

Susana Ramírez Hita

Susana Ramírez Hita

Calidad de Atención en Salud

Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones
quechua y aymara del altiplano boliviano

Calidad de Atención en Salud



ISBN: 978-99954-742-9-4

9 789995 474294



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

SUSANA RAMÍREZ HITA

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Prácticas y representaciones sociales en las
poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano



Catalogado por el Centro de Información y Documentación OPS/OMS Bolivia.

BO Ramírez Hita, Susana
WA546 Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las
R113c poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2da. edición
La Paz: OPS/OMS, 2010. 236p.

- I. CALIDAD DE ATENCION DE SALUD
- II. INTERCULTURALIDAD
- III. PERSONAL DE SALUD
- IV. SALUD PUBLICA
- V. BOLIVIA
- 1. t

Primera edición, noviembre 2009
Segunda edición, agosto 2010

© Susana Ramírez Hita, 2010

© OPS/OMS, 2010

D.L. N° 4-1-1834-10

ISBN 978-99954-742-2-5

IMPRESION
Sistemas Graficos Color
Telf. 2334614 - La Paz

El contenido de la presente publicación es
responsabilidad exclusiva de la autora.

ÍNDICE

Presentación	13
Prólogo	15
Introducción	23
Capítulo 1	
El proceso de la investigación: aspectos teórico-metodológicos	33
Capítulo 2	
¿De qué hablamos cuando hablamos de salud intercultural?	61
Capítulo 3	
Representaciones sociales sobre la calidad de atención en salud del personal sanitario	73
Capítulo 4	
Representaciones sociales sobre la calidad de atención en salud de la población	119
Capítulo 5	
Las prácticas con respecto a la calidad de atención	173
Capítulo 6	
Las características de los servicios de salud	197

Anexo

Algunas propuestas para la mejora de los servicios de salud pública

213

Referencias bibliográficas

223

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la iniciativa y el interés del Dr. Carlos Ayala y el Lic. Hugo Rivera, funcionarios de OPS/OMS en Bolivia.

Quiero agradecer a todos los informantes que han contribuido en esta investigación. En especial, a las personas que han aportado elementos de reflexión para el cambio y la mejora del sistema público de salud.

A los antropólogos: Pablo Regalsky y Oriol Romaní, quienes revisaron críticamente el trabajo y contribuyeron a enriquecerlo.

A Constanza Forteza por la paciencia y el tiempo invertido en la revisión del texto.

A Sandra del Carpio, por introducirme en los centros de salud de la ciudad de El Alto y por estar siempre ahí.

A Juan Luís Espada, por proporcionarme los datos del CEDLA.

Un especial agradecimiento a todos los que me cuidaron durante el período de internación en el hospital: Dubeiza, Lila, doña Margarita, Leonor Quintanilla, Gladis, Basilia, Alberto, Paulina y al personal sanitario y los estudiantes que me trataron con cariño.

Quiero extender este agradecimiento, de manera especial a Ruth, Rolando, Ana y a la familia Velasco; porque sin ellos estas páginas, probablemente, nunca hubieran sido escritas.

PRESENTACIÓN

Pese a que el término de “interculturalidad” es relativamente reciente en el mundo de la medicina y de la salud pública, ha ganado, hoy por hoy, un espacio importante. Como a menudo puede suceder en estas circunstancias, su notoriedad no está exenta de imprecisión y confusión. En cierta manera, esto se debe a que cada uno lo interpreta a su modo, y del modo como todo el mundo lo utiliza.

Sin embargo, es importante profundizar esta aparente unanimidad. La claridad en los conceptos es la que permite la certeza en las acciones. En efecto, la diferencia cultural pareciera explicar muchas de las barreras observadas en el acceso a los servicios de salud y, obviamente, lo explica en buena medida. En este sentido, no es por nada que el respeto de la cultura y de la medicina tradicional ha ganado un significado particular en las reivindicaciones de los pueblos originarios e indígenas, como expresión de su identidad a la vez diferente y excluida.

En realidad, dicha exclusión por la diferencia refleja una relación de poder que, en los servicios de salud, se inscribe en el marco general de la relación entre el personal de salud y la comunidad, el médico y su paciente. La visión de la salud se define desde el sistema de salud. Así, pues, el problema de salud empieza a existir cuando está reconocido por ése. Tal tendencia a la estigmatización descansa en un conjunto de determinantes políticos, económicos y sociales que van a expresarse más allá del nombre que se le dé a la atención de salud.

Pero el modelo hegemónico médico se expresa con fuerza en la diferencia cultural, aunque no se limita a ella.

La mejor manera de servir a la diferencia intercultural es entonces volver a ubicarla en dimensiones generales que sean propias a la misma humanidad. El hecho de que estas diferencias sean una fuente de tensión refleja una violación más generalizada a los derechos humanos, universales por esencia. Como lo dice el filósofo francés Emmanuel Lévinas, “frente al sufrimiento de una persona, la primera obligación moral es reconocerlo”.

Si bien se hace mucha referencia a la interculturalidad, de hecho, pocos estudios muestran cómo ella mejoran las condiciones de salud de la población. Si creemos que la interculturalidad, es importante estudiarla. Tal es el propósito de la publicación de la investigación realizada por Susana Ramírez sobre la calidad de atención en salud en los centros de salud intercultural de la zona altiplánica de Bolivia. Nuestra esperanza es avanzar un paso hacia una medicina planetaria más compleja y más rica.

Dr. Cristian Darras
Representante de OPS en Bolivia

PRÓLOGO

Sin lugar a dudas, el libro que me honro en prologar –agradeciendo tal distinción a la representación de la OPS/OMS en Bolivia y a la propia autora Susana Ramírez Hita– constituye una contribución fundamental al tema de la antropología social en salud, desarrollado de manera plenamente solvente por una profesional, que a más de su excelencia académica, con un doctorado logrado en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona (España), ha sumado seriedad científica y exquisita sensibilidad en todos sus emprendimientos, concluidos con éxito después de largas experiencias de convivencia con los grupos societarios, allí donde y con quienes realizó sus investigaciones.

Así fue para la elaboración de su tesis de doctorado Gitanos y salud, co-dirigida por los internacionalmente reconocidos profesores Eduardo L. Menéndez del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de México y Oriol Romaní de la Universidad Rovira y Virgili, que con un prólogo de este último se convirtió en un valioso libro de aporte a la antropología médico sanitaria europea y particularmente franco española, en el cual –mediante una metodología “epidemiológico socio cultural” que articula salud, etnicidad, religión y exclusión–, la autora hace un análisis pormenorizado de la salud de los gitanos catalanes del barrio de St. Jaume, en el centro histórico de Perpiñán, que deriva en una interpretación cabal de la salud y sus determinantes en ese grupo humano, permitiendo por tanto identificar y adoptar las políticas de salud que mejor se le acomoden.

En una realidad muy distinta, pero aplicando operativamente una lógica y metodología similares, Susana Ramírez realizó el año 2005 una investigación en Potosí, la cual cristalizó en su primer libro titulado *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*, publicado en La Paz por la Cooperación Italiana.

Con estos antecedentes, su libro actual *Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del Altiplano Boliviano*, es un fruto maduro de investigación que puede no gustar a algunos que no quieran reconocer la realidad o les duela reconocerla, dada la sinceridad, objetividad diagnóstica y penetración crítica que la autora vuelca en sus páginas, respaldadas todas con datos de fuentes confiables, entrevistas directas a los usuarios externos e internos de los servicios de salud donde desarrolló la investigación, y su propia experiencia, no solo por el trabajo de campo y la vivencia lograda cotidianamente en el lugar de los hechos, sino también como paciente misma atendida en alguno de dichos servicios.

La temática de la investigación relacionó calidad de atención en salud e interculturalidad, razón por la cual fue realizada ex profeso en “las áreas geográficas en donde se encuentran los servicios de salud interculturales más antiguos: departamento de Potosí (ciudad de Potosí y Tinguipaya) y departamento de La Paz (la ciudad de El Alto, Patacamaya y provincia Bautista Saavedra)”, pretendiendo determinar, con la mayor claridad posible, cual es la carga de influencia cualitativa y cuantitativa de la adecuación intercultural y su respectiva práctica, en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud.

En la medida del avance de la investigación, la autora fue develando la debilidad de los servicios de salud, cuyos factores causales –al margen de cumplirse o no la interculturalidad– estaban relacionados con gruesas deficiencias estructurales, de organización interna y de dotación de recursos, tanto materiales como humanos calificados, que les impedía cubrir adecuadamente las demandas y necesidades médico sanitarias de la población, en

correspondencia con el nivel de atención y grado de complejidad que les correspondiese. Dicho de otro modo: la interculturalidad, con la medicina tradicional de por medio, no estaba acompañada del fortalecimiento de los servicios de salud en cuanto a capacidad resolutoria, y podría convertirse en un “disfraz que encubre las condiciones reales de la salud pública”, problematizada por factores, que si bien para la autora son de diversa índole a más de lo cultural, en conjunto se traducen en barreras multicausales de acceso y oportunidad al beneficio de la salud para toda la población, fuertes debilidades en la estructura organizacional y sistémica del sector, servicios que al no estar caracterizados de acuerdo con indicadores de calidad no cuentan con condiciones de un “mínimo común ético” indispensable para imprimirle carácter resolutorio a sus prestaciones, ausencia de un marco de competencias claramente definido de los entes gestores de dichos servicios con la consiguiente dilución o elusión de responsabilidades para su mantenimiento sostenido y, finalmente, lo que quizás es más preocupante porque tiene que ver con la dimensión humana de quienes los brindan: cuestionamiento a la calidad de atención por limitaciones en el conocimiento y capacidad resolutoria del personal sanitario, maltrato hacia los pacientes y familiares, incluyendo racismo y discriminación socio económica, y delegación no supervisada en la atención de los pacientes a los estudiantes, por parte de los profesionales de planta que tienen el deber y la responsabilidad institucional de cumplirla. Cabe resaltar que las tres situaciones expresadas en este último cuestionamiento, tienen profunda connotación ética porque afectan la dignidad e igualdad de derechos de la persona-paciente, siendo que todos merecemos el mismo respeto a nuestra condición humana similar o diversa, independientemente de la cultura, credo religioso, factor socio económico o cualquier otro que pudiese diferenciarnos.

Por todos estos alcances y consideraciones, es que la autora no dubita al referirse en su libro a la “violencia estructural del sistema de salud”, evidenciada tanto en la investigación

propiamente dicha, como en los testimonios de los informantes de la población indígena quechua y aymara que fueron entrevistados, los cuales –a diferencia de lo que podría suponerse– no mencionan los aspectos culturales como centrales para determinar la calidad de atención y la decisión de ingresar o no en un servicio biomédico, preocupándoles en todo caso que la salud pública no sea gratuita para toda la población, las deficiencias de infraestructura y equipamiento, la ausencia circunstancial o permanente de profesionales capaces de resolver sus problemas y la falta de insumos necesarios para su debida atención.

En cuanto a las características del parto “humanizado” o “intercultural”: Para las mujeres quechuas y aymaras entrevistadas, la posición de la parturienta pasa a un segundo plano si la atención es correcta, es decir si es realizada por “médicos de verdad” y no por estudiantes que hacen práctica en ellas, considerando más importante que un familiar las acompañe en el momento del parto. Por tanto, en solidaridad con las pacientes, y más aun interpretando sus inquietudes, la autora se pregunta “¿ De qué sirven las salas de adecuación al parto andino y los terapeutas tradicionales, si los insumos básicos y el personal calificado no están presentes en los centros ? “.

Ahora bien, en lo que se refiere al análisis mismo del tema intercultural, el libro de Susana Ramírez es particularmente revelador e incitador a nuevos debates por el enfoque múltiple y controversial que tiene, señalando aspectos generales cuando nos advierte tomar en cuenta que las diferencias entre grupos no son solo culturales, sino también de clase social, un elemento importante que en Bolivia no se analiza desde el campo de la salud, ni desde la antropología, o que la propuesta de interculturalidad que revaloriza lo indígena, pierde su sentido y deja de ser tal cuando ese otro componente de carácter resolutivo de la salud académico científica, o biomédica como la llama, no llega a las poblaciones indígenas apartadas, o está seriamente cuestionado por sus graves falencias en los así llamados centros interculturales.

Con relación a los aspectos más específicos, siendo Bolivia un Estado Plurinacional multiétnico con 36 grupos indígenas diferentes, el concepto de interculturalidad¹ referido a la relación entre dos culturas, tiene un sesgo cuando se enfatiza lo andino quechua y aymara sin ponderar las otras visiones de salud enfermedad y atención de las culturas amazónicas y chaqueñas con sus terapeutas guaraníes, yaminahuas o ese-ejjas, ni otras formas de atención a la salud como el sistema de autoatención o el religioso, siendo este principalmente representado por la Iglesia Evangélica, con una influencia cada vez más creciente en torno a la salud, y que parece ser contrario a las prácticas tradicionales, al punto de proponerse en el anexo del libro la necesidad de “integrar en el debate la influencia que ejerce la Iglesia Evangélica a fin de determinar de qué manera puede ofrecerse una atención lo menos conflictiva posible”.

Asimismo, situaciones de desencuentro o conflicto se dan con los médicos cubanos, que aparte de otras situaciones que también son analizadas, “no se interrelacionan con los terapeutas tradicionales ni atienden en las salas de parto “humanizado”. No tan solo por el desconocimiento de las pautas culturales locales; sino, sobre todo, porque cuentan con una formación sumamente biomédica, formación en la que lo “científico” y la “creencia” se separan mediante una línea que impide cualquier tipo de conciliación entre ambos conceptos”.

No menos importante es el conflicto que se suscita en las personas de idéntico origen étnico quechua y aymara que han accedido a la educación superior universitaria, y que al volver a sus comunidades convertidos en profesionales o técnicos en salud –con todo el efecto del mestizaje, no como mezcla de sangres sino como influencia del conocimiento, la urbanización y nuevas experiencias–, cuestionan el empirismo de muchas prácticas tradicionales, adoptando además una postura crítica de

¹ Pese al uso generalizado y la significación que tiene, la palabra interculturalidad no se halla registrada en el Diccionario de la Lengua Española, a diferencia de la palabra multicultural definida como la relación entre varias culturas

superioridad paternalista que muchas veces se traduce en actitudes despreciativas o de mal trato a los pacientes.

Por otra parte, el contar con terapeutas tradicionales en los centros de salud rurales, allí donde precisamente viven y la población sabe donde encontrarlos en cualquier momento, no parece tener sentido si el centro no tiene capacidad resolutive, siendo un claro ejemplo lo que sucede en el hospital intercultural de Tinguipaya del departamento de Potosí, correspondiente a un municipio con una población dispersa de 30 mil habitantes y 18 puestos de salud dependientes, atendidos por auxiliares de enfermería cada uno de ellos, siendo que el equipo hospitalario lo conforman un médico general acompañado de una licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería, odontólogo, farmacéutico y el médico tradicional, no solo para la labor asistencial habitual del hospital –que funciona exclusivamente como centro de atención primaria– sino también para la atención itinerante de todo el municipio. En este caso, si bien lo cultural cobró importancia para la construcción de un hospital que pretendía mejorar sus índices de mortalidad materno infantil, sus condiciones no le permiten resolver partos complicados ni realizar operaciones cesáreas, debiendo las pacientes ser evacuadas hasta la ciudad de Potosí, situada a tres horas de viaje por carretera.

En esta misma línea de análisis, es igualmente llamativo el estudio de Callahan que la autora menciona y consigna en la bibliografía de su libro, señalando que en el hospital de Curva, situado en un área tradicional Kallawaya como es la Provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, el consultorio de medicina tradicional habría registrado treinta y cuatro consultas en un período de tiempo de seis años, correspondiendo la mitad a turistas extranjeros y solamente dos a pacientes de la propia localidad.

A más de ello, los cuestionamientos que plantea el libro, no solo están dirigidos a la falta de capacidad resolutive de los centros interculturales, sino también a condiciones de confortabilidad en la atención de las pacientes parturientas, como es el caso del hospital de Patacamaya, donde el frío determina que las mujeres

no quieran atenderse en él “por el miedo a morir de sobreparto”, como una de las complicaciones que en el saber popular del parto andino, se asigna a esa condición climática, tan propia de la región altiplánica.

Por todo lo dicho, y mucho más que seguramente descubrirá el lector interesado, es justo destacar que el ojo avizor de la investigadora lo ha escudriñado todo. En ese sentido tampoco pasa desapercibido el mal pago a los funcionarios de salud con situación económica tan precaria como la de los mismos pacientes, que no solo determina poco estímulo a favor de una atención de calidad, sino que los hace proclives a inconductas como “robos de medicamentos guardados en los cajones de los pacientes para ser vendidos a otros pacientes, clavos que, requeridos para operaciones traumatológicas, no se utilizan en las mismas, peticiones excesivas de anestesia para ser usada posteriormente en consultorios privados” y otras situaciones reñidas con la ética como son la transferencia de pacientes públicos a la consulta particular alegando esperas de días porque el quirófano está lleno, o la ocupación del horario laboral atendiendo esos mismos intereses privados, en desmedro de las instituciones donde se desempeñan.

Creo no equivocarme, al decir que la mirada crítica del libro de Susana Ramírez, es una llamada de atención que nos induce a comprender cabalmente el contexto de integralidad que tiene la calidad en salud, uno de cuyos matices es la adecuación de sus parámetros a las necesidades, preferencias y hábitos de vida diferentes que pueden tener las poblaciones a ser atendidas, cobrando particular importancia la cultura, con sus múltiples expresiones de medicina tradicional y alternativa. Sin embargo, si de calidad se trata, nunca podrá darse si se deja de lado o no se toman debidamente en cuenta otros factores determinantes de naturaleza social, económica, política e ideológica, y ni que decir el ordenamiento estructural y sistémico basado en normativa bien definida y única para todos, con un marco de competencias preciso y recursos humanos y materiales siempre sostenibles.

De ahí que a estas alturas convenga recordar la calidad como la “condición de la organización sanitaria, que de acuerdo a caracterización y normativa claramente definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas y seguras que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”.

Finalmente: las consideraciones hechas en este prólogo no estarían completas si no enfatizáramos la consistencia en profundidad y en períodos largos de la metodología cualitativa usada para hacer la investigación que motiva este libro, a diferencia de los métodos a corto plazo habitualmente utilizados por la cooperación internacional, a través de consultorías que aplican procedimientos de estimación y asesoría rápida (rapid assessment procedures – RAP), que muchas veces al ser asumidos como “palabra santa”, inducen a la adopción de decisiones parciales o equivocadas, cuando se definen acciones, planes o políticas de salud.

Dr. Javier Luna Orosco E.
Responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud
Ministerio de Salud y Deportes
Coordinador del Comité Nacional de Bioética

INTRODUCCIÓN

En este libro expongo una serie de preocupaciones que conciernen a las condiciones en las que se encuentra la salud pública boliviana y su relación con las poblaciones indígenas. Bolivia es un país en el que actúan numerosas organizaciones de cooperación internacional, ONGs y agencias de desarrollo, que influyen, tanto técnica como financieramente en el área de la salud. En la mayoría de los casos, el objeto de sus actuaciones lo constituyen las poblaciones indígenas del país.

El análisis y las reflexiones que desarrollo en estas páginas parten de una investigación sobre la calidad de atención en salud en los centros de salud intercultural de la zona altiplánica, investigación que efectué para la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El material recogido en campo constituyó el elemento central a la hora de entender cuáles eran los aspectos que determinaban que los avances en la mejora de las condiciones de salud fueran irrelevantes, a pesar de la cuantiosa financiación internacional abocada a esta área.

Hay que destacar que, a lo largo de su historia, el Estado boliviano nunca ha considerado entre sus objetivos prioritarios la mejora de la salud. Actualmente, el porcentaje del PBI destinado a esta área es de un 3,28%, margen que demuestra el rango y la prioridad que se otorga a la salud por parte del Estado boliviano. Mientras que el área de educación cuenta casi con el doble, el 7,04%¹. Ambos porcentajes son bajos, si se tienen en cuenta las

¹ “Elaboración propia CEDLA, en base a información de la Contaduría General de la República” Información correspondiente a la gestión 2007.

deficientes condiciones en que se encuentran tanto la educación como la salud del país y al hecho de que un elevado porcentaje de sus habitantes no dispone de seguro social. A diferencia de otros países latinoamericanos, el Estado boliviano no otorga gratuidad a la totalidad de sus servicios, sólo son asumidos algunos programas (limitados) de acceso a una verdadera salud pública. Entre ellos se encuentran el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el programa de Tuberculosis, el programa de Zoonosis, el de Salud Sexual y Reproductiva, actualmente el programa de VIH-SIDA y, en las zonas de tierras bajas, el programa de Malaria y Chagas².

A lo largo de las últimas décadas, las políticas y programas de salud se han centrado en la salud materno infantil y se han justificado, tanto en el caso de las actuaciones de los organismos nacionales como internacionales, en los elevados índices de mortalidad materna e infantil, que constatan los registros epidemiológicos en problemáticas que son evitables. Estas políticas se han basado y sustentado en los datos epidemiológicos generados por el Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE); sin embargo, actualmente se cuenta con investigaciones (Ramírez Hita, 2005; 2009a) que han demostrado que los datos registrados no reflejan la realidad de las problemáticas de salud pública. Así, encontramos que, no es la mujer sino el varón quien presenta una esperanza de vida más baja. Una de las razones que explican esta situación es la escasa importancia que se concede a cómo se recogen los datos que, posteriormente se integran en los registros³. Dichos datos son los

² En la ciudad de El Alto también existe el seguro escolar, pero esto no es extensible a todo el país.

³ Varios son los motivos que influyen en que no exista un buen registro de los datos. Enumeraremos algunos de ellos: 1) el dato es recogido, exclusivamente, sobre los pacientes que llegan a los servicios de salud que, como veremos, son escasamente visitados en el área rural 2) La existencia de numerosos cementerios clandestinos 3) Los datos que se registran son solo aquellos que aparecen y pueden ser registrados en las planillas diseñadas, que no dan opción a causas de muerte como suicidio, alcoholismo, accidentes laborales, etc.; problemáticas de salud pública que sí son registradas en la Policía, institución

que han sustentado las políticas y programas sobre salud intercultural que inicialmente fueron llevados a cabo por la cooperación internacional para, después, pasar a ser responsabilidad del Estado que, como veremos, se concreta en acciones referidas a la mujer y el niño.

Los análisis sobre calidad de atención realizados por el sector salud se han centrado en la relación existente entre el personal sanitario y el paciente en el acto médico y, más concretamente, en la relación que se establece entre el médico y el paciente. La calidad de atención es entendida casi exclusivamente como una responsabilidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (no tratar adecuadamente al paciente, no hablar su idioma, etc.), es decir, los aspectos sociopolíticos que las condicionan. De manera que en esta investigación hemos incorporado tanto los aspectos socioeconómicos como los políticos, culturales e ideológicos, a fin de poder analizar cómo inciden en la calidad de atención que se presta en los servicios de salud intercultural.

La investigación se ha centrado en describir y analizar los significados que otorgan al concepto de calidad de atención, tanto el personal sanitario como los pacientes indígenas quechuas y aymaras, habitantes de las áreas geográficas en donde se encuentran los servicios de salud interculturales más antiguos: departamento de Potosí (ciudad de Potosí y Tinguipaya) y departamento de La Paz (la ciudad de El Alto, Patacamaya y provincia Bautista Saavedra). También se describen y analizan las prácticas de atención a la salud que se llevan a cabo en los centros de salud intercultural y en los hospitales. De forma que hemos analizado la articulación de las representaciones y prácticas sociales en torno a la calidad de atención en los servicios de salud pública con enfoque intercultural y, a su vez, comprobado la poca

totalmente desvinculada de la creación de los datos epidemiológicos. Para mayor información sobre las problemáticas existentes en los registros de los datos de salud véase: Ramírez Hita (2009a).

diferencia que existe entre los servicios de salud intercultural y los que no lo son.

Hemos partido no de la homogeneización de los sujetos sociales sino de las heterogeneidades que se encuentran en su interior y para ello hemos utilizado las categorías de grupo étnico, identidad étnica y religión. Conforme avanzaba el análisis incorporamos nuevas categorías y aparecieron nuevas hipótesis que no habían sido planteadas en un comienzo. Así, a fin de poder dar cuenta de la realidad encontrada, incorporamos las categorías de racismo, violencia, integración, desarrollo y globalización, todas ellas enmarcadas en las categorías de hegemonía/subalternidad.

La necesidad de integrar las categorías indicadas se justifica ante la complejidad que rodea la temática de calidad de atención en los servicios de salud pública bolivianos. Los datos recogidos en el trabajo de campo sobrepasaron las expectativas planteadas inicialmente, de manera que, ya desde el comienzo de la investigación, se puso en cuestión el concepto de salud intercultural.

Entre los estudios sobre los significados y las representaciones sociales del personal sanitario existe la tendencia a homogeneizar este grupo, como si el hecho de pertenecer a la biomedicina implicase una cultura en sí misma⁴. Por ello, la propuesta de este trabajo no fue tanto la de considerar al grupo de enfermeros, médicos, etc., como homogéneo; sino, por el contrario, la de intentar descubrir las heterogeneidades internas existentes. Estas conducirían a otorgar significados diferenciados a los acontecimientos que se suceden en los actos médicos desarrollados en centros, comunidades y barrios. Partiendo del nivel teórico, podemos referirnos a un sistema biomédico, a un modelo biomédico o a un modelo médico hegemónico; sin embargo, en su interior aparecen heterogeneidades que se remiten a las diversas

⁴ Una cosa es el análisis de la biomedicina como un sistema cultural, del mismo modo que lo puede ser la ayurvédica o la medicina popular, tal como podemos ver, por ejemplo en Stein (1990) o en Good (2003) y otra cosa muy distinta es que cultura suponga homogeneidad.

identidades que confluyen en el sujeto social que ejerce la práctica médica y que, en consecuencia, influyen en la atención, el trato y el significado que se otorga a las causas de las enfermedades y los padecimientos. Al igual que abordamos y trabajamos el saber médico desde la diferencia, fue este criterio el que aplicamos al saber popular.

El objetivo principal de esta investigación fue contribuir al debate en torno a la salud pública en Bolivia y, en concreto, sobre el concepto de salud intercultural y la calidad de atención en los servicios públicos de salud, fueran o no de salud intercultural. La finalidad del trabajo buscó ofrecer elementos útiles para el debate sobre las actuales condiciones de la salud pública en Bolivia. Así se podría observar la realidad desde una perspectiva más amplia que la estrictamente cultural y, a partir de ahí, aportar elementos que sirvan para replantear el concepto de salud intercultural y proponer algunas estrategias para mejorar los servicios de salud; en especial, los hospitales de tercer nivel, a los que acude la población en caso de necesidad y que generan los mayores problemas.

A través del ejemplo altiplánico, pretendíamos conocer la realidad de los servicios de salud rurales y los hospitales urbanos. Las condiciones de los servicios de salud llevaron a cuestionar y analizar con mayor profundidad el concepto de interculturalidad y a observar cómo se ejercen en el interior de los servicios, como categorías estructurantes y estructurales, la violencia y el racismo. Fue la misma complejidad de la realidad sanitaria la que llevó a plantear la necesidad de un mayor debate sobre la creación de políticas y programas que, finalmente, se han revelado como escasamente útiles si se atiende al contexto en el que se encuentra la salud en Bolivia. Actualmente, las desigualdades que se dan en el ámbito de la salud no se han incorporado al debate en torno a las deficiencias de las condiciones sanitarias del país ya que, tanto para el Estado como para las cooperaciones, el análisis se ha centrado únicamente en las diferencias culturales.

Esta investigación se plantea como un primer aporte sobre la temática en la zona altiplánica. Es un estudio sobre el significado del concepto “calidad de atención” entre las poblaciones quechua y aymara y entre los prestadores de los servicios de salud. Uno de sus objetivos es conocer de qué manera los centros de salud interculturales existentes en la zona altiplánica responden a las expectativas de la población en todo aquello que se refiere a calidad de atención.

En el año 2004, el Ministerio de Salud y Deportes se refería a la calidad de la atención de la siguiente manera: “La calidad en los servicios es un concepto estrechamente ligado a la prestación de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de recursos humanos como de estructura y procedimientos” (En: Royder y Angeloni, 2007: 3).

Sin embargo, la calidad de atención afecta muchos otros aspectos, hasta configurar una problemática realmente compleja a la hora de ser abordada. Para una gran parte del sector salud, los factores que influyen en la calidad de atención se limitan al funcionamiento interno de los servicios y a los recursos humanos. Por el contrario, la mayoría de los estudios de Antropología y salud efectuados sobre la realidad altiplánica de Bolivia otorgan una importancia crucial al trato que se presta en la relación personal sanitario/paciente y, dentro de ese trato, enfatizan el desentendimiento cultural procedente del desconocimiento del lenguaje del paciente por parte de los prestadores de los servicios de salud.

Nos referiremos al concepto de calidad como al óptimo entendimiento entre los actores involucrados en el acto médico. Un entendimiento que implica tiempo adecuado para la consulta médica, que los servicios de salud cumplan con las mínimas condiciones propias de funcionamiento resolutivo y que el personal sanitario esté en plenas condiciones para ejercer bien sus funciones, requisito que conlleva un sueldo digno acorde con el nivel profesional, el ejercicio pleno de los derechos laborales (vacaciones, aguinaldos, seguro de enfermedad, etc.), una bue-

na formación académica y, también, que los prestadores de servicios de salud otorguen un buen trato al paciente. El trato debería incorporar el respeto que merecen las diversas formas de entender y atender la salud y la enfermedad y, por tanto, los orígenes culturales, pero también a aspectos como la religión, el género, la clase social y la identidad étnica.

El reconocimiento de estos aspectos debería acompañarse de condiciones sociopolíticas que ayudasen a su concreción. A lo largo de este trabajo se podrá comprobar cómo, para conseguir calidad de atención en la salud pública, es necesaria la transformación de las condiciones estructurales que propician la permanente violencia y racismo que posee la estructura sanitaria boliviana. Habitualmente la calidad de atención se centra de manera exclusiva en el paciente en tanto que las carencias suelen remitirse a problemas como la falta de funcionamiento de los servicios, la ausencia de personal cualificado en los centros o al maltrato ejercido al paciente por parte del personal sanitario. Sin embargo, en la relación que se establece en la consulta médica, no se suele apuntar como elemento de importancia la influencia de las condiciones laborales o las relaciones de identidad y clase social.

Veremos cómo las Ciencias Sociales y, en concreto, la Antropología han ejercido un papel fundamental en el surgimiento de los centros de salud intercultural en Bolivia. También veremos que ha sido una Antropología de escaso sustento teórico metodológico la que ha contribuido a respaldar, sea desde las cooperaciones o desde el Estado, las intervenciones en el ámbito de la salud intercultural.

Bolivia incorporó en el discurso sanitario el término de salud intercultural y fue planteado como una estrategia para la mejora de la calidad de atención y por tanto para mejorar los índices de morbimortalidad del país. A lo largo de los últimos años la creación de centros denominados de “salud con adecuación intercultural” en los que se prima y enfatiza lo materno infantil ha dado paso a acciones como la creación de infraestructura de

adecuación al parto intercultural y la incorporación de terapeutas tradicionales. Estos centros de salud interculturales que se crean en el país han sido y son construidos sin un trabajo previo de investigación en el que se analice cuál es el significado del concepto de calidad y si, para sus usuarios, la calidad de atención equivale a incorporar terapeutas tradicionales, salas de adecuación al parto intercultural en hospitales o centros de primer y segundo nivel de atención⁵.

Desde su configuración en 1984, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) ha agrupado a los terapeutas tradicionales, aún cuando cabe destacar que nunca ha representado a su mayoría. A lo largo de los últimos años, estos han conseguido su institucionalización; pero no tanto por una exigencia de las comunidades o de los mismos terapeutas, como por la necesidad de las cooperaciones internacionales de fomentar este proceso, por su necesidad de incorporar a los proyectos la “participación” de las personas involucradas y la dimensión “cultural”.

Es interesante destacar el caso del departamento de Potosí, donde la cooperación italiana invirtió en la creación de SOBOMETRA de ámbito departamental. Esto ha generado conflictos internos, aún no resueltos. La cooperación ha influido en la presencia de centros de salud interculturales, creados con el criterio “teórico” que incorpora la medicina tradicional a la biomédica, respaldados en otras experiencias latinoamericanas en concreto, en México, Panamá, Ecuador y Chile (Campos, 2004). Tiempo después, este discurso fue asumido como propio por el Ministerio de Salud y Deportes, con un reconocimiento de lo tradicional y con el énfasis en que esta estrategia ayudaría a mejorar los datos epidemiológicos y a revalorizar las culturas indígenas. Se partió

⁵ Los centros de primer nivel son los que ejercen atención primaria, los de segundo nivel deberían de contar con cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetra y pediatría y los terceros niveles son los hospitales en donde se realizan procedimientos más complejos y diagnósticos especializados.

del supuesto de que si la población no recurría a los servicios biomédicos era porque la atención se realizaba en la medicina tradicional (Ramírez Hita, 2006a).

