

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

Susana Ramírez Hita,
Donde el viento llega cansado.
Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí,
La Paz, Bolivia,
Cooperación Italiana,
2005.

Un ejercicio de epidemiología sociocultural

El objetivo de este libro fue hacer un diagnóstico de salud de Potosí, Bolivia, para describir y analizar las características y articulación de los saberes biomédicos, religiosos y populares e identificar los requerimientos en materia de capacitación para el personal de los centros de atención primaria a la salud, representantes de otros sistemas de salud, madres de familia, terapeutas tradicionales y pastores evangélicos. El proyecto se enmarcó en un proyecto más amplio de la Fundación Angello Celli con el título de “Salud para todos en Latinoamérica.” Su autora, Susana Ramírez Hita, antropóloga médica, partió de un modelo de investigación-acción con el fin de involucrar a los sujetos sociales destinatarios en el proceso de investigación desde un inicio. El texto incluye, además, una revisión de los principales aspectos económico-políticos e ideológicos que permite la contextualización de los diversos temas investigados.

No debe caer en el vacío para quien no conoce la región y la población estudiada que Potosí hace cuatro siglos fue la ciudad más grande de América Latina y fuente de una cantidad considerable de plata y luego estaño que produjo la nación boliviana. Esta generación de riqueza se acompañó de una gran pobreza que sigue siendo la realidad más apremiante de una población mayoritariamente indígena, la cual enfrenta grandes rezagos sociales que se manifiestan, entre otras cosas, en el deterioro de su salud y en las formas de atenderla.

Para ello la autora recuerda que Bolivia cuenta con poco más de ocho millones de habitantes, que poco más de la mitad de ellos viven en áreas urbanas, y que 65 por ciento se identifica como parte de uno de los 35 pue-

blos indígenas, predominantemente los quechuas y aimaras. La precariedad del empleo, con salarios bajos, sin prestaciones laborales, el subempleo y la marginación son constantes entre esta población indígena que carece de vivienda aceptable, condiciones básicas de saneamiento, acceso a agua potable y servicio sanitario. Lo anterior, según Ramírez, se refleja en una alta mortalidad de menores de cinco años, 61 por mil; y una mortalidad materna de 290 por cien mil, igual que Guatemala (2005); solamente 67 por ciento de los partos son atendidos por personal de salud calificado; y una incidencia de tuberculosis de 198 por cien mil. Los datos recientes que cita la investigadora en su libro señalan que casi la mitad de los niños menores de cinco años sufren algún grado de desnutrición. Esta precariedad y vulnerabilidad se manifiesta en mayor medida entre la población indígena por la que el proyecto en el que se ubicó la investigación de Ramírez buscaba generar políticas públicas para canalizar recursos al desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

En el capítulo primero Ramírez describe el proceso de investigación que siguió para responder a tres preguntas principales: primero en torno a la identificación de los requisitos de formación para el personal médico en Potosí; luego el reconocimiento de los ejes principales de la articulación de los saberes médicos alopáticos, tradicionales y religiosos de las madres/abuelas para llegar a la definición de líneas de intervención sanitaria necesarias para mejorar las condiciones de salud en dicha ciudad.

Este trabajo se realizó durante el año de 2004 en un barrio de la ciudad de Potosí aunque se recurrió a estadísticas oficiales de la década anterior para la revisión epidemiológica. La antropóloga médica parte de una perspectiva teórico-metodológica desde el punto de vista del actor para atender las voces de las madres/abuelas. Como parte de un largo proceso etnográfico en la comunidad, llevó a cabo diez entrevistas estructuradas, seis entrevistas a los terapeutas tradicionales, siete grupos focales en los centros de salud, observación en un centro de salud, realización de entrevistas y observación con los habitantes del barrio, y tres entrevistas en el sistema médico religioso, que incluye las iglesias católicas y evangélicas, para lo cual también asistió a las reuniones y ceremonias rituales.

