selwyn (13)	Cali, Colombia	4 semanas	741 familias	Muestra aleatoria transversal	0,3% <sup>h</sup>	47,1 % <sup>h</sup>	6,4% <sup>h</sup>	59,7% <sup>b</sup>	Estudio diseñado para determinar en qué medida era adecuado cada servicio
Kroeger (23)	Ecuador <sup>i</sup> 1978	2 semanas	727 familias	Transversal; lista de 31 "condiciones índice"	10,2% 21,7% <sup>j</sup>	26,8% 51,6%	12,9% 26,7%	50,1% —	Las cifras de distribuciones ocultan la tendencia marcada al cambio de atención, que es un índice de los conflictos entre el paciente y la fuente de atención

<sup>a</sup> Sólo se consignan estudios basados en la comunidad; también se excluyeron aquellos cuyo plan de estudios no se informó (por ejemplo, Erasmus, 20). Se mencionan los estudios nacionales (en Chile, Colombia y Puerto Rico) y no se mencionan los estudios en Rio de Janeiro, Brasíl, Rosario, Argentina, y Santiago, Chile.

<sup>b</sup> Ninguno de los estudios consignados (excepto Kroeger, 1981) utilizaron una lista de "condiciones índice" (véase en el texto la nota 3 de pie de página).

<sup>c</sup> El 36% restante de la muestra utilizaron curanderos tradicionales y servicios modernos.

<sup>d</sup> Porcentaje de familias en las cuales por lo menos un miembro concurría a cualquiera de las fuentes.

<sup>e</sup> Población mestiza de la muestra (algunos encuestados informaron que usaban más de un tipo de atención).

<sup>f</sup> Población indígena de la muestra (algunos encuestados informaron que usaban más de un tipo de atención).

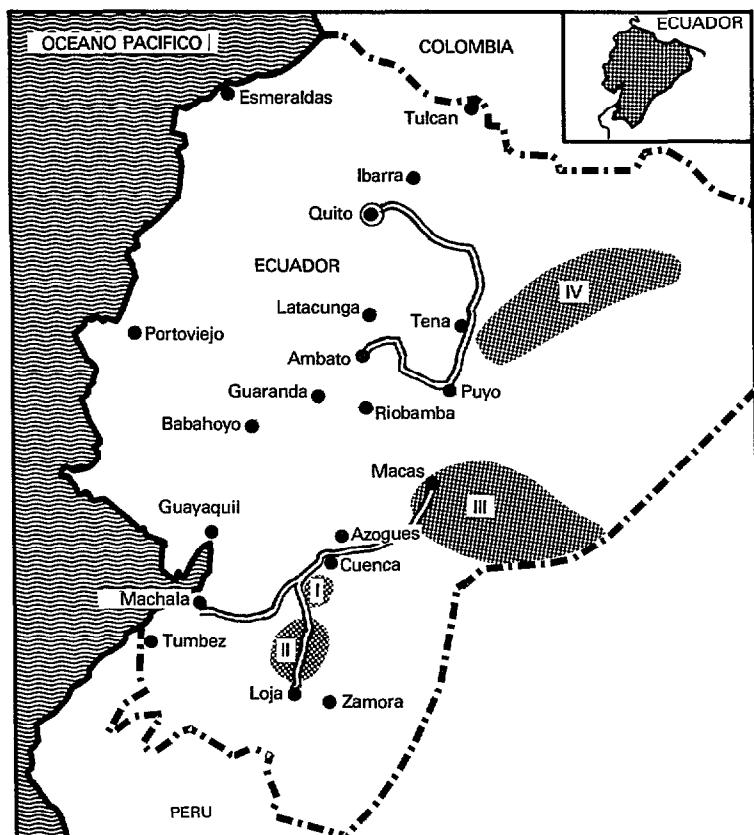
<sup>g</sup> 3,7% informó que utilizaba "otra fuente" de atención de salud.

<sup>h</sup> 13,5% informó que utilizaba más de un tipo de atención de salud.

<sup>i</sup> Otro estudio sobre madres y niños de corta edad realizado en Ecuador (31) utilizó un enfoque tan distinto que los resultados no pudieron ser reajustados para incluirlos en este cuadro.

<sup>j</sup> Estos resultados no incluyen las personas que utilizaron autotratamiento.

**FIGURA 1—**Mapa de Ecuador que muestra las zonas habitadas por los cuatro grupos indígenas estudiados y los caminos principales de esas zonas.



**Montañas**

- I. Quichuas de Nabón.
- II. Quichuas de Saraguro.

**Selva**

- III. Shuar.
- IV. Quijos.

Línea doble: caminos.

Tanto la figura 3 como la columna de "personal de salud preferido" de la figura 2 indican que la mayoría de las personas preferían los servicios modernos de atención de salud y los curanderos antes que tratarse por sí mismas o recurrir a los boticarios.