Al enfatizar el reconocimiento de la medicina tradicional y su institucionalización no se analizó que, en las zonas donde se crearon centros de salud intercultural: el departamento de Potosí y la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz la esperanza de vida es una de las más bajas del país y que, a su vez, son áreas donde la población está fundamentalmente atendida mediante la medicina tradicional. Como estrategia política se incorporó la medicina tradicional dentro de los centros, pero no se trabajó el fortalecimiento de los servicios de salud (en cuanto a capacidad resolutive). Fue una manera fácil y económica de hacer visibles cambios en el ámbito de la salud. El concepto de “cultura” comenzó a tomar un matiz político y reivindicativo desde la salud, pero siempre desde actores externos a las comunidades. Esta estrategia, que se propuso como solución a ciertas falencias de la salud pública, no ayudó a mejorar la calidad de los centros de salud y hospitales.

La interculturalidad debe ser pensada como iniciativa para el cambio sanitario, siempre y cuando ese cambio sirva para mejorar los índices epidemiológicos, es decir, para que la gente pueda vivir más y mejor. Si el cambio es entendido con el único objetivo de revalorizar la medicina tradicional, será difícil que aparezcan mejoras de los servicios de salud y, por tanto, mejoras en la salud de la población. Veremos, más adelante, cómo la interculturalidad deviene en el disfraz que encubre las condiciones reales de la salud pública.

El libro está dividido en seis capítulos. En el primero, se presentan los aspectos teóricos y metodológicos que han guiado la investigación a partir del planteamiento del problema y los objetivos; así como la revisión bibliográfica de los trabajos realizados en torno a la salud y la interculturalidad en Bolivia, las directrices metodológicas que han orientado el trabajo, las técnicas empleadas para la

investigación y la forma en que fueron construidos los datos. En el segundo capítulo, se plantean cuestiones teóricas sobre cómo analizar de forma adecuada el concepto de interculturalidad en el campo de la salud para la realidad boliviana, exponiendo cómo, ante la falta de claridad teórica sobre el concepto, determinadas políticas y programas sanitarios dirigidos a la salud intercultural se orientan de manera poco efectiva.

En el capítulo 3, se analizan los problemas estructurales, de organización interna de los centros, así como los problemas que, para el personal sanitario están relacionados con la población. Una cuestión que hace referencia a las salas de “adecuación al parto intercultural” o “parto humanizado” y, a su vez, a la función de los terapeutas tradicionales dentro de los centros de salud.

El capítulo 4 se centra específicamente en las poblaciones aymara y quechua que viven en las zonas territoriales en las que están localizados y funcionan los centros de salud intercultural. En este apartado se analizan las causas de la falta de calidad de la atención; a través del relato denominado “Dolor, padecimiento y enfermedad”, narrado por un paciente que estuvo cerca de siete meses ingresado en diversos hospitales. De esta manera, se abordan las representaciones de las salas de “parto humanizado” o “intercultural”, así como las referidas a la incorporación de los terapeutas tradicionales en el interior de los centros de salud.

En el capítulo 5, se analizan las prácticas en el interior de los centros de salud intercultural, así como las estrategias que se llevan a cabo para promover la educación para la salud en los mismos, o en los barrios y comunidades en donde se encuentran. Finalmente, el capítulo 6 proporciona las conclusiones del trabajo, referidas a las condiciones en las que aparece la salud intercultural y los determinantes de la calidad de atención, en tanto que el anexo introduce la relación de propuestas dirigidas a la mejora de los servicios de salud.

Capítulo 1

EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN aspectos teórico-metodológicos

Cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) me propuso realizar esta investigación, en torno al concepto de calidad de atención en la población indígena que se encontraba en las zonas donde había centros de salud intercultural, me pareció excelente que alguna institución reconociera que, había que trabajar más ampliamente el concepto de interculturalidad⁶ y que para ello había que partir del concepto de calidad.

Contrario a lo que pensaba en un principio que los pacientes de los hospitales serían reacios a dar información sobre cómo estaban siendo tratados, por miedo a represalias del personal sanitario, encontré que la mayoría de los sujetos estaban ansiosos de contar lo que habían padecido o estaban padeciendo. Tanto es así que, entre los distintos hospitales y centros de salud, se corrió la voz de que estaba realizando esta investigación y los enfermos de los centros, barrios y comunidades me buscaban para contarme sus experiencias.

En las investigaciones que había realizado, a lo largo de los últimos cinco años en la zona andina, siempre aparecía como problema la relación población/centro de salud. De estas investigaciones destaca un diagnóstico de salud de dos años en la ciudad de Potosí, realizado mediante el método etnográfico y que me llevó

⁶ Investigación que se debería haber hecho previa a la construcción de los centros de salud intercultural.

a convivir durante un año con las familias mineras y a observar sus prácticas y representaciones en torno a los procesos más importantes de salud, enfermedad y atención que se sucedían en sus hogares, en los centros de salud y en otras formas de atención a las que recurrían (medicina tradicional, Iglesia evangélica)⁷.

En ese trabajo utilicé varias categorías que consideré importantes para poder dar cuenta de las necesidades de salud de la ciudad. Entre ellas utilice: marginalidad⁸, etnicidad⁹, identidad étnica¹⁰ y religión. Estas categorías fueron útiles para el análisis de la situación; todas ellas enmarcadas, a su vez, en las categorías de hegemonía/subalternidad¹¹, de manera que los procesos socioeconómicos, políticos e ideológicos, además de los culturales, son los que aportaron la riqueza al análisis de la situación sanitaria.

⁷ La información de esta investigación se concretó en un libro sobre sistemas y prácticas de atención a la salud de la población indígena quechua (Ramírez Hita, 2005).

⁸ Según San Román la marginación “consiste socialmente en la exclusión del marginado de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, de forma que este acceso es no pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente. Este proceso estaría sujeto a una tensión inclusión/exclusión que depende tanto de las variaciones del propio sistema socio-cultural como de las propiedades del marginado [...] Este proceso produce, se acompaña y se alimenta de una forma ideológica que da racionalidad y justifica la exclusión” (San Román, 1991:152-153).

⁹ La etnicidad “entendida como identidad en acción, como asunción política de la identidad” (Bartolomé, 2006:29).

¹⁰ Entenderemos la identidad étnica siguiendo a Bartolomé como la forma ideológica de las representaciones colectivas de un grupo étnico; en tanto la conciencia étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas que implica relaciones intrasociales. La conciencia étnica no se realiza por oposición sino en la relación entre el nosotros y es el resultado de la relación del grupo con su historia (Bartolomé 1987; 1997:77).

¹¹ Los conceptos de hegemonía/subalternidad reconocen la existencia de “desigualdades socioeconómicas pero también de diferencias culturales, incluyendo como parte sustantiva la dimensión simbólica que interviene favoreciendo la cohesión/integración de los diferentes sectores, opacando las causas que establecen las desigualdades y la dominación o promoviendo procesos de oposición o de diferentes tipos de transacciones que posibiliten el desarrollo más o menos autónomo de los sectores sociales subalternos” (Menéndez, 2002:312).

Cuando comencé la investigación sobre calidad de atención incorporé aquellas categorías que ya había puesto a prueba en el trabajo de Potosí; pero esta nueva investigación, la centraría en cómo la identidad étnica influía la relación personal sanitario/paciente y cómo las condiciones de clase social y las relaciones de identidad –basadas en las categorías mestizo/indígena– influenciaban la calidad de atención. Opté por situar el eje de la investigación en las relaciones (de identidad, de clase, religiosas y socioeconómicas) que se establecían entre los centros de salud y la población. Mientras incorporaba estas categorías veía la necesidad de cuestionar el concepto de interculturalidad y observaba cómo esta categoría teórica orientaba la organización interna de estos servicios de salud.

El objetivo principal consistió en la descripción y análisis de los saberes biomédicos y populares sobre la calidad de atención en salud. Dicho objetivo exigió indagar acerca de las políticas sociosanitarias del Estado boliviano que involucran a los centros de salud intercultural, la medicina tradicional y la actual creación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI). Paralelamente, supuso analizar la influencia de organismos de salud internacionales en la conformación teórica y práctica de los centros de salud intercultural.

La perspectiva teórico-metodológica fue planteada desde el punto de vista del actor, otorgando la voz a todos los implicados en la actividad de los servicios de salud: autoridades, pacientes, familiares, personal sanitario, estudiantes, etc. Otro de los elementos que se tuvo en cuenta fue la aparición de identidades a partir de los nuevos procesos religiosos, que están generando cambios en las poblaciones quechua y aymara; concretamente, en la manera de entender y atender la salud y en el significado que se otorga a los centros de salud intercultural.

La unidad de análisis de la investigación se centró en la población quechua y aymara del altiplano, fueran o no usuarios de los centros de salud; no obstante lo que enriqueció el análisis fue el hecho de recoger información sobre el personal sanitario, no

tan solo como profesionales sino, además, como usuarios de los servicios de salud. El hecho de incorporar las categorías de grupo étnico y de religión no sólo en la población sino también en los sujetos que ejercen la práctica sanitaria, dio la posibilidad de ahondar en otros aspectos de la problemática sobre la calidad de atención que no son los comúnmente investigados. Así, los aspectos estructurales como los microsociales, fueron considerados a la hora de recoger y analizar los datos. Se propuso, de esta manera, una mirada desde la incorporación de los procesos socioeconómicos, políticos, ideológicos además de los culturales¹².

En los planteamientos iniciales abordé la problemática de la diferencia en términos de salud, aunque sin dejar de lado las relaciones que se dan, a través de la diferencia cultural y las desigualdades socioeconómicas, entre el personal sanitario y los pacientes aymaras y quechuas.

Partimos de que “el conocimiento consiste en aquellas construcciones acerca de las cuales hay consenso relativo [...] entre aquellas personas competentes [...] para interpretar la sustancia de la construcción” (Guba y Lincoln, 2000:134). El eje de la investigación se sitúa en el entender y reconstruir las construcciones de los sujetos; ello incluye, sin duda, al investigador. Es decir, partimos de que los datos son hechos socialmente contruidos.

Interculturalidad: diferencias y desigualdades.

Son numerosos los trabajos generados en las últimas décadas en diversos campos disciplinarios –y son también múlti-

¹² Entenderemos la cultura como “estructuraciones provisionarias constituidas a través de prácticas sociales que operan en condiciones de asimetría dentro de un proceso de transacciones constantes” (Menéndez 2002:135).

ples los enfoques teórico-metodológicos— que han tratado diversas problemáticas sobre las intervenciones de organismos que trabajan con grupos excluidos de los servicios de salud; exclusión que, en el caso latinoamericano, se asocia casi en exclusiva a los grupos indígenas.

Muchos de estos trabajos se reúnen bajo el término de interculturalidad, a fin de evidenciar la incomunicación y el desentendimiento de dos formas diferentes de atención de la salud. Existe numerosa bibliografía centrada en Latinoamérica, pero aquí nos limitaremos a analizar los trabajos realizados desde las Ciencias Sociales y por profesionales que trabajan en centros universitarios y en agencias de desarrollo, con el interés de poder entender las diferencias existentes en el significado del concepto de interculturalidad. Esta revisión bibliográfica desde el campo socioantropológico no pretende ser exhaustiva —porque ello implicaría una investigación en sí misma—, pero considero que es representativa de los trabajos realizados en la última década en Bolivia, período en que fueron desarrollados la mayor parte de investigaciones e intervenciones sobre interculturalidad.

Existe literatura que aquí no vamos a analizar que corresponde a trabajos realizados para tesis de licenciatura en Ciencias Sociales (Antropología, Sociología) y de trabajos hechos como requisito para obtener el título en los Postgrados de Salud Intercultural (Medicina, Enfermería, Trabajo Social). Más que investigaciones propiamente dichas son ensayos de investigación, ejercicios de aprendizaje que no pueden ser considerados investigaciones científicas. Estos trabajos, pese a estar lejos de ser investigaciones serias, sirven muchas veces de base para la implementación de programas sanitarios, uno de los motivos del fracaso frecuente de estas intervenciones.

La clasificación sobre la temática de salud e interculturalidad la agruparemos en tres grandes campos: a) trabajos realizados por el Ministerio de Salud y Deportes, b) trabajos de

“desarrollo” realizados comúnmente por agencias de desarrollo, c) investigaciones socioantropológicas propiamente dichas.

- a) El Ministerio de Salud y Deportes creó, en los últimos años, una línea editorial (Ministerio de Salud y Deportes 2005; 2007b; 2007c; De Lucca y Zalles, 2006) en la que han sido publicados documentos técnicos y, también, un libro de plantas medicinales.

Los trabajos realizados por el Ministerio de Salud referidos a salud intercultural, se encuadran en el reconocimiento de la validez del saber popular en torno a la salud, como alternativa para conseguir una mejor calidad de atención en los servicios de salud.

En el año 2005 se crea una guía para la atención intercultural de la salud materna que enfatiza la necesidad de implementar una “atención intercultural”. Esta guía se gesta a partir de dos encuentros sobre “Adecuación Intercultural al Parto”. Los encuentros fueron incentivados y financiados por la cooperación internacional y se realizaron en Caiza D (departamento de Potosí) y en la ciudad de Cochabamba. Estos encuentros fueron sistematizados por el Ministerio y asumidos como documento técnico normativo para los centros de salud. La guía enfatiza la necesidad de adaptar los centros a las pautas culturales de la atención al parto y destaca su importancia a la hora de otorgar calidad de atención al usuario.

En cuanto a este documento, llama la atención que, al ser una guía nacional, tan solo aparezcan datos del parto andino: datos que recogen los relatos de experiencias todas exitosas de distintas ONGs que han implementado estas estrategias (utilización de infusiones –mates–, otorgamiento de la placenta tras el parto, posición de la parturienta, etc., elementos que determinan la forma de entender y atender el parto andino).

En el año 2007, el Ministerio publica un nuevo documento. Se trata, por un lado, de una evaluación sobre la implementación de las recomendaciones de la guía elaborada en el 2005 (“Atención intercultural de la salud materna”) y, por el otro, una propuesta de estrategia autoevaluativa a implementarse en los centros de salud mediante el relleno de una serie de “fichas” y la realización de talleres de capacitación sobre aspectos culturales (2007b). Cabe destacar, sin embargo, que una buena evaluación de la calidad de atención no debería ser considerada únicamente a partir de datos cuantitativos ya que la calidad se remite a la cualidad y no a la cantidad.

Debería realizarse una evaluación a partir de una investigación en profundidad socioantropológica, en la que la técnica de observación sea central. Obtener información fiable sobre calidad no se resume en rellenar una ficha; es necesario observar la articulación entre las representaciones y las prácticas, tanto del personal sanitario como de la población, la que recurre a los servicios y la que no recurre a ellos. Los talleres de capacitación al personal sanitario sobre una adecuada atención a la salud materna no garantizan, como veremos más adelante, la calidad de atención de los servicios de salud.

Por último el Ministerio de Salud y Deportes publicó un libro sobre plantas medicinales del altiplano boliviano (De Lucca y Zalles, 2006), escrito por el viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, fallecido el año pasado¹³. Se describe el uso y la preparación de más de 100 plantas medicinales de la zona. Este trabajo, al igual que los anteriores, se refiere exclusivamente al área andina.

¹³ Tras la muerte del viceministro Jaime Zalle, fue nombrado para el cargo un terapeuta tradicional andino, Emilio Cusi Álvarez. Enfatizando así la hegemonía de las culturas aymara y quechua frente a las otras culturas indígenas del país.

Estos estudios se caracterizan por estar centrados en la atención al parto y, a su vez, por el hecho de que los protocolos para poder incorporar cambios en la atención están únicamente dirigidos a las poblaciones aymara y quechua. La calidad de la atención se centra en el desentendimiento cultural, mientras que el énfasis se coloca en la necesidad de cursos de capacitación para mejorar la salud pública. Son investigaciones y documentos técnicos en los que el eje se sitúa de manera exclusiva en los aspectos culturales.

- b) Trabajos de “desarrollo” efectuados comúnmente por agencias de desarrollo, nacionales o internacionales que describen sus experiencias en artículos o libros. Se caracterizan por exponer detalladamente el éxito del proyecto realizado en tanto que enfatizan el aspecto participativo del mismo¹⁴ (Dibbits y Boer, 2002; Campos y Citarella, 2004; Campos, 2004; Flores, 2004; Citarella, Benavide, Huisca y Millapán, 2004; Baixeras, 2006; Fuertes y Pérez, 2007; Royder y Angeloni, 2007, entre otros).

La investigación de Dibbits y Boer (2002) parte de un trabajo con el personal sanitario de un hospital de salud intercultural –Patacamaya¹⁵– sobre el funcionamiento del programa de salud sexual y reproductiva. Las autoras consideran importante el trato humano y la interculturalidad para poder otorgar una buena calidad de atención en el parto. Plantean que la atención al parto es una de las ofertas del sistema formal de salud que más barreras culturales debe superar. Resaltan que el trato humano debe corresponder con la ética de la atención.

¹⁴ Existe una extensa bibliografía de material generado por ONGs y agencias de desarrollo, pero aquí nos centraremos exclusivamente en los autores que han influenciado teóricamente en la implementación de los centros de salud intercultural en la zona andina.

¹⁵ El hospital de Patacamaya forma parte de nuestra investigación como veremos más adelante.

Campos y Citarella (2004) escriben un artículo sobre el programa de formación en salud intercultural realizado en la ciudad de Potosí por la cooperación Italiana. En el artículo describen en detalle lo exitoso del programa; señalan la importancia de la formación en salud intercultural para mejorar la salud de la población. Ponen el eje en la educación para complementar ambas medicinas (tradicional/ biomédica).

Campos (2004), en la misma línea, escribe otro artículo sobre las experiencias exitosas de salud intercultural en América latina, en concreto: Panamá, México, Ecuador, Chile y Bolivia. El autor otorga especial atención a su experiencia en México. La interculturalidad es asociada exclusivamente a los aspectos socioculturales. Coloca el eje del análisis en el desconocimiento de los médicos de los aspectos culturales del “otro”. Si bien enfatiza el intercambio de saberes propio del concepto de interculturalidad, pone el acento en el desconocimiento que evidencia el personal sanitario en relación al saber médico popular y en la formación médica deshumanizada. Se centra en la necesidad de capacitar “interculturalmente” al personal sanitario para conseguir mejorar la calidad de atención. El artículo de Baixeras (2006) es una descripción del éxito de la Agencia de Cooperación Española en su intervención en la creación de un hospital intercultural kallawaya en la provincia Bautista Saavedra en el departamento de La Paz. En este artículo se enfatiza la realización de un diagnóstico de metodología rápida en el que se prioriza la participación de la comunidad en la intervención a través del “Método Acelerado de Investigación Acción Participativa”.

Es importante destacar que los diagnósticos de metodología rápida tan solo aportan un sondeo de la realidad. Dicha metodología fue creada por profesionales de las Ciencias Sociales que han trabajado en agencias de coo-

peración y en ONGs. En este contexto hay que añadir que, si la metodología de investigación-acción-participativa se pretende desarrollar seriamente, necesita un tiempo mayor que el de una investigación realizada a través del método etnográfico, que requiere un trabajo de campo de larga duración¹⁶. En líneas generales, la cooperación se caracteriza –aun en el caso de los proyectos de “desarrollo”– por la urgencia de la intervención, sin que quede tiempo para la investigación previa y, por tanto, sin que se financien investigaciones socioantropológicas rigurosas, es decir, de larga duración¹⁷.

Flores (2004) realiza un trabajo de campo basado en entrevistas efectuadas a médicos sobre su año de provincia. Plantea reflexiones a partir de una pequeña incursión en campo que le lleva hacer un análisis superficial de la realidad. El autor rescata como agentes de una medicina “intercultural” a los auxiliares de enfermería y a los Responsables Populares de Salud y, al igual que los trabajos anteriores, solo observa dos formas de atención a las que recurre la población: la biomédica y la tradicional andina.

En el año 2007 y en torno a la intervención de la cooperación Italiana, se publica un libro (Fuentes y Pérez) sobre la experiencia realizada en el hospital de Tinguipaya, ubicado en el departamento de Potosí. Se trata de un hospital que, desde su construcción, ha sido mencionado, dentro y

¹⁶ El método etnográfico implica una manera específica de acercarse a la realidad con el fin de obtener información en profundidad sobre la temática que se desea abordar. Según Hammersley y Atkinson (1994:15) “el etnógrafo o la etnógrafa participa [...] de la vida cotidiana de personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella han elegido estudiar. La etnografía es la forma más básica de investigación social [...]”.

¹⁷ La metodología cualitativa desarrollada por la Antropología se caracteriza por las investigaciones en profundidad, que no pueden ser realizadas satisfactoriamente en periodos cortos.

fuera del país, como uno de los grandes éxitos de este tipo de iniciativas. Las autoras relatan el éxito de la intervención y las prácticas de atención a la salud de la población de Tinguipaya¹⁸. En esta publicación también se coloca el eje en la participación de la comunidad, en el área materno-infantil y en la adaptación cultural del hospital (infraestructura, incorporación de “médico tradicional”, etc.).

Royder y Angeloni (2007) son los autores de un libro en el que analizan la calidad de atención de los centros de salud de Potosí¹⁹ y en el que recogen la creación de indicadores de calidad con enfoque intercultural. Parten de que la interculturalidad es la unión armónica de dos sistemas de salud: biomédico y tradicional. Plantean que la calidad de atención puede ser evaluada a partir de los siguientes indicadores: formación del personal de salud y habilitación para el desempeño profesional y formación en salud e interculturalidad; infraestructura intercultural; equipamiento del centro de salud y la comunicación bilingüe en la consulta; consultorio de medicina tradicional y sala de parto con enfoque intercultural.

Lo que caracteriza estos trabajos es que, en su mayoría, se refieren a comunidades indígenas rurales y en que enfatizan la “participación” de los actores sociales involucrados para poder alcanzar la interculturalidad. Énfasis que, a su vez, extienden al ámbito de la educación y al de la adecuación cultural de los servicios de salud. En estos trabajos, no se define la participación ya que dicho significado se da por supuesto. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de desarrollo se gestan fuera de las comunidades para, a continuación, llevarlos al terreno pa-

¹⁸ En este trabajo no son mencionadas las investigaciones previas realizadas en la zona.

¹⁹ En este trabajo tampoco son mencionadas investigaciones previas realizadas en la zona.

ra ser consensuados. En muchas ocasiones, el hecho de convocar a la comunidad para ser informada y para pedir su autorización a la hora de impulsar el proyecto es considerado como participación en el mismo. Asimismo, se considera “participación” la realización de encuentros con la comunidad para ofrecer cursos de capacitación, sin que se cuestione la verticalidad que existe en el proceso. Muchos de estos proyectos, que aparecen como exitosos en artículos y libros, se han llevado a cabo en las mismas zonas en donde se ha realizado esta investigación y, tal y como podremos ver más adelante, el carácter de “exitosos” dista mucho de la realidad.

Teóricamente, estos estudios se sustentan en el trabajo que, para agencias de cooperación, realizan profesionales de las Ciencias Sociales que se dedican casi exclusivamente a intervenir. Son intervenciones que se llevan a cabo con escasa reflexión teórica, entre otras razones porque las condiciones laborales no lo permiten. Ésto conlleva, en muchas ocasiones, a no revisar trabajos anteriores sobre el tema (pareciera que todas las investigaciones parten de cero, sin rescatar las investigaciones previas) y a poner todo el énfasis de la salud intercultural en la cultura como manera de mejorar la salud del país, sin analizar ningún otro aspecto. La mayoría de estos trabajos están basados en las diferencias culturales y no en las desigualdades sociales.

- c) Investigaciones socioantropológicas propiamente dichas. Estos trabajos los agruparemos de acuerdo a los distintos enfoques teórico-metodológicos, en tres grupos:
 - 1) Estudios etnomédicos realizados en diversas partes de Latinoamérica. Estos estudios –sobre los que existe numerosa bibliografía– se caracterizan por analizar las diversas medicinas tradicionales in-

dígenas (Fernández, 2004b, 2004c; Orobitg, 2004; Chaumeil, 2004; Calavia, 2004; Castellón, 2006; Nava, 2006; Absi, 2006; Platt 2006, entre otros). En estos trabajos se menciona, aun cuando no sea el centro del análisis, el concepto de interculturalidad. Son investigaciones etnográficas que analizan la cultura desde la dimensión simbólica y cuyo referente a los servicios de salud es mínimo. Estos trabajos colocan el eje en las diferencias culturales y en la necesidad de entender estas medicinas tradicionales en su contexto. Los autores interpretan las lógicas diferenciales entre la medicina indígena y la medicina “formal” y revalorizan las medicinas indígenas a través de dar a conocer los significados simbólicos y funcionales en los que se basan estas medicinas ancestrales.

- 2) Estudios donde el eje se coloca en la polaridad medicina tradicional indígena/biomedicina. (Fernández, 1999, 2006a, 2006b; Bradby y Murphy-Lawless, 2005; Albó, 2004; Michaux, 2004; Gil, 2006; Abad, 2004a, 2004b; Uriburu, 2006; González y Caravante, 2006; Callahan, 2006; entre otros). Estos autores trabajan el concepto de interculturalidad desde la polaridad y por tanto en la necesidad de complementación de la medicina tradicional indígena/servicios de salud. El centro del debate se encuentra en el desentendimiento cultural de las dos únicas formas de atención que reconocen (la tradicional y la biomédica) y promulgan una salud intercultural que parta de la unión de ambas en igualdad. Para ello la mayoría de los autores propone adaptaciones de los centros de salud, así como señalan que los procesos educativos deben incorporar los aspectos culturales del “otro”, dado que otorgan especial importancia a lo “cultural”

como elemento básico del problema de las deficientes condiciones de salud de las poblaciones indígenas. Entre estos autores, encontramos a aquellos que resaltan la necesidad de la participación de los actores en las investigaciones, como hecho imprescindible para que exista una interculturalidad en salud, y aquellos que no van a poner el eje de análisis en la participación de los sujetos involucrados, sino en el proceso de cambio. En estos trabajos los aspectos socioeconómicos, políticos e ideológicos no son analizados como parte importante del concepto de interculturalidad y tampoco se reconoce el pluralismo médico. Son estudios que tratan de las diferencias culturales, pero no de las desigualdades en el ámbito de la salud y en los que la falta de calidad de atención es contemplada casi exclusivamente desde el desentendimiento cultural. Los conflictos se centran en el desentendimiento comunicacional entre los dos mundos (blanco-mestizo/indígena, occidental/indígena), pero no son analizados los elementos socioeconómicos y políticos además, de los ideológicos, que dan pie a este proceso de desentendimiento.

- 3) Estudios desde un análisis reflexivo y crítico sobre el concepto de interculturalidad (Menéndez, 2006; Knipper, 2006; Allué, Mascarella, Bernal y Comelles, 2006; Cabellos y Quitral, 2006; Ramírez Hita, 2006a, 2009b; Viaña, 2008; entre otros).

En primer lugar, nos referimos al trabajo de Eduardo Menéndez (2006) quien, a través de un recorrido desde la década de los años veinte, muestra cómo la Antropología ha analizado las diferencias. Destaca que los estudios sobre interculturalidad se van a caracterizar por una orientación hacia los estudios simbólicos de la cultura, dejando de lado

los aspectos raciales, ideológicos y de clase social, al tiempo que reducen la interculturalidad a la relación grupos indígenas/servicios de salud. Es decir, dejando de lado las diferentes formas de atención a los padecimientos. Con respecto al proceso de salud/enfermedad/atención enfatiza que los estudios de interculturalidad aparecen en términos de malas condiciones de comunicación cultural, pero no analizan la desigualdad social y la situación de pobreza como parte central de las relaciones interculturales. Por lo tanto, propone un concepto de interculturalidad que no agote la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica.

Knipper (2006) desarrolla algunas cuestiones analíticas para reflexionar en torno al concepto de “medicina intercultural”. Plantea el problema que supone el encasillamiento de las medicinas indígenas dentro del concepto de Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC). Demuestra cómo en la medicina indígena (a través de un estudio entre los Noropuna de la amazonía ecuatoriana) no existen categorías claramente delimitadas entre capacidades médicas y no-médicas. En tanto que analiza cómo el marco de referencia global propio de la OPS/OMS, que sitúa estas medicinas indígenas dentro de las alternativas o complementarias, pone en peligro el espacio de la diversidad cultural. Frente al concepto de “medicina intercultural”, el autor plantea el siguiente interrogante: ¿para qué promover y desarrollar e institucionalizar la “medicina tradicional” en las comunidades indígenas si ahí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena? (2006: 426).

El trabajo de Allué, Mascarella, Bernal y Comelles (2006), se presenta como una mirada crítica en torno a la utilización de metodologías de las Ciencias Sociales por parte de los clínicos (médicos y enfermeros) en el campo de la investigación biomédica en el contexto de las políticas de desarrollo. A través de un recorrido histórico sobre la utilización de las metodologías cualitativas, los autores desarrollan aquellas que son más usadas por el sector salud: la investigación-acción-participativa desarrollada en los años treinta y que ha tenido un gran desarrollo en América Latina y los procedimientos de asesoría rápida: RAP²⁰. La investigación-acción-participativa incluye la acción social y a las personas involucradas en el proceso de cambio. Se caracteriza por contribuir a otorgar poder a los sujetos sobre los que se produce la intervención. Los RAP, por el contrario, se desarrollan dentro de un contexto de investigación, basado en criterios de mercado: máxima producción al mínimo costo. “Los RAP [...] están destinados a clínicos sin formación en Ciencias Sociales y sin un entrenamiento específico en investigación social o cultural cualitativa de campo” (2006: 24).

Los autores enfatizan que en la actualidad existen unos cincuenta RAP²¹, la mayoría desarrollados por científicos sociales. Pero este tipo de procedimiento, dado que obliga a utilizar matrices rígidas, no asegura la calidad de los datos. Si a ello se suma el escaso entrenamiento de los investigadores de campo, se comprende que no se garantice en ningún momento que el dato esté bien recogido. Sin embargo, son

²⁰ *Rapid Assessment Procedures* por sus siglas en inglés.

²¹ Como por ejemplo: Scrimshaw S. y Gleason G. eds. (1992). *Rapid anthropological procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programs*. Boston: Internacional Nutrition Foundation for Developing Countries.

los instrumentos más utilizados por las ONGs y las agencias de desarrollo.

El artículo de Viaña (2008) aun cuando se refiere al concepto de interculturalidad en el caso de la educación en Bolivia, su análisis puede hacerse extensivo al campo de la salud. El autor plantea la interculturalidad como una concesión al orden dominante, en el que el concepto solo formula su discurso en un nivel de convivencia y respeto mutuo, equivalente a mantener y reforzar las desigualdades reales en las que se encuentran los grupos subalternos. Enfatiza que la visión actual de la interculturalidad es una posición ingenua y romántica y que lo que realmente hace falta cambiar es el propio sistema que concede y permite las desigualdades. El hecho de definir la interculturalidad desde el respeto, el diálogo y la tolerancia impide el avance de los procesos reales de igualación y transformación profunda.

“La llamada interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, pero poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígena) que en más de una década en Latinoamérica no han parado de avanzar hacia una transformación profunda” (2008:331). Un planteamiento que sugiere que lo que debe ser investigado críticamente es la matriz básica del concepto de cultura del capitalismo actual.

Es importante señalar que las propuestas de cambio del Ministerio de Salud se sustentan en las aportaciones de ciertos expertos de las Ciencias Sociales que carecen de mirada crítica y

que, por un lado, tan sólo reconocen dos sistemas de atención a la salud –biomédico y tradicional– y no la diversidad de formas de atención; y por otro, son también estos científicos sociales los que suelen avalar las investigaciones rápidas e incentivar que dichas investigaciones se realicen por clínicos para, a su vez, efectuar las intervenciones en los programas de desarrollo. La Antropología Médica ya ha demostrado desde hace décadas la existencia del pluralismo en las formas de atención a la salud, pluralismo al que recurre la mayoría de los grupos sociales. Sin embargo, no parece que ello haya sido asumido por parte de los científicos sociales que teóricamente están incentivando la línea de intervención en salud intercultural.

Hemos podido comprobar que, por un lado, existe una línea de investigaciones, de escasa reflexión teórica y basada en intervenciones de desarrollo; éstas han servido de base para la intervención sanitaria en la salud intercultural –tanto en la creación de infraestructura²² como en la de políticas y programas sanitarios– primando los aspectos culturales en detrimento del fortalecimiento de los servicios de salud, y, por otro lado, aparece una línea crítica que, si bien menos numerosa, es la más interesante ya que cuestiona y determina cuáles son los aspectos centrales no incorporados en el análisis de la salud intercultural.

Metodología cualitativa

La metodología empleada para esta investigación ha sido exclusivamente cualitativa. Una de las particularidades de la metodología cualitativa es que da cuenta de las diferencias más que de

²² Actualmente se está realizando el proyecto PROHISABA (Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de base), financiado por la Comisión Europea, entre otros proyectos financiados por ONGs.

la homogeneidad (Menéndez 2002) y ello es lo que he intentado plasmar en esta investigación al reconocer los datos como hechos socialmente construidos.