Ramírez plantea dos hipótesis para llevar a cabo su investigación. La primera hace referencia a la visión del personal sanitario sobre la cultura popular, que es considerada como desconocimiento e impide la mejora de la salud, ya que opinan que los aspectos culturales imposibilitan cambios en los índices de morbilidad y mortalidad de la población. La segunda plantea que los saberes maternos son el principal eje de articulación entre los diferentes saberes referidos al proceso de salud-enfermedad-atención. "A pesar de las distintas racionalidades los saberes pueden aparecer como comple-

mentarios, contradictorios y/o conflictivos, pero forman parte de unas prácticas que para ellas acaban siendo operativas y funcionales” (p. 43).

En el capítulo dos se realiza una somera revisión de las políticas sanitarias, las condiciones de pobreza y su distribución en el país, así como la estructura del Sistema de Salud en Bolivia. El Sistema Nacional de Salud es encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, responsable de establecer las normas, políticas y programas nacionales, mientras que el Servicio Departamental de Salud coordina dichas políticas y supervisa la gestión. El ayuntamiento, por su parte, se encarga de las cuentas municipales de salud en una gestión que comparte con los DILOS (Directorio Local de Salud). Las acciones de la salud pública son responsabilidad de los Servicios Departamentales de Salud, mientras que los servicios de atención médica dependen de los DILOS. Existe una política nacional de salud que incorpora entre diversas acciones aquellas dirigidas a población vulnerable para apoyar el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Una de las características del DILOS es la incorporación de redes sociales constituidas por organizaciones territoriales de base y por personas que representan a la sociedad civil de acuerdo con sus usos, costumbres y disposiciones estatutarias, tema que responde a la inquietud general de la investigación del libro en el sentido de generar conocimiento que permite capacitar al personal sanitario con respecto a las demandas de los distintos grupos de la población.

En los capítulos tres y cuatro se examinan las condiciones sociales, económicas y de salud de la población de Potosí, aunque para ello Ramírez hará referencia a las limitaciones de las estadísticas epidemiológicas que ignoran algunas causas de mortalidad. En particular, señala que la mortalidad de 800 mineros (una de las actividades fundamentales en la región) ilustra la ausencia de programas y políticas sanitarias dirigidas expresamente a esta población. La autora sugiere la necesidad de mayores investigaciones sobre la salud ocupacional, en particular en lo concerniente a la población minera.

Potosí es un departamento ubicado al sudoeste de Bolivia y colindante con Argentina y Chile, con una población de poco más de 700 mil habitantes, 66 por ciento rural, 51 por ciento de menos de 20 años y 75 por ciento identificado con alguna cultura indígena, principalmente quechua. Para el 2001 tenía una tasa de fecundidad de 5.7 hijos por cada mujer fértil. Coexisten diferentes formas de organización social, el *allyu* (de la población tradicionalmente rural), las de la clase obrera y las territoriales, como las juntas de vecinos. El comercio, la minería y la enseñanza concentran a más de la mitad de la población; una tercera parte se dedica a la construcción, el turismo y los servicios y una menor cantidad a la agricultura. Existen también sistemas de reciprocidad para hacer trueque de productos agrícolas por productos de la ciudad. Las condiciones de la vivienda son limitadas y de

hacinamiento, y aunque cuenten con servicios de agua, electricidad y alcantarillado, éstos son de características de deterioro. Entre las dinámicas familiares se registran el alcoholismo, la violencia y el hacinamiento, producto de la obligación social de reciprocidad que extienden las familias urbanas a las que migran de las áreas rurales.