Sobre la base de estos datos, los planificadores de salud se inclinarán a continuar con el sistema habitual de distribución de los recursos con objeto de ampliar la cobertura proporcionada por los servicios de

salud modernos ya existentes. Sin embargo, esta descripción en exceso estática de la utilización y elección de los servicios de salud disimula características muy importantes del comportamiento de las personas que solicitan la atención de su salud. La figura 4, por ejemplo, ofrece una muestra del notable intrincamiento de la utilización múltiple de los servicios de salud en las cuatro poblaciones estudiadas. La información presentada se obtuvo de 410 personas que se autodiagnosticaron



**Indios achuar del subgrupo de los shuar, habitantes de lugares remotos de los bosques lluviosos de Ecuador y Perú.**

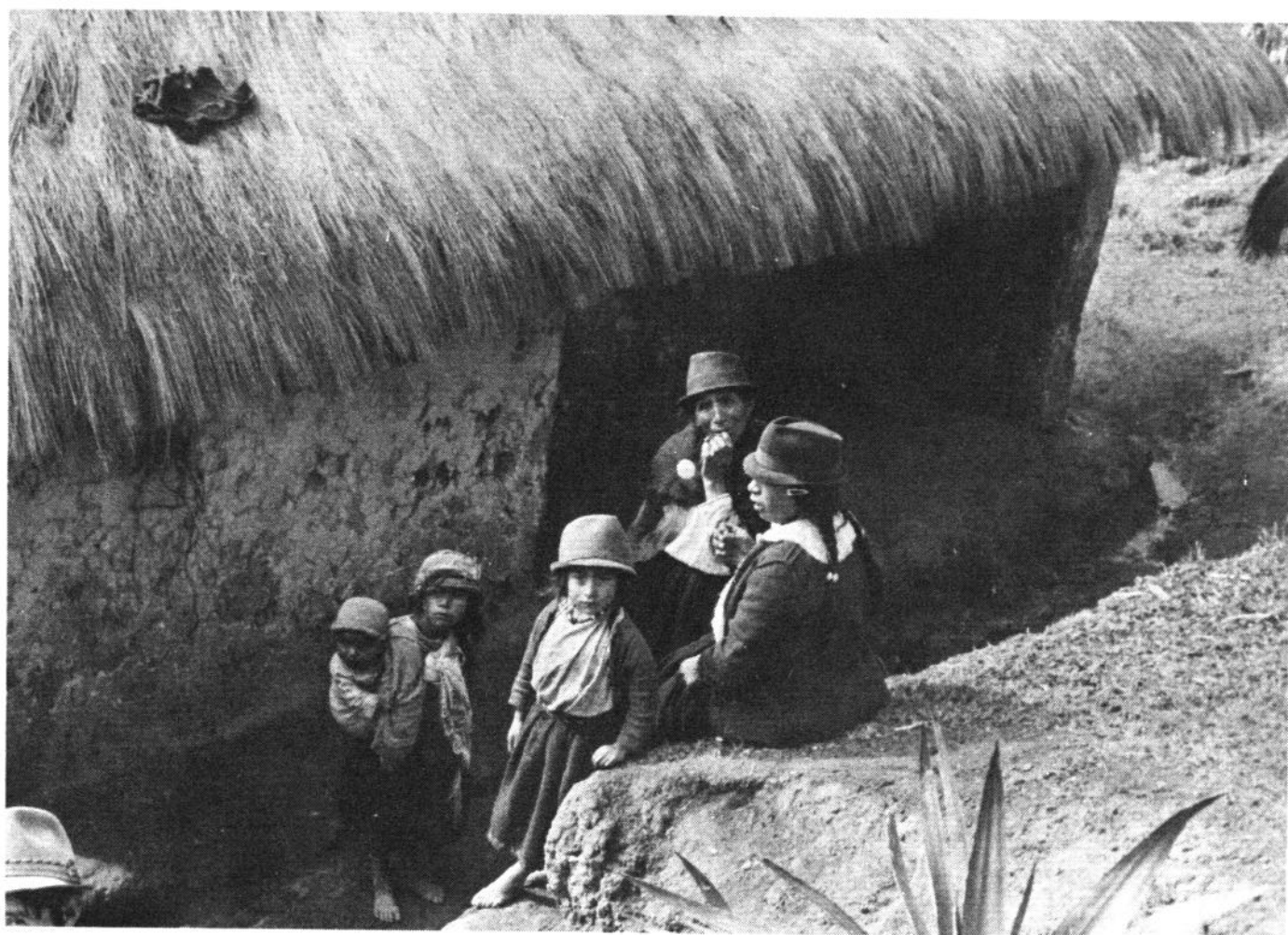
enfermedades con el síntoma identificado como “dolor de cabeza” durante el período de dos semanas previo. De ellas, 68 recurrieron al curandero para sus afecciones; después de esto, 10 no necesitaron o no utilizaron más tratamiento, 24 volvieron a solicitar la atención de un curandero (no necesariamente el mismo) mientras que 15 recurrieron a un médico o auxiliar de salud, 7 fueron al boticario y 12 se autotrataron en su casa. En general, el cambio de un tipo de atención a otro resultó particularmente frecuente en el caso de los boticarios, menos frecuente en el de los curanderos o en el de los servicios modernos de salud y del autotratamiento.

Los números de las flechas verticales de la figura 4 indican la continuidad de utilización de un determinado personal de salud, y pueden interpretarse como un índice de la confianza de las personas en

un determinado servicio de salud. En consecuencia, constituyen una información valiosa acerca del comportamiento de la población al enfermarse.