En cuanto a las diferencias, he intentado analizarlas sin presuponer una homogeneidad en el personal sanitario –y por supuesto, sin tampoco considerar el saber médico como homogéneo–. Para ello, incorporé la categoría religiosa a la hora de seleccionar el personal sanitario, al igual que seleccioné indígenas quechuas y aymaras que pertenecieran a las tres religiones más importantes en la zona de estudio (andina, católica y evangélica). Así, fue posible analizar de qué manera influye la religión en las representaciones, tanto del personal sanitario como de la población, sobre los centros de salud y, en concreto, en el concepto de calidad de atención. Igualmente, la categoría de grupo étnico y de identidad étnica no solo sirvió para seleccionar a la población, sino también a los miembros del personal sanitario, para poder ver de qué manera estas categorías influyen en la calidad de atención de los centros de salud. A estos aspectos²³ se incorporaron también los aspectos socioeconómicos que afectan a la población y, a su vez, las condiciones laborales que pesan sobre el personal sanitario. Así, la suma de todos estos elementos permitiría ofrecer una explicación más completa de las cuestiones que inciden en la calidad de atención e ir más allá de la relación microsocial que se establece en la consulta médica.

Nuestra propuesta, por tanto, plantea un análisis más amplio que, incluye asimismo aspectos que se refieren tanto al sujeto individual (religión, identidad étnica, etc.) como al sujeto grupal (sujeto perteneciente a una adscripción institucional/profesión: colegio médico, sindicatos, Ministerio de Salud, Servicios Departamentales de Salud, etc., con diversas identidades), intentando analizar los múltiples aspectos que influyen en la articulación entre sujeto individual/social y que convergen en la manera de ejercer la consulta sanitaria. Finalmente, incluimos las condi-

²³ Los trabajos sobre calidad de atención comúnmente se cifan a la relación personal sanitario/paciente en la interacción de la consulta médica.

ciones económico-políticas dentro de las cuales se producen y se usan los significados de calidad de atención.

Esta investigación se ha realizado en dos fases, bien diferenciadas. En la segunda mitad del año 2007 se realizó el trabajo de campo y, en el 2008, ante la necesidad de trabajar el texto desde una mira más teórica, se realizó una búsqueda bibliográfica y un análisis más profundo que ayudó a sustentar teóricamente el material que, previamente, había sido recogido.

Fue en la segunda parte de esta investigación cuando se hizo evidente la necesidad de incorporar otras categorías que sirvieran para orientar el análisis de la realidad de los servicios de salud, finalmente mucho más compleja de lo que habíamos imaginado. Con el fin de poder dar cuenta de las relaciones que se establecen entre los servicios de salud, el Estado, los organismos de cooperación, agencias de desarrollo y ONGs, incorporamos las categorías de desarrollo, progreso –incluidas, ambas, en otra más amplia, la globalización– y las de violencia y racismo, enmarcadas en las de hegemonía/subalternidad y clase social.

De manera simultánea comenzamos a cuestionar la categoría de indígena como categoría homogénea que, en el caso de Bolivia, se asocia casi exclusivamente con los grupos campesinos, ignorando los grupos étnicos cazadores, pescadores y recolectores. Asimismo, replanteamos la categoría de pobreza que, al igual que en el caso de las anteriores, tiende a la homogeneización de la población indígena; como si ambas, pobreza y población indígena, fueran equivalentes. Los índices utilizados para denominar a un grupo pobre están basados en elementos que corresponden a los conceptos de desarrollo, modernidad, progreso y globalización, que tienden a homogeneizar y subestimar las diferencias²⁴.

²⁴ Existen grupos selváticos, cazadores, pescadores y recolectores con una economía basada en parámetros diferentes a los de la sociedad mayoritaria; economías que se fundamentan en el intercambio y en parámetros de educación y salud también diferentes. La matriz construida, por –entre otros organismos– el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para medir la pobreza (cuyos indicadores son el poder económico –basado exclusivamente en el dinero–, acceso a servicios básicos y necesidades básicas insatisfechas) no incorpora los significados de la diversidad cultural. Finalmente, “hace pobres” a aquellos que no se consideran tales, con todo lo que ello implica y supone.

Como punto de partida planteamos que el concepto de “calidad” era diferente para el personal sanitario de los centros de salud que para la población, debido a que ambos grupos son representantes de saberes diferentes. Por ello, propusimos trabajar las representaciones sociales sobre “calidad de atención” del saber biomédico y del saber popular. Para poder analizar las transacciones que se daban entre ambos saberes y dónde se encontraban los puntos de conflicto y/o complementación. Pese a que esta hipótesis inicial parecía relativamente simple, el desarrollo de la investigación supuso su transformación y la introducción de una mayor complejidad. Así, se hizo evidente la necesidad de sumar los aspectos macrosociales, para poder dar cuenta de las relaciones que se establecen entre los servicios de salud, las cooperaciones y el Estado; también, las relaciones que se establecen intraprofesionalmente y las de los pacientes dentro de los servicios de salud. Finalmente, elaboramos dos hipótesis: una referida a los centros de salud intercultural y, otra, referida a los servicios de salud pública en general.

La primera hipótesis plantea que los centros de salud intercultural se han sustentado más en supuestos que en investigaciones socioantropológicas serias, capaces de comprobar que la incorporación de pautas culturales –adecuación cultural al parto andino, incorporación de terapeutas tradicionales dentro de los servicios– mejoran la calidad de atención de los servicios de salud pública del altiplano boliviano. En este sentido, el concepto de salud intercultural no fue asumido como provisorio, sino como una realidad en sí misma. Esto produjo que cooperaciones internacionales y el Estado interviniesen en programas y políticas de salud, intervenciones que no han repercutido en una mejora de la calidad de atención, ni de los índices epidemiológicos.

En el caso de la otra hipótesis, referida a los servicios de salud pública en general, consideramos que carecen de calidad de atención ya que las relaciones que se establecen en los servicios de salud están condicionadas por las relaciones de clase social y étnica, a su vez, influenciadas por la violencia y el racismo

estructurados en el sistema de salud público. Incidiendo en estas relaciones microsociales, los aspectos más globales de desarrollo, modernización y progreso.

Si bien esta investigación se centraba en las representaciones sociales²⁵ sobre calidad de atención en las poblaciones quechua y aymara, fue ampliada –tanto en el registro del dato como en el análisis del material– al incorporar la técnica de observación participante, no prevista en un comienzo. El cambio (a mitad del trabajo de campo) permitió obtener material sobre las prácticas de atención a la salud en un hospital público considerado de salud intercultural. Debido a ello la investigación fue ampliada a las prácticas²⁶ que se realizan en el interior de los centros de salud y que se refieren a la calidad de atención, aspecto que hizo cambiar la perspectiva inicial, lo que sin duda enriqueció el proceso de trabajo.

La unidad de estudio planteada en la investigación fueron las zonas territoriales, en las que se habían incorporado terapias tradicionales y salas de adecuación al parto llamado “humanizado” o “intercultural”. Como criterio de selección, de la mayor parte de las comunidades, se optó por aquellas en que la implementación de centros interculturales era más antigua, considerando que dicho proceso se inició en el año 2000. Así, se eligieron dos centros urbanos importantes, uno quechua (la ciudad de Potosí) y otro aymara (la ciudad de El Alto), mientras que los restantes correspondían a zonas rurales.

²⁵ Al hablar de representaciones médicas nos referimos a aquellas que engloban el conjunto de categorizaciones-prescripciones que organizan las características de las prácticas de los terapeutas. Estas representaciones incluyen “los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido). Esta última, la significación, se privilegia como condición básica de todo proceso social” (Grimberg, 1997).

²⁶ Las prácticas deben ser entendidas, siguiendo a Menéndez, como un proceso dinámico cuyos parámetros son el padecimiento, las estrategias de acción y las consecuencias de la integración socio-ideológica. Estas funcionan a nivel de todos los conjuntos sociales (Menéndez, 1981).

Para la zona aymara, el trabajo de campo se realizó en la ciudad de El Alto (alrededor de los centros de atención primaria con salas de atención al parto interculturales: Rosas Pampas, 12 de octubre, Villa Exaltación y Villa Dolores) y en el área rural, en el hospital de Patacamaya. En la zona quechua, el trabajo fue diseñado para realizarse en la provincia Bautista Saavedra (una de las zonas en las que se incorporó este tipo de estrategias para mejorar la calidad de atención al usuario)²⁷ y en el departamento de Potosí. Ahí, el trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Potosí y en el área rural de Tinguipaya (departamento de Potosí).

El eje de la investigación se puso en el saber popular. Se partió del conocimiento de la población en general y de su capacidad de transformación en los procesos de salud/enfermedad/atención²⁸. Para ello, fue necesario tener en cuenta ciertas categorías: grupo étnico, identidad étnica y religión (dado que partimos de la importancia de la religión –además de aspectos socioeconómicos– para acceder o no a los servicios)²⁹, así como el criterio de los sujetos que eran usuarios del servicio y de aquellos que no lo eran, junto con la categoría de género.

Fueron entrevistados tanto hombres como mujeres, aunque se dio prioridad al género femenino, debido a que uno de los componentes importantes de estos centros es la salud materna infantil. En cuanto al personal sanitario se entrevistó al personal que se encuentra en estos centros de salud. A tal efecto, se realizaron un total de 50 entrevistas, distribuidas entre la población

²⁷ Esta zona, por ciertas complicaciones en el trabajo de campo, no se pudo cubrir.

²⁸ El proceso de salud/enfermedad/atención propuesto por Menéndez incluye tanto en la estructura social como en la de significado. “A través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto a algunos de los sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan” (Menéndez, 2002:323).

²⁹ Parto de estas categorías sobre la base de investigaciones previas, en donde he demostrado la importancia de la religión y la etnicidad en el campo de la salud pública. Véase: Ramírez Hita (2005, 2006b, 2007).

quechua y aymara. La investigación fue hecha de julio a diciembre de 2007 y la complementación teórica del análisis de marzo de 2008 a enero de 2009.

Técnicas de investigación

El mes de julio de 2007 fue dedicado a la zona aymara en la que fueron seleccionados los cuatro centros de atención primaria que son centros de salud intercultural de la ciudad de El Alto, pertenecientes al hospital Boliviano-Holandés. En los centros de atención primaria se realizaron entrevistas, tanto a la población del barrio correspondiente a los centros de salud como al personal sanitario y a los pacientes. La técnica de observación fue empleada en el interior de todos los consultorios y en las salas de espera, en donde no solo se realizaron entrevistas sino que se recogió información informal³⁰. En la zona aymara fue seleccionado el hospital de Patacamaya (zona rural del departamento de La Paz), considerado de salud intercultural. En este hospital se entrevistó a personal de salud tanto boliviano como cubano, terapeutas tradicionales, pacientes que estaban ingresados así como a personas de la comunidad que recurren al hospital y a las que no lo hacen por desconfianza. En este hospital se realizó también observación en el interior de los consultorios, en las habitaciones de los enfermos y en la sala de espera. En todo momento, se contó con una buena disponibilidad y colaboración por parte del personal sanitario y de la población.

La inmersión en la zona quechua resultó relativamente fácil ya que había realizado investigaciones en la zona de Potosí

³⁰ Por *entrevista* entiendo a toda aquella información obtenida a través de entrevistas realizadas –con grabador o sin él– en las que hay una intencionalidad en la recogida del material. Quiero separarlo de lo que llamaré *información informal*, con la que me refiero a todos aquellos datos recogidos en charlas informales y sin intencionalidad en las preguntas.

y este conocimiento me facilitó una rápida inmersión. La capacidad de observación adquirida previamente y el conocimiento de prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención de la población de Potosí, posibilitaron una mayor rapidez y fiabilidad en la obtención de los datos. En la zona quechua realicé observación en el hospital Daniel Bracamonte, tanto en las habitaciones de los enfermos como en los consultorios del personal sanitario. Se utilizó la técnica de entrevista, que fue utilizada con el personal sanitario, los enfermos internados, familiares, enfermos de consulta externa, estudiantes de enfermería, auxiliares de enfermería y de medicina y personas de la ciudad en general. En la zona rural se realizó observación y entrevistas y, en el hospital de Tinguipaya, se realizaron entrevistas a habitantes de las comunidades y al personal sanitario.

El día en que regresaba a La Paz con el objetivo de viajar después a la zona de Charazani, en la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, fui ingresada de emergencia en el hospital Bracamonte. Este ingreso me permitió incorporar una técnica no prevista en el proyecto inicial, la de observación participante. Mi permanencia en el hospital duró 12 días, período durante el cual pude recoger información sobre las prácticas de la “calidad de atención” del hospital³¹.

Entre las técnicas utilizadas, la *observación participante* resultó la más eficaz a la hora de conocer la realidad de los hospitales públicos y, a su vez, para observar prácticas con una cierta fiabilidad. La utilización de este tipo de observación permitió registrar las representaciones de los miembros de dicho hospital –tanto del personal sanitario como de pacientes y familiares– en torno a la calidad de atención y, asimismo, las prácticas referidas a la salud que se realizan en el interior de esta institución.

³¹ Debido a este imprevisto, la zona de Charazani no pudo realizarse. Igualmente, por investigaciones que he realizado con anterioridad en la zona, conozco los centros de salud intercultural de las comunidades de la provincia Bautista Saavedra. Estoy en permanente contacto con miembros de varias comunidades de la zona, por lo que incorporaré también datos sobre esta área.

La técnica de *observación* fue utilizada en el interior de los centros de atención primaria y hospitales seleccionados. Se aplicó en las salas de espera, en los espacios donde se realizan “charlas” de salud, en los acompañamientos a estudiantes durante el recorrido por las casas para poner vacunas y para la realización de la educación sanitaria. Se observó la práctica de los estudiantes en los centros de atención primaria y hospitales; de igual manera, se observó el trabajo de las enfermeras, auxiliares, manuales³² y médicos generales y especialistas (ginecólogos, pediatras, radiólogos, etc.). También realicé observación en los Comités de Análisis de la Información (CAI) que coincidieron con el trabajo de campo. Se observaron los espacios y la atención de los terapeutas tradicionales dentro de los centros de salud, así como los espacios de las salas de parto de adecuación “intercultural” o de “parto humanizado”. Con respecto a la observación de la población aymara y quechua se pudieron observar procesos de atención a la salud de ciertas enfermedades/padecimientos en el interior de hogares, en consultorios y hospitales.

La *entrevista* fue otra de las técnicas utilizadas para registrar las representaciones de los distintos actores sociales que convergen en torno a esta problemática de estudio. Las entrevistas fueron de carácter semiestructurado y las preguntas se dirigieron hacia los temas que, previamente, se diseñaron. Se realizaron entrevistas a pacientes y familiares, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, manuales, estudiantes, trabajadoras sociales, farmacéuticos, directores de centros y hospitales, así como a terapeutas tradicionales pertenecientes al sistema biomédico. Dentro de la población aymara y quechua, se entrevistaron pacientes y sujetos que no recurren a los centros de salud. Los informantes entrevistados fueron seleccionados en base al criterio de grupo étnico (aymara, quechua) y de religión (evangélica, católica o andina). Sobre un total de cincuenta entrevistas semiestructuradas,

³² Es el término local para denominar al personal que se encarga de realizar la limpieza.

la mayoría se realizaron en castellano, el quechua y aymara fue utilizado en pocas ocasiones. Se realizaron tanto entrevistas individuales (43) como grupales (7). Las entrevistas grupales no fueron planificadas a priori, se realizaron en función de las situaciones que se generaron a lo largo del trabajo de campo.

Capítulo 2

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SALUD INTERCULTURAL?³³

El concepto de salud intercultural surge en América Latina a lo largo de los años 90 y 2000 y ha alcanzado un verdadero auge en los últimos años. Muchas disciplinas sociales y médicas van a incorporar este concepto a su discurso y comienza a ser utilizado en la práctica sin claridad teórica sobre el mismo. Su incorporación se fundamenta en supuestos que sirven de base para la implementación de programas, políticas e inclusive, en el caso boliviano, de un Viceministerio de Medicina Tradicional que posteriormente cambió su nombre a Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. El sector salud, con asesoramiento de algunos científicos sociales que trabajan en universidades y en el ámbito de la cooperación internacional, incorporó este término en un discurso básicamente político. En el que se comenzaba a revalorizar la medicina tradicional y a visualizar un gran cambio en la “supuesta aceptación” de otra medicina diferente a la científica dentro de los servicios de salud.

Una de las experiencias que más influyó en Bolivia fue la del caso ecuatoriano. En Ecuador, el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia otras formas de pensar diferentes a la colonial, parti-

³³ Parte de este análisis fue presentado en el IX Congreso Argentino de Antropología Social en agosto del 2008.

daria esta última de un Estado plurinacional. La Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, como un principio ideológico. En Bolivia, sin embargo, tal como plantea Walsh, el proceso fue diferente. Los movimientos indígenas aymaras centraron su atención en “Recuperar la memoria en relación con la organización regional de los ayllus, como una forma para (re)pensar el proyecto estatal sin Estado. Tal pensamiento, a pesar de la diferencia de enfoque con la construcción ecuatoriana de un Estado plurinacional, no es distinto en su intención política. Ambos movimientos nacionales forman parte de proyectos políticos que están pensados desde la experiencia vivida de la diferencia colonial y no desde la ideología del Estado” (Walsh, 2007a: 179).

En consecuencia, la interculturalidad no se restringe tan solo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007a). En el análisis que realiza la autora sobre el caso ecuatoriano resalta que, cuando la interculturalidad pasa a formar parte del discurso asumido por el Estado o de instituciones como el Banco Mundial, el significado del proceso de cambio que promueven los grupos indígenas se debilita: “Cuando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multiculturalidad”. El Estado quiere ser *inclusivo*, reformador [...] En cambio el proyecto intercultural en el discurso de los movimientos indígenas está diciendo otra cosa, está proponiendo una transformación [...] está reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política, epistémica). Está pidiendo que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado [...]” (Walsh, 2007a: 196).

Un elemento interesante a destacar es que todo este proceso se gesta desde lo andino: desde Ecuador se critica la propuesta “kichwa-céntrica” de este modelo, al considerar que deja fuera las construcciones y significados de los grupos indígenas de

la Amazonía, de la Costa y los afro-descendientes (Walsh, 2007a). Este concepto teórico ha supuesto, incluso, la creación de una Universidad Intercultural –Amawtay Wasi– de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador. Su intención es formar pensadores que impulsen una sociedad más equitativa y justa, fundada en la filosofía de Abya Yala (Walsh, 2007a, 2007c).

La apropiación del concepto de interculturalidad por parte de los movimientos indígenas de Bolivia se produjo a partir de las experiencias de los países vecinos, en concreto, del proceso llevado a cabo en Ecuador. El movimiento indígena en Bolivia aplica el concepto de interculturalidad, casi en exclusiva, a la “educación intercultural” centrada básicamente en una educación indígena bilingüe. Posteriormente se relacionó a la “salud intercultural” como propuesta de reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales y como una manera de entender y revalorizar lo propio; esto unido al reconocimiento diferenciado en una determinada visión del mundo. A diferencia del caso ecuatoriano, en Bolivia el planteamiento no se vincula a las transformaciones del Estado y de las instituciones, sino al interés en incorporar y revalorizar las lenguas y las medicinas de los grupos indígenas, que se consideran esenciales en la revalorización de las culturas subalternas por parte del Estado.

Uno de los elementos destacables del caso boliviano es que fue la cooperación internacional la que introdujo el concepto de interculturalidad que, se caracteriza por replicar modelos de un país a otro, muchas veces sin contextualización, circunstancia que ha supuesto que la implementación en el campo de la salud se haya efectuado con escasa reflexión teórica. Posteriormente, fueron los movimientos indígenas los que asumieron el concepto introducido por las ONGs, –muchas de ellas con experiencia previa en Ecuador– y la cooperación internacional quienes incentivaron, financiera y técnicamente, la educación bilingüe (a la que denominaron educación intercultural) y la revalorización de la medicina tradicional (a la que denominaron salud intercultural). Si, por un lado, esta revalorización de las medicinas indígenas

tradicionales es real, por otro, los terapeutas tradicionales han visto en ella una fuente de trabajo; de manera que, con toda lógica, se han sumado a la propuesta reivindicándola como propia. El Estado ha asumido el discurso pero sin otorgar a los terapeutas tradicionales condiciones laborales similares a las de los miembros de los servicio de salud.

La propuesta de interculturalidad que pretende el cambio y la revalorización de lo propio –lo indígena– a fin de llegar a una sociedad más justa y equitativa, pierde su sentido en el ámbito de la salud, dado que la salud pública ha estado y está ausente en muchos puntos del país y, sobre todo, en las áreas indígenas apartadas. El proyecto político de cambio, que persigue la complementación de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocida o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. El movimiento indígena (andino) no plantea una atención exclusiva de la medicina tradicional sino una revalorización de su medicina. Un hecho es el reconocimiento del discurso, y otro la práctica concreta en que se desenvuelven los argumentos teóricos, gestados lejos de las poblaciones. La reivindicación de los terapeutas tradicionales no supone una misma actitud por parte de las comunidades indígenas.

En Bolivia, el problema asociado al término intercultural es el de su utilización sin una definición clara del mismo. Se lo equipara al de relaciones interétnicas, bajo el supuesto de que se trata de relaciones de carácter armónico donde cada grupo da lo mejor que tiene al otro. La Organización Panamericana de la Salud describe así el concepto de interculturalidad: “El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étareas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa” (OPS/OMS, s.f.: 30).

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia llegó en el año 2007 a definirlo de la siguiente manera: “La interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes” (Ministerio de Salud y Deportes, 2007a: 7 en Royder y Angeloni, 2007: 16). Disponemos de un sinnúmero de definiciones que se encuentran en esta misma línea, al considerar que la relación se ha de dar entre sujetos sociales de culturas diferentes, en donde se da por entendido que el personal sanitario y los usuarios son de diferentes culturas y que los usuarios son homogéneos y solo utilizan una medicina diferente a la biomédica (la tradicional).

Bolivia es un país multiétnico (36 grupos indígenas diferentes) en el que el concepto de interculturalidad tiene poca cabida en el sentido con el que se usa. En la mayor parte de los casos, el término se utiliza para referirse a la relación entre dos culturas. Así, en el caso de la salud, ello supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente. De esta manera se niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y, también, dentro de la de la medicina tradicional.

Cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidado a la salud y, por tanto, no deberíamos hablar de medicina tradicional indígena y de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico, no son categorías homogéneas, ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población³⁴.

³⁴ Ver Menéndez (1987).

El concepto de interculturalidad debería incorporar de forma clara las diferencias y reconocer que en las relaciones interétnicas suelen darse, más que relaciones armónicas y complementarias, conflictos y contradicciones que son el resultado de las relaciones de poder que con ellas aparecen. Como bien dice Cardoso (1992), las relaciones interétnicas se dan habitualmente en términos de dominación y sujeción.

El concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional³⁵; sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales.

Hay que tener en cuenta que las diferencias entre grupos no son solo culturales, sino también de clase social, un elemento importante que en Bolivia no se analiza desde el campo de la salud, ni desde la Antropología. El cambio social, que provoca la aculturación y el desarrollo, está pensado en términos de complementariedad entre las partes en relación (Menéndez, 2006: 55). No obstante, es en las diferencias donde aparece el conflicto que se construye en la mayoría de las relaciones interétnicas. Las relaciones económico/políticas marcan las relaciones entre las diversas culturas y ello se evidencia a nivel microsociedad en las relaciones que se establecen entre el personal sanitario/paciente.

La situación de pobreza y desigualdad social afecta no tan solo a las poblaciones indígenas, sino también al personal sanitario. La desocupación y las deficientes condiciones laborales se solapan en el concepto de cultura (implícito en el término de interculturalidad) y esta condición se extiende a la relación que se establece con el paciente. Si la mayoría de la población indígena de Bolivia se encuentra en situación de extrema pobreza, un alto porcentaje del personal sanitario se encuentra en situación de pobreza. En el área andina, una parte importante de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes pertenece a las mismas

³⁵ Incluido en ciertos sectores antropológicos en donde estas propuestas de débil sustento teórico, metodológico y empírico tienen cabida.

condiciones de clase social y son parte de las mismas relaciones étnicas; aunque sus relaciones dentro de los servicios de salud se establezcan a través de relaciones de poder (que, sin duda, involucran el conocimiento). Estas relaciones son las que generan que las prácticas laborales del personal sanitario no sean las deseables a la hora de ofrecer una buena calidad de atención.

La semejanza de los sujetos sociales hace que, en la consulta médica, se agudice la necesidad de evidenciar la diferencia con el paciente. Esto, con frecuencia, implica una situación de maltrato. Las posiciones de poder de los miembros de los grupos étnicos aparecen como manifestaciones de la identidad étnica (Bartolomé, 1997). Así, se establecen, entre el personal sanitario y el paciente, relaciones jerárquicas que van a estar representadas por las relaciones de identidad mestiza/indígena.

La identidad étnica posee como esencia la noción de identidad contrastiva; que implica la noción del nosotros frente a los otros (Cardoso, 1992). Trasladado al campo de las relaciones entre el personal sanitario/paciente, vemos que la identidad se afirma negando otra identidad. En el caso del personal sanitario una gran parte niega su condición indígena para así diferenciarse de ese "otro" que, además, representa un estatus inferior al suyo. La identidad étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas (Cardoso, 1992); sin embargo, podemos agregar a esta relación entre el personal sanitario/paciente la definición de conciencia étnica, por la que la relación entre el nosotros es el resultado del grupo con su historia (Bartolomé, 1997: 77). Esta relación intraétnica imprime características singulares a las relaciones entre el personal sanitario/paciente.

Como aspectos que no están incorporados al concepto de interculturalidad se encuentran los sociales y económicos. Estos afectan, sin duda, la práctica laboral de los trabajadores en salud³⁶;

³⁶ Por trabajadores en salud entenderemos a todos los sujetos sociales que trabajan dentro de los servicios de salud: portero, manual, médico, enfermero, trabajador social, auxiliar, etc.

sin embargo, únicamente se destaca como dimensión importante la cultural. Las relaciones entre la población y el personal sanitario se encuentran establecidas por la subalternidad, la situación socio-económica y el aspecto étnico. Un porcentaje significativo de quienes prestan servicios de salud en la zona andina pertenecen a las culturas aymara y quechua, aun cuando se identifiquen con la categoría de mestizo. En este sentido, no se debería hablar de relaciones interétnicas en el campo de la salud, sino de relaciones intraétnicas. Podemos encontrar personal sanitario indígena que no habla la lengua del grupo al que pertenece (habitualmente encontramos integrantes de una primera generación a quienes sus padres ya no enseñaron la lengua, como proceso de cambio de clase y status social), pero que se rigen por muchas de las pautas culturales de su grupo.

Al respecto, Menéndez (2006: 61) señala: “La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socio-económicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas”.

Otro de los problemas que encontramos a la hora de la utilización del término es su asociación, casi exclusiva, a los conocimientos de salud, enfermedad y atención de las culturas aymara y quechua, de manera que el concepto de salud intercultural vuelve a perder su dimensión de diversidad. El hecho de que Bolivia posea 36 grupos indígenas diferentes y, a su vez, una gran diversidad de grupos étnicos implica que existan numerosas concepciones de salud/enfermedad/atención, así como terapeutas tradicionales diferentes a los andinos. Dentro de esta diversidad, también conviven numerosas formas de atención que no deberían restringirse a la medicina tradicional y a la biomédica. Lo tradicional es entendido por el sector salud como algo estático, sin procesos de cambio y sin reapropiaciones de otras formas de atención no tradicionales.

Como ya demostré en una investigación que realicé en la ciudad de Potosí (Ramírez Hita, 2005), existen varios sistemas médicos: el biomédico, el tradicional, el religioso (representado por la Iglesia evangélica) y el sistema de autoatención. Este es apenas un ejemplo de la diversidad de sistemas y formas de atención a la salud que se dan en un contexto social determinado. El hecho de no reconocer esta variedad de formas de atención, existentes en los diversos grupos sociales, incide en el empeño de considerar solo lo tradicional y lo biomédico.

La cultura ha sido siempre el centro de la disciplina antropológica que, a través de sus diversas corrientes teóricas, analiza las diferencias, similitudes, conflictos, etc. de las culturas y sus relaciones interétnicas. Así, uno de los problemas es el no reconocimiento de la especificidad de la Antropología en este campo y, en especial, de la Antropología Médica por parte del sector salud en Bolivia; siendo el propio personal sanitario³⁷ quien está implementando esta (mal llamada) “salud intercultural”. El concepto en sí, se ha popularizado tanto en la teoría como en la práctica, provocando que estos planos se confundan. El ejemplo más claro es la creación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), en el que se advierte claramente la confusión teórica y empírica trasladada a la práctica concreta. El concepto de interculturalidad se está imponiendo poco a poco como dominante en la disciplina antropológica y en el sector salud; no obstante, como dice Menéndez (2006), omite las condiciones económicas y de poder.

Otro de los problemas se remite al hecho de que la mayoría de los formadores y profesores de los postgrados³⁸ de salud intercultural forman parte del sector salud. Son ellos, y no profesionales de Ciencias Sociales, quienes imparten los cur-

³⁷ Junto con algunos terapeutas tradicionales de la cultura andina (quechua y aymara), sin asesoramiento de terapeutas tradicionales de las culturas de las tierras bajas.

³⁸ Del Postgrado de Salud Intercultural han salido, hasta el momento cuatro promociones en el país: dos en La Paz y dos en Potosí.

sos de metodología cualitativa³⁹. Las tesis salidas de estos postgrados sirven de base para la implementación de programas y políticas. El programa SAFCI fue creado por médicos recién egresados de estos postgrados, quienes, con una formación muy débil en la temática cultural, comienzan a diseñar estrategias “interculturales” de acción para el cambio.

En estos postgrados⁴⁰ se imparte, casi exclusivamente, conocimiento sobre elementos biomédicos y tradicionales; sin embargo, en cuanto al conocimiento cultural solo se enseña lo relacionado con las culturas andinas, con una confusión habitual entre lo cultural y lo tradicional. La mayoría de antropólogos y sociólogos que han pasado por estos postgrados pertenecen a la corriente teórica de Antropología Médica más representativa en el país: la etnomedicina, en la que las investigaciones que se realizan poseen un enfoque empirista y en donde la cultura y la medicina tradicional son analizadas como creencias o sistemas de creencias, ignorando las condiciones socio-económicas y los aspectos macrosociales (Menéndez, 2002; Good, 2003). Estos antropólogos son los que sustentan la creación de centros de salud intercultural en Bolivia. Un ejemplo de estos trabajos y reflexiones se encuentra en los artículos de salud intercultural que compiló el antropólogo Fernández (2004a; 2006c). Los artículos, en buena parte, reflejan esta visión (son muy pocos los que expresan una mirada crítica), con una polarización entre la medicina tradicional y la biomédica, lo que incentiva que se concentre el análisis entre ambas formas de atención como si fuesen las únicas en el país; reafirmando la complementación entre ambas y negando el papel de lo social, lo político y lo económico como parte del proceso.

Ante la escasez de trabajos sobre Antropología Médica centrados en las concepciones de salud, enfermedad y atención de

³⁹ La metodología cualitativa en el sector salud se confunde con la utilización de técnicas cualitativas especialmente con la utilización de entrevistas y grupos focales.

⁴⁰ Los estudiantes de estos postgrados son profesionales que trabajan en la salud pública y son financiados por la cooperación internacional.

las culturas de la Amazonía y el Chaco, la cultura andina aparece como preponderante. A estos postgrados acuden amautas, yatiris, kallawayas (todos pertenecientes a las culturas quechua y aymara) a hablar de sus conocimientos como terapeutas tradicionales. Sin embargo, estos cursos no cuentan con ningún terapeuta tradicional guaraní, yaminahua, ese-ejjas ni de cualquier otra de las múltiples culturas localizadas en las tierras bajas, aportando sus conocimientos.

Un postgrado que se debería caracterizar por el conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural del país, se caracteriza por la homogenización del conocimiento andino “tradicional” y biomédico. Esta reproducción del término y su improvisada conceptualización influye, y no precisamente de manera positiva, en la salud de la población. Uno de los aspectos que se dejó de lado en este cambio fue el análisis de la calidad de los servicios de salud.

Capítulo 3

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD⁴¹

En este capítulo abordaremos las representaciones sociales sobre calidad de atención en salud, a través de los profesionales que trabajan en los servicios de salud intercultural: médicos, auxiliares, enfermeros, farmacéuticos, trabajadoras sociales, estudiantes, internos⁴², residentes, médicos del Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (SAFCIS), manuales, parteras (institucionalizadas) y terapeutas tradicionales.

Como he mencionado anteriormente, el personal sanitario de los centros de salud intercultural fue seleccionado, tanto del área urbana como de la rural, mediante el uso de las categorías de género y de religión, de manera que los informantes fueron tanto hombres como mujeres procedentes, de las religiones más importantes de la zona: católica⁴³, evangélica y andina.