Ramírez ubica a la etnoepidemiología como una disciplina intermedia entre la epidemiología y la antropología, y para realizar una epidemiología de la población quechua de Potosí la autora se remite tanto a las estadísticas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades y padecimientos reconocidas por la biomedicina como a aquellas patologías y padecimientos reconocidos por la población quechua de la ciudad de Potosí. La forma en que tiende este puente es con referencia tanto a datos cuantitativos como cualitativos, mediante consulta a las estadísticas oficiales, así como a entrevistas a personal de salud, pastores evangélicos, madres de familia y a terapeutas tradicionales. En su revisión para todo Bolivia subraya el hecho de que los índices de mortalidad no se hayan modificado en el periodo de 1995 al 2001, en el que se presentan como las principales causas de muerte las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, las enfermedades infecciosas y parasitarias y los tumores y enfermedades del sistema digestivo. Las tasas de mortalidad materna, infantil y del menor de cinco años en el departamento de Potosí son las más altas del país. En la ciudad de Potosí (2004) las causas de muerte de mujeres adultas se refieren al parto y complicaciones del embarazo, cáncer y accidentes, mientras que las causas de muerte del hombre adulto aluden a los accidentes laborales, silicosis, tuberculosis, alcoholismo y problemas cardiorrespiratorios.

Entre los terapeutas tradicionales prevalece la opinión de que las causas de mortalidad más frecuentes son accidentes, mal de mina, que afectan a los hombres; parto, en lo que concierne a las mujeres; embrujo, gloria, *qayqasqa* y susto, en lo que respecta a la población más frágil, muchas veces a la población infantil, aunque esté dirigida a adultos. Según los pastores evangélicos, las causas más frecuentes son, en cuanto a los hombres, el alcoholismo y los accidentes asociados al trabajo en las minas; con relación a las mujeres, el cáncer y la brujería, y en lo que se refiere a los niños, la diarrea y la desnutrición. En la revisión que se hace de la morbilidad en la ciudad de Potosí, la autora concluye que las causas identificadas por cada sistema terapéutico se vinculan con las causas de consulta, por lo que podría adelantarse que una necesidad de capacitación sería la de compartir entre los diferentes sistemas las experiencias de consulta.

Para entender cómo se identifican, se atienden y cuidan estos padecimientos y enfermedades en los capítulos cinco, seis, siete y ocho Susana Ramírez realiza un análisis de cada uno de los sistemas médicos, primero

con las mujeres, luego con el sistema médico religioso, el sistema médico tradicional y finalmente con el sistema biomédico. Parte de la autoatención en las familias y relata cinco itinerarios terapéuticos para patologías biomédicas y populares reconocidas por las mujeres, principalmente las madres, quienes se ocupan del cuidado de los niños, con especial atención a sus primeros días, a la alimentación, la interpretación de los sueños; así como el uso combinado de medicamentos y de hierbas. Las mujeres que son el eje central de la autoatención son las madres o abuelas o suegras, quienes organizan cómo se atiende, cuál de las prácticas se hace primero y qué ordenan, conforme al significado que ellas le otorgan la consulta a otros de los sistemas en el curso del itinerario. Las evangélicas incluyen la presencia de terapéutica religiosa, en particular la oración, como recurso de sanación. Este sistema médico-religioso se articula con el sistema de autoatención, el biomédico y el tradicional. Su análisis se centra en la Iglesia evangélica, sobre todo la pentecostal, ya que aquí encontró Ramírez un discurso más cercano a la salud con una clasificación de enfermedades y padecimientos y más próximo al sistema biomédico.

Este sistema de clasificación divide en tres las enfermedades —del cuerpo, del alma y espirituales—, las cuales tienen un origen distinto y, por lo tanto, deben someterse a tratamientos diferentes. Todas las enfermedades se dividen en las que pueden ser curadas por el médico y las que sólo puede curar Dios. A las del cuerpo las trata el médico y en el hogar, generalmente con medicamentos de patente, remedios caseros y oración, mientras que las del alma son las que atacan las emociones y son curadas por el Espíritu Santo. Las enfermedades espirituales son aquellas causadas por el pecado, a veces asociadas a la brujería o maldición y son curadas por la religión y por el pastor, quien puede lograr la sanación. Las sesiones de sanación pueden ser individuales o colectivas.