En general se vio que quienes sufrían “enfermedades infecciosas” y “estados dolorosos” sistemáticamente preferían utilizar los servicios de salud modernos, mientras que los pacientes con “afecciones psicosomáticas” o “enfermedades con nombres populares”<sup>4</sup> recurrían a los curanderos o al tratamiento casero. El cuadro 2 presenta dos ejemplos de esta continuidad relativa. Se puede observar que, en el caso de “tos crónica”, el autotratamiento y los servicios modernos de salud se utilizaron con mayor conti-

<sup>4</sup> Enfermedades con nombres populares o “enfermedades populares”: las que son percibidas por un sistema nosológico diferente del de la medicina oficial.



**Indios quichuas de la parroquia de Nabón, habitantes de los altos valles andinos.**

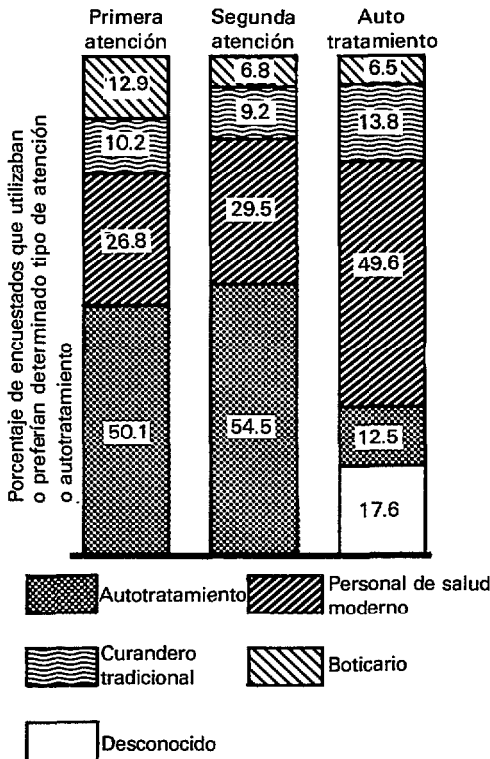
nidad; por el contrario, se recurrió con mayor constancia al autotratamiento y a los curanderos cuando se trataba de “debilidad y mareos”.

Con respecto a cierto número de variables posibles, nuestros resultados indican que la edad del paciente, el sexo, la educación primaria y las ventajas materiales no se asociaban de manera coherente con el uso de los servicios de salud tradicionales o modernos, mientras que la educación secundaria y la accesibilidad de servicios modernos se correlacionaba directamente con el uso de esos servicios.

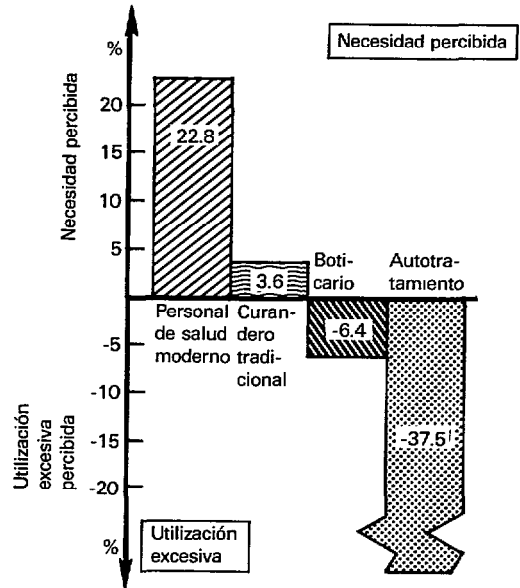
A pesar de la aparente continuidad en la utilización de los servicios, como indican los datos de la figura 2, de hecho había una marcada tendencia a la consulta múltiple de los diferentes servicios para decidir qué servicios utilizar. Las mismas dudas respecto a la elección de los servicios de salud se pueden observar en las

cambiantes actitudes de las personas hacia los servicios modernos y tradicionales. La figura 5 muestra una combinación de actitudes positivas y negativas, que se estimó de acuerdo con una serie de seis preguntas referentes a la confianza o a la falta de confianza en esos dos tipos de servicios. Las respuestas fueron: “su tratamiento es eficaz”, “nos conoce bien” (“o moderadamente”), “cura todas las enfermedades”, “nos visita” y “le tenemos confianza”. Se observa que sólo una minoría de los 697 indígenas que respondieron mostraron actitudes constantemente positivas hacia los servicios de salud modernos o hacia los tradicionales. Con el propósito de identificar los motivos que llevaron a las personas a elegir un servicio de salud y rechazar otro, empleamos la técnica de “entrevistas de comparaciones pareadas” (10, 19). Se preguntó a los pacientes indígenas que habían recurrido a los curande-

**FIGURA 2**—Porcentajes de 3 670 síntomas de mala salud informados por sujetos encuestados que usaban diferentes tipos de atención de salud en primero y en segundo lugar (si el primer tratamiento fallaba), y tipos de atención que decían preferir.