Los discursos del personal sanitario fueron registrados desde su rol de profesionales sanitarios, pero también desde su

⁴¹ Para mantener el anonimato de las personas entrevistadas, se optó por colocar solo el lugar del relato y no distinguir la jerarquía institucional. Somos conscientes de que el análisis pierde riqueza al no revelar el dato de sí quien habla es médico, manual, enfermero, etc.

⁴² Interno es el nombre que se da a los estudiantes de medicina de último año que están realizando sus prácticas. Los residentes son médicos que están haciendo su especialidad.

⁴³ Estas religiones, en la práctica, se mezclan y sintetizan. La mayoría del personal sanitario de religión católica, practica una religión que sincretiza lo católico y lo andino de modo permanente.

rol de enfermos, pacientes o cuidadores de la red familiar. En el análisis de las representaciones sociales pudimos apreciar la existencia de un discurso homogéneo sobre lo que significa calidad de atención en salud (discurso aprendido) que puede ser sintetizado en lo que narra un médico de la ciudad de El Alto:

Calidad de atención es un conjunto de cosas, no solo es que esto sea bonito, esa calidad que le va a dar el médico, la atención, la calidez que le va a brindar, la confianza y tampoco solo es eso, sino que también contemos con todo lo necesario, con ambientes calentitos, con ambientes adecuados, con medicamentos a la mano, con todo eso, o sea es un conjunto de cosas que hacen la calidad (El Alto).

Una de las cuestiones a destacar y que llama la atención, es la existencia de un discurso opuesto al anterior, que aparece cuando el médico, la enfermera, el auxiliar o el trabajador social se convierten en paciente o cuidador familiar. En ese momento el personal sanitario se transforma en usuario y aparece reiteradamente el concepto de “mal trato”, opuesto al de calidad de atención. Es decir, el personal sanitario, en el rol de paciente, experimenta lo mismo que verbaliza la población.

La mayoría del personal sanitario entrevistado ha experimentado “mala calidad” en la atención cuando han tenido que recurrir ellos mismos a la Caja Nacional de Salud (Caja Nacional de Seguridad Social)⁴⁴ por alguna enfermedad o padecimiento de ellos o sus familiares:

Yo he sido ahí como digamos paciente, porque mi papá estaba también asegu-

⁴⁴ La Caja Nacional de Seguridad Social es el seguro de salud que poseen los empleados públicos.

rado a la Caja y no tratan igual, yo me he puesto en el lugar de paciente, no. Mi papá, estaba mal y nos hicieron esperar largo rato para decirnos que no estaba la historia, pudiendo la auxiliar de enfermería decirnos que no está su historia. Largo rato nos hizo esperar y sale después de una hora y media y nos dice no, no está su historia, tanto rato hemos esperado para nada y mal (Potosí).

Otro elemento destacable es que el personal sanitario es consciente de la calidad deficiente del sistema público de salud; pero, como veremos, el eje es colocado en la deficiencia del sistema más que en la responsabilidad de los sujetos concretos que ejercitan la práctica profesional. Entre los elementos que sobresalen como los que más dificultan una buena calidad de atención encontramos: a) problemas de infraestructura, b) problemas de organización interna de los centros de salud y c) problemas relacionados con la población.

a) Problemas de infraestructura

Los problemas que aparecen en las representaciones sociales del personal sanitario podríamos resumirlos en los siguientes puntos: falta de accesibilidad de los caminos para que la población pueda llegar a los centros de salud o para que el personal de salud acceda a las comunidades, falta de insumos necesarios para tener capacidad resolutive en los centros (sobre todo en la zona rural) y falta de personal sanitario.

Bueno, en realidad lo más preocupante aquí en Tinguipaya es la ausencia o la

falta de personal aquí en el hospital, especialmente aquí en el centro. Esto es cabecera de municipio aquí, entonces necesariamente debería de haber más personal, porque aquí actualmente contamos con un solo médico, el cual es jefe de municipio. Tiene que abarcar todito el municipio, que tiene casi treinta mil habitantes, en los dieciocho puestos de salud que existen en el municipio, entonces el doctor constantemente tiene que hacer gestiones en Potosí, tiene que hacer gestiones en otro lado, conseguir material, equipamiento, por lo cual se queda sin médico aquí, ¿no?, y entonces aquí quienes están cumpliendo bueno pues a lo que se pueda, el personal de enfermería, también mi persona somos los que siempre estamos coadyuvando en alguna labor. Aparte del equipamiento, aquí lo importante es la capacitación del personal, una persona capacitada siempre va a prestar de mejor manera cualquier atención, entonces la capacitación aquí del personal de salud sería fundamental para una buena calidad de atención [...]. Los caminos están terribles, no es fácil entrar en las comunidades (Tinguipaya).

Tupiza con diez mil habitantes tiene tres laboratoristas, dos farmacéuticos y en Atocha igual, ocho mil habitantes, nosotros aquí con treinta mil, no tenemos nosotros ni un solo médico, acá ahora se está incrementando recién, los auxiliares

no se tiene, ahora, tenemos puestos de salud. Usted sabe cómo funciona, casas de paja donde no reúnen ni las mínimas condiciones para que se estén realizando así. De alguna forma se están mejorando, vamos mejorando, pero le digo así tenemos que trabajar. Lo que he podido ver, mucha gente prefiere irse a Potosí, como aquí no tenemos ni un especialista, prefieren irse a Potosí⁴⁵ (Tinguipaya).

El dinero que nos dan es muy poco para la manutención, entonces ha debido notar, las sábanas están viejas, no tenemos frazadas para todas las camas, y usted puede ver lo frío que es este hospital (Patacamaya).

Carecemos de todo, desde equipamiento, desde medicamentos del SUMI⁴⁶, el SUMI según la ley tenemos que dar todo lo que está en el SUMI, no tiene que faltar para ninguna emergencia porque eso paga sagradamente el municipio. No llega porque la administración es delegada, ellos manejan los recursos y no hay medicamentos, es lamentable, es un desastre porque tengo entendido que la ONG que se hace cargo debe a todo el mundo, a todos los laboratorios y todo lo que sacaba era a deuda y no han pagado, entonces nadie les quiere dar y ¿Dónde está lo que dice la ley? (El Alto).

⁴⁵ Tinguipaya se encuentra a tres horas de flota de Potosí (parte del camino es de tierra).

⁴⁶ SUMI: Seguro Universal de Salud Materno Infantil.

Falta equipamiento, en infraestructura está quedando chico ya esto, muy pequeño y lo que es fundamental la dotación de ítems, pero siempre considerando bajo un estudio estadístico, no crear por crear. Mucho, ¿no? Que nos pregunten, con esto digo a las autoridades, que nos pregunten los del SEDES⁴⁷ ¿qué necesitan? que no nos manden lo que tienen dentro de su agrupación política, y que digan después, hemos hecho por la institución, pero ¿qué han hecho?, llenadas de gente que aporta muy poco, necesitamos otro tipo de personas de acuerdo al requerimiento y la zona. Otra cosa que no hay que dejar pasar por alto es, que no sea solo de nombre interculturalidad y que se de ese enfoque y si tenemos que encaminarnos como hospital piloto, nos encaminemos pero no como en algunos discursos he escuchado que en el hospital de Potosí hay un hospital que es de interculturalidad, pero yo me opongo y digo ¿hasta cuándo será?, tendríamos que haber cambiado ya, tendríamos que tener gente que esté viniendo del área rural. Es todo de palabra pero no es real (Potosí). En los centros de salud si tenemos maternidades, pero no tenemos personal de cocina, entonces no preparan alimentación ahí, lo que hacen es que la alimentación que se prepara en el hospital la camioneta la lleva. O llega caliente o le

⁴⁷ SEDES: Servicio Departamental de Salud.

dan frío, entonces lo que más se usa es que la familia le lleve su comida (El Alto).

Nosotros reclamamos de material ahora pues. Material para atender parto, de que nos sirve que nos capaciten a las parteras si no tenemos el material (Tinguipaya).

Digamos la calefacción que recién se ha arreglado, pero todo el invierno hemos estado sin calefacción, la gente temblaba. Ha estado pues, buen tiempo ha estado desde que ha empezado el invierno, uhh, más todavía, debe ser pues medio año, estaba rota (Potosí).

Según el personal sanitario, los impedimentos para ofrecer una buena calidad de atención no se resuelven mediante soluciones que estén a su alcance. Consideran que son las instancias superiores las que pueden y deben garantizar los cambios necesarios del sistema. La falta de insumos, ítems y personal cualificado son algunos de los elementos que destacan como obstáculos que impiden ejercer la profesión en todas sus dimensiones. Encontrándose en peor situación las zonas rurales que las ciudades. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, a causa de las limitaciones resolutive de los centros de salud de las zonas rurales, se derivan numerosos enfermos a las ciudades. En este contexto, son los hospitales de tercer nivel los principales receptores de la población con problemas de salud.

A estos factores se suman otros, como el hecho de no estar “motivados” por no poseer una remuneración económica acorde con su trabajo, ni reconocimiento por el mismo, lo que aumenta la baja autoestima de los profesionales. De entre todos los entrevistados ningún sujeto, en toda la jerarquía del sistema (desde la manual hasta los especialistas de tercer nivel), se consideró bien remunerado.

No, nosotros los médicos del gobierno no nos consideramos bien pagados. No, es cuatro mil seiscientos⁴⁸. Con escalafón siete, estoy desde el dos mil. He ascendido al segundo escalafón, pero para el escalafón hay que presentar certificados, hacer actividad científica, cualquiera automáticamente no ingresa al escalafón (El Alto).

Y los que están con contrato acá de Médicos Mundi, ¿cuánto están ganando?. Uhh, son explotados. Por lo que se, ganaban mil quinientos. Ganan muy poco y trabajan el triple, el doble. Nosotros trabajamos seis horas, ciento veinte horas al mes, ellos hacen el doble (El Alto).

Si, en los contratos no hay antigüedad, dos mil por doscientas dieciséis horas a diferencia del ítem que trabaja ciento veinte horas y el sueldo básico, si no estoy mal, debe ser como tres mil quinientos o tres mil doscientos, obviamente nadie obliga. Nadie nos ha obligado a aceptar ni a firmar el contrato de trabajo, pero como le decía, algunos médicos sí he notado, obviamente la insatisfacción por el retraso de sueldo, por la bajada... Ahora son tres meses de retraso (El Alto).

Qué gana una licenciada de enfermería gana cerca a mil doscientos y un poco

⁴⁸ Actualmente 7,5 bolivianos corresponden a un dólar americano.

y un auxiliar depende de su antigüedad, puede llegar hasta mil doscientos y los que están empezando a mil quinientos (Patacamaya).

Yo gano cuatrocientos pesos, y tenemos hartísimo trabajo, ¿qué le parece? (Potosí).

A mí como médico tradicional me están pagando poquito ahora, cuatrocientos bolivianos nomás, al mes. La alcaldía, si también, ese también pues no alcanza pues pa' mi familia también, poquito es pues cuatrocientos bolivianos, no es nada, si (Tinguipaya).

La gente está muy mal pagada porque una licenciada de enfermería que cobra y que está contratada por 800 bolivianos ha estudiado cinco años, ha hecho una inversión impresionante de dinero porque acá se gasta en los estudios y le van a pagar 800 bolivianos y encima con montón de amenazas desde la misma administración, ah, si no quiere trabajar váyase porque hay gente que va a venir por menos a trabajar, entonces nadie puede decir nada porque la gente tiene necesidad de trabajar y no importa. No están motivados económicamente (Potosí).

Lógicamente que si y eso es horrible y eso no puede ser, el trabajo es exactamente el mismo del profesional y que

tenga ítem o sea contratado hay una diferencia substancial y grande. Y lógicamente, ese profesional va a trabajar a desgano, no adecuadamente, influye harto. Y hay una reacción lógica de una persona, mal pagada todavía, mal tratada ahí y lógicamente es una reacción lógica de la persona que está manifestando su, su, su, su...su impotencia, su mal gusto, no mal gusto sino su molestia, entonces muchas veces puede hasta aceptar ese hecho porque es una cosa lógica, es una reacción lógica (Potosí).

Ellas trabajan, trabajan igual como nosotros y eso que trabajan un poquito más, porque ellas no tienen el horario fraccionado que tenemos nosotros. Sí, y anda renegando la gente, no tiene la culpa los pacientes, pero andan renegando, por qué tan poquito, que ah yo, así... (Potosí).

Quienes mejor trabajan son las contratadas, porque saben que sino las echan rápido, entonces no se hacen lío con nada, trabajan sin descanso, ellas saben que son explotadas, pero también saben que se pueden quedar sin trabajo en cualquier momento (El Alto).

Esto se suma al sentimiento de no reconocimiento por parte de las autoridades sobre el trabajo que realizan:

Mj, desmotivación, mj, así es. Como médico, como gerente, con dinero y con la

actitud de las autoridades o de la población, muchos de nosotros no nos sentimos bien pagados, no solamente en lo económico, sino también de reconocimiento (Patacamaya).

Yo creo que no, porque... no quiero hacer comparaciones ni nada, pero en otros países la persona, el responsable en salud y todo esto, aparte de ser bien remunerado es bien considerado, mientras que aquí no, aquí, bueno, alguien más a quien tal vez lo puedan reñir (Patacamaya).

Aquí no te reconocen nada, y eso no les costaría trabajo, darnos algún papel o algo que nos digan que estamos trabajando bien, eso también hace falta, porque es un trabajo bien sacrificado, somos cuestionados siempre por todos, por los pacientes, por las autoridades y nadie nos reconoce nada (Potosí).

La situación de precariedad laboral propia de los contratados (que suman un alto porcentaje de los trabajadores en salud) es considerada por parte del personal sanitario como una de las razones que explican la inexistencia de una buena calidad de la atención en el sistema público. Tanto por parte de la población como por la del personal sanitario los factores que influyen en que no se proporcione una buena calidad de atención son los sueldos bajos (algunos por debajo del sueldo mínimo) y las difíciles condiciones laborales. Condiciones bajo las cuales los contratados no tienen derecho a vacaciones, aguinaldos y ni tan siquiera a enfermarse⁴⁹, y ello pese a que cobran casi la mitad del

⁴⁹ Existen testimonios sobre personal sanitario que ha sido expulsado de su tra-

salario del personal con ítem. Esta situación repercute claramente en la relaciones interpersonales que se establecen entre el propio personal de salud: “A veces *te consideran personal de primera y segunda clase*”.

En el caso de las zonas rurales, a estas condiciones laborales se suma el hecho de que la mayoría del personal vive lejos de sus familias, con retribuciones idénticas a las que perciben los profesionales que trabajan en la ciudad:

Deberían de ponernos un bono como el de frontera, el bono de frontera ya no tiene sentido pero si sería bueno tener un bono por distancia, nosotros somos los peores vistos y los que tenemos peor remuneración. Mientras, no podemos hacer ninguna otra actividad para subir un poco el sueldo, ni capacitación para subir de escalafón (Zona rural aymara).

Otro aspecto que apareció a lo largo del trabajo de campo es el concepto de “riesgo” como uno de los factores que están presentes en las no muy buenas condiciones laborales. El riesgo es entendido por el personal sanitario como parte de su práctica profesional:

Llevamos las vacunas por caminos de tierra muchas horas, a veces de La Paz las llevamos a las comunidades con el riesgo de que se estropeen, es mucha responsabilidad.

bajo por el solo hecho de estar embarazada, demostrando así la precariedad laboral que poseen los contratados.

El riesgo que tenemos de contagiarnos del SIDA y otras enfermedades, por las condiciones en las que muchas veces trabajamos.

Otro riesgo es provocado por denuncias judiciales realizadas por sus propios colegas⁵⁰ o por pacientes que presentan demandas por mala práctica.

Siempre estamos expuestos a que nos denuncien los propios pacientes o compañeros de trabajo, esta es una realidad de nuestra profesión. Y con todos los riesgos que tenemos que asumir nuestras condiciones laborales son peor que las de los maestros (El Alto).

b) Problemas de organización interna de los centros

A los problemas mencionados se suman los relacionados con el funcionamiento de los centros de salud, como lo destaca el personal sanitario. En este caso, hacen referencia a la organización interna de los centros: organización de los recursos humanos; de los estudiantes; suministro de medicamentos e insumos; la ética profesional y el trato –entendido como calidad de atención– que se otorga a los pacientes. No como un elemento que afecta a los sujetos individuales sino a la organización interna de los servicios.

La parte organizacional, ¿no?, es importante para tener calidad de atención, creo que es muy importante de cómo está or-

⁵⁰ Denuncias entre el mismo personal sanitario es común en la zona aymara pero no en la quechua.

ganizado un hospital, de cómo el director o el gerente de ese hospital tiene carisma para poder motivar a su personal porque eso viene de gerencia, ¿no? Creo que en gerencia eso se tiene que llevar, entonces un director o un gerente del hospital tiene que ser realmente gerente en todo el sentido de la palabra y un gerente no es que esté sentado detrás de su escritorio y hay que pedir hora para verlo, sino que tiene que estar enterado con cada uno de su personal, de ver qué está haciendo, cómo está haciendo y qué le falta y qué no le falta. Esa es la parte organizacional creo que tiene que estar eso bien establecido (El Alto).

En consultas externas hay también la falta de organización, porque yo creo que si se pone un horario deben cumplir el horario, si se organizaran los médicos de tal hora a tal hora a visitar a los de la sala y después van al consultorio ya después la gente sabe a qué hora. Pero lamentablemente a veces no se le informa a la gente por ejemplo de trauma, si el médico entró a operar ya no puede atender consulta pero si se hubiera informado tales días se operan o a qué hora llegó y les dicen hoy no va a atender la gente se va y listo. Pero no, le venden la consulta y están horas esperando y esperando, o sea, es todo por mala organización y mala información. Las trabajadoras sociales deberían hacer turnos, ahora son más y de-

bería hacer turno, pero esas rivalidades, esos celos que hay entre ellas hacen que no se trabaje en equipo.

Estamos limitadas, como te digo en todo el sistema de salud de Bolivia, de Oruro o de Potosí, porque esa famosa contraloría te aseguro que a mí me da calambre cada vez que escucho nombrar, siempre digo esta gente que trabaja ahí tendría que venir a veces y ver y escuchar a la gente, estar al lado de ella. Hay gente que es bien viva y quiere sacar ventajas pero hay gente que es evidente que no tiene, es gente pobre porque te aseguro que si tuviera dinero no vendría al hospital, iría al consultorio privado y que seguro lo van a atender más rápido y mejor (Potosí).

Tal y como destaca un médico de El Alto, las reuniones o cursos que efectúan con frecuencia los directores de los centros impiden que realicen adecuadamente sus funciones:

A mí no me gusta que nos sacan todo el rato del trabajo, luego claro la gente se queja, cómo no. A veces son reuniones que no sirven para nada y a veces los cursos de formación, también depende, a veces tampoco son buenos y uno deja a sus pacientes, a veces por nada, esto no se dan cuenta las autoridades. Siempre debería de haber sustitutos, cuando nosotros salimos. Esto influye en la calidad (El Alto).

Ahora, otro problema que había es que, cuando la doctora salía a la reunión, ahora también va a salir, siempre sale, ha debido escuchar, es constante, dice que tiene que salir a las reuniones, llega un parto de emergencia, la doctora tiene que salir y no hay nadie. Siempre deberían de dejar un sustituto, pero no es así. Después claro la gente se queja (El Alto).

La gerencia de los servicios es un elemento importante para tener capacidad resolutive en los centros:

Alguna vez faltan los medicamentos del seguro y es ahí donde la gente no puede recoger sus medicamentos, eso también pasa, muchas veces falta, el hospital no manda, no sé, no entiendo eso (El Alto).

Los horarios de atención provocan que los usuarios deban hacer largas colas y emplear horas para obtener una ficha y ser atendidos. A ello se suma el corto tiempo que, a continuación, se les dedica en la consulta médica. Por ejemplo, en el hospital Boliviano-Holandés de la ciudad de El Alto, los usuarios hacen cola desde las cinco de la mañana, sometidos a bajas temperaturas y con el riesgo de ser asaltados.

Si, se queja de que ha debido ver ahí mucha afluencia de pacientes y la verdad es que ellos vienen a las cuatro de la mañana, cinco, porque hay un límite en pediatría, aquí en este centro y hay un tiempo límite también pues, ¿no?, de atención, son veinticuatro pacientes en seis horas, según la OMS, entonces se aca-

ban las fichas y protesta uno, no consideran que esa persona tiene que trabajar seis horas, no podemos hacerlo más, protestan por eso. Protestan porque el último que viene, que sé yo, ha venido también a las seis y media digamos, la fila ya es larga y se le atiende el último más o menos a la una, digamos, ¿no?, ese es el problema, pero no entienden. La persona no entiende que tenemos que atender por orden de llegada, tenemos un tiempo con el paciente, no es examinarlo o en masa verlo, de eso es lo que más se quejan aquí, eso es lo que dicen (El Alto).

Pienso que, sobre todo para dar calidad, yo creo que tenemos que practicar la empatía, entonces yo generalmente me acomodo a la paciente y trato de darle todo el tiempo que puedo, pero a veces nos vemos restringidos en eso porque tenemos muchas fichas y la verdad es un peligro que la gente venga a esas hora de la mañana a tomar ficha (El Alto).

La narración de un profesional sanitario del hospital de Potosí ejemplifica la función poco clara de los estudiantes con respecto a las relaciones laborales:

El hecho mismo de que no están bien organizadas las funciones que tiene que hacer el estudiante, no están sus docentes y todo eso, creo que eso lleva... por ejemplo, en medicina. Los residentes, a veces los médicos de planta, delante de

los pacientes les riñen a los estudiantes cuando el enfermo no tendría que enterarse de nada. Porque ahí es de donde viene la inseguridad del paciente, porque delante de ellos le están riñendo por alguna cosa que ha hecho mal, entonces imagínate piensan qué me habrá hecho a mí si lo está riñendo, entonces creo que hace falta ética. Falta de saber decir cuándo hacer la corrección y todo eso, como tampoco tiene su docente. Yo a los internos de medicina les digo ustedes son la mano de obra barata porque ellos llenan los espacios que no llenan los médicos. Entonces ellos tendrían que ver a los pacientes, estudiar, estar realmente haciendo su pasantía bien, pero no tienen que ocuparse de otras funciones, a lo mejor a veces de trabajadores sociales, de estar canalizando cosas, de muchas otras cosas y lo que menos hacen es dedicarse a los estudios, porque tampoco tienen un monitor. Así, en otro lado uno ha visto, entrar a la sala, tienen su gabinete, discuten lo que han visto pero no delante de los enfermos (Potosí).

Una de las preocupaciones de los trabajadores en salud es la falta de personal y el “cómo” se atiende al paciente:

Falta personal y bien distribuido también, por eso hay turnos que a veces están amontonados, tendría que funcionar una licenciada con una auxiliar por ejemplo, porque la calidad de atención está desde

darle hasta un vaso de agua al enfermo, desde pequeños detalles, desde eso y en muchas salas a veces ha pasado, enfermos que ni siquiera comieron, se les ha enfriado la comida porque nadie se la acercó, porque a lo mejor estaba una sola enfermera corriendo y tratando de cumplir los tratamientos médicos (Potosí).

El siguiente relato, a cargo de una persona que trabaja desde hace años en un hospital público, se refiere a situaciones concretas de la organización interna de los hospitales y a la presencia de comportamientos cuestionables desde el punto de vista de la ética profesional:

Me estabas diciendo si nosotros hemos visto cambios, antes de todo esto de la interculturalidad... Cambios chiquitos a lo mejor. Yo creo que el hecho mismo de que en Bolivia el sistema de salud todavía no está al alcance de toda la gente hace que se den estas situaciones. Yo creo que el día de mañana cuando el Gobierno asuma toda la salud tal vez se pueda ir acortando, mientras tanto creo que es difícil todavía. Por ejemplo del material de osteosíntesis, clavos, tornillos y todo eso, aquí no hay ninguna importadora que venda estos materiales, entonces tienen que proveerse desde La Paz o desde Cochabamba. Eran unas sumas exorbitantes que pagaban los enfermos y a veces sin saber lo que pagaban. Entonces el administrador que estaba aquella época que tenía muchos intereses de cambio, lamentablemente lo

sacaron y, él nos dijo: –Yo quisiera que ustedes se hagan cargo, yo sé que va a ser como luchar contra una montaña, pero yo voy a hacer cotizaciones de importadoras y ustedes manejen–. Entonces él ha hecho cotizaciones de la importadora y ha aceptado darnos a precio de costo para la gente que paga al contado, que no tiene ninguna ayuda social.

Nosotros nos enteramos por un niño del hogar, porque él que estaba a cargo nos fue a buscar y nos dice he pagado al doctor 200 y ya no tengo para los medicamentos, por favor ayúdenme y ya sabía que nosotros manejábamos todo el material. Me he enfurecido y le pregunté si ya pagó al doctor y le dije le vas a ir a decir al doctor que te devuelva el dinero. Yo le voy a devolver el clavo porque ese clavo cuesta 40 bolivianos y así de cosas y a veces los tratos con los familiares lo hacen fuera y no dentro del hospital, la familia a veces por el miedo de que no vaya a resultar bien la cirugía o porque no se lo vaya a hacer bien paga calladita, muchas veces viene la familia y nos cuenta, cuando nosotros les decimos van a escribir y hacer la denuncia quedó todo, nadie se anima a decir.

Sabemos de cosas, pero no tienen respaldo de los familiares porque como le digo hay un miedo, una dependencia hacia la superioridad, el medio y entonces el miedo es más fuerte a denunciar a lo mejor una injusticia, un robo.

No sé si te has dado cuenta acá, todos se conocen, todos se deben favores, todos son parientes, todos saben.

Si, por eso te digo, al administrador este que ha buscado, nosotros desde ese momento manejamos este material, tratamos de que por ejemplo si la receta viene por 15 tornillos y usamos ocho se cobra los ocho, aparte se puede comprobar con una radiografía cuánto entro y nos da a precio de costo la importadora, en estos casos que vienen al hospital y la gente no tiene dinero y vinieron a consultar, pero los otros que hicieron trato con los doctores...Nosotros que sufrimos tanto y vemos es la cuestión de anestesia en quirófano. Yo sé que se usa diferente anestesia para diferente patología, entonces los tiempos de cirugía, viene a lo mejor una cirugía general, hablo de una que le sacan una uña por ejemplo a veces la receta viene exactamente igual.

Una vez, por ejemplo, te doy de un anestésico que se usa para seis cirugías un frasco y si en el día hubo seis para los seis te viene la receta. Entonces voy y les digo... a lo mejor un tiempito para y vuelve y a veces los internos, hay gente buena también, hay gente que quiere no realmente ensuciarse como les digo con estas pequeñas cosas.

Creo que ha disminuido bastante con el control de la receta, el control de la historia clínica.

No es este el único relato, recogido en las entrevistas efectuadas al personal sanitario, en el que se denuncia la corrupción dentro de los hospitales. De hecho, afecta e incumbe también a la organización interna de los servicios. No se trata de sucesos aislados con responsables singulares, sino que es algo que debería ser analizado desde la organización interna de los hospitales y desde la estructura del sistema sanitario.

Se puede comprobar, por tanto, que son muchas las cuestiones que, en el ámbito de la organización interna, dificultan e impiden proporcionar una buena calidad de atención. Los horarios (de atención o de espera), la escasa información que recibe el paciente, la situación de los estudiantes y –un apartado que no debería ser pasado por alto– el de comportamientos que no se corresponden con la ética profesional.

c) Problemas relacionados con la población

De la misma manera que los problemas de infraestructura y organizativos dificultan una buena calidad de la atención por parte del personal sanitario, existen también problemas que se originan en los mismos comportamientos de la población y que, aun cuando están fuera de su responsabilidad, dificultan el trabajo de los profesionales:

Nos falta mucho para hablar de calidez y calidad. Tiene que haber una ayuda de parte de la población, tiene que haber una educación, una educación de la población, entonces si hay respuesta de la población, yo creo que podemos prestar más calidad, ¿no? Siempre cuando ya están mal recién recurren, entonces así no se puede prestar, ¿no?, buena calidad y en calidad prestan servicios a ellos

y cuando sienten ¿no?, pero cuando ya están peor ahí sí, algunos pero cuando ya están para morir están viniendo recién, ¿no? Entonces tendríamos que educar a nuestra gente. Pero no vienen porque no tienen recursos, prefieren aguantarse, prefieren recurrir a otro tipo de sanidad que nosotros no tenemos acá. Tendría que haber el medicamento gratuito, aparte de la consulta no se cobra nada, es gratuito todo, nunca se cobró nada, solamente la medicación, entonces por eso la gente no viene, no recurre (Tinguipaya).

Según el personal de salud, el concepto de calidad de atención no significa lo mismo para ellos que para la población:

No, no significa lo mismo, calidad para ellos es, bueno, que tenga un especialista siempre, o sea para la gente de aquí, que tenga un especialista, que tenga un hospital de tercer nivel, que tenga su cancha, que tenga su mercado, o sea todo quieren y cuando viene aquí, para ellos, lo que yo he percibido es más importante el trato que uno le da. Para ellos eso es calidad sobre todo, porque él no sabe qué medicamentos va a necesitar, no sabe, nosotros le ponemos y se conforma con lo que le damos, pero para mí más importante me parece que ellos lo ven el trato que le damos el personal de salud. Como calidad, dicen ah, ellos son buenos, atienden bien cuando uno les trata bien, ¿no?, generalmente los mayores yo

veo, las personas mayores, los médicos, están formados de diferente forma, ellos un poquito que se creen Dios, son los mejores, ¿no?, así, cinco años de experiencia, pero nosotros no, yo pienso que debemos identificarnos con ellos, con la población, somos parte de ellos y queremos, o sea tratarlos a ellos como a nosotros nos gustaría que nos trate, somos diferentes, los médicos son, es diferente el trato nuestro a lo que hacen los médicos mayores (El Alto).

Por otro lado, el personal sanitario indica que las quejas de los pacientes no siempre están fundamentadas:

Pienso que las veces de la no atención pronta y como lógicamente la gente no conoce cual es la hermenéutica de cada servicio, se necesita que la gente conozca esto y por ello mismo es de que exige más. Pero se tiene que tener en cuenta que los pacientes necesitan un cierto tiempo de atención para atender con calidad, que es lo que se necesita y eso no se hace a la volada, ni rápido. Tiene necesariamente que usar un cierto tiempo para que el trabajo sea efectivo, eficaz y con resultados positivos, eso la gente no entiende y como no sabe, entonces no entiende y esas razones pueden ser las que utiliza la gente para una queja, para algún reclamo, no siempre pero las más de las veces puede ocurrir así (Potosí).

La parte económica, la mayoría de la gente no tiene acceso para comprar su medicamento, siempre estamos tropezando, yo como encargado de la farmacia, ¿no?, me tropiezo con mucha gente, la parte económica, vienen, consultan y en el momento de querer adquirir el medicamento no tienen, ese es el mayor problema que tropiezo (Tinguipaya).

Si, exagera la gente porque no todos los casos son como la gente dice, ¿no? Porque aquí se les trata siempre como se les debería tratar pues, ¿no? Yo creo que ahí hay una confusión, porque a mi servicio vienen ya las pacientes que han venido alguna vez, complicadas ya, entonces casos que ya no se pueden solucionar, con eclampsias que entran directamente a quirófano, salen a terapia, a veces fallecen, entonces la gente piensa que aquí han fallecido, que, bueno obviamente fallecen, pero ya entran muy mal, muy mal y eso a veces la gente confunde, ¿no? (Potosí).

Pese a que el Ministerio de Salud y la cooperación internacional destacan la importancia del idioma como instrumento de comunicación y requisito imprescindible para contar con calidad de atención, este no es un elemento central para algunos profesionales:

La gente se queja sobre todo del mal trato, falta de información. Creo que la gente del campo, por el hecho que sabe hablar

quechua, nosotros observamos que en el hospital casi todos del personal hablan quechua, entonces a veces no hace falta eso, o sea la lengua no es el impedimento sino la voluntad de querer informarle, a lo mejor en dos palabras, por ese estatus de superioridad que hay en el personal a veces no se le da la explicación que necesita el enfermo, a veces en dos o tres palabras puedes decirle tu intestino está doblado o lo que sea, ¿no? Lo suficiente para que ellos sepan qué es lo que va a pasar, pero no, hablan entre ellos un vocabulario científico de profesionales y el enfermo se queda mirando (Potosí).

Salas de “adecuación al parto intercultural” o “parto humanizado”

Diversas han sido las maneras de incorporar las salas de “parto intercultural” en las distintas zonas del altiplano. Una característica de estas salas es que fueron pensadas con criterios diversos y sin evaluaciones⁵¹ de las experiencias que ya se habían puesto a prueba en distintos puntos del país⁵².

A su vez, existen también diversos discursos sobre la utilidad de las salas de adecuación al parto tradicional o intercultural, en función de los diversos roles que asume el personal sanitario

⁵¹ Las evaluaciones de la mayoría de los proyectos de desarrollo se realizan a través de consultorías que no sobrepasan 15 días o el mes. Quedando muy lejos de poderse considerar evaluaciones e investigaciones serias.

⁵² Las salas de los centros de El Alto, la del hospital de Patacamaya, Caiza D, centros de las comunidades alrededor de Charazani, la sala del hospital de Tinguipaya, tienen diseños diferentes de acuerdo con los distintos financiadores.

o el que ejercen los distintos profesionales que trabajan en los centros de salud. En líneas generales, los auxiliares y enfermeros presentan una mayor aceptación mientras que los médicos muestran una mayor resistencia.

Yo creo que más que la sala como tal, porque incluso la cama no es muy cómoda para algunas madres, más que eso ha sido el fortalecernos nosotros con las dieciocho normas de la resolución ministerial, que tiene relación con el parto humanizado o el parto adecuado a las personas (El Alto).

¿Quién cumple las dieciocho normas?, eso depende de quien esté de turno que las haga cumplir, nadie supervisa que esto se cumpla. O las autoridades están convencidas o esto nunca va a funcionar (Potosí).

Para poder analizar porqué estas salas no están funcionando de la manera en que deberían o en que fueron pensadas, exponemos la siguiente narración de un profesional sanitario que intervino desde el comienzo de la implementación de estas salas de parto en la ciudad de El Alto:

Yo llegué para capacitar en lo que era referencias y contrarreferencias porque en este proyecto de parto humanizado se capacitó a la gente en lo que eran las dieciocho normas de atención de salud perinatal o algo así. Se los capacitó en eso, se los capacitó en relaciones inter-

personales, se los capacitó en referencias y contrarreferencias y no, no recuerdo ahorita qué temas más, ¿no?.

El problema que pasó en la red del hospital Boliviano-Holandés, es que se incrementó. Después de tres meses hicieron los financiadores una evaluación y para esta evaluación el gerente me pide que organice y llame y convoque a toda la comunidad para que acepten el proyecto y para que se evalúe bien el proyecto, ¿no? Entonces yo lo vi como que un poco dirigido a que la comunidad tiene que dar su visto bueno. Aquí nos interesan las firmas y no nos interesa nada más.

Por ese momento la sala si hubieras visto, no son las salas que están ahora, ¿no?, eran muy diferentes, habían vitrinas con ajuares de ropas para bebé, había una cocinilla, habían calderas, había un televisor ahí, había un DVD, o sea era otra cosa, no es lo que es ahora. Entonces yo lo vi como que muy preparado, ¿no?, la cosa y se hicieron y se hizo la evaluación en un día, un día de evaluación tuvimos, hubo fotos y que acá, que allá, ya, pasó. Pasó y entonces toda la gente que se capacitó en las dieciocho normas y un montón de cosas, supuestamente estaban muy motivados para trabajar y todo aquello. Yo como estaba trabajando todavía en la red, me pude dar cuenta que la cosa se iba enfriando, ¿no?, este proyecto duró solamente el

momento o la calentura del momento de decir ya, bueno, nos han financiado esto, hemos cumplido con un objetivo y punto. Nunca pensaron en cómo tenemos que hacerlo sostenible, nunca pensaron cómo vamos a seguir captando mayores partos o cómo podemos mejorar nosotros para que las mujeres sigan viniendo a estos centros de salud. Empezó, que el televisor lo cambiaron a otro lado, la cocinilla no estaba aquí porque les servía mejor a las enfermeras o al personal, el sofá-cama has visto, uno ya está destrozado, no lo han usado.

Había frazadas, las sábanas no están, ¿ya? Entonces la única que cuestionaba era yo, ¿no?, y cómo va a ser esto, y cómo va a ser esto, pero lamentablemente es, una persona a veces como un ratoncito está tiritando ante un elefante y el elefante no puede acercarse, ¿no?, y ha ido enfriándose la cosa y a nadie más ni a Médicos Mundi le ha interesado seguir con este proyecto, ¿ya?, entonces, ¿de qué estamos hablando? (El Alto).

La verdad que todo lo que hemos hecho es con los internos, los internos lo han hecho, ha sido una especie de experimento. Es pasajero, pero es que no hay, yo no he encontrado digamos otra alternativa más de trabajar si no ha sido a través de ellos, porque con el personal, por iniciativa propia, de todo el que está allá

habrán una o dos excepciones. La verdad que para las mujeres es más importante que haya calefacción y el calor para ellas es muy importante... la sala para ellas no es lo más importante (Patacamaya).

La diferencia es que pueden tenerlo agachadas, simplemente la posición y qué más tendría ese parto humanizado como diferente del otro aparte de la posición, nada más porque el resto de cosas ya se hacían antes, dar la placenta si la piden, o dejar pasar al esposo. Pero eso no da la calidad de atención, las mujeres más que todo lo que piden es calidad, cariño de atención (El Alto).

Algunos de los problemas señalados por el personal sanitario en el caso de las salas de parto intercultural se refieren al diseño de dichas salas y de sus accesorios, a elementos que no facilitan el proceso de parto ni al médico ni a las mujeres:

Por ejemplo, en la sala han puesto como una escalera para que la señora se agarre, pero esta en la pared, no hay posibilidad de movimiento del médico, ni siquiera le podemos ver la cara a la señora, es ilógica esa escalera. ¿De donde habrán sacado el diseño?, yo creo que de Internet (Patacamaya).

El personal sanitario, además de considerar la escasa utilidad que supone el uso de estas camas o colchonetas, indica que otros son los aspectos importantes para conseguir que las

mujeres se encuentren más cómodas y para que se beneficien de una mejor calidad del parto. Los trabajadores en salud señalan asimismo que, en el caso de las zonas rurales, la población prefiere la asistencia, dentro del centro de salud, con las parteras, siempre y cuando exista la posibilidad de que, en caso de complicación, intervenga el médico:

Para mí que la partera realice el parto en el centro me parece buena idea, pero hay que capacitarlas bien, ahí las mujeres tendrían más confianza de venir al centro. Pero el problema es la mentalidad de los médicos, que es imposible de cambiar (Potosí).

Uno de los elementos a los que deben enfrentarse las parteras, cuando se trata de su incorporación a algunos centros, es el de la disminución de su poder adquisitivo.

Las parteras juegan un rol importante, las parteras que están ocultas ahí ¿no? Porque las parteras ven al centro de salud como una competencia, porque una partera cuánto cobra, están cobrando entre doscientos cincuenta y trescientos bolivianos por un parto. El hospital no le cobra, el centro de salud no le cobra absolutamente nada a la mujer, ¿no? Entonces tenemos parteras ocultas ahí que están haciendo ese trabajo porque seguimos teniendo partos domiciliarios y seguimos teniendo muertes en los domicilios también y también seguimos teniendo mujeres que vienen con sangrados, con

reversión de útero, etc., etc., por prácticas mal hechas de las parteras. No digo que todas sean así, pero creo que se debe empezar también por capacitarlas a las parteras, ¿no?, en tener un parto limpio mínimamente. Se ha tratado de rescatarlas a las parteras, pero como te digo, no se ha rescatado al cien por ciento a las parteras, se ha rescatado al diez por ciento, porque en todos los centros de salud de los que te estoy hablando, en todo El Alto no se si habrán alrededor de diez parteras o menos (El Alto).

En los centros de salud intercultural son escasas las ocasiones en que se informa a las mujeres sobre la existencia de la sala de adecuación al parto, o se les pregunta sobre si quieren ser atendidas en ella, aún cuando dichos centros dispongan de las mismas:

No, en realidad no. Porque nosotros, casi la mayoría de los pacientes que vienen tampoco se les pregunta, no se les dice si quieren tener así, un poco diferente... (Caiza D).

La verdad, es que aquí no preguntamos, entran en la sala común y las señoras quedan contentas. Eso sí: las tratamos bien (El Alto).

Los centros interculturales con salas de adecuación al parto andino, no presentan mayor problema en la entrega de la

placenta⁵³ ni en dejar entrar a un familiar⁵⁴. Son elementos que, como veremos en el capítulo siguiente, son tanto o más importantes para la población que la posición en la que se tiene el bebé.

En cuanto a las dificultades que el personal sanitario destaca en estas salas, que impiden realizar un parto tradicional con todas las condiciones requeridas, son las siguientes:

Es que hay que ver la evolución del parto, tiene que ser un parto normal, si va a terminar en cesárea, no podemos darle a escoger mucho. Si va a ser un parto que va a ser normal, entonces le podemos dar a escoger (Patacamaya).

Si pues, también por la ropa, no tenemos una ropa adecuada para que entre un familiar, no contamos, sería bueno, ¿no? Contar con ropa especial para los familiares porque es área restringida y no contamos con ropa (Potosí).

Es un poco incómoda, yo no sé en qué se basan para poner esa camita, bien incómoda, para las señoras, para nosotros. La forma, como dos o tres pacientes han tenido en esa camita, pero muchas de ellas si lo prefieren tenerlo agachaditas, así de cuclillas, entonces lo que alguna vez he hecho, la enfermera y todos estamos pendientes. Hemos puesto un campo al piso en la misma sala, no quería ella es

⁵³ En la mayoría de los centros es una demanda de la familia o la parturienta, más que un ofrecimiento del personal sanitario.

⁵⁴ A excepción del hospital Daniel Bracamonte, de la ciudad de Potosí, que no permite entrar a los familiares.

tar en la silla, en la camilla ginecológica se bajó y se agachó, entonces obviamente es más incomodo para el médico, pero ha sido más fácil el parto y hay otros que prefieren tenerlo en su cama, en la unidad, en su camita, en la cama normal, no quieren pasar a la sala entonces ahí se le pone el campo abajo y se procede a la atención del parto. Son varias formas que se puede hacer (El Alto).

Cuando lo escuché nombrar me pareció bonito, me parecía necesario, pero a la hora de ver en la realidad si ya están los servicios en todo el departamento hay un centro de salud y todo eso, haciendo las referencias, como que acá en el Bracamonte muy hermosamente se ha inaugurado esa sala, pero nunca se la utilizó.

Sí, porque creo que los que llegan acá son partos complicados o tiene que hacer una cesárea o porque sí o sí tienes que intervenir con la medicina científica. Entonces creo que por un lado me parece muy bonito, folklórico, ahora que se dé el paso al uso se tendría que decir, yo no he visto, pregúntales a las señoras al llegar, ¿quieres parto convencional o humanizado? y no directamente van a la sala de partos. Ahí también si no hay formación del personal, es todo folklórico, todo en apariencia (Potosí).

Entre el personal sanitario, algunos consideran que hace falta abrir paso a otras alternativas que proporcionen calidad de

atención a las mujeres y para conseguir que mejoren los índices de morbilidad y mortalidad:

Ya hace tiempo que hemos comprobado que no funciona. Creo que ahorita no, creo que ahorita no sea el momento de poner una sala y equiparla a full. Así, creo que no, o sea considero que sí debe haber una sala para atención a estas mujeres, pero una sala común y corriente, sin mucha cosa, así como que un cuero de oveja es donde se sienta el esposo, sí debería haber, pero no con el fin de que la mujer vaya a tener su parto en la posición que ella quiera, sino que tenemos que empezar a cambiar la cultura de la gente. Primero la cultura de la gente de que acceda y logre tener confianza para que su bebé nazca en un centro de salud, por otro lado creo que, para ganar esa confianza, los médicos tienen que empezar a atender parto en sus casas de ellas. Si no conocen la situación en la que viven difícilmente van a poder entender primero el personal sanitario y por otro lado, la mujer tampoco va a poder entender qué tan fácil había sido tener en la casa con un médico. Entonces van a empezar a comparar, ¿no? Si aquí el médico me atendió, allá me va a atender lo mismo, entonces iré, ¿no? Como que ya estás ganándote ahí su confianza de esa familia, no solamente de la mujer, ahí estás ganándote la familia de la mujer y del hombre porque el hombre le va a transmitir a la hermana, a la cuñada, etc.

Creo que tenemos que empezar primero a trabajar con eso, ¿no? Con qué grado de confianza, con qué nivel de confianza vamos a trabajar personal sanitario y comunidad; después empezaríamos a hablar de cómo es que les vamos a atender ya en los centros de salud e incorporarlas también a las parteras (El Alto).

Yo creo que si diéramos una buena calidad en la atención, no hubiera internos y las tratáramos bien, las mujeres vendrían a los centros. Les dejamos entrar al familiar y ellas están contentas (Patacamaya).

Claro, bueno, para mí que es beneficioso, ¿no? Para mí es bastante beneficioso, pero al menos es muy conveniente que yo veo aquí, es que aquí el personal de enfermería no está pues del todo capacitado para poder atender un parto bueno pues, en una sala de partos tradicional, ¿no es cierto? Porque ellas han estudiado, bueno pues científicamente, entonces para eso necesariamente, para ser atendido y para que sea una verdadera atención así como tal, un parto tradicional, debería de venir aquí una partera por ejemplo, ¿no? y la partera atenderla aquí personalmente, ¿no? (Tinguipaya).

Como se ha podido comprobar, son muchos los elementos que deben ser mejorados en estos centros a fin de poder ofrecer una verdadera atención al parto intercultural. En torno a las salas de parto “tradicional”, el personal sanitario asume representaciones

diversas: para unos, no ofrecen una alternativa que incida en la calidad de atención y consideran que otras alternativas serían más efectivas; para otros profesionales de la salud –la minoría–, sí son un avance en la mejora de dicha calidad en la salud pública.

Terapeutas tradicionales en el interior de los centros de salud

La incorporación de los terapeutas tradicionales a los centros de salud se gestó al mismo tiempo que la adecuación de las salas de parto intercultural. Sin embargo, la incorporación de dichos terapeutas ha sido más controvertida y conflictiva para el personal de salud, que la aceptación de las normativas que propician la presencia de un tipo de parto que reconoce los sustratos culturales de la población andina. En las representaciones sociales de los trabajadores de salud, se destaca la reticencia y desconfianza ante la incorporación de estos nuevos miembros a los centros. Tal y como se ha expuesto, en aquellos centros en los que se han incorporado los terapeutas tradicionales, estos funcionan independientemente del personal de salud. Es decir, no se da una interconexión, no existe coordinación entre los distintos profesionales. Como destaca una enfermera de Patacamaya:

No coordinamos con ellos, hay gente que recurre a ellos, pero sería bueno que atendieran juntos, con el médico que evaluaran juntos.

El hecho de que un centro de salud cuente con un terapeuta tradicional no equivale a que dicho centro esté más cerca de ser considerado intercultural. No, al menos, de acuerdo con el sentido que el sector salud otorga al término. Son pocas las

ocasiones en que el personal sanitario deriva al terapeuta tradicional y, a su vez, son también pocas en las que sucede al contrario: el trabajo que realizan ambos es por completo independiente. Entre las reticencias que expresa el personal sanitario cabe destacar las siguientes:

Venía un naturista a dar charlas en la sala de espera. Él hacía orientación a los pacientes, cómo se tiene que alimentar, les explicaba cómo...síntomas de la tuberculosis, ¿no? El problema no sé, este señor era muy bueno, yo siempre veía que les orientaba bien, no le podía decir de este señor, pero en conjunto lo que se ha resuelto es suspender a estos señores. Porque según muchas personas de otros centros, han dicho que ellos les estaban diciendo que vayan a su consultorio para explicarles y cuando tienen tuberculosis tienen que tomar leche de burro. Bueno, por esa razón los han cambiado, los han sacado. Meses ha estado, yo he estado en julio del año pasado, ha debido estar hasta enero más o menos, no me acuerdo muy bien, pero estaba tiempito, unos meses (El Alto).

No pues, lo mismo que con las parteras, con el parto humanizado, ¿no? Creo que el trabajo se tiene que hacer más, tiene que ser un trabajo más de fondo, más de cambio de actitud, no se trata de traer, es como el ejemplo, ¿no? No se trata de que yo traiga, por decirte a... contigo pues, te llevo a mi casa a vivir y diga uhh yo vivo

con españolas y no se qué y me doy ¡Oh sí!, yo también conocí España, te cuento, porque tengo una española viviendo en mi casa, no puedo hacer eso, estoy mostrando una cara que no es, no sé si el ejemplo vale. Es como decir ¿no?: en Charazani lo que se es que han puesto un naturista un consultorio naturista y uno de la biomedicina, ¿no? y con eso estamos diciendo ¡oh!, sí, estamos dando importancia a la medicina natural, pero ese médico naturista que está ahí, ¿tú crees que esté ahí por algo?. No, creo que no y ese era el problema que había porque no les pagaban un sueldo y ellos estaban exigiendo que les paguen un sueldo y que se tenga el mismo trato que un médico. No pueden exigir el mismo trato, ellos fueron hechos para otra cosa. Ellos fueron hechos para atender en las casas, ellos fueron hechos para dar otro tipo de atención que para nada estoy discriminando esa medicina, para nada. Yo la respeto mucho y creo en esa medicina pero creo que no es la manera (El Alto).

No, en eso le digo hay que ser un poco honestos por eso le dije hace rato, donde más comprometidas son las parteras, menos comprometidos son los...tienen turnos de quince días, de diferentes comunidades vienen, según el rol, a veces no lo respetan, son pocos los que lo respetan. Si, hacen ¿no? Una mayor parte lo hace, un noventa por ciento lo hacen

en las comunidades con ponchillos, aquí solamente ven la suerte, ven la coca, solamente eso (Tinguipaya).

Aquí hay que hacer una autocrítica, yo he hecho la autocrítica, en la parte de médicos tradicionales no está funcionando. No sé, falta de conocimiento a veces de los médicos tradicionales, no sabría decirlo pero no, no. Sí, un poco irresponsables, pero en cuanto a los médicos tradicionales. Vienen, no vienen, así, no son también motivados ellos también ¿no? Deberían motivarse, prepararse más ¿no? No están bien motivados, pero en cuanto a las parteras, excelente, un avance bastante...La vez pasada no más cuando hemos tenido un taller decían, les dejamos que ellas atiendan el parto, por eso nosotros con ese método hemos rebajado los índices de morbimortalidad con las parteras. Entonces hay cositas para rescatar y hay cositas que hay que mejorar (Tinguipaya).

En el medio andino, es conocido cómo los terapeutas tradicionales atienden de acuerdo con el tipo de patología; mediante plantas medicinales y, a través de ceremonias rituales que, necesitan de un espacio distinto al que ofrece el centro de salud. Sin embargo, este requisito no fue previsto a la hora de realizar la infraestructura necesaria de los espacios asignados a los terapeutas tradicionales.

A veces hay días que no tienen ni uno. A veces, tiene también dos, tres, a sus ca-

sas va a hacer los rituales, cómo se dice. O si están con alguna... en sus casas van a atender los médicos tradicionales, pero aquí no, poco es lo que atiende. No, para nosotros está bien: coordinamos el trabajo con ellos, más que todo como le digo hay que lo llaman ellos más tradicional mancharisqas⁵⁵ o amartelo⁵⁶. No sé otras cosas más que tienen ellos, diferentes patologías que eso quieren. También atiende el médico tradicional en esos casos. Como le digo, a veces vienen así un poquito, tenía un paciente que era un poquito alterado, ¿no? Luego le pregunté qué le molestaba, que le dolía, no tenía tampoco nada el niño, al examen físico no tenía nada. Estaba digamos como que se dice, el terminó de, no pues tenía, solamente le puse Diazepan para tranquilizarle, un tranquilizante y después de eso le dije que vaya también a verle al médico tradicional. Porque la madre dijo que estaba jugando con los niños y que lo habían hecho asustar, lo habían quitado su gorra en un lugar que es un poco feo, ¿no? Para ellos, por eso le derivé al médico tradicional para que le llame a su ánimo, le haga algunas cosas, porque al día siguiente lo vi tranquilo, no sabía qué había pasado, pero si se había hecho atender con el médico tradicional (TinguiPAYA).

⁵⁵ La mancharisqa o mulljasqa es el término quechua para la enfermedad del susto.

⁵⁶ El amartelo es un patología popular cuya causa es la añoranza de algún ser querido. Es común que aparezca en los bebés cuando se les quita el pecho (Ramírez Hita, 2005).

El personal de algunos centros, a los que no se han incorporado terapeutas tradicionales, intuyen las dificultades que conllevaría dicha incorporación:

Por la creencia de la gente de acá, que hay montón de creencias creo que vendría bien, ahora, que podrían coordinar los médicos: yo lo veo difícil también, porque son muy celosos de su trabajo, de su profesión. Capaz que ellos mismos van a llevar a su familiar a un curandero, pero acá en la institución yo dudo que el médico le vaya a decir: –Andá al curandero o vení, qué opinas–. Si entre ellos no trabajan en equipo, por ejemplo, te cito del servicio que tengo más conocido, el de traumatología, si entre los traumatólogos lo ideal sería que los tres trabajen en equipo, se consulten, a veces tres cabezas o cuatro cabezas piensan mejor, se consulten, se delegan. Bueno, vos estás de turno y vas a ver a mi paciente y no que quede en manos del estudiante. No, no hay equipo entre ellos, entre colegas, que se puede esperar que va a haber trabajo en equipo con el curandero.

Lo ideal sería, porque acá la gente cree mucho en los curanderos y todo eso, entonces de acuerdo a la cultura y la idiosincrasia de la gente y todo eso, lo ideal sería, pero la realidad de formación, de superioridad sería una barrera que impediría y estarían en continuo conflicto, tal vez, ¿no? (Potosí).

Uno de los elementos importantes a destacar, en cuanto a la incorporación de terapeutas tradicionales a los centros, es el de las representaciones sociales de los profesionales de la salud que pertenecen a la religión evangélica:

Yo creo que sería un error, porque tal vez cierran las puertas a los hermanos, en esto no están pensando. Yo no comparto que haya un yatiri porque no creo en ellos y como yo hay mucha población que piensa lo mismo (El Alto).

Va a ser un atraso, mucha población es evangélica y eso depende del pastor, pero la mayoría no van a estar de acuerdo, y para conseguir una mejor calidad de atención ese no es el camino (Potosí).

Yo creo que no tiene porque afectar, el que quiera va al consultorio del naturista y el que no quiera no va, nuestra religión no prohíbe ir a naturistas, a los yatiris ya es diferente (Patacamaya).

A modo de síntesis

Para la mayoría del personal sanitario, los aspectos que determinan que no se preste una buena calidad de atención se refieren a problemas estructurales, problemas que les impiden tener la capacidad resolutive que se espera de ellos y que requieren sus pacientes. Los problemas relativos a la capacidad resolutive se originan ante la inexistencia de una salud pública gratuita, que

impide atender adecuadamente en el contexto andino. Un contexto caracterizado, como es sabido, por sus condiciones precarias y por unos índices de pobreza elevados.

Es necesario que el sistema de salud público garantice los insumos necesarios para una correcta atención. Para ello habría que incluir: material sanitario; calefacción en los hospitales; remuneración económica al personal sanitario acorde con el trabajo que realizan; reconocimiento del trabajo realizado por las autoridades correspondientes; mejora en las condiciones laborales (reconsideración de los contratos y la situación del personal sanitario que vive en la zona rural, etc.); además de ítems necesarios para que los estudiantes no reemplacen las plazas del personal sanitario que hacen falta en los servicios.

En el caso de las representaciones sociales del saber biomédico aparecen contradicciones asociadas a los diversos roles que asumen de pacientes, de cuidadores y de los propios de su profesión. De hecho, dichas representaciones y prácticas sociales varían en función de cada uno de estos roles.

Las categorías de religión y étnica son consideradas como centrales en los discursos de los diversos sujetos individuales que ejercen la profesión médica. Aparecen, en los discursos de aquellos sujetos que pertenecen a la religión evangélica o andina, discursos que muestran claramente las diferencias con respecto a los centros interculturales a los que se incorporan terapeutas tradicionales y la posibilidad de llevar a cabo el parto tradicional andino.

Cuando atiendo en el consultorio, hago lo que tengo que hacer, sin más; pero cuando se enferma alguno de mis guaguas⁵⁷ actúo distinto. Lo primero que hago es orar para que se sane y depende qué tenga lo sano yo o lo llevo al médico.

⁵⁷ Guagua es el término local para denominar al bebé y al niño.

Sí, mis hijos han tenido susto y lo he llevado al yatiri. Creo en ello, yo soy aymara y es mi tradición, eso no curamos los médicos y hay que saberlo, y tenemos que reconocerlo, aunque desde el colegio médico eso nos lo hagan negar.

De igual forma, aparecen las contradicciones con respecto a la categoría étnica. Buena parte del personal sanitario es de origen quechua o aymara. Algunos se identifican como indígenas y, otros, aun cuando sean indígenas, se autodefinen como mestizos. Para el personal sanitario, autodenominarse como mestizo está asociado a la ciudad⁵⁸. Es decir, el mero hecho de residir en ciudades les sirve para cambiar su identidad de origen por una identidad elegida, la mestiza, menos estigmatizada que la indígena.

A veces es difícil, porque cuando entramos a la universidad vamos con una idea de lo que es curar...y poco a poco nos van formando como a militares, como a policías en donde nos dicen lo que es correcto y lo que no, y en donde todo lo aprendido de nuestra cultura, por nues-

tros padres y abuelos, nos dicen que esta mal y que hay que cambiarlo. Nuestros padres y abuelos también saben mucho de curar, aunque de otra manera. Cuando empezamos a trabajar la formación universitaria está muy presente, está presente todo lo que nos enseñan; que las

⁵⁸ El término mestizo es asociado por el personal sanitario –la mayoría de las veces– con la población que vive en la ciudad y el término indígena con la población que vive en la zona rural.

costumbres es lo que causa que la salud de nuestro país no cambie. Y que hay que cambiar las costumbres de la gente, entonces lo que hacemos es que comenzamos a cambiar nosotros. Después con el tiempo cada profesional incorpora lo que puede o lo que le dejan de su cultura. Yo estoy orgullosa de ser del campo, de ser quechua, entiendo mucho más a mis pacientes, me gusta lo que hago. Pero hay compañeros que cuando llegan a la universidad a estudiar reniegan de su pasado, se sienten mestizos, como si la ciudad les cambiara el origen.

Todos estos aspectos son importantes a fin de entender los rechazos y conflictos que genera, entre algunos profesionales de la salud, la incorporación de salas de adecuación al parto andino y la de terapeutas tradicionales dentro de los centros de salud.

Capítulo 4

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN

Las representaciones sociales sobre el significado de la calidad de atención dentro del saber popular fueron, fundamentalmente, recogidas mediante la técnica de entrevista. Se llevó a cabo entre la población que recurre a los servicios de salud intercultural (de primero, segundo y tercer nivel), como entre aquellas personas que no recurren a estos centros. Con el objetivo de conocer cuáles eran las razones que motivaban a dicha población a acudir o no los servicios biomédicos.

Dado que las diferencias en torno al concepto de “calidad de atención” que presentan los dos grupos étnicos son mínimas, analizaremos la población de origen aymara y quechua conjuntamente.

Como elemento a destacar en la investigación cabe citar el desconocimiento de la población en torno a lo que significa un centro de salud intercultural, aun cuando su comunidad o barrio cuente con uno de ellos. Es destacable también que no relacionen de manera específica dichos centros con la mejora de la calidad de atención. Para la población lo importante es “*estar contentos con el centro de salud o con el hospital*”. El hecho de dotar al centro con un terapeuta tradicional o con una sala de adecuación al parto –llamado humanizado o intercultural– no adquiere importancia para los informantes, es algo secundario, no siendo un elemento decisivo para recurrir a un servicio biomédico.

Podemos ver como ejemplo, los resultados obtenidos en las dos áreas de la zona altiplánica –departamento de Potosí y provincia Bautista Saavedra– donde se han implementado centros de salud interculturales⁵⁹. En estas zonas la población se atiende más en el sistema de medicina tradicional que en el biomédico. Dos son los principales motivos por los que la población recurre más a un sistema que a otro: 1) por ser áreas donde históricamente existe un gran número de terapeutas tradicionales y 2) porque los servicios de salud nunca han estado presentes, sobre todo en procesos resolutivos reales.

Sobre los centros de atención primaria, por lo general ubicados tanto en la zona quechua como en la aymara, no existen grandes problemas. No hay un descontento de la población en general, aunque se den conflictos y problemáticas específicas en cada uno de ellos. Es en los hospitales donde se producen el mayor número de problemas y quejas.

La narración de un hombre potosino sintetiza el concepto que, sobre la calidad de atención, mantiene la mayoría de la población con la que hemos trabajado:

Calidad es que nos traten bien, que no nos riñán, que no nos atiendan como animales, a los del campo nos tratan peor que a los de la ciudad, es como si no sintiéramos. Y ellos practican con nosotros, nosotros necesitamos médicos no practicantes, con los jampiris no nos pasa eso, porque sabemos a donde vamos, uno va al que ya conoce, y uno siempre quiere ancianos, los jóvenes están aprendiendo, con los jampiris nunca vamos a un aprendiz (Hombre potosino, de origen rural, 44 años, religión andina).

⁵⁹ A través de la cooperación italiana, española y, últimamente, la Comisión Europea.

En las representaciones sociales de la población andina son varios los factores que influyen en la calidad de atención. Algunos aspectos son externos a los centros de salud y, otros, internos a los mismos. Entre los factores externos, aparecen problemas por falta de presupuesto –para infraestructura, insumos y personal–; mal acceso a los servicios, etc. y entre los factores internos encontramos problemas de organización interna de los centros, sumados a los que proceden de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y de las autoridades superiores. Las representaciones de calidad aparecen asociadas al conocimiento, a la capacidad resolutive de los centros de salud y a las capacidades individuales del personal sanitario, junto a la falta de ítems, la atención de los estudiantes en los servicios de salud y a las deficiencias en la organización de recursos humanos en general. Para el saber popular los elementos que hacen a una buena calidad de atención son tanto sociales como individuales. Veremos estos aspectos detenidamente.

a) Calidad de atención asociada a factores externos y de organización de los servicios

En cuanto a los factores externos que repercuten en la calidad de atención, nuestros informantes destacan las condiciones de los caminos, en muchas ocasiones de tierra o mal asfaltados, que dificultan el traslado del enfermo al centro de salud. Si, con frecuencia, la población no acude al sistema biomédico no es porque prefiera el sistema tradicional (u otros), sino porque no se dan las condiciones mínimas, en especial en el área rural, como para ser atendida. En este sentido, la población señala como un problema la dificultad o la falta de acceso a los centros de salud por razones diversas, sean las indicadas condiciones de los caminos, la falta de ambulancias o de ítems:

La ambulancia, casi muero en ella por el camino. Le digo, lo primero que debían arreglar en este país son los caminos (Hombre 28 años, aymara, religión católica. Patacamaya).

Si uno tiene algo grave, los caminos están tan mal que te mueres, porque el problema es que en el campo no pueden atender algo grave, te mandan a la ciudad y entre que llegas te mueres.

Teníamos un ítem de chofer cosa que se lo han llevado a Potosí porque el chofer era demasiado, como se puede decir, al tivo, un poco, no respetaba a los médicos y cuando llevaba al campo a las enfermeras a vacunar, entonces el chofer muchas veces les ha dejado a las enfermeras. Él es el que mandaba, muy prepotente el hombre, entonces de esa manera todo Tinguipaya nos hemos parado y hemos dicho no queremos al chofer. El problema grande con SEDES es que al chofer más el ítem se lo han llevado, ahora no quieren darnos, si quieren darnos al mismo chofer quieren obligarnos, pero nosotros no queremos, es muy problemático, de ese problema nosotros hemos perdido el ítem y ahora como castigados estamos un año ya, sin ítem de chofer. Entonces yo reclamo en este momento de que nos den ese ítem porque aunque sea un chofer tingui-payeño de aquí mismo, entonces cualquier rato nosotros levantamos y nunca se

va a ningún lado, este es su origen, esto es su casa, entonces hay chóferes, eso es lo que queremos, reclamamos un ítem de chofer para el hospital intercultural. Sí, hay una ambulancia y una camioneta que los mismos médicos manejan, entonces por eso que el médico es a la vez chofer, pero más se ocupa en chofer que médico, por eso es necesario un ítem por lo menos en todo el área municipio Tinguipaya no tenemos ningún chofer de salud (autoridad de Tinguipaya- Potosí)⁶⁰.

Otro de los puntos destacados se refiere a las deficientes condiciones de infraestructura de algunos centros y hospitales. Por ejemplo, el caso del hospital Boliviano-Holandés de la ciudad de El Alto⁶¹, con capacidad resolutive limitada al no ser un hospital de tercer nivel. Muchos de los pacientes, derivados desde ese hospital a los de la ciudad de La Paz, son rechazados por falta de lugar, con el resultado de que los enfermos acaban deambulando de uno a otro hospital.

En lo que respecta a los factores de organización interna, finalmente nos encontramos ante un sistema hospitalario que incentiva la insensibilidad del personal sanitario.

Hace falta mejor calidad aquí más atención pues, por ejemplo uno viene aquí a preguntar no saben nada, ayer por ejemplo discutí yo. Por ejemplo a la entrada de información. En información no te responden nada, ¿no? No te responden nada.