El sistema médico tradicional en Potosí está compuesto por terapeutas tradicionales, quienes identifican la enfermedad como desorden de la naturaleza, incumplimiento de normas o falta de respeto a los dioses andinos, por ejemplo, por no dar la ofrenda, por lo que la sanación busca restaurar el orden al recurrir a fuerzas procedentes de la tierra y del cielo. La cosmovisión andina, la dualidad indisoluble (veneno/sanación, protección/amenaza) es parte del contexto de la sanación, como lo es el hecho de que el terapeuta recurre, en el papel de mediador, a los espíritus y almas que pueden acompañar al proceso de salud y de enfermedad. Estas afecciones se dividen en corporales y espirituales, pero, a diferencia de la clasificación evangélica, en la tradicional se reconocen varios tipos y padecimientos que pueden atender los médicos y otros que sólo pueden tratar los terapeutas tradicionales. Para ello Ramírez describe la relación de los terapeutas con los médicos

y el reconocimiento que tienen de su poder de curación de algunas enfermedades, así como los cursos de capacitación que han dado a los terapeutas y la creación de un posgrado de interculturalidad para el personal sanitario. Sin embargo, concluye que los terapeutas se encuentran en una situación de doble subordinación, primero por ser quechuas y segundo por ser rechazados por el sistema biomédico y por la religión evangélica.

En su análisis del sistema biomédico la autora se refiere a los problemas más importantes de la práctica laboral del personal sanitario y las necesidades de formación que proponen para mejorar la calidad del servicio a la población de Potosí. Para ello parte de la descripción de los centros de atención primaria que atienden alrededor de diez mil habitantes, cada uno en catorce centros en Potosí que cuentan con un médico, una enfermera, una auxiliar, una trabajadora social, un administrativo y ocasionalmente estudiantes de enfermería y medicina, así como odontólogos. Ofrecen servicios gratuitos para infantes, embarazadas, enfermos de tuberculosis y niños hasta los cinco años de edad. Las otras consultas tienen un costo, generalmente, de ocho bolivianos. Se describen problemas por el horario (de 9 a 12 y de 14 a 17 horas), por enfermedades asociadas a la minería, como tuberculosis, desnutrición y accidentes, alcoholismo y problemas de higiene, violencia contra mujeres y niños, el suicidio y el embarazo en adolescentes y la desnutrición en ancianos. El personal médico y de enfermería considera que cuenta con instalaciones insuficientes para atender las necesidades de atención primaria y de salud pública, tanto de infraestructura como de recursos humanos, está sometido a un exceso de trabajo administrativo, falta trabajar en equipo, los agobia una sobrecarga laboral, existe desabasto de medicamentos, escasea el personal que domine el quechua y los "usos y costumbres". Se refieren también a las condiciones insalubres en las que vive la población, el hacinamiento, la falta de higiene, el alcoholismo, la violencia doméstica, la desnutrición infantil como problemas con los que se vinculan las principales causas de muerte. La obra remite a la visión del personal sanitario sobre el origen de los problemas de salud de Potosí como problemas culturales, en otras palabras, a las creencias de la población quechua, y concluye que el desentendimiento entre ambos mundos es fundamentalmente un desentendimiento cultural. Coinciden los diferentes actores con referencia a las causas de salud que se derivan de las condiciones de trabajo, de alimentación y de vivienda. Sobre las diferencias en cuanto a las raíces culturales, Ramírez alude a las relaciones de poder evidenciadas en la vinculación hegemonía-subalternidad que subyace, a su vez, a la relación médico-paciente. Esta relación será tema de las recomendaciones y consideraciones finales.