**FIGURA 3**—La diferencia entre el porcentaje de sujetos que dijeron que inicialmente usaron determinado tipo de atención y el porcentaje de los que dijeron que ellos preferían tal tipo de atención (véase figura 2).



ros por qué recurrieron a éstos y no a los servicios modernos y se hicieron las preguntas inversas a los usuarios de estos últimos. El cuadro 3 muestra las tres respuestas más frecuentes en una serie de nueve respuestas posibles. Los resultados demuestran que las barreras culturales (la persona piensa que el personal de salud es “muy estirado”), las geográficas (“está muy lejos”) y las económicas (“es demasiado caro”) fueron las causas fundamentales de que no se utilizaran los servicios modernos. Por el contrario, la idoneidad limitada de los curanderos, según la percibía la población, constituyó la razón

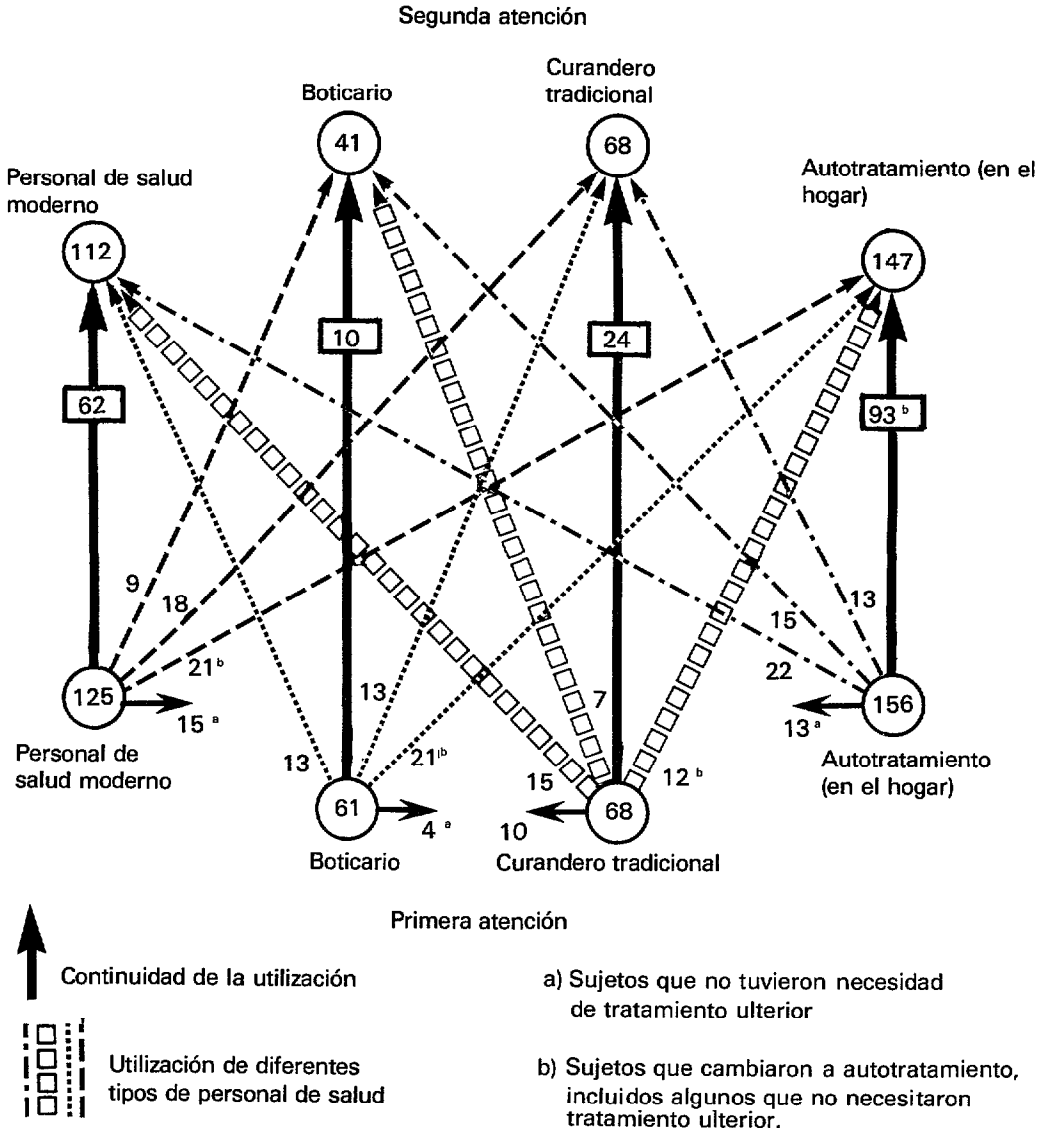
esencial de la no utilización de sus servicios.

Cuando se les preguntó su opinión acerca de futuros servicios de atención primaria de salud, los 646 jefes de familia que respondieron se declararon en su gran mayoría a favor de la capacitación de personal de salud de extracción indígena, de una mejor educación en salud y de la incorporación de los conocimientos de la medicina tradicional a los conocimientos prácticos del personal de los servicios de salud modernos (cuadro 4).

Mencionaremos algunas diferencias observadas en los resultados obtenidos de los cuatro grupos indígenas estudiados y los factores subyacentes que podrían explicar esas diferencias. En primer lugar, el grupo indígena de los quichuas de Nabón mostraba el grado más elevado de morbilidad percibida (2,2 afecciones por persona en un período de dos semanas, en contraste con 0,6 de los de Saraguro, y 0,7



**FIGURA 4—Diagrama del tipo de servicios de salud (o autotratamiento) utilizado de manera inicial y subsecuente por 410 pacientes que informaron dolor de cabeza, donde se muestra la tendencia marcada a cambiar de un tipo a otro de atención.**



de los shuar y quijos). Como los quichuas de Nabón eran también el grupo más necesitado y marginado en términos de educación, frecuencia de empleo público, propiedad de la tierra y otros bienes materiales, la situación descrita puede ser consecuencia de perturbaciones emo-

cionales causadas por el stress social (para establecer una comparación, véanse referencias 24-27).

La mayor necesidad de servicios de salud más modernos fue expresada precisamente por el mismo grupo que ya contaba con la mejor cobertura de estos servicios,

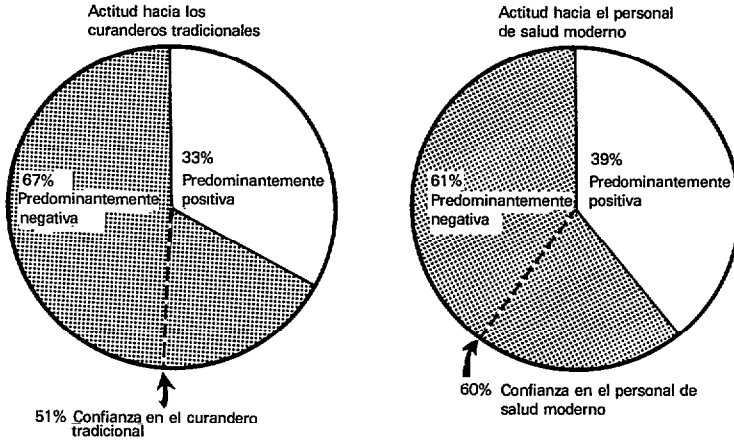
**CUADRO 2—Continuidad en el uso de diferentes tipos de atención de salud en 221 sujetos con tos crónica y 245 sujetos con debilidad o mareos.**

Tipo de atención	Pacientes con tos crónica que usaron inicialmente un tipo de atención y que continuaron usándolo	Pacientes con debilidad o mareos que usaron inicialmente un tipo de atención y que continuaron usándolo
	%	%
Curandero	27	39
Servicios modernos	61	24
Boticario	12	24
Autotratamiento	64	51
Promedio	51	42

**CUADRO 3—Razones aducidas por 233 pacientes de curanderos para no utilizar servicios modernos y por 394 usuarios de servicios modernos para no utilizar a curanderos. Las razones consignadas son las tres seleccionadas con mayor frecuencia de las siguientes: 1) referencias negativas, 2) falta de confianza, 3) el curandero, o servicio moderno, estaba muy lejos, 4) el problema de salud no era importante, 5) el curandero, o servicio moderno, cura mejor, 6) no tenía dinero, 7) el curandero, o servicio moderno, no estaba familiarizado con este tipo de enfermedad, 8) el curandero, o servicio moderno, era “muy estirado”, y 9) el curandero no tenía tiempo.**

Razones para no usar el servicio	Pacientes de curanderos tradicionales: razón aducida para no usar servicios modernos	Usuarios de servicios modernos: razón aducida para no consultar a curanderos tradicionales
	%	%
El personal de salud moderno es “muy estirado”	60	
El personal de salud moderno está muy lejos	58	
No tenía dinero para una atención moderna	52	
El curandero no cura tan bien como el personal de salud moderno		76
Experiencia negativa con el curandero		63
El curandero no estaba familiarizado con ese tipo de enfermedad		47

**FIGURA 5—Actitudes hacia el personal de salud tradicional y moderno expresadas por 697 jefes de familia. A cada persona se le hicieron seis preguntas sobre cada tipo de personal (véase el texto) y su actitud fue determinada según las respuestas, en promedio, eran positivas o negativas. En el aspecto “confianza”, 60% contestó que tenían confianza en el personal de salud moderno y 51%, que confiaban en los curanderos.**

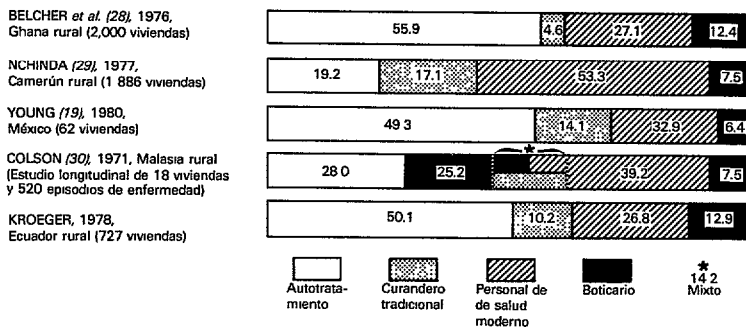


los quichuas de Saraguro. Tal vez esto se deba a su avanzada adaptación cultural a la sociedad mestiza y también al hecho de que sus “servicios modernos” eran prestados casi exclusivamente por auxiliares de enfermería de origen indígena.

Por último, la gente que vivía en las zonas alejadas, en particular los shuar/achuar, expresaba mayor confianza en los servicios de salud modernos—a pesar de que en muy pocas ocasiones o nunca

habían recurrido a ellos—que con respecto a los curanderos tradicionales que la atendían. Ocurría lo contrario en el caso de las personas que vivían cerca de los servicios modernos: valoraban más la atención de los curanderos que la ofrecida en dichos servicios. Una probable explicación sería la preferencia por los servicios que se encontraban a mayor distancia o la insatisfacción con quienes suministraban realmente la atención. Puede que las

**FIGURA 6—Porcentajes de sujetos estudiados (Belcher, Nchida y Young) o casos (Colson y Kroeger) que requerían distintos tipos de personal de salud o que practicaban el autotratamiento en cinco países (en la parte superior se muestran los datos de este estudio).**



**CUADRO 4—Opinión de los encuestados sobre la importancia de la posibles medidas futuras para promover la salud.<sup>a</sup>**

	Opinión sobre las medidas		
	Muy importante %	Moderadamente importante %	No importante %
Educación en salud ("Todos deberíamos saber más sobre enfermedades")	89	9	2
"Nuestros curanderos necesitan más adiestramiento para curar enfermedades"	54	31	15
"El personal de salud moderno necesita saber más sobre medicina tradicional"	87	10	3
"Es más importante adiestrar a uno de nosotros"	91	7	2
"Es más importante tener una enfermera de afuera"	36	48	16

<sup>a</sup> El porcentaje promedio de respuestas a estas preguntas para los 727 jefes de familia fue de 88,9%.

grandes expectativas en relación con la medicina moderna, expresadas en las zonas alejadas, hayan desaparecido gradualmente con el incremento del uso de los servicios que ella presta.

## Conclusiones

- La preferencia de las personas por la autoatención de su salud (que incluye el tratamiento casero tradicional) y por los servicios modernos (antes que por la atención de curanderos y boticarios) resultó ostensible y concuerda con lo observado en otros países (figura 6). Sin embargo, para evaluar la "percepción de necesidades" de las personas en cuanto a servicios de salud, no basta la simple descripción de la utilización y demanda reales. Es preciso tomar en cuenta también la elección de servicios de salud. En particular, el análisis de la continuidad de la utilización de determinados servicios propor-

ciona información importante acerca de variables independientes que explican su comportamiento al solicitar atención de salud.

- El estudio mostró holgadamente que los servicios de salud que se suministran en la realidad, no satisfacen las expectativas de la gente. Si bien existía demanda general de un aumento de los servicios de salud modernos (especialmente en el grupo que ha alcanzado un mayor grado de adaptación cultural y que recurre con más frecuencia a la atención del personal de salud de origen indígena), es probable que una distribución geográfica más equitativa intensificara la tendencia a la utilización múltiple de diferentes servicios. Esta opinión es confirmada por el hecho de que las personas que vivían cerca de los servicios modernos apreciaban más la atención de los curanderos que aquellas que residían en zonas alejadas y recurrían a estos últimos.

- La evidente relación entre las necesi-

dades socioeconómicas y el grado de percepción de las enfermedades sugiere que una modificación de las condiciones socioeconómicas probablemente tendría un efecto mayor sobre la morbilidad percibida que los cambios en los servicios de salud.

• La causa fundamental de la no utilización de los servicios de salud modernos fue su escasa accesibilidad cultural, geográfica y económica. Esto implica que no sólo se requieren más servicios de salud sino que éstos deben adaptarse específicamente al medio. No se necesitan "combinaciones de servicios" o "medicina cosmopolita" sino "microplanos" y servicios de salud adaptados a las características culturales y ambientales específicas de la población en cuestión.

## Resumen

En 1978 se efectuó una encuesta para examinar las actitudes de poblaciones indígenas hacia los servicios de salud modernos y tradicionales, en zonas rurales de Ecuador. El estudio de población comprendió cuatro grupos de indígenas, dos de los Andes y dos de las regiones orientales de bosques de zona lluviosa. La encuesta abarcó 727 jefes de familia.

Los resultados mostraron una marcada preferencia por los servicios de salud modernos y por la autoatención (incluyendo tratamientos caseros tradicionales). Sin embargo, también mostraron una no-

table preferencia por "investigar el mercado" antes de decidirse por un tipo de atención de salud, así como un decidido fracaso de los servicios de salud existentes para satisfacer las expectativas de la gente. Entre otras cosas, el estudio mostró que los encuestados que vivían cerca de los servicios modernos estimaban más a los curanderos profesionales, mientras que quienes dependían de los curanderos profesionales estimaban más los servicios modernos.

En general las razones principales aducidas para no usar los servicios modernos de salud fueron falta de accesibilidad cultural, geográfica y financiera. Esto implica que no sólo se necesitan tales servicios, sino que deben adaptarse específicamente al medio y a las condiciones culturales de las poblaciones atendidas. ■

## Agradecimiento

El autor agradece al Ministerio de Salud de Ecuador el respaldo oficial otorgado a este estudio y a la Asociación Alemana de Investigación (RFA) su ayuda financiera, y a la Sra. Blessin su colaboración invaluable durante el trabajo de campo. También expresa su agradecimiento al Comité de Padres de Familia, de Rañas, parroquia de Nabón; al Grupo Folclórico de Saraguro; a la Federación de Centros Shuar; a la Federación de Organizaciones Indígenas del Río Napo y a la Unión de Nativos de la Amazonia Ecuatoriana, quienes apoyaron la encuesta esperando contribuir así al mejoramiento de los servicios de salud existentes.

## REFERENCIAS

1. Härö, A. S. Strategies for Development of Health Indices. In: W. W. Holland, J. Ipsen y Kostrzewski, J. eds. *Measurement of Levels of Health*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhagen, 1979, pp. 17-34.
2. Hall, T. L. *Health Manpower in Peru: A Case Study in Planning*. The Johns Hopkins Monographs in International Health. Johns Hopkins, Baltimore, 1969.

3. Parker, R. L., Murthy, A. K. S. y Bathia, J. C. Relating health service to community needs. *Indian J Med Res* 60:1835-1848, 1972.
4. Davis, S. y Kunitz, S. J. Hospital utilization and elective surgery on the Navajo Indian reservation. *Soc Sci Med* 12:263-272, 1978.
5. Okubagzi, G. S. Effect of health centre services on the health status of a community in Gondar Region, Ethiopia. *Ethiop Med J* 16:99-104, 1978.
6. Bygren, L. O. Met and unmet needs for medical and social services. *Scand J Soc Med* 8(suppl.):1-134, 1974.
7. Kalimo, E. y Sievers, K. The need for medical care: Estimation on the basis of interview data. *Med Care* 6:1-17, 1968.
8. Taylor, D. G., Aday, L. A. y Andersen, R. A social indicator of access to medical care. *J Health Soc Behav* 16:39-43, 1975.
9. Anderson, R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health* 68:458-463, 1978.
10. Pereda, C. Under and over demand and the use of personal health services: The problem of differential accessibility. *Ethics Sci Med* 3(2):107-128, 1976.
11. Kalimo, E. Use of Health Interview Surveys. In: M. Pflanz y E. Schach. eds. *Cross National Socio-medical Research: Concepts, Methods, Practice*. Georg Thieme, Stuttgart, 1976, pp. 101-107.
12. Kohn, R. y White, K. L. eds. *Health Care: An International Study*. Oxford University Press, Londres, 1976.
13. Selwyn, B. J. Information for Appropriate Allocation of Ambulatory Services in an Urban Area. Paper presented at the 2nd International Congress of the World Federation of Public Health Associations. Halifax, Canadá, 1978.
14. Teller, C. H. Access to medical care of migrants in a Honduran city. *J Health Soc Behav* 14:214-226, 1973.
15. Woods, C. M. y Graves, T. D. The process of medical change in a highland Guatemalan town. In: Grollif, F. X. y Moley, H. B. eds. *Medical Anthropology*. Mouton, La Haya, 1976.
16. Fromm, E. y MacCoby, M. Social character in a Mexican village. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1970.
17. DeWalt, K. M. The illnesses no longer understand: Changing concepts of health and curing in a rural Mexican community. *Medical Anthropology Newsletter SMA*. (Washington, D.C.) 8(2):5-11, 1977.
18. Fábrega, H. J. Perceived illness and its treatment: A naturalistic study in social medicine. *Br J Prev Soc Med* 31:213-219, 1977.
19. Young, J. C. A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *American Ethnologist* 7:106-131, 1980.
20. Erasmus, C. J. Changing folk beliefs and the relativity of empirical knowledge. *Southwestern Journal of Anthropology* 8:411-428, 1952.
21. Organización Panamericana de la Salud. *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 2-9 octubre de 1972). Informe Final. Plan Decenal de Salud para las Américas*. Documento Oficial 118. Washington, D.C., 1973.
22. Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. In: *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final y Documento de Referencia*. Washington, D.C., 1977.
23. Kroeger, A. Health Care in the Cross Cultural Perspective: An Epidemiological Study among Indian Populations in Ecuador. Tesis doctoral. Universidad de Heidelberg. (Inédito.)
24. Abramson, J. H. The Cornell Medical Index as an epidemiological tool. *Am J Public Health* 56:287-298, 1966.
25. Croog, S. H. Ethnic origins, educational level, and responses to a health questionnaire. *Hum Organ* 20:65-69, 1961.
26. Culpán, R. H., B. M. Davies y Oppenheim, A. N. Incidence of psychiatric illness among hospital outpatients: An application of the Cornell Medical Index. *Br Med J* 19:855-857, 1960.
27. Scotch, N. A. y Geiger, H. I. An index of symptom and disease in Zulu culture. *Hum Organ* 22:304-311, 1963-1964.
28. Belcher, D. W., Wurapa, F. K., Neumann, A. K. y Lourie, I. M. A household morbidity survey in rural Africa. *Int J Epidemiol* 5:113-120, 1976.
29. Nchinda, T. C. A household study of illness prevalence and health care preferences in a rural district of Cameroon. *Int J Epidemiol* 6:235-241, 1977.
30. Colson, A. The differential use of medical resources in developing countries. *J Health Soc Behav* 12:226-237, 1971.
31. Pedersen, D., Coloma, C. y Baruffati, V. Hacia un abordaje sistemático de la enfermedad y comportamiento. In: *Programa de Antropología para el Ecuador*. Quito, 1981.

### **South American Indians between traditional and modern health services in rural Ecuador (Summary)**

A survey designed to examine indigenous people's attitudes toward traditional and modern health services was performed in rural Ecuador in 1978. The study population included four Indian groups, two in the Andes and two in eastern rainforest areas. In all, interviews were conducted with 727 heads of households.

The findings showed a marked preference for modern health services and self-care (including traditional home treatments) over traditional healers and drug-sellers. However, they also showed a marked tendency to "shop around" for health care and a marked failure of the existing health services to live up to

people's expectations. Among other things, the survey showed that respondents living close to modern services had higher esteem for traditional healers, while those dependent on traditional healers had higher esteem for modern services.

Overall, however, the main reasons cited for not using modern health services were their lack of cultural, geographic, and financial accessibility. This implies not only that more such services are needed, but that those services should be specifically adapted to the cultural and environmental conditions of the populations served.

### **Os indígenas sul-americanos perante uma alternativa: serviços de saúde tradicionais ou modernos nas zonas rurais do Equador (Resumo)**

Efetou-se um levantamento em 1978 para examinar as atitudes das povoações indígenas em relação com os serviços de saúde tanto modernos como tradicionais, em zonas rurais do Equador. O estudo da população abrangeu quatro grupos de índios: dois estabelecidos nos Andes e dois provenientes das regiões orientais das florestas e de clima chuvoso. Foram entrevistados 727 chefes de família.

Os achados mostraram preferência marcante pelos serviços modernos de saúde e pelo auto-atendimento (incluindo tratamentos caseiros tradicionais) demonstrando preferência por esses, em vez dos curandeiros e vendedores de medicamentos. Contudo, também evidenciaram uma tendência marcante de investigar onde conseguir o melhor atendimento de saúde, como marcante foi também o fracasso apontado dos serviços de

saúde existentes para satisfazer plenamente as expectativas dos que deles dependem. Entre outras coisas o estudo determinou que os sujeitos pesquisados, mesmo morando perto dos serviços modernos, tinham em mais alta estima os curandeiros tradicionais, quando por outro lado, os que dependiam dos curandeiros tradicionais tinham em mais alta estima os serviços modernos.

Contudo, de maneira geral as principais razões citadas para que os interessados não aproveitassem os serviços de saúde modernos, foram sua falta de cultura e acesso de tipo geográfico e financeiro às fontes de saúde. De tudo isso deduz-se que não tão somente se necessitam mais serviços mas que esses serviços devem ser especificamente adaptados às condições culturais e ambientais das populações às quais prestam ajuda.

### **Les indiens sudaméricains face à une alternative: services de santé traditionnels ou modernes, dans les régions rurales de l'Equateur (Résumé)**

En 1978, on effectua une enquête afin d'examiner les attitudes des populations indigènes envers les services de santé modernes et traditionnels dans les régions rurales de l'Equateur. Les populations faisant l'objet de l'étude comprirent quatre groupes d'indiens, deux de la région des Andes et deux des forêts

orientales de la zone pluvieuse. L'enquête porta sur 727 chefs de famille.

Les résultats indiquèrent une préférence marquée pour les services de santé modernes et pour l'auto-traitement (y compris les remèdes dits de bonne-femme). Cependant, ils signalèrent aussi une préférence marquée à

faire une recherche de toutes les sources de soins possibles avant de se décider pour un type de soins, de même qu'un échec net des services de santé existants à satisfaire les espoirs des malades. Entre autres choses, l'étude fit ressortir que les personnes ayant fait l'objet des enquêtes qui vivaient près de services modernes préféraient les guérisseurs professionnels, tandis que ceux qui dépendaient des guérisseurs professionnels avaient plus d'estime

pour les services modernes.

Cependant, les raisons principales alléguées, en général, pour ne pas employer les services modernes de santé furent l'accès difficile, du point de vue culturel, géographique et financier. Ceci implique non seulement que de tels services sont nécessaires, mais qu'ils doivent s'adapter spécifiquement au milieu et aux conditions culturelles des populations desservies.

### LA OPS Y LA AIDIS INTERCAMBIAN INFORMACION

La Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) han acordado colaborar en proyectos de intercambio de información sobre salud ambiental e ingeniería sanitaria. La colaboración, cuyo objeto es promover las metas del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, se desarrolla con arreglo a tres proyectos:

- Establecimiento de un repertorio de instituciones que tengan programas de enseñanza sobre ingeniería sanitaria y ambiental, por ejemplo universidades y escuelas técnicas y profesionales.
- Preparación de un registro de centros de información y bibliotecas que tengan documentos correspondientes al sector ambiental, detallando el tipo de información disponible y los procedimientos para obtenerla.
- Encuesta sobre las instituciones que preparan libros y manuales de ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente.

La OPS y la AIDIS proyectan además intercambiar información sobre personal profesional a cargo de proyectos, con el fin de aprovechar al máximo a los expertos disponibles, y preparar un manual de procedimientos y modelos para fortalecimiento de instituciones.

Las dos organizaciones auspiciaron el XVIII Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental que se celebró en Panamá del 1 al 6 de agosto de 1982, con participación de más de 1 000 profesionales de la especialidad.