⁶⁰ El municipio de Tinguipaya tiene 27 686 habitantes, distribuidos en 168 comunidades (Fuentes y Pérez, 2007).

⁶¹ La ciudad de El Alto –según los datos del año 2006 del Instituto Nacional de Estadista (INE)– cuenta con 832 313 habitantes.

Por ejemplo una vez se ha perdido mi marido, si estaba en hay o donde estaba. Una vez también ya se ha internado, vino mi suegra, no había, no hay informaciones, dónde estaba, en qué sala, todo y mi suegra estaba, de Oruro llegó, estaba afuerita sentadita, me llegué recién le metí, aquí la verdad es la atención muy pésima. Yo pienso que deben de atender más rápido a los que son de emergencia, tienen que ser un poco más responsables (Mujer potosina, 32 años, católica, familiar de un enfermo ingresado en el hospital Bracamonte)⁶².

A ello se suma la falta de personal y de horarios adecuados necesarios para contar con capacidad resolutive:

Vine a emergencia para mi niña, no para mí si no para mi niña. No me quisieron atender y era emergencia. No había el pediatra. Eran las ocho de la noche, vine a emergencias, esperé una hora. La guagua tenía temperatura fuerte y vómitos, contracciones muy fuerte. No me dijeron que no había pediatra. Yo insistía, me dijeron la ficha, me trató mal la señora, me dijo que espere. Y pedí que le atiendan inmediatamente. Como no me atendieron me salí, me fui a otro centro y me la atendieron a mi niña inmediatamente.

⁶² Este hospital se caracteriza por “Willakuna”, considerado un centro “ejemplar” en cuanto a facilitar información a los pacientes. Esta experiencia está siendo replicada en otros lugares del país, sin embargo la población no considera que esta funcionando como debería.

Fui a la Cruz Roja donde no hay un pediatra, me fui a la Cruz Roja porque era un día domingo y yo me vine aquí al hospital Bracamonte y generalmente los domingos no se encuentra especialistas en ningún lado, están de paseo, se viajan con su familia, entonces eso me pasó (Mujer potosina, 30 años, religión andina).

Este relato es tan solo un ejemplo de los recogidos en los que se resalta la inadecuada organización hospitalaria, así como la situación de desprotección en la que se encuentran los enfermos los días feriados y domingos.

b) Calidad de atención asociada al conocimiento y a la capacidad resolutive de los profesionales.

La calidad de la atención se asocia al buen trato, pero también al conocimiento. Este conocimiento pasa a ser uno de los elementos más importantes; siempre y cuando se acompañe de los insumos necesarios para contar con capacidad resolutive.

Ellos estudian y pueden diagnosticar lo que nos pasa, pero no todos saben, no todos son buenos, y para que nos den un buen tratamiento debemos estar bien diagnosticados, debemos de saber el origen. En el hospital algunos son buenos, pero otros no saben mucho. Aquí en Potosí, solemos ir a Sucre cuando es algo complicado, porque dicen que los médicos de Sucre son mejores que aquí, pero la verdad es que la gente de Sucre, se

va a Cochabamba, que es donde dicen que están los mejores médicos (Hombre potosino, 30 años, católico).

El problema es en el campo, uno va a la posta y muchas veces no está el enfermero o el practicante, porque mandan practicantes, a veces van atender a las casas y cuando uno necesita no están en el puesto, y es de balde ir, porque luego en la posta no hay nada, y si algo grave tenemos el enfermero no puede resolver, y el practicante menos. Estamos mucho peor en el campo, totalmente desprotegidos. Lo que nos hace falta es que manden médicos al campo, pero médicos de verdad, y que tengan hilo y demás cosas para sanar...sino... de qué nos sirven (Mujer 28 años, religión andina. El Alto).

Para la población, la calidad resolutive está asociada a numerosos factores, entre ellos, la permanente diferenciación que se hace entre las condiciones del personal sanitario en la zona rural y urbana.

Al campo solo mandan estudiantes, internos les llaman, vienen a practicar con nosotros. En la ciudad hay menos estudiantes, porque en ahí están casi todos en los hospitales, pero aquí están en las postas, por todos lados y los cambian todo el rato, cuando ya sabe un poco, se lo llevan y nos mandan otro que no sabe nada y así es nomás, y así no más, preferimos curarnos nosotros. Yo y mi fami-

lia con Cristo nos sanamos (Hombre, 52 años, evangélico. El Alto).

c) Calidad de atención asociada a la atención de estudiantes

La población también resalta, como elemento referido a la calidad de atención, el papel de los estudiantes en los servicios; en especial, los servicios de tercer nivel de las ciudades y en los centros de atención primaria en el área rural.

Solo hay practicantes, practican con nosotros y sabemos que ellos no saben.

En las habitaciones entran 20, 25, te des tapan todo y te miran, te tocan te hacen doler. Yo paso mucha vergüenza... Qué vamos hacer...

Tantos casos de que muere gente en el hospital...Sabemos que los partos son puro practicante y además te gritan, te dicen que te calles, te dicen que para que has estado con tu marido.

Clarito también son aprendices. Hay pues un profesional de experiencia también, yo tenía una caída en La Paz, me caí, entonces no me recuerdo, aquisitos [señala la cabeza] creo que tengo tumor. He ido al hospital San Gabriel me han llevado y tenían que operarme de la cabeza, eran médicos aprendices, digamos, ¿no?, jóvenes nomás eran. El día de la ope-

ración, ya me han cambiado toda la ropa, ya estaba en la cama, tenía que entrar así como ahora a una operación y...De mi cabeza, de la caída por eso, el dolor era insoportable de mi cabeza, cuando en el San Gabriel ya me estaban por operar y ha llegado uno de experiencia, médico más o menos de sesenta y tantos años, ha mirado mi ecografía que me ha sacado de la cabeza, y me ha dicho: –No hijito estás bien, vestite–, me ha dicho. Sin más motivo me hubieran maltratado la cabeza, me hubieran cortado y justo ese día por suerte yo rapidito me he vestido ya, antes que llegue mi hijo yo ya estaba en afuera sentadito. El ha ido a traer plata, voy a ir a traer papá plata, yo te voy a hacer curar papi. Cuando ha ido yo ya estaba sentado en la puerta, en la calle ya estaba, me ha dicho ese doctor, no, estás en aquí, todo está bien, pero un aprendiz ya pues, me quería cortar nomás ya pues de la cabeza, entonces así es, uno de experiencia siempre ya lo ve bien, entonces ya me ha sacado, no, hay usted nomás te vas hacer tratar, nada más vas a seguir. En vano te hubieras hecho joder tu cabeza me ha dicho ese médico. Vestite, vestite rápido hijo me ha dicho, porque él estaba de vacación, por cualquier casualidad ha entrado al hospital y el mismo médico, ha entrado pues porque debe ser su trabajo de él haiga sido, cuando yo estaba agarrado mi radiografía eso, entonces ha mirado, bien, no, está bien, ya rápido me he vestido y me he

salido (Hombre de 65 años, Patacamaya, religión andina).

En Colque, estaba trabajando. Me dio fiebre por el resfrío a mí, estaba totalmente resfriado y ya no podía trabajar. Yo la verdad me hacía pasar los resfriados así nomás, pero ese día por el consejo de mi jefe igual me dijo: –Andá hazte inyectar algo–, ya, he ido al hospital, le dije tengo tal síntoma, no puedo respirar, me duele la cabeza, tengo fiebre, vómitos, todo eso y lo que me medicaron fueron dos pastillas de quetorol. El quetorol es un calmante solamente, en sí no ayuda nada a la mejoría.

Al último me enteré que era un interno, bueno, a veces tienen pinta de médico, me estaba doliendo, tomá un quetorol, tomá estas dos pastillas, aparte ser muy costosas, que estaban a cinco bolivianos cada pastilla. Claro era un calmante poderoso, se utilizaba más para el dolor de muelas, no era exactamente para el resfriado. Tomé y me calmó, me calmó el dolor de la garganta y demás, pero seguía inflamada, seguía sudando, pasaron dos, tres horas, perdió el efecto y volví a recaer y la verdad fui de nuevo. Le dije no me ha hecho nada, ah, no, tomá otras dos y volví a tomar, como no sabía nada, bueno, le dije, tomé y el mismo caso volví, pero esta vez, la recaída fue más fuerte, cosa que más bien ese día era fin de semana y me vine hasta La Paz así resfriado.

Fui a una clínica de mi zona y dije que estaba enfermo y más bien, un médico me dijo, estás grave me ha dicho de tus amígdalas, están con pus, qué tomaste, por qué no has ido al médico, he ido al médico y qué te aconsejó, quetorol, le dije. Qué es eso, no es nada, eso no sirve para nada, eso es para calmar el dolor de muelas nada más. Imagínate qué estará pasando en esa población, donde la gente, creen todo lo que se les dice, qué estará haciendo, es por eso el caso de los hospitales en Bolivia es tan trucho (Hombre, 24 años, religión católica).

El elemento más destacado por todos los informantes es el de los estudiantes practicando en los cuerpos de los pacientes. Para la población aymara y quechua, son los estudiantes, los internos y los residentes, los responsables de las negligencias médicas y la mala práctica en general, sobre todo en los hospitales. Poseen baja capacidad resolutive e incluso pueden llegar a cometer errores irrevocables a la población.

d) Calidad de atención asociada al maltrato del personal sanitario hacia los pacientes y familiares.

Una de las razones por las cuales la población no se acerca a los centros de salud es el “mal trato” que reciben del personal sanitario y el miedo que, en ocasiones, les produce acudir al centro:

Te riñen dicen cuando hacen, gritan, les hace doler, después a algunos le gritan diciendo para qué has hecho eso, para qué has tenido con el marido, decían, todo decían, de eso tengo miedo. Para que has hecho enfermar, todo, qué cosa haces, diciendo, por eso en vano voy a ir, aquí nomás. Con mates, con hierbas, otro día también he llevado, de su ojito estaba mal y el doctor me ha dicho ayy para qué, debes traer ese ratito así me ha dicho, ayy no tenía tiempo, he llegado de Cochabamba y el miércoles parece, no, el jueves he llegado, el viernes en aquí estaba mi mamá, después se ha ido, por eso lunes no he llevado también, el martes he llevado, grave me ha reñido, no me ha dao nada, unas tabletitas parece que me ha dado, eso nomás también (Mujer, 23 años, religión andina. Potosí).

Es que a veces tenemos miedo de que se agarren, ¿no?, con nosotros ¿no? Y así no nos pueda atender el médico, no se puede agarrar contra nosotros, por eso es que al menos yo en mi pensar que no quiero quejarme (Mujer 25 años, religión evangélica, familiar de un paciente internado en el hospital Bracamonte).

La atención de los médicos muy buena, pero solamente la atención de su personal, empezando de la señora de aseo y sus licenciadas en enfermería, algunas son buenas y algunas son malas e incluso

no solamente sufrimos el maltrato nosotras como pacientes, sino también sus internos, que también reciben malos tratos de sus licenciadas o de los jefes con los que están autorizados, eso yo he visto, ¿no? (Mujer de 28 años, recién atendida por parto en el hospital Bracamonte).

Este hecho, que sin duda es un factor importante, está asociado a las características individuales de los profesionales de la salud pero, también, a la misma organización de los servicios y a la estructura del sistema representada por el Ministerio y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). En este contexto, la pregunta que cabe hacer es: ¿por qué el personal sanitario, capaz de ser amable y dedicado cuando atiende en el servicio privado, cambia su manera de comportarse cuando atiende en el servicio público? Lo que interesa destacar es que el personal puede ser orientado para ofrecer “un buen trato”, con una organización diferente de los recursos humanos que, sin duda, incumbe al Ministerio y a los SEDES.

Dolor, padecimiento y enfermedad

Para desarrollar estas tres categorías, he seleccionado uno de los testimonios e itinerarios terapéuticos que explica con detalle muchos de los elementos que han sido verbalizados por numerosos pacientes. Antonio⁶³, un joven de 24 años, de religión católica, nacido en La Paz, pasó más de 7 meses en diversos hospitales de la zona andina por un accidente. Hasta el día de hoy presenta

⁶³ Todos los nombres que aparecen en esta investigación son seudónimo, con la intención de preservar la privacidad de los informantes.

secuelas causadas por la mala práctica realizada dentro de los hospitales públicos.

He tenido un accidente con un cartucho de dinamita, se ha activado cuando estaba muy cerca, casi me ha quitado el pie. Trabajábamos con dinamita, para instalar alcantarillado y agua potable, al quemar ropa sucia supuestamente estaba dentro de un bolsillo la dinamita y en ahí se ha activado, cuando estaba a menos de medio metro de la fogata. Gracias a Dios solamente he sido yo, ahorita estoy con tutores externos para rehabilitarme la pierna. Se me ha quemado, he tenido una fractura expuesta, he perdido un dedo del pie, el dedo gordo del pie derecho. He tenido que mendigar atención en los hospitales; porque no sé, si no querían curarme o no podían curarme.

El accidente fue en Pisiga, al lado de Pisiga. Me llevaron al San Juan de Dios y bueno, la atención en urgencias y demás es pésima, no me limpiaron bien y por eso estoy llevando muchas cosas, perdí un dedo por esa mala atención igual.

En Oruro, por no haberme atendido a tiempo, ahora tengo igual problemas en el brazo, igual por mala limpieza. Hasta ahora mi cuerpo está botando la basura de la explosión, no me han hecho una buena limpieza supuestamente. Lo único bueno que he encontrado ha sido el traumatólogo. En el hospital de Oruro, la verdad es un hospital de muy mala calidad, tanto que cuando he llegado tenía

heridas en todo el cuerpo, heridas profundas con basura que se me había metido por la explosión y no han hecho muy buena limpieza en urgencias y no podía ver, solo escuchaba las cosas y habían estudiantes, les dicen internistas, a ellos le ha encargado el doctor que supuestamente estaba encargado de urgencias. Él se salía cada rato, no hacía nada y les dejaba a los muchachos, yo creo que la falta de práctica de ellos... Mi caso era grave no han limpiado las heridas como es debido, no debían haber atendido ellos. No sabían, yo creo que debía el médico examinar las heridas y yo creo que mucha gente pasa por estas cosas, he visto cosas terribles en ese lugar.

San Juan de Dios es el hospital general y he visto a dos personas morir por falta de atención. Es un pabellón gigantesco, no son cuartos como estos, es un pabellón que tiene varias camas, están varios enfermos de distintas dolencias. Dos veces he visto morir a gente por falta de atención, no ha sido por otra cosa, sus familiares no les iban a ver, han muerto así abandonados ahí.

En sí el personal, yo ejemplo viniendo aquí a este hospital [se refiere a Patacama] con la cooperación de los cubanos, se nota la diferencia de atención, es abismal. Porque los médicos que me han atendido allá eran muy, ¿cómo le digo?, prepotentes. No se les podía decir nada, te quejabas de algo y te reñían o bien ya

no te querían curar, mientras aquí no, los médicos, es una gran diferencia entre médicos bolivianos y cubanos, creo que es por causa de la ignorancia de ellos.

Mucha gente está sufriendo la verdad, mucha gente, hay un sistema de ayuda social que se les da a las personas que no tienen, pero eso no funciona allá. No funciona porque había gente que tenía una pierna rota y las cosas les costaban demasiado caras y no había esa asistencia social, estaba una licenciada encargada de eso y venía y les reñía a los pacientes para que no molesten. Había un doctor que siempre molestaba con eso, de traumatología, el doctor René Escalera. Venía y les decía a los pacientes, ya, tienes que hacerte dar y el mismo médico le hacía llamar a esa encargada de asistencia social y le reñía frente al paciente. Se iba el médico y la señora le reprendía al paciente y no le ayudaba, no prestaban auxilio, varias personas han perdido sus miembros por eso igual, dos personas han perdido sus pies por no tener dinero al alcance de los medicamentos o material para que se los pueda operar.

Eso es lo que quería decir, trabajadora social tienen pero no funciona eso, está de pura pinta como se dice. No hace nada, esas dos personas que han muerto, han muerto porque sus familiares no se han ocupado, pero yo creo que deberían tener algo de orden, de voluntad los médicos para ayudarles.

No sé exactamente lo que tenían, pero venían inconscientes y tampoco les ponían atención, los tumbaron en la cama y se iban las enfermeras y demás y en las rondas se daban cuenta que estaban muertos. No venían a ver, lo veían muerto ya, ese ha muerto y lo sacaban como cualquier cosa. Dos veces he visto eso y había un señor que me han dicho que, estaba a mi lado, que ha entrado igual mal, lo habían golpeado, lo habían asaltado y estaba dos días en la carretera y estaba mal, pero me han contado que ha muerto igual. Le digo, pasar por ese hospital para mí ha sido un infierno. He estado en ese hospital, he ingresado el seis de mayo, he debido estar unos siete meses.

No había material, tenían que luchar los enfermeros o los médicos por un pedazo de cinta, no tenían material, yo creo que igual les debe aburrir y no poder tratar a la persona que necesitan su ayuda, que a veces no tenemos dinero, la verdad. Si yo no hubiera tenido dinero, yo creo que hubiera muerto. Una empresa en la cual estaba trabajando me ha ayudado económicamente en todo; si no yo creo que hubiera muerto, porque allá las personas que no tienen nada mueren, no les queda otra.

Yo la verdad me daba pena, hasta en mi mismo caso, tengo mal mi brazo, he perdido mi dedo ¿Por qué?, por mala atención, ha sido todo mala atención, no había ganas de parte de ellos. Los estudiantes

yo creo que no deberían hacer ese trabajo, debían hacer ese trabajo cuando estén listos porque practican en nosotros y es nuestra vida, no es algo que ellos sean culpables, es algo que a mí me va a afectar toda la vida, pero ellos no entienden eso y hay mucha gente que debe estar pasando todavía peores cosas. También en el hospital de La Paz.

Si uno se viene a quejar, puede ser que se agarren todos, por ejemplo una cosa que me asusta mucho, era cuando me han cerrado, me han vendado, ya no han querido atender más, yo les decía: –¿Qué es de mi brazo por qué no me están atendiendo? –. La primera operación lo han vendado, en realidad lo han cosido como han querido, en la primera operación lo han descosido y lo han vendado y así se ha quedado dos semanas, yo podía mover tranquilamente mi brazo. Cuando me llevaron al hospital mis brazos, podía mover con toda normalidad porque yo no podía ver pero podía mover, me tocaba la cara. Una mañana he despertado con los brazos entumecido, no podía arrectarlo más y la cosa es que me he mirado de bajo de la venda y había una bola y me he asustado. Me desvendé ese rato y me he apretado y de la costra ha empezado a salir harta pus y en ahí he hecho jolgorio. La verdad, he reclamado con toda mi alma, me he destapado este lugar y era un hueco de pus horrible y las licenciadas se han limitado a curar por encima.

Yo les decía que me curen bien aunque me hagan gritar aunque me duela, a veces es necesario eso pero lo único que hacían ellas era limpiar por encima y la verdad lamentablemente esto se me ha cerrado por encima y me han quedado cosas entre los tendones y ahora tengo que hacerme una nueva operación.

Esas son las cosas, por eso mucha gente debe sufrir lo mismo que yo. Allá hay mucha gente del campo, la mayoría son mineros los que van allá o hay empresas constructoras que trabajan por el lugar y la mayoría son gente así que no tiene buena educación. Lo deben pasar peor que yo, si yo no he podido reclamar, imagínese. Había pacientes, por eso como le digo, había un paciente que se ha roto el pie por escapar de que no lo roben, se ha roto el pie, la tibia creo que se ha roto y estaba así en emergencia, desde el día que ha entrado, ha entrado después de que yo he entrado, hasta el día que yo he salido no se ha hecho operar por falta de material. Y estaba así y era impresionante su pie. Yo he peregrinado, de aquí hasta La Paz y de La Paz quería irme hasta Cochabamba para que me curen, porque uno cuando se siente así, se siente bien feo que no te vean.

Una de las cosas más graves que yo he pasado ha sido la curación del pie. Cuando el traumatólogo me ha vendado porque la herida era inmensa, desde la rodilla hasta la canilla, me ha vendado, y

me ha dado una fecha para volver. En Oruro, me ha especificado no vas a hacer tocar la herida con nadie, yo te estoy vendando tal y así te quedarás tal, bueno yo he respetado él debe saber sus cosas, pero pasando el tiempo, digamos para llegar al seis de julio se ha hecho insoportable el dolor de la herida. El seis de junio me ha hecho la última curación y el seis de julio tenía que cambiarme de venda y la verdad el dolor se ha vuelto insoportable, a la altura de los tutores y lo que he hecho yo le he llamado y he adelantado la consulta. He ido y no me ha querido atender. En Oruro, me dieron alta y yo me vine a La Paz. A mi casa, porque me han dado de alta en el hospital de Oruro. Entonces tuve que volver a Oruro un mes después para la curación, ha sido muy difícil el viaje porque había justo esos días bloqueos. Hemos tenido que desviar el camino, camino de tierra y demás, he llegado hecho pomada a Oruro, he llegado allá y en una tarde, la tarde del martes tenía que hacerme atender, a las dos de la tarde. Y no he podido llegar por esa desviación que hemos hecho, hemos llegado a las cuatro y no me ha querido atender, ha dicho que venga mañana a las dos de la tarde. El sabía que estaba viniendo de La Paz y sabía que habían bloqueos, ha sido una peripecia, he llegado, me he quedado en un alojamiento, al día siguiente hemos ido, a las dos de la tarde. El ha indica-

do eso y bueno me he encontrado con el médico, me ha dicho anda a hacerte sacar radiografía antes que entre a quirófano. He corrido a la radiografía, a rayos X, pero lamentablemente estaba muy lleno y he tardado. He vuelto donde él y ya se había entrado al quirófano. Yo me he sentado a esperarle, la verdad estaba en una silla de ruedas, con el frío de allá se me ha hecho insoportable esperar y me he ido al auto de mi papá, hemos ido y mi papá ha salido así bien molesto diciendo, se ha escapado.

El médico supuestamente había salido del quirófano, no había dicho nada. Mi papá le había dicho aquí están las radiografías, no le había atendido. Ni siquiera ha dicho nada, se ha subido a su auto y se ha ido y yo la verdad no podía más soportar una noche, porque yo duermo con una especie de canastilla para que no me choquen los fierros y esa noche que pasé en Oruro ha sido insoportable.

Yo le he dicho a mi papá no importa, vámonos a La Paz, vámonos, yo me voy a hacer curar en La Paz y hemos tenido que volver a hacer el viaje. Ha sido un gasto de nuestro bolsillo que hemos hecho, hemos tenido que poner gasolina, alojamiento, comida y hemos vuelto a La Paz y me han llevado al hospital Arco Iris.

La verdad no conozco ese hospital y en ese hospital igual me han desvendado solamente el pie, no la pierna, me han desvendado, no han dicho nada, lo han

lavado con yodo, lo han vuelto a vendar, ahí lo han dejado y a mí no me ponía tranquilo eso porque la herida, era como si me estuviera apretando la herida, no sabía qué hacer, no sabía a quién acudir la verdad. He ido igual al hospital de Clínicas de La Paz, era muy lleno, ese era el problema.

Por ejemplo en esos hospitales no te quieren internar, internan a las personas que tienen mucha urgencia, no te internan, yo quería internarme porque yo sentía que necesitaba más cooperación médica, pero no me han querido internar. En el Hospital de Clínicas tampoco, ahí solo me sacaron los puntos del dedo que ya perdí, nadie quería ver la pierna, los doctores, porque decían que el único que podía ver era el médico traumatólogo que había tratado eso y todos los hospitales me hacían rebotar con lo mismo. No me desvendaban.

Nada, se ha quedado así, la venda, imagínese. Se ha quedado desde el seis de junio hasta que he venido aquí, hasta el domingo, este domingo de agosto que pasó, hasta esa fecha se ha quedado con vendas los puntos y para mí era insupportable.

Pensaba ir a Cochabamba porque tengo un amigo médico. Yo le llamé y me dijo: –ya, te vamos a tratar pero ven a Cochabamba– y la verdad yo me he puesto impaciente; incluso he peleado con mi familia porque, bueno, mi familia igual est-

aba tranquila. Yo era el único impaciente, estaba a base de calmantes que ya me estaban haciendo daño, hay un calmante klosidol que es muy difícil conseguir la ampolla en La Paz, tabletas eran, las tabletas ya me estaban haciendo daño, ya no podía ir ni al baño. La cosa es que un día he peleado con toda mi familia y me he salido así con mis muletas, solito, me he ido a la terminal. Con esa mentalidad de llegar a Cochabamba como sea. Me subí y el dolor no me permitió. A mitad del camino me empezó a doler horriblemente y no me quedaba más que pensar en este lugar y he dicho descansaré hoy día aquí en Patacamaya, en casa de mi abuela y mañana continuaré el viaje. El dolor era insoportable. Yo la verdad no pensaba venir a este hospital, no se me había ocurrido, ni siquiera había pensado en la posibilidad. Mi abuela se ha asustado porque no puedo andar, me han prohibido andar, hasta muletas me prohibieron andar y ella me ha dicho por qué no te haces una curación aquí, hay médicos cubanos, me ha dicho, a veces yo he escuchado que hacen las cosas bien ellos, por radio, incluso por televisión. Me he animado y me han traído un domingo aquí. Este domingo pasado, pero para mi mala suerte no estaban los médicos cubanos, había un médico boliviano y en ahí he notado la diferencia.

He venido en la tarde a las cuatro, cinco de la tarde más o menos y el médico boliviano lo ha desvendado, ha visto las heridas. Todas las heridas en sí. Yo le dije que me saque los puntos. El no quería sacarme los puntos porque yo pensaba que los puntos se habían estirado y era justo: me empezó sacar los puntos y empecé a sentir alivio. Había carne necrosada a los costados de mi pierna y él lo dejó así, dijo: –Esto es para una limpieza quirúrgica–, y yo le mostré de mi brazo más. –¿Qué puede hacer con esto?–, le dije. Exactamente no sabían qué era, nadie me podía decir qué era. Me dijo que volviera al día siguiente que estaba el médico cubano.

Justo vino un médico cubano y me vio y rápido me atendió y han hecho un excelente trabajo, imagínese, supuestamente el médico boliviano me había sacado todas las cosas, el cubano ha sacado miles de cosas más, de la herida, ha sacado más puntos, ha sacado, la carne necrosada, lo ha sacado. Cosa que no se ha animado el otro médico, en ahí vi la diferencia. Y después el médico cubano me dijo, qué tal si te internas unos cuatro días, le dije perfecto y la atención misma de él es excelente porque viene, se preocupa, todos los días.

Si, ese doctor, hace una curación, ha hecho la curación que necesitaba y la herida ya se está perdiendo, cosa que, incluso él me dijo que si hubiera recibido una aten-

ción más antes, ya hubiera estado caminando. Han retrasado todo eso, la mala gana de los demás. Ahora estoy tranquilo, como le digo ha sacado todo lo que tenía, me ha sacado todos mis miedos. Ahora él dice te voy a atender lo de la mano más, pero lo haremos con tiempo. Te curaré primero la pierna sino te voy a inhabilitar totalmente. Yo creo que la ayuda de ellos es muy grande, están dando todo gratuito, gente que no tiene dinero la están ayudando. Si toda la gente de los lugares que he visto se enteran de lo que están haciendo estos médicos, te apuesto a que se vienen toditos aquí y además de que están dando gratis. Son muy profesionales, gente que de verdad siente la dolencia de las personas y eso les falta yo creo a todos los médicos bolivianos atender a los pacientes y a veces ponerse en su lugar. Uno cuando está así se siente atemorizado, siente miedo todo el rato porque no sabe qué va a pasar. Al médico se entrega a veces, su suerte le entrega al médico y a veces ese médico es malo, no sabe y por eso mucha gente muere.

Creo que lo que le hace falta a los hospitales es que cambien el pensamiento de los médicos, las enfermeras, las licenciadas. Yo la verdad cambiaría este sistema de los estudiantes, yo no les permitiría tocar a nadie. Porque imagínese, están estudiando, que vayan a practicar con cualquier cosa, con vacas muertas, pero que

no practiquen con seres humanos porque, por ejemplo, no somos un trabajo práctico de cualquiera, a nosotros no nos va a borrar las heridas y vamos de nuevo a empezar, son cosas que vamos a llevar toda nuestra vida. Yo creo que no debería haber ese sistema y tal vez está ahorrando el gobierno algo, pero está fregando a mucha gente también este sistema y hay estudiantes que son unos jetones, gente que no debería ser médicos, que no deberían atender a personas, más bien deberían ser policías o algo así porque para eso tienen el carácter, a mí me ha dado pena, la verdad, mucha gente he visto en Oruro, para mí el hospital de Oruro ha sido el peor porque ahí se veía de todo, gente que no podía recibir ayuda.

Había un señor que tenía una dolencia, se había caído y a su mano se le ha entrado un clavo oxidado, alguna aguja supestamente. Qué pasó, el señor no pudo conseguir, no tenía para la operación y la aguja se le incrustó hasta medio brazo, se le enraizó en el hueso, lo han operado una vez, no podían encontrar la aguja y le han vuelto a tapar y le han regresado a su cama. Le han dicho que necesita tal cosa, tal cosa y el señor empeoró, le dio fiebre y demás, al punto que como nadie le ha podido ayudar que se ha tenido que levantar de su cama y ha tenido que ir a buscar ayuda así en la calle, con su mano en ese estado. Ha vuelto después de dos semanas, ha vuelto todavía, yo la verdad

no hubiera vuelto a ese hospital, ha vuelto con la esperanza...le han ayudado más bien. Pero yo digo, imagínese si hubiera sido un caso grave, no entienden eso los médicos, se ha visto que para ellos es solamente un medio de ganancia.

Yo la verdad es que tengo un gran resentimiento con ellos por eso, por mi dedo, porque cuando yo he llegado al hospital de Oruro era un caso grave, yo estaba totalmente herido, estaba perdiendo sangre y me han pasado a terapia intensiva y hasta los mismos reportes he notado cómo eran de desgraciados. Ponían en el reporte cuando me han pasado de terapia intensiva, el promotor decía no presenta gravedad, y yo estaba a punto de morirme, estaba con una fractura expuesta, tenía esquirlas en todo el cuerpo y decían que no presenta gravedad. Y cuando me han pasado de emergencias a terapia intensiva tenía un electrocardiograma que estaba siguiendo mis latidos y en una de esas, esa noche que he llegado lo he desprendido y la maquinita ¡tiiiit! ha empezado y habían unas enfermeras al lado, ya, ya se ha muerto, andá a desconectarlo, estaban esperando a que muera y yo la verdad si hubiera podido hablar les hubiera gritado pero no podía, cosas que te sorprenden, yo ese rato decía dónde miércoles he venido a parar, Dios mío.

Así más o menos se han ido presentando casos en mi evolución, lo más tétrico era cómo empezaban a botar basura de lugares que supuestamente ya estaban bien

en mi cuerpo, empezaban a botar basura. Una vez yo tenía una partidura de labio con la explosión y me han cosido en emergencias. No, así nomás y bueno, la verdad estaba aletargado por la explosión, pero lo que me ha sorprendido después de dos semanas era que se ha levantado una bola dentro del labio, no sabía qué era, como una especie de bola, yo lo mordí con mis dientes y salió harta pus, me toqué y era balín y había agua ahí adentro, tocaba con mi lengua y yo le dije a una licenciada que estaba de turno, tengo algo aquí adentro: –No joven, así siempre es–, me dice. Así siempre es, no se preocupe se va a sanar y así moviendo con mi lengua saqué un pelo de ahí adentro, de eso me he asustado. Me he empezado a hurgar con mis dientes y por suerte mi diente pude agarrar y era una bola de basura como de medio centímetro más o menos, yo me asusté la verdad. He visto pues, Dios mío me han cosido con esto adentro, qué desgraciados, le he llamado ese rato a la licenciada y le dije, mire, es esto, y ese rato recién se pusieron a ver qué era, me agarraron, me lastimaron, no hay nada. Lo hemos dejado así, me he quedado más tranquilo, al día siguiente he empezado a botar basura, yo le dije, por qué son así Dios mío, imagínese si esto no se hubiera salido de por sí me hubiera causado cualquier cosa dentro.

Y en varias heridas la misma historia ha sido, en una herida de la pierna igual, al final de cuentas yo me curé la herida solito porque se inflamaba cada rato, salía pus y yo les decía. Venían, me lavaban con agua oxigenada, pero no hacían más y tanta era mi desesperación, el dolor de mí que un día de tan adolorido, apreté la herida con todas mis fuerzas y empezó a salir mechas del explosivo, recién empezó a sacar esta mecha hasta que al último he sacado y ya se ha cerrado, por eso recién se ha cerrado la herida, imagínese. Aquí igual en el brazo, por ejemplo esto era más grande, era una bola impresionante, yo les decía a los médicos, al cirujano le decía, doctor qué es esto, ah, que te vea el doctor Escalera, el traumatólogo. Se pasaban la pelotita entre los dos y hasta que un día le dije así muy seriamente al doctor Escalera: —¿Qué es esto, es pus?—, le digo. No, no es pus, no es pus, debe ser un golpe en los ligamentos por la explosión, algo así me dijo y por eso está inflamado, a mí me ardía y cuando es pus te arde, te molesta, si es solo un golpe no, no te molesta, todos los días me ardía. Hasta que un día una enfermera me dijo: —Si es pus ponte un apósito de agua caliente—, me decía, con eso va a florecer y justo eso me he hecho esa noche, me he puesto agua caliente y al día siguiente era una cosa impresionante de pus, lo pinché yo mismo, imagínese yo mismo me pinché. Tenía unas jeringas

que yo me compraba, nuevas, saqué una jeringa lo pinché porque ya era demasiado el dolor, ya era demasiado que no te estén atendiendo, que se hagan los locos, ya era demasiado. Me pinché y empezó a salir pus, yo mismo me empecé a sacar la pus para estar más tranquilo, vino una licenciada y me dijo, no te tienes que hacer eso y yo la verdad le respondí, hasta que ustedes me hagan se me va a caer el brazo y así varias veces le tuve que ir pinchando, hasta que un día...

Eran licenciados, ya están licenciados y yo supuestamente pensaba que ellos podían hacer eso cuando el médico no estaba. El médico tenía sus horas en horarios de oficina, no estaba todo el rato y lo malo era que, digamos, si te pasaba algo ahí, el único médico que se quedaba en todo ese hospital era el de emergencias, tantos enfermos y el único que se quedaba. Lo peor era que, yo he visto en ese hospital que los médicos tenían rivalidad entre ellos, no se llevaban bien, por ejemplo el traumatólogo no se llevaba bien con el cirujano y si un médico venía y te tocaba y el otro te reprendía a vos, era, como le digo, una clase de competencia entre ellos que no podías tocar al enfermo del otro. Yo creo que los licenciados han visto esa clase de casos y no hacían nada por miedo a las represalias que hubieran tenido.

La herida de mi mano yo me la curé y al ver mi cuerpo con tantas heridas ya com-

prendía digamos la lentitud cómo se curaba, cuando me ponían esos apósitos, esas cosas, se infectaban peor. Lo que yo hacía, yo un día les he pedido que me curen, me curaron, me pusieron las vendas, yo me saqué las vendas, y empecé a curar, desde ese momento me empezó a curar, yo la verdad no les pedía que vengan a curarme. Me hice comprar un botecito de alcohol yodado con una gasa y yo me curaba, metía mi mano adentro la cama y me empezaba a curar y así curó recién, las cosas que yo me curaba recién estaban empezando a curar, después de tanto tiempo.

Eso es lo lamentable de los hospitales bolivianos, no es el problema digamos la falta de plata. No es el problema ese; el problema es la falta de interés de los médicos, de las enfermeras, de las licenciadas. Como le digo, ellos la verdad solamente esperan que sea fin de su turno para irse, no sienten lo que los enfermos sienten. Ah, claro, no son todos; son casos excepcionales que hay, he conocido algunas licenciadas que son muy buenas, arriesgan a veces su propio puesto para calmarte el dolor.

En Oruro, hasta las que limpian todavía, imagínese, te trataba mal. A veces uno hace caer el bacín digamos donde está orinando porque no puede alcanzar, pide ayuda, por ejemplo pedían ayuda para ir al baño en sillas de ruedas y venían con un carácter así jeteando. Yo creo que de-

bería haber personas de mejor capacidad en ahí, esos deberían ser por ejemplo cargadores, no deberían meter a cualquiera en estos hospitales.

Por ejemplo la falta de material era una de las cosas más jodidas allá. Un día yo necesitaba un spray para la herida que tardaba dos días en encontrarlo, no había ni en el hospital ni en farmacias. Lo primero que debería tener ese hospital es todo preparado. Supuestamente allá ingresan enfermos, heridos de toda clase, no había y eran muy costosos y la verdad hay días ciertas farmacias que te querían vender pero sin factura. Imagine era, todo un chiste, todo tenía su historia ahí, por ejemplo en los casos de la operación que vendían hilos de sutura que no eran para la piel, que no servían y seguían vendiendo eso, la misma farmacia del hospital seguía vendiendo. El médico se quejaba cada vez, este hilo no sirve para esto y no había otro hilo que comprar, tenía no más que soportar eso, imagínese el hilo de mí era como esos hilos de plástico, gruesitos, igualito y los hilos que tenían que tener eran dice delgaditos, no tenían que ser así.

Si uno se pone a analizar, es que te ayuden, nada más, uno busca ayuda aquí, yo la verdad he encontrado en ellos, los cubanos. Yo he probado por lo menos cinco médicos, todos bolivianos y no ha habido eso lo que he encontrado aquí, digamos ese entendimiento con ese médico que

he encontrado aquí. Él por ejemplo me trata como a cualquier persona, ya vas a caminar, me alienta, los otros médicos se la pasaban quejándose, que no, que esto, que el otro, ah, no, a nosotros no nos pagan tanto, así, se la pasan más contándome sus problemas que yo contándoles mis problemas. En este hospital [Patacamaya] lo bueno que he encontrado es ciertos médicos extranjeros. Me duele decirlo, pero son mucho mejores que nuestros médicos, mucho mejores, pero es así, hay que aceptar la realidad, son amables, son gente que se preocupa, gente que de verdad son profesionales, no son, como le digo, los otros están en busca de dinero, ellos hacen un trabajo gratuito, esa es la gran diferencia yo creo, ¿no?

Yo, la verdad en este país tenemos tanta plata que el boliviano de nacimiento es estúpido, no sabe administrar sus riquezas, tenemos tantas cosas que en otros países no tienen. Para mí tendría que cambiar todo el sistema médico que hay ahorita, todo el sistema es una porquería, si uno se pone, imagínese yo en siete meses he visto tantos desmanes; imagínese qué estará pasando ahorita en ese hospital de Oruro, qué será, cuánta gente morirá por las estupideces que nos hacen. Sabe, por ejemplo yo, a mí desde que estoy pasando estos traumas, por ejemplo de estos hospitales, yo la verdad, si tengo un accidente, así grave prefiero morirme a volver a entrar a un hospital, es la idea

que yo tengo, claro, será a veces estúpida, pero es la verdad porque, yo incluso una vez le he dicho al médico que me estaba tratando...si hubiera sabido como era el sufrimiento, la verdad me hubiera dejado morir hace tiempo. Yo creo que la gente tiene miedo a los hospitales porque están traumatados por la mala atención que dan, una pésima atención donde tienes que aparte de soportar el dolor del tratamiento tienes que soportar la mala crianza de los médicos o enfermeras. Yo creo que debería haber un control sobre ellos, un control bien estricto.

Como ellos hacen paros, exigen a cada rato buenos sueldos, así deberían implementar controles en todo sentido para que traten bien al paciente. Aquí he estado leyendo un artículo donde decía, que en Estados Unidos habían implementado tratamientos de felicidad, donde el paciente tenía que reír más que todo y se curaba más rápido y es cierto, la verdad es cierto porque cuando uno habla y es feliz a veces ni siente el dolor, pero cuando te están traumando es más insoportable el tratamiento.

Esta narración muestra las falencias que tienen los hospitales públicos. La deficiente organización interna que se concreta en la falta de insumos de todo tipo, en la atención inadecuada, la falta de conocimiento médico, de empatía con los pacientes y en la presencia de una violencia institucionalizada en el interior de los servicios de salud. Violencia en términos, técnicos, físicos y psicológicos.

Si bien Antonio, básicamente, hace referencia al hospital público de Oruro, hemos recogido numerosas narraciones de otros hospitales que apuntan a las mismas deficiencias en torno a la calidad de atención. En la narrativa de Antonio podemos ver su sufrimiento; no solo por el dolor que él describe, provocado por las múltiples heridas en su cuerpo, sino, sobre todo, por la falta de atención adecuada, de atención en términos resolutivos. En el plano afectivo y psicológico que envuelve la trayectoria de enfermedad de Antonio, existe un gran vacío. Pese a ser un factor substancial en la recuperación de los pacientes, en especial en los casos de internación y en los tratamientos de larga duración, los hospitales públicos no lo tienen en cuenta ni tratan los problemas de naturaleza psicológica.

Este extenso relato nos sirve también para apreciar cómo diversos aspectos de origen socioeconómico, político e ideológico influyen en la calidad de atención. Sin embargo, no se mencionan aspectos de origen cultural como elementos que determinan la calidad de atención y la decisión de ingresar o no en un servicio biomédico. De hecho, los aspectos culturales no aparecen como centrales en las diversas narraciones recogidas entre la población quechua y aymara. Algo importante a tener en cuenta ya que “lo cultural” se ha constituido como elemento sustancial a la hora de diseñar los centros de salud interculturales. Sin embargo, el elemento que aparece como central es la violencia estructural del sistema de salud.

Salas de parto “humanizado” o “intercultural”

De las entrevistas realizadas a mujeres que tuvieron sus partos en los centros de atención primaria y hospitales llamados “de adecuación al parto”, recogimos diversos discursos. A pesar de que muchos de estos centros tienen una sala diferen-

te⁶⁴ de la sala de parto común, no todas las mujeres atendidas conocen su existencia. El conocimiento de esta alternativa por parte de las mujeres depende, finalmente, del convencimiento que tiene sobre su función el personal que atiende en estos centros.

Yo ni conozco esa sala, ni sé como es la camilla. Aquí en Patacamaya yo siempre he tenido en la sala fría, no sabía que había otra. Tuve la guagua ayer, me atendió un doctor cubano, a mi nadie me dijo que podía tener la guagua de otra manera.

El convencimiento del personal sanitario en torno a realizar un parto diferente es independiente de si han recibido o no cursos de capacitación. Hemos encontrado personal sanitario que aplica muchos de los requerimientos para un parto adecuado a la población indígena andina (dejar entrar un familiar, tomar mates⁶⁵, dejar a la señora la posición que quiera tener su bebé, entregar la placenta etc.), sin que sus centros tengan salas de “parto intercultural” ni hayan recibido cursos al respecto. Por el contrario, existe personal de salud que, pese a contar con el conocimiento necesario (a través de cursos de capacitación, o conocimiento propio por su origen), no realiza este tipo de atención dado que no ven sus beneficios o que ayude a una mejor atención.

La mayoría de las mujeres entrevistadas enfatizaron que no habían tenido un “buen trato”; “trato” que entienden como “mal trato”, negligencias médicas y atención inadecuada por parte de estudiantes en hospitales y centros de salud. Todo ello sumado al hecho de sufrir temperaturas extremadamente frías:

⁶⁴ Hay servicios de salud que han habilitado salas de “adecuación al parto”, pero que en realidad, solo estuvieron abiertas para la inauguración, como fue el caso del hospital Daniel Bracamonte, la sala que inauguró la cooperación Italiana, en el año 2004, nunca se uso.

⁶⁵ En Bolivia el término mate es utilizado para referirse a cualquier tipo de infusión.

Me gritaban que me calle, porque yo no aguantaba el dolor y gritaba, ellos no entienden que uno no aguanta el dolor.

Está bien tener la guagua como nosotros en la casa, pero lo más importante es que nos traten bien, porque si tenemos la guagua como en la casa pero te toca un practicante que no sabe, de qué sirve.

Lo más importante es que dejen entrar al marido así ellos pueden ver lo que hacen, porque adentro nos hacen de todo, y si está el marido no van hacer, hay hartos que te tocan, te ven, y eso sabemos que son practicantes, ellos se creen que como somos del campo no sabemos.

No tanto me han tratado, me han hecho resfriar, por el frío. Claro de atender bien atienden, pero me ha hecho resfriar, mal me he puesto, de un año me he sanado, por resfrío dice. Como sobreparto⁶⁶ me ha levantado y de un año, los huesos me dolían, el frío cuando así un poco tardesito, un poco me soplaba el frío y mal me ponía cada tarde y más me debilitaba, de ahí poco, me fui curando. Tarde más de un año en ponerme bien y eso del frío del hospital. Me sané pero me podía haber muerto. De eso mi marido ya no me deja ir más (Patacamaya, mujer 30 años, religión andina).

⁶⁶ El sobreparto es una patología popular, causada por el frío, frecuente en la zona andina, asociada por el saber popular a una de las causas de muerte más importantes en las mujeres.

Siempre dicen pues que en los centros no tratan bien, que ese rato mismo no se qué cosa, les dan unas cosas frías dicen, ¿no? En los centros te dan y eso a veces también causa dice, ¿no?, la muerte. Porque una de mis sobrinas ha pasado recientemente, hace medio año creo que era, ha estado aquí en el hospital de la mujer, en la maternidad de mujer, ahí ha venido a tener su guagua [en La Paz] y en ahí se ha muerto. O sea que le habían dado, dice, todo normal ha nacido, dice, ya estaba recuperando y su marido de esa mi sobrina ha traído agua mineral, creo, es frío, ¿no ve? Entonces dice que las enfermeras le habían dicho sí, puedes tomar y tenía sed. Siempre uno tiene sed, ¿no ve? Cuando tiene su bebé, entonces tenía sed –¿Puedo tomar? –Sí, puedes tomar–, le habían dicho. Había tomado y más un rato como dormida ya estaba muerta; en la misma maternidad, de ahí han sacado ya muerta. Entonces viendo esas cosas, ya mucha gente pues, más bien no hay que ir por ahí, aquí en la casa con matecitos uno se trata, no así como en las clínicas, puede ser yo creo que se vengan más, yo creo que sí, porque la gente le gusta pues así no, tener su soltura. Si uno supiera que en los hospitales te lo van hacer bien...No tendríamos tanto miedo de ir. La verdad es que dentro del hospital también mueren las madres (Mujer, 40 años, religión católica. El Alto).

No, porque me han querido hacer cesárea y me escapé y tuve en un particular y tuve normal. No, me dijo espera ahí afuera y hasta eso me escapé, me fui, llegué a mi casa, me fui a un particular, me dijo vas a tener al amanecer y tuve al amanecer a mi hija normal. Esto te dicen para que practiquen los estudiantes (Potosí, mujer, 23 años, evangélica).

Como respuesta a la pregunta que realicé a las mujeres, sobre si las camillas que hay en los centros de salud intercultural de El Alto y en los hospitales de Tinguipaya y Patacamaya⁶⁷ son adecuadas para la atención del parto, recogí lo siguiente:

Yo tuve un problema en la camilla, casi me desgarro... Esas camillas no son buenas, no sé a quien se les habrá ocurrido, pero es muy incómoda. El problema después es que el centro es muy chiquito y no nos podemos quedar en la sala por si viene otra mujer a tener su guagua, no hay espacio. Para mí, lo más importante es que me atiendan bien, que estén por mí, lo de la camilla sería lo de menos si nos atienden bien y dejan entrar a la familia (Mujer, 23 años, evangélica. El Alto).

A mí me atendieron muy bien, atiende muy bien la doctora, me gustó, aunque tenía dolor pero estuvo bien, con cariño me atendió, la otra guagua la tuve cuando

⁶⁷ Estos hospitales y centros de salud tienen diversas camas y cuartos para realizar el "parto intercultural" que difieren unos de otros. Los criterios para el diseño tanto de las salas como del mobiliario interno varían.

no tenían esta sala, bien nomás es ahora, pero depende de quien te atienda, yo quiero esta doctorcita y donde ella vaya yo voy. Otros, no porque te atiendan en esa sala te atienden mejor, eso depende de los doctores que atienden. Eso depende del doctor (Mujer 18 años, religión andina. El Alto).

Tener la guagua en una cama o en otra, para mi es lo mismo, lo importante es que esté el familiar y nos traten bien, y que el cuarto no esté frío, el cuarto es tan frío que después de tener la guagua, agarramos sobreparto, no mueres de una cosa pero puedes morir de otra por venir al centro de salud. Yo he venido porque dicen que el SUMI cubre todo, pero no es cierto, los calmantes no te cubren y otras cosas tampoco. Uno viene del campo sin nada y se encuentra con que tiene que pagar y esto es un problema (Mujer, 30 años, religión andina. Patacamaya).

Hay que añadir que, por un lado, encontramos mujeres que hablaban bien de estas salas de adecuación al parto –humanizadas o interculturales– porque habían tenido ahí a sus bebés o porque les habían contado experiencias al respecto. Otras, al comentarles sobre experiencias desarrolladas en otros puntos del país, mostraron, pese a cierta desconfianza, interés en probarlo ellas mismas.

Sí me gustaría, sería muy bueno poder tener como en la casa, lindo sería eso;

pero ¿será que nos atenderán bien? (Mujer, 25 años, católica. Potosí).

Pero también existen mujeres que opinan lo contrario:

Yo si voy al hospital, quiero que me traten como en el hospital, con la camilla del hospital, porque sino, hay riesgo igual y para eso lo tengo en mi casa, lo que si deben de dejar pasar es la familia. Mi comadre es española y me dice que en España dejan entrar al marido en los hospitales españoles, eso me dice y eso aquí también tendría que ser, no los dejan entrar para que no vean todo lo que nos hacen y que nos atienden practicantes (Mujer, 23 años, evangélica. Patacamaya).

El problema es que si la guagua viene mal, aquí en Tinguipaya no te pueden atender. Para hacer cesárea te mandan a Potosí y por el camino te mueres nomás, de qué sirve tener la guagua como en la casa si después en el hospital no te pueden atender como médico, porque dice que no tiene para operar... faltan muchas cosas en este hospital para que la gente no se muera, porque para que está un hospital, de mí pensar es que está para que la gente no se muera. Mucha gente de aquí cuando estamos mal nos vamos a Potosí (Mujer, 50 años, católica. Tinguipaya).

No creo, porque hay veces, ¿sabe?, el parto no siempre viene pues en forma normal. Hay veces necesita siempre, de una cesárea, entonces prácticamente los medicamentos caseros no le van a servir nada, necesariamente eso tiene que hacerse quirúrgicamente, por eso yo no comparto, solamente para un dolor de estómago o un cólico o una gastritis, agarro yo hay veces mis medicamentos caseros. Hay veces me hace efecto a mí porque yo le tengo fe a las cosas cuando yo tomo, pero hay veces cuando yo les digo a las personas tomen esto, no les hace efecto: forzosamente tienen que acudir al médico. Hay veces mucho hace la fe, ¿no? Con lo que uno toma y eso es, yo no estoy de acuerdo con poner otra sala de parto o un curandero, eso no va hacer que sane más gente (Mujer 60 años, católica. El Alto).

Una de las iniciativas desarrolladas en la zona rural y en un centro de la ciudad de El Alto es la incorporación de las parteras a los procesos de capacitación. En algunos lugares y por parte de las alcaldías, se les remunera por parto. Sin embargo, las parteras poseían una mayor remuneración económica de la que hoy obtienen por realizar partos en los centros de salud, motivo de insatisfacción por parte de ellas.

Si, veinte bolivianos, mucho, poco es. Nos da la alcaldía. Nosotros queremos más recursos, más sueldito porque las gua-güitas estamos curando también nosotros de mancharescas, de wisat'alistas, de

siquichopasa, de mulla, todo nosotros curamos. De eso no hay nada pa' nosotros, eso reclamamos nosotros, no hay nada. Manteamos⁶⁸ nosotros. Antes me pagaban cincuenta, cuarenta, según conciencia de ellos, algunos hasta cien me pagaban. Ahora hospital paga, entonces ya no quiere pagar pues a las parteras, hospital paga dicen, de eso. Si, peor, algunos estamos amaneciendo junto con el parto, algunos no enferman ese rato, entonces el frío también pa nosotros, algunos nos da bien cama, algunos no (Tinguipaya).

Para la población, el buen o mal "trato" depende del personal sanitario que atiende en los centros y hospitales:

Esa vez me decían, por ejemplo, si vos no quieres tener dolor, ¿no quieres ya tener el dolor? Entonces porque has estado con tu marido, pa' qué, por qué o sea que por qué tienes que estar abriendo las piernas si no quieres tener, entonces aguántese, así me sabe decir. Si, hasta la doctora me reñía, pero..., en el hospital Bracamonte, así era, mala era, pero después otro se ha hecho esto y ahora ya no es pss lo mismo, otro se ha construido porque más antes, antes siempre era todo viejo era. Frío era, frío hacía, cuando yo venía de mis hijos pues, ahora calentito, bien es pues ahora, sí. No, todavía no me riñen, al menos a mi no, pero era bien y también mi hijita,

⁶⁸ El manto es una técnica popular para acomodar al bebé en el vientre de la madre.

las señoritas me han metido en camilla, cuando estaba mal también me han ayudado, con el dolor así que no me han gritado, con mis otras hijitas disparates me han dicho, eso depende de quien esté, lo importante es que entre un familiar para que nos proteja (Mujer, 29 años. Potosí).

Por un lado encontramos que la población mantiene un discurso sobre la necesidad de cambiar “el comportamiento del personal sanitario” y, por otro, la necesidad de restringir el acceso de los estudiantes (internos) a las áreas de parto. Como podemos ver, lo importante para la mayor parte de las mujeres es “ser bien atendidas”, más allá de que esa atención se lleve a cabo en un centro intercultural. La posición de la parturienta pasa a un segundo plano si la atención es correcta. Para las mujeres quechuas y aymaras es más importante que un familiar las acompañe en el momento del parto y ser atendidas por “*médicos de verdad*”. Muchos de los partos caseros no son atendidos por las parteras sino por los varones, es decir, para las mujeres es un motivo de tranquilidad que se deje pasar al compañero (Dibbits y Terradas, 2003; Ramírez Hita, 2005).

Ingresar comida o mates está permitido en muchos servicios, aunque no tengan salas de adecuación al parto, como en el caso del hospital Daniel Bracamonte de Potosí.

En nuestro trabajo de campo, no hemos observado que haya atención sistemática en los centros interculturales. Lo que sí hemos encontrado son elementos sueltos, dispersos: en algunos centros se realizan partos en la sala adecuada, en otros se da la placenta, en otros se permite tomar mates, etc. En la práctica, la decisión última sobre qué realizar está en manos del personal de cada centro.

Terapeuta tradicional en el interior de los centros de salud

La incorporación de terapeutas tradicionales a los centros de salud no es un tema fácil de abordar, tanto desde la visión del personal sanitario, como la de la población, por las consecuencias que ello conlleva. En el caso de la población quechua y aymara con la que hemos trabajado, la diferencia de los diversos discursos procede de los aspectos conflictivos que se justifican en la categoría de religión. Es, de hecho, la religión la que, en muchos casos, origina los desacuerdos que mantiene la población en cuanto a la incorporación de los terapeutas tradicionales a los servicios de salud. A diferencia de la población indígena evangélica, son las personas de religión católica y andina las que presentan más afinidades en cuanto a dicha incorporación:

Sobre esta medicina tradicional, para nosotros es una alegría, ha sido grande, hemos visto, se han capacitado bastante y se está haciendo medicinas tanto como jarabes, tanto como fricciones que estamos ocupando bastante y quisiera pero que se amplíe un poquito más, que se haga reuniones con las comunidades que ya se está elaborando medicamentos con nuestras propias plantas medicinales que lo tenemos por cantidad nosotros acá en Tinguipaya. Como ser el molle, el eucalipto, la muña, huir-huir y hay tantas cosas casi ya no traemos de ninguna parte. Por eso nos sentimos orgullosos nosotros, pero quisiera que se elabore más, más y que se exporte a otro lado también, inclusive a todo Bolivia nomás, primero y después se puede salir afuera.

Eso ha sido, es una alegría como autoridad para nosotros de que se ha incluido la medicina tradicional y nuestros propios médicos, claro, tenemos, los del campo sabemos también que ellos saben, entonces lo que no puede el médico entonces lo pasa, también participa el médico tradicional, igual mismo en las enfermeras, porque muchas veces las personas, las mujeres del campo no quieren entregarse, ¿no?, a un médico varón a lo menos para hacer el parto. Pero ahí tenemos las parteras tradicionales, ¿no? Con higiene, más limpio ya, con lo que están capacitando ellos es bueno. Sí, es bueno, pero yo creo que se necesita equipar un poquito más al hospital que tenemos, intercultural, porque hay veces para un rayos X, para un, no se qué se llaman esos aparatos que cuando ven al bebé que están esperando; no tenemos todavía muchos aparatos, ecografía, ¿no? Entonces todo ello, tenemos que ir hasta Potosí (Tinguipaya, autoridad).

Para nosotros los yatiris, kallawayas y todos esos, el diablo está con ellos, no veo que si ponen uno de esos a los centros va a ir más gente. Los cristianos no iremos, si el diablo está dentro. Además eso no va a mejorar los centros, los centros se mejoran con buenos médicos ¿Cuánta gente se muere por ir a los curanderos? (Hombre aymara, 25 años, evangélico. El Alto).

Yo voy ahí en el centro, hay un naturista en el centro, atiende bien no más, pero también aquí en el pueblo hay naturistas. A veces cuando vas y te receta una cosa y el médico te receta otra y te dice cosas distintas. Yo creo que si trabajan juntos en el centro los dos deberían de atender conjuntamente, porque sino para que vamos al centro (Hombre aymara, 40 años, católico. Patacamaya).

La verdad es que los hermanos no sé van a querer acercar al centro si hay un jampiri o yatiri. Eso no están pensando desde el ministerio y hermanos somos hartos en las comunidades (Hombre quechua, 30 años, evangélico. Potosí).

Como ya he mencionado en otras investigaciones, la religión evangélica cada vez posee un mayor espacio en torno a la salud, debido al aumento de su número de fieles. Es importante tener en cuenta su influencia con respecto al sistema biomédico y tradicional, ya que la Iglesia evangélica va en contra de las prácticas tradicionales. Tal es así que es el elemento religioso el que aparece como prioritario cuando se trata de decidir si mejora la calidad de atención con los terapeutas tradicionales en el interior de los centros de salud intercultural.

La población quechua y aymara, en especial la de religión católica y andina –aunque también algunos evangélicos–, destaca que la presencia del terapeuta tradicional es más importante en los centros de salud y hospitales de las ciudades que en la zona rural. Sobre todo, para tratar el susto⁶⁹ en la sección de Traumatología

⁶⁹ El susto es una patología popular, frecuente en la zona andina, que causa enfermedad y muerte. En las culturas quechua y aymara, el individuo se compone de tres almas, una de ellas es el ánimo o el ajayu, que cuando se desprende del cuerpo provoca la enfermedad del susto. Uno de los primeros síntomas del susto

y para realizar limpiezas energéticas de las camas. La migración permanente a las ciudades, crea desconfianza a la hora de elegir un terapeuta tradicional. En las zonas rurales todos saben dónde encontrar, si lo necesitan, un buen especialista en medicina tradicional, a quien se consulta habitualmente para resolver patologías populares andinas.

En la ciudad uno no sabe que yatiri es bueno y no es farsante, si pusieran uno que sea bueno en los hospitales o en los centros sería muy bueno, la gente iría, yo iría. Porque aquí en El Alto yo no sé cual es bueno, en el campo sí sabemos, pero aquí no (Mujer aymara, 28 años, religión andina. El Alto).

Lo que a mí me gustaría es que pudiera venir un curandero a sacarme el susto, he tenido un accidente en la flota y toditos que estamos aquí del accidente en cuanto salgamos vamos a un jampiri que nos llame el ánimo; pero sería bueno que pudieran venir aquí y curarnos más rápido. Mucha gente se pide el alta solo para llamarse el ánimo y después si están muy graves entran de vuelta (Hombre quechua, católico, internado en el hospital Daniel Bracamonte. Potosí).

Otro apartado de interés destacado por la población para el área urbana, en concreto en los hospitales, es la utilidad de los terapeutas tradicionales para las limpiezas energéticas de los cuartos y camas de los internados.

Esa energía del muerto, del enfermo que ha pasado por esa cama, hay que limpiar, eso sino se lo queda el siguiente que se acuesta y a veces de la cama no más es que el enfermo empeora y no sana (Terapeuta tradicional. El Alto).

Sería muy bueno que los dejaran hacer limpias dentro del hospital. Eso nos ayudaría harto. Y también con el susto, porque en los hospitales hay mucho accidentado y esos hay que tratar de susto (Terapeuta tradicional. Potosí).

Yo estoy peor desde que he entrado aquí, yo creo que está el espíritu de la persona anterior en esta cama. Yo siento una angustia a la noche que no es normal, no es de aquí, no es mía... Talvez el anterior de esta cama se ha muerto aquí. Aquí hace falta que los jampiris limpien, hacen falta limpias en los hospitales y eso no lo tienen en cuenta y es muy importante para que nos podamos sanar. Ni las ventanas abren en el hospital (Mujer, 20 años, internada en ginecología hospital Bracamonte).

Paradójicamente, gran parte de los centros de salud intercultural han sido diseñados y pensados para las zonas rurales. Cuando es en las zonas rurales donde la población sabe dónde viven los terapeutas tradicionales y cómo recurrir a ellos cuando lo requieren. En consecuencia, contar con un terapeuta tradicional (yatiri, jampiri, kallawayaya, cahuayo, etc.) en los centros de salud rurales no garantiza una mejor calidad de atención. Para la pobla-

ción quechua y aymara, la calidad de atención está asociada al personal sanitario de los servicios, no a los terapeutas tradicionales.

A modo de síntesis

Como hemos visto, para la población la calidad de la atención no significa adecuar el centro de salud a su cosmo-visión, sino que el centro tenga capacidad resolutive sobre las enfermedades y padecimientos que sufre y, además, que ello esté *“unido a un buen trato”*. Para contar con una buena capacidad resolutive hacen falta toda una serie de elementos que la población reconoce como más importantes que la mera incorporación del terapeuta tradicional al centro de salud o la adecuación intercultural de la salas de parto.

Los cuatro puntos principales destacados por la población indígena quechua y aymara son: 1) falta de una salud pública gratuita para toda la población; 2) falta de infraestructura adecuada (posibilidad de quirófano en las zonas rurales); 3) falta de ítems de profesionales altamente cualificados. Sobre todo en la zona rural; 4) falta de insumos necesarios para poder recibir una atención adecuada.

Para la población lo fundamental es recibir una *“buena calidad de salud”*, apreciación que, sin duda, no difiere mucho de lo que el mismo personal de salud considera, cuando se sitúa en los roles de paciente o cuidador, como buena calidad de atención.

Una diferencia notable entre los centros de salud de las zonas rurales y los de las ciudades estriba en que en estas últimas se pueden encontrar servicios de segundo y tercer nivel. Las ciudades poseen alternativas más variadas de atención a la salud, sean tradicionales, alternativas o las propias de los servicios de salud biomédicos: públicos y privados. Todo lo contrario sucede

en el ámbito rural, con menos alternativas de atención médica. Cuando el individuo o la familia decide recurrir a un servicio biomédico, las posibilidades que se ofrecen en la mayor parte de los centros de salud intercultural quedan reducidas a la atención primaria.

Dado que la atención primaria⁷⁰ debería ser básicamente prevención y promoción de la salud, no puede, por tanto, cubrir las funciones que prestan los segundos y terceros niveles, niveles que la población de la zona rural considera también necesarios.

¿De qué sirven las salas de adecuación al parto andino y los terapeutas tradicionales, si los insumos básicos y el personal calificado no están presentes en los centros? Ésta es la pregunta que, de manera reiterada, se formula la población que vive en las zonas donde se hallan los centros de salud intercultural, centros en donde son atendidos frecuentemente por internos y estudiantes.

A fin de disminuir la mortalidad materna, sería de especial importancia que se pudieran realizar cesáreas en los centros rurales ya que, ante las condiciones de los caminos, la posibilidad de que la parturienta llegue a las ciudades no se convierte en una capacidad resolutive real.

La población indígena destaca como elemento más importante, y más problemático, la atención de los estudiantes, atención que es asociada al *"mal diagnóstico"* y que repercute en la *"mala calidad"* de la atención. Esto influye claramente a la hora de elegir otras alternativas de atención diferentes a la biomédica. Como destacaba uno de los informantes: *"Que nos manden médicos de verdad, que no practiquen con nosotros. No somos el trabajo práctico de cualquiera, a nosotros no nos van a borrar las heridas y vamos de nuevo a empezar, son cosas que vamos a llevar toda nuestra vida"*.

La población indígena quechua y aymara enfatiza la necesidad de cambiar el comportamiento ético y el compromiso profe-

⁷⁰ En el sistema de salud público boliviano, la prevención y promoción de la salud existe en el discurso pero mínimamente en la práctica.

sional del personal de salud y, fundamentalmente, la organización de los recursos humanos y el funcionamiento de los hospitales.

Capítulo 5

LAS PRÁCTICAS CON RESPECTO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Con el conocimiento de las representaciones sociales del personal sanitario y de la población quechua y aymara, en este capítulo nos adentramos en las prácticas concretas que son llevadas a cabo en los servicios de salud tanto en zonas rurales como urbanas, para poder entender con mayor claridad como está configurada la salud pública en el altiplano boliviano.

Zona rural

Muchos de los centros de la zona rural del altiplano son atendidos por auxiliares de enfermería e internos (de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos), que acuden a realizar sus prácticas a los centros de salud. El personal sanitario que trabaja en la zona rural, con frecuencia en condiciones muy precarias, vive habitualmente sin su familia, a la que prefiere dejar en la ciudad para que sus hijos puedan estudiar, ya que las escuelas en la zona rural no poseen calidad en la enseñanza. Solo ven a sus familias un fin de semana al mes, cuando salen a cobrar su sueldo; en ese momento, los centros de salud rurales suelen cerrar o quedan a cargo de estudiantes.

A ello se suma que el personal sanitario rural está expuesto a la mirada constante de los miembros de la comunidad en la que habitan. Cualquier comportamiento que la comunidad considere inadecuado, servirá de reproche al centro y a las autoridades pertinentes. Una circunstancia que no tan solo afecta a las prácticas mal realizadas en su trabajo (negligencia médica, mala administración del centro sanitario, etc.), sino a aquellas que se realizan fuera del horario del mismo –y que son, asimismo, observadas por la comunidad– como por ejemplo: tener relaciones sexuales con algún miembro de la comunidad o consumir alcohol en exceso.

El personal rural (médicos, enfermeros, auxiliares, farmacéuticos, etc.), tiene poca posibilidad de ascenso en su profesión, debido a que no pueden capacitarse con estudios de especialización y a que no pueden trabajar en un consultorio privado, como sí hace una parte del personal de salud pública que trabaja en las ciudades. No pueden, por tanto, mejorar, no tan solo económica sino profesionalmente. Estas condiciones hacen que la mayoría del personal de salud tenga una baja autoestima, sumado a un descontento generalizado al considerarse mal pagados y no reconocidos –la mayoría de las veces– ni por la población ni por las autoridades superiores. Las condiciones laborales son tan deficientes que repercuten en la calidad de la atención de los centros de salud. A fin de mostrar con mayor claridad cuál es la realidad en la zona rural del altiplano boliviano, pondré el ejemplo de un hospital que está siendo mencionado dentro y fuera del país como modelo de hospital de salud intercultural.

Tingupaya es un municipio del departamento de Potosí que posee casi 30 mil habitantes, en donde se encuentran 18 puestos de salud y un hospital de salud intercultural. En dichos puestos tan solo trabajan auxiliares de enfermería (uno por puesto) mientras que el hospital de salud intercultural que (fue terminado de construir hace unos años por la ONG italiana COOPI), únicamente puede resolver casos de atención primaria.

El equipo del hospital está compuesto por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un odontólogo, un farmacéutico y un terapeuta tradicional. Dado que dicho equipo debe atender en el mismo hospital, pero también en las comunidades (sumamente dispersas y, en algunos casos, prácticamente inaccesibles ante la ausencia de caminos en buenas condiciones), el hospital suele estar cerrado o disponer tan sólo del farmacéutico. En Tinguipaya, a tres horas de Potosí, (la mitad del camino es de tierra) se encuentra el hospital Daniel Bracamonte, el único hospital público de tercer nivel de todo el departamento⁷¹.

El hospital de Tinguipaya fue construido y pensado de acuerdo con la definición de interculturalidad mencionada. El objetivo fue obtener armonía y unión entre los dos sistemas médicos; de ahí que se considerara la necesidad de crear una sala en donde se pudiera realizar el parto de la manera tradicional, es decir: tener la guagua en la posición en que la mujer quisiera, con los familiares presentes, con ciertos mates y preparados necesarios para que el parto pudiera realizarse como en casa (donde se respetan las concepciones culturales del frío y del calor). Se equipó asimismo con un ambiente en el que el terapeuta tradicional pudiera atender dentro del hospital.

Así, fue construido un hospital, en donde lo cultural tomó importancia en la construcción arquitectónica (materiales, forma, color, etc.); pero fueron dejados de lado aspectos principales que hacen a la capacidad resolutive de estos centros. Actualmente, en el hospital de Tinguipaya ni tan siquiera se puede realizar una simple cesárea en el caso de que surjan complicaciones en el parto. El hospital funciona exclusivamente como centro de atención primaria, con el único agregado de poseer dos dependencias para internación. Cualquier parto con complicaciones debe ser derivado al hospital de Potosí.

⁷¹ A causa de las deficientes condiciones de los caminos, algunas de las comunidades del municipio de Tinguipaya pueden tardar más de seis horas en llegar a la ciudad de Potosí.

Estos centros y hospitales se crearon con el interés fundamental de incidir en una disminución de los índices de mortalidad materna infantil. Dado que la población no recurría a los servicios de salud, la cooperación internacional supuso que era porque los partos eran atendidos por las parteras en las comunidades y que lo único que había que hacer era adecuar los centros de salud a las formas de entender y atender la salud/enfermedad de la población indígena andina. Por esta razón, se planeó una sala diferente a la del parto convencional, así como la incorporación al centro de un terapeuta tradicional y la capacitación de parteras y terapeutas tradicionales, en especial sobre como realizar el “parto limpio”, posibilitando la realización de preparados mediante plantas medicinales de la zona. No se pensó, sin embargo, en la capacidad resolutive en términos médicos, ya que las causas de morbimortalidad tan solo fueron analizadas desde la óptica cultural. Se actuó desde el supuesto de que la población prefería ser atendida por la medicina tradicional y realizar los partos con parteras, porque los servicios de salud no estaban adecuados a la realidad cultural andina.

Pero en estos centros de salud intercultural, al registrarse una complicación en el parto, el riesgo de mortalidad materna sigue siendo alto. En el caso de Tinguipaya, por ejemplo, la ambulancia existente no cuenta con chofer desde hace un año –como ya se mencionó–; la mayor parte de las veces el hospital está cerrado y tan solo existe un médico general para una población de 30 000 habitantes dispersos.

Cuando una persona de la comunidad recurre a un puesto de salud lo que realmente quiere es ser atendido por un médico (con capacidad resolutive) porque, de querer recurrir al terapeuta tradicional, ya conoce donde vive y en qué casos debe acudir a él, dentro de la diversidad de formas de atención que existen en la zona. El problema por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque ahí no solucionan sus problemas. Pese a que los terapeutas tradicionales que rotan en el hospital de Tinguipaya son pagados por la alcaldía, son poco consultados en dicho cen-

tro. En la zona rural, toda la población sabe donde localizarlos y su capacidad de atender las patologías populares. Estos terapeutas, además de realizar tratamiento a los enfermos, se encargan de la cohesión grupal en las comunidades: su trabajo se caracteriza, y se ha caracterizado a lo largo de su historia, por ser un trabajo informal, no institucionalizado.

La atención a los enfermos, así como el desarrollo de prácticas de prevención, incluye la realización de mesas y ceremonias rituales que son ofrecidas a los distintos causantes de enfermedad (las almas, la pachamama, el rayo, etc.). Aspecto que no se tuvo en cuenta en la creación de la mayoría de los centros de salud interculturales: el cuarto destinado al terapeuta tradicional era igual que el del médico. Sin embargo, es sabido que un terapeuta tradicional andino necesita quemar incienso y ciertos elementos, matar animales (la utilización de la sangre es importante) mientras que lo habitual es que realice su tratamiento en el interior de la casa del enfermo —ya que no se enferma un individuo independiente sino que se enferma el grupo familiar— en la cima de un cerro, o si la enfermedad es el susto, en el lugar donde se asustó la persona, etc.

En la práctica, el médico y el terapeuta tradicional trabajan aislada y no conjuntamente, por mucho que estén en el mismo centro. Ambos se encuentran situados en espacios separados, aplican tratamientos diferentes e incluso contradictorios. Contribuyen, de esta manera, a la confusión del paciente cuando se trata de patologías biomédicas; lo que no ocurre en el caso de las populares (susto, gloria⁷², orejo⁷³, etc.), sobre las cuales la población ya conoce las limitaciones del médico y que es el tera-

⁷² La enfermedad de la gloria aparece cuando, al caer un rayo, el humo entra dentro de la persona. El trueno asusta a la persona. Esta patología provoca tos, temperatura y debilitamiento hasta la muerte. Solo puede tratarla un terapeuta tradicional a través de una ceremonia ritual (Ramírez Hita, 2005).

⁷³ El orejo/orejeadura es una patología popular que aparece cuando el olor de un muerto (humano o animal) entra dentro de la persona. Es un motivo de muerte común en los niños, por ello las mujeres embarazadas evitan ir al cementerio (Ramírez Hita, 2005).

peuta tradicional quien posee el conocimiento. A veces, la población acude al centro a buscar al terapeuta tradicional durante su horario de trabajo para pedirle que, en cuanto se desocupe, vaya a atender a la casa del paciente. Es decir, que aún cuando las patologías queden anotadas en los registros de los terapeutas tradicionales, en su mayoría no son tratadas en el centro.

Como ya he mencionado, la religión evangélica, posee cada vez un mayor espacio en torno a la salud. Es importante tener en cuenta el grado de influencia con que cuenta en relación a los sistemas biomédico y tradicional; en especial si se considera que la Iglesia evangélica es contraria a las prácticas tradicionales ¿Una indígena quechua evangélica acudirá a un centro de atención primaria si en el mismo se encuentra un terapeuta tradicional? Este y otros interrogantes necesitan ser analizados e investigados antes de encarar intervenciones concretas (Ramírez Hita, 2006a).

Otro de los ejemplos, es el hospital de Patacamaya, desde hace cuatro años considerado de salud intercultural. Tiene una sala designada al parto tradicional y un espacio para un naturista, además de salas de internación y quirófano. Sin embargo, de este hospital se desprende la insatisfacción de las personas que viven en las zonas rurales que lo rodean, en su mayoría aymaras. Al igual que el hospital Daniel Bracamonte de Potosí, la cooperación (en este caso española) realizó un trabajo prolongado de capacitaciones de todo tipo. Durante años, optimizó la infraestructura para conseguir mejorar los datos epidemiológicos (sobre todo en la salud materna infantil) y la calidad de atención. Pero lo cierto es que al hospital llegan muy pocos pacientes. Cuando la población de la zona necesita de algún tipo de atención médica, suelen viajar a la ciudad de La Paz.

Uno de los elementos más importantes del saber popular, referido al parto andino, es la necesidad de “calor” para que el parto se realice adecuadamente y para que la parturienta no sufra de sobreparto –patología popular– considerada una de las principales causas de muerte en las mujeres. Las bajas temperaturas del

hospital de Patacamaya son mayores que si uno se encuentra a la intemperie⁷⁴, motivo por el cual las mujeres no quieren atenderse en este servicio, por el miedo a morir de sobreparto. El hospital no posee sábanas, ni mantas suficientes, cada cama posee solo una cobertura en un lugar del altiplano en donde las temperaturas son realmente bajas. Cuando realicé el trabajo de campo había nevado y el frío que hacía en el interior del hospital era realmente insoportable. Los centros de salud intercultural se centran casi en exclusiva en la forma de tener el parto pero no en la esencia de las pautas culturales, en este caso el “calor”. Este es uno de los múltiples motivos por los que estas salas siguen sin tener ningún éxito en la población de la zona.

A pesar de que este centro posee una sala especial para realizar el parto en la forma tradicional, solo ha sido utilizado en pocas ocasiones por internos que, previamente, han tenido que convencer a las mujeres para ser atendidas en esa sala. En cualquier caso, la mayoría de las veces ni tan siquiera se ofrece la sala a las mujeres.

Por otro lado, existen varios naturistas que se van rotando en el hospital, pero también poco frecuentados. Al igual que en otros servicios, la atención de los estudiantes es uno de los motivos por los que la población considera que el centro no posee calidad de atención. A ello hay que añadir que a los profesionales bolivianos se suman actualmente los profesionales cubanos, una situación que, como veremos más adelante, genera toda una serie de problemas internos.

Otro de los centros referido como exitoso es el hospital de Curva, creado en el año 2000 en la Provincia Bautista Saavedra (departamento de La Paz). Esta es un área de terapeutas tradicionales kallawayas y, por ello mismo, incorporaron al hospital un kallawaya, pero como destaca Callahan (2006:289): “Casi seis años más tarde, esta innovadora idea no ha funcionado. Desde diciembre de 2002 hubo solamente treinta y cuatro visitas según el registro de pacientes del consultorio kallawaya, con un promedio

⁷⁴ A pesar de que la cooperación colocó calefacción nunca funcionó.

de once consultas por año entre 2003 y 2005". Es interesante destacar que "más de la mitad de las personas eran turistas extranjeros y solamente dos visitas correspondían a pacientes de Curva" (Callahan 2006: 289). El estudio de esta autora resalta cómo, desde la creación de este centro, el número de visitas es inferior al que se contabilizaba antes. Este hospital cumple las funciones de un centro de atención primaria, de modo que cualquier complicación (inclusive un parto) no puede ser atendida. Este es uno de los motivos por los cuales la población no acude al servicio; a lo que se añade el hecho de que, cada tres meses, cambia de interno y la población sabe que estos internos son estudiantes que realizan sus primeras prácticas.

Ante la propuesta de los residentes del Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural⁷⁵ (SAFCI), que señala al médico como líder de la comunidad (para realizar todas las gestiones necesarias en torno al ámbito de la salud, incluidas las de investigación, saneamiento de aguas, etc.) y como protagonista capaz de "coadyuvar a la reconstrucción del poder local de las comunidades" (Ministerio de Salud y Deportes, 2008a:9), la pregunta que se desprende y queda pendiente en el debate es: ¿quién va a atender el centro de salud mientras estos médicos se dedican a gestar iniciativas de la comunidad? El eje, por tanto, vuelve a ponerse en la dispersión, con el resultado de que los centros no disponen de personal cualificado para la atención.

Zona urbana

Uno de los elementos que hay que tener en cuenta es el poder de los sindicatos y colegios de los trabajadores en salud. Su influencia llega al punto que, cuando se sabe que un trabajador

⁷⁵ Actualmente hay "143 médicos residentes de SAFCIS en 143 puestos de salud" (Ministerio de Salud y Deportes, 2008a:10)

con ítem ha incurrido en algún tipo de negligencia médica, consumo excesivo de alcohol o cualquier tipo de corrupción (robo de medicamentos o de insumos), este no es expulsado del sistema público, sino que es trasladado de lugar, comunidad u hospital. La protección interna vigente dentro del sistema de salud hace difícil cambiar su estructura.

Para presentar con mayor claridad la realidad de las zonas urbanas del altiplano, expondré el ejemplo del único hospital de tercer nivel, considerado de salud intercultural: el hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí.

En la época en que efectuaba el trabajo de campo en el interior de este hospital, quedé ingresada de emergencia en la sección de ginecología; fui sometida a una intervención quirúrgica que me obligó a permanecer 12 días en el hospital. Este hecho me permitió observar elementos que habían sido mencionados en las entrevistas tanto por la población de la ciudad como por el personal sanitario y, a su vez, observar –y padecer en mi propio cuerpo– aspectos no verbalizados, especialmente relevantes, en cuanto a la calidad de la atención.

La cooperación italiana trabajó durante muchos años en la mejora de la infraestructura del hospital. Instalaron calefacción y realizaron numerosos cursos de capacitación al personal sanitario a fin de elevar la calidad de la atención. Así, a partir de estos cursos, salieron dos promociones de un postgrado de “salud intercultural”. Ubicaron en la entrada del hospital una recepción para informar al paciente –Willaqkuna⁷⁶ con personal que hablaba aymara y quechua, ya que detectaron que el idioma era un impedimento dentro del hospital. La cooperación italiana no tan solo contaba con una larga trayectoria de intervención en la zona, sino que eran también defensores de los centros de salud intercultural y apoyaron la configuración institucional de los “médicos tradicionales” en el departamento; incentivaron, además, el cambio curricular de la facultad de medicina y enfermería.

⁷⁶ Willaqkuna es una palabra quechua que significa “el que orienta o el que informa” (Campos y Citarella, 2004:102).

Paralelamente a la mejora de la infraestructura del hospital, se creaba la facultad de Medicina en la ciudad de Potosí; de tal modo que el hospital comenzó a ser el lugar de práctica de los estudiantes: desde tercer año de medicina; primero y segundo de auxiliar y enfermería respectivamente. El hospital Daniel Bracamonte es el único hospital público de tercer nivel que posee el departamento de Potosí, de ahí su importancia⁷⁷.

Tras la mejora de las dotaciones del hospital, el número de pacientes aumentó de manera notable. No hay que olvidar, sin embargo, que la población de la zona también aumentó sustancialmente a causa de la subida de precio del mineral a lo largo de los últimos años. Fue en este contexto cuando comencé la investigación para comprobar si este hospital cubría las expectativas de la población en cuanto a la calidad de la atención. El hecho desafortunado de tener que quedar ingresada en el hospital me permitió comprobar no tan solo que no es un hospital de salud intercultural; sino que, además, carece de todos los elementos que cabe incluir dentro del concepto de calidad de atención.

En primer lugar, destacaré algo mencionado por la población y que aparece en las prácticas como uno de los factores que repercuten en una deficiente calidad de la atención: la presencia de los estudiantes de todas las profesiones médicas⁷⁸. Estos estudiantes son los que atienden buena parte de la demanda hospitalaria; en la mayor parte de los casos, sin supervisión médica. Esta es la causa y el motivo de las múltiples negligencias, de las que mi propio cuerpo fue testigo.

⁷⁷ El departamento de Potosí cuenta con una población de 709 013 habitantes. Es uno de los departamentos donde la población rural supera a la urbana, ya que un 33,72% reside en las zonas urbanas y casi el doble 66,28% en las áreas rurales (INE, 2002).

⁷⁸ Término donde englobaremos también a internos y residentes. Existen dos tipos de residentes: quienes nada más terminar la carrera, hacen su especialidad (es decir, no han tenido el tiempo de procesar lo aprendido y de saber realizar la práctica) y aquellos que después de un tiempo de trabajo en la profesión deciden realizar la residencia. Esta distinción no parece afectar el funcionamiento de la institución hospitalaria.

Cada mañana, entran a la sección de ginecología (sección que se supone es la más cuidada en los centros de salud intercultural) del hospital Bracamonte 25 estudiantes a examinar a las mujeres ingresadas, a quienes se descubre a la vista de todos. Durante los dos últimos días de mi internación en el hospital se produjo una huelga de estudiantes motivada por problemas con la Universidad Autónoma Tomás Frías. El hospital quedó casi vacío, con una sola enfermera a cargo de 20 camas, situación que hacía muy difícil solicitar algún tipo de atención.

Los estudiantes realizan funciones de todo tipo, desde las más sencillas a las complejas; la mayoría de veces, como se destacó, sin supervisión médica. Es evidente que en el hospital faltan ítems, una carencia a la que hay que añadir el problema derivado del hecho de que muchos médicos del hospital atienden también en sus consultorios privados. Con independencia de cómo se puede considerar esta circunstancia desde el punto de vista ético, el caso es que algunos médicos citan a sus pacientes en sus consultorios privados, alegando que el quirófano está lleno, que deben esperar varios días y un sinfín de artimañas recogidas en los relatos de los pacientes y de la población general. Es frecuente que algunos médicos, en el horario de su turno laboral en la salud pública, trabajen en sus consultorios privados. Es decir, que los médicos de la planilla desaparecen de vez en cuando del hospital, de forma que sea difícil encontrarlos y que resulte casi imposible que supervisen a los estudiantes.

La estructuración hospitalaria está diseñada de tal manera que convierte al personal sanitario en "insensible". Robos de medicamentos guardados en los cajones de los pacientes para ser vendidos a otros pacientes, clavos que, requeridos para operaciones traumatológicas, no se utilizan en las mismas, peticiones excesivas de anestesia para ser usada posteriormente en consultorios privados. Todo esto se realiza delante de los estudiantes a los que se les enseña que así es la dinámica interna de los hospitales. Estas son solo algunas de las denuncias que se han formulado en contra de este hospital, pero he obtenido información muy

parecida a través de pacientes, de otros hospitales públicos de la zona andina.

En el sistema hospitalario, una vez que el médico ha recetado los medicamentos que deben ser administrados, el enfermo debe comprarlos en la farmacia del hospital y, dado que en muchas ocasiones no se dispone de ellos, hay que desplazarse a comprarlos a las farmacias de la ciudad. Hay que considerar que buena parte de los pacientes ingresados llega al hospital sin familiares ya que muchos proceden de la zona rural. Estas condiciones suponen que si un enfermo siente dolor durante la noche y no puede comprar el calmante, el personal nocturno, aunque el paciente grite toda la noche, no le administre nada. Le dicen: *–mamita cállate y mañana cuando te compren los medicamentos te lo ponemos–*⁷⁹.

El hospital posee dos trabajadoras sociales, que trabajan exclusivamente de día. Son las encargadas de suministrar a los enfermos sin recursos económicos los medicamentos, de rebajar los precios del hospital o entregarlos sin costo. En este hospital, un alto porcentaje de enfermos no posee recursos económicos suficientes para pagar la internación. Esto hace que las trabajadoras sociales tengan demasiado trabajo y no puedan dar abasto. A lo largo del día, los estudiantes suelen asumir las tareas de las trabajadoras sociales (ir a comprar los medicamentos a la farmacia, etc.); pero, en cuanto llega la noche, ni los estudiantes ni nadie se responsabiliza, siendo habitualmente, en ese horario cuando los enfermos padecen más molestias.

Las noches son “tierra de nadie”. Los médicos, enfermeros y residentes tienen sus cuartos para descansar. Desde el primer día que dormí en el hospital, me sorprendió ver como los estudiantes del turno de noche dormían a nuestro lado, en las camas que quedaban libres. Los estudiantes hacían lo que habían aprendido de sus superiores, de los médicos, enfermeros y auxiliares: que las noches en el hospital son para dormir. Salvo en los casos

⁷⁹ El horario de visitas es restrictivo y no dejan que ningún pariente pase la noche con los enfermos. Supongo que el motivo es poder dormir tranquilos, sin que nadie los moleste y sin testigos de lo que ocurre a las noches en el hospital.

en que hay partos de noche, el personal sanitario duerme. Atender a los pacientes ingresados, no se considera motivo suficiente para cumplir el turno despierto.

Dado que este es el sistema que impera en el hospital, que no se dice pero se hace, las manuales tampoco quedan al margen del sistema y encuentran momentos para echarse en las camas vacías y dormir unas horas. La función de las manuales es limpiar los cuartos, el baño, quirófano y de entregar la comida a los pacientes. La limpieza de los cuartos en el turno de noche es ilógica, el paciente y su recuperación parece ser lo que menos importa. Las manuales, que suelen entrar en los cuartos a hacer la limpieza a las tres y a las cinco de la madrugada, prenden la luz y se ponen a limpiar, hacen ruido; no una vez sino dos, a lo largo de la noche. Todos los días. Los pacientes no pueden dormir, lo que aumenta el estrés por estar ingresados en el servicio hospitalario.

Las luces del pasillo y de una de las salas (la más grande) quedan encendidas hasta la una o dos de la madrugada, hasta que el personal sanitario decide irse a dormir. Mientras, para mantenerse despiertos, no faltan carcajadas de estudiantes por los pasillos, la radio encendida, sin que el personal pueda entender lo molesto que es para un enfermo.

Las manuales suelen recoger las planas que quedan debajo de las camas. Una noche, a los tres días de mi operación, la bolsa de mi sonda nasogástrica –que se vieron obligados a colocarme por una mala práctica médica– estaba ubicada en una plana en el suelo y la sonda en mi estómago. La manual que estaba de turno de noche, se despertó y se levantó de la cama que estaba a mi lado (serían las dos o las tres de la madrugada). No encendió la luz y en la penumbra pensó que la plana tenía otro tipo de residuos, la cogió y comenzó a llevársela, con mi cuerpo y mi grito detrás.

Por las noches, los pacientes teníamos miedo de que las enfermeras se olvidaran de nuestra medicación, de que, si nos ocurría algo, nadie nos atendiera. Esto sumado a los efectos de una calefacción tremendamente alta, que hacía imposible descansar.

De las 20 camas de ginecología, el único paciente que tenía un prolongador del timbre para llamar en caso de necesidad era yo. Los pacientes, especialmente los recién salidos de quirófano, no llegan hasta donde está colocado el timbre, si necesitan algún tipo de atención.

Un día, entró en el cuarto una mujer indígena del área rural, recién salida del quirófano. Llegó despierta a la sala con su hermana y su marido, al poco, comenzó a vomitar. Su hermana le agarraba la cabeza y le ponía la plana para que pudiera vomitar. Se acabó la hora de visita y la señora quedó sola. Llamé a la enfermera y le pedí que le pusiera, por favor, un alargador de timbre como el mío, porque no podía llamar a las enfermeras; no podía moverse y se iba ahogar con su propio vómito. Me dijeron que sí, que se lo iban a poner. Hubo cambio de turno, no se lo pusieron y volví a insistir. La enfermera me contestó: *–Sabe qué, es que se los roban y por eso no se los ponemos–*.

Conforme pasaban los días, me enteraba de la existencia de bandejas para comer, que no son usadas jamás por los pacientes y de toda una serie de elementos que, pese a que harían más fácil la vida de los allí ingresados, se guardan para que no se estropeen o, simplemente, para no tener más trabajo. Uno de los comentarios que había recogido antes de mi internación indicaba que muchos pacientes no comían porque no alcanzaban a los platos de comida. Información que no dejó de sorprenderme.

El primer día que me sirvieron un plato de sopa (el segundo día tras mi operación; aún no podía moverme), la manual no me dejó el plato en la mesilla correspondiente a mi cama (de donde tampoco hubiera podido cogerlo), sino que lo puso aún más lejos: en la mesilla de la cama que estaba a mi lado. Las manuales repiten esta conducta, dejan la comida y la bebida sin pensar en el enfermo. La dejan aun en el caso de que el paciente tenga prohibida la ingesta de comida y bebida, circunstancia que pude comprobar en mi propio caso. Yo podía rechazarla, pero son muchas las mujeres del área rural que, al ver que les ponen comida, entienden que pueden tomarla.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de cómo pequeños detalles, que no hacen a la economía hospitalaria, podrían hacer menos estresante el día a día del paciente dentro del hospital. Sirva de ejemplo el caso de una de las mujeres con la que, a lo largo de varios días, compartimos el cuarto. Su cama estaba situada de tal manera que, aproximadamente desde la una y media hasta las cuatro de la tarde, el sol le daba en plena cara además de calentar su suero. A esta señora el sol le molestaba tremendamente⁸⁰, pero nunca llamaba para que lo taparan. Se trataba de algo tan sencillo y barato como colocar un trozo de tela en una ventana, un simple detalle del que no parece haberse dado cuenta ninguna de las personas que trabajan en esa institución. De igual forma, a la cama en la que yo estaba ingresada, llegaba directamente la luz artificial que quedaba prendida toda la noche en el pasillo. El caso es que ningún paciente alojado en esa cama podrá dormir por las noches cuando la solución es tan simple como colocar una cartulina oscura en los vidrios altos de la puerta. Muchas de las incomodidades son de fácil solución. El no poder descansar ayuda a estresar más aún a los pacientes, sobre todo después de una operación.

El funcionamiento del hospital demuestra que, en el desarrollo del servicio, lo que importa es el personal sanitario y no el paciente. Consideremos, por ejemplo, que los médicos dan las órdenes para administrar los sueros y las diferentes medicaciones. Así, se da la orden de poner un suero en x horas, sin considerar que el paciente debe moverse en función de diversas contingencias (cambiar de vía, ir al baño, esperar a ser atendido, etc.). En el momento en que acaba el turno correspondiente, a fin de que la persona que reemplaza al anterior trabajador no pueda cuestionar el servicio, es cuando el suero comienza a entrar a chorro, para cumplir el margen marcado para el tiempo estimado. Sin citar que el suero es manipulado constantemente por los estudiantes, los enfermeros y los auxiliares, consiguiendo que, en muchas ocasio-

⁸⁰ Una de las características de los pacientes indígenas de la zona rural es que no se quejan de nada de lo que les ocurra.

nes, se obstruyan las venas. Una administración de medicamentos que es todo, menos correcta.

Cuando un enfermo no cuenta con parientes en la ciudad que se responsabilicen de las gestiones y de la compra de medicamentos y cuando tampoco lo hacen las trabajadoras sociales, el paciente queda totalmente desprotegido y a expensas de la buena voluntad de los estudiantes. Son ellos los que se hacen cargo, de situaciones que nadie resuelve, pero esto también lleva a explicar el alto nivel de negligencias médicas.

Otro de los problemas del hospital tiene relación con la sangre. Por ejemplo, en el caso de una mujer indígena procedente de la zona rural, que ingresó de emergencia un día antes que yo, no fue operada hasta pasados cinco días porque no conseguía un donador. Para conseguir ser intervenido quirúrgicamente, el enfermo debe de contar con un donador de sangre (algo muy difícil de conseguir en la población indígena) y pagar los 160 bolivianos que posibilitan el análisis de la donación. En otro caso, una mujer, también del área rural, consiguió que su marido donara sangre, pero la rechazaron al indicar que éste se encontraba enfermo y que debía buscar otro donante. La señora pidió y reclamó la devolución de su dinero. Este tipo de situaciones se repiten constantemente y la mayor parte de los pacientes del hospital son personas que carecen de recursos económicos. Quien cuenta con recursos acude a un hospital privado, no al público por la mala calidad de atención y el miedo a morir por una negligencia médica (ello a pesar de que los médicos del sistema público y el privado son prácticamente los mismos).

Los partos son atendidos por los internos –que se encuentran a cargo de los residentes– y tan solo en el caso de una complicación se llama al médico (si se le encuentra). Las únicas actuaciones que se realizan en el hospital y que podrían considerarse de adecuación cultural, son las de dar la placenta⁸¹ a las mujeres que la piden y el permitir que los parientes de la parturienta

⁸¹ En la cultura quechua y aymara el entierro de la placenta después del parto es importante para augurar un buen futuro al bebé recién nacido.

lleven comida tras el parto. Solo un elemento permite denominar a este hospital de salud intercultural, el contar con una recepción en la que se hablan los idiomas quechua y aymara. En la recepción –willaqkuna– se ofrece información en los idiomas de la mayoría de la población, pero este hecho no debería ser considerado un elemento de interculturalidad, sino de sentido común.

Otra de las cuestiones referidas a la calidad de atención se remite a los diagnósticos que se realizan en base a los exámenes complementarios: rayos X, analíticas, etc. A partir de las dos de la tarde, en el hospital Bracamonte no se hacen ecografías ya que no hay especialista para realizarlas. A lo largo de mi permanencia en el hospital me realizaron 4 placas de pulmón que indicaban que mis pulmones estaban limpios. Sin embargo al llegar a la ciudad de La Paz, en un centro privado me detectaron un coágulo en el pulmón, provocado también por mala práctica médica.

De igual forma, me sometieron a un sinfín de analíticas que, de manera sucesiva, ofrecían resultados diferentes y contradictorios: un día tenía infección, al siguiente los resultados eran perfectos y, un día después, registraban que tenía tifoidea. Resultados a los que ni los médicos prestaban atención. Todos estos incidentes demuestran que los hospitales públicos poseen problemas internos graves, referidos al funcionamiento de los recursos humanos y de los insumos, pero fundamentalmente relativos al cómo está estructurado el sistema hospitalario. Los errores en el hospital son demasiado frecuentes, como para que no se replantee una urgente reforma del sistema hospitalario.

Es este el contexto a partir del cual se pensaron los centros de salud intercultural: la realidad de una atención no resolutiva y en unas circunstancias en las que los servicios de salud –en los hospitales sobre todo– se dirigen más a hacer fácil la práctica del personal sanitario y los estudiantes que a la atención a los pacientes.

El papel de los profesionales cubanos

Otra de las cuestiones que incide en las prácticas referidas a la calidad de atención es la presencia y la intervención de los profesionales de la salud que, procedentes de Cuba trabajan desde hace unos años en el sistema de la salud pública boliviana. Estos médicos, que atienden y entregan gratuitamente medicación a la población, se han incorporado gracias al acuerdo entre el Gobierno boliviano y la cooperación cubana. Desde su inicio, la actuación de estos profesionales en los centros y hospitales del país no ha dejado de crear conflictos internos. La mayoría de los profesionales bolivianos perciben la presencia de los cubanos como *“invasión y como perdida de puestos de trabajo”*. Esto al margen de sentirse desvalorizados al comprobar que se otorga mayor consideración a los profesionales del país caribeño: *“Como mejores que los del país”*. Estas relaciones interétnicas e intraprofesional afectan la dinámica interna de los centros y hospitales de la salud pública boliviana.

De esta presencia cubana surge, asimismo, una contradicción: mientras el Gobierno incentiva la incorporación de pautas culturales a los protocolos de los centros y hospitales sobre la adecuación al parto andino, los profesionales cubanos no tan solo no están de acuerdo en que se incorporen terapeutas tradicionales a los centros, sino que consideran todas estas iniciativas como *“un atraso”*.

Como indicaba, la práctica compartida en los centros de salud por los profesionales de ambos países es una fuente constante de conflictos y contradicciones ya que, en cada caso, incorporan elementos diferentes de actuación. Mientras el personal cubano atiende gratuitamente, el personal boliviano cobra la consulta médica y la medicación, a pesar de que ambos trabajan en un mismo servicio de salud público. Esta situación ha supuesto que algunos hospitales y centros de atención primaria, a causa de la atención y a la entrega de medicamentos sin costo por parte de