La religión, la etnicidad y la pobreza se conjugan como temas estructurales que condicionan el proceso de salud-enfermedad-atención de la pobla-

ción estudiada en Potosí. Si bien se vislumbran algunos esfuerzos por construir una visión más amplia de los sistemas de salud, la revalorización de la medicina tradicional por la medicina biomédica es incipiente y es dudoso que se consolide. Los recursos de la biomedicina y de la medicina tradicional son vistos como los principales recursos sanitarios, ya que no se toman en cuenta los recursos espirituales, psicosociales y religiosos de la población. Esto sucede a pesar de que la biomedicina es incapaz de atender problemas prioritarios de salud pública, como lo es el alcoholismo.

Ramírez concluye que en Potosí existe un pluralismo médico articulado por la población de manera a veces conflictiva y contradictoria, pero que refleja la gama de recursos a su disposición. Esta pluralidad se manifiesta de manera jerárquica y opera en campos selectivos de la salud-enfermedad. El sistema biomédico atiende ciertas enfermedades y patologías y si bien reconoce la existencia del sistema terapéutico tradicional, no es en igualdad de circunstancias, sino como un sistema de creencias que debe cambiarse. Paralela a la atención biomédica, existe una esfera poco controlada que tiene impactos en la salud. La autora se refiere al comercio de alimentos y medicinas que se venden sin recetas, en mal estado, con fechas de caducidad vencidas, así como a la distribución de agua no potable y la contaminación con agua residual de las minas en las hortalizas, entre otros problemas sanitarios. Frente a este contexto, se plantean algunas propuestas, como las de crear políticas de control de fármacos, de saneamiento del agua, de mejora en educación sanitaria y de control de alimentos y mataderos en la ciudad.

Al retomar los objetivos principales de su investigación, la antropóloga médica se plantea una serie de propuestas de intervención en las estrategias sanitarias. Éstas abarcan principalmente los centros de atención primaria. Incluye acciones tan concretas como ajustes en los horarios de atención, la entrega de la información, las necesidades de mejoras en la infraestructura y la gratuidad de los servicios. Pero se refiere también a las necesidades de capacitación de los recursos médicos, desde el aprendizaje de la lengua quechua por parte de los equipos de salud a fin de que cumplan con los programas de prevención y promoción de la salud hasta los sistemas de información que permitirían un seguimiento de los grupos familiares y de las comunidades.

El libro incluye una bibliografía completa y anexos con las propuestas de cursos de capacitación para los centros de atención primaria y fotografías que ilustran la región y población estudiada y que permiten al lector ubicarse más detenidamente en el contexto estudiado por Susana Ramírez.

Contiene una descripción minuciosa de cada uno de los sistemas médicos que atienden a los habitantes de Potosí. La autora analiza los mismos desde el punto de vista de los principales agentes involucrados y llega a con-

clusiones que le permiten generar propuestas para diseñar intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de la salud de una población que vive en circunstancias cambiantes, de habitantes de áreas rurales que migran a la ciudad, que modifican sus condiciones de vida, de trabajo y de atención a la salud. Al concluir el libro, uno se imagina que Ramírez tendrá en preparación un segundo volumen en el que nos relatará cómo han sido estas intervenciones y de qué manera se han articulado los diferentes sistemas médicos. Y como bien lo subraya la autora, otro reto es realizar investigación que despeje una serie de incógnitas sobre temas como el alcoholismo en la población general, el suicidio en los adolescentes, el papel de varón en el cuidado de la salud, cuestión que identificó en el texto, pero que no pudo profundizarse. Finalmente, la investigadora nos ha mostrado con claridad las piezas más significativas de un ejercicio de epidemiología sociocultural. El reto para los pobladores de Potosí es armar dichas piezas en aras del pluralismo sanitario que revele mejoras a la salud en condiciones de interculturalidad.

Catalina A. Denman*

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Obregón 54, Centro, Hermosillo, Sonora, C. P. 83000. Teléfono 01 (662) 259-53-00. Correo electrónico: cdenman@colson.edu.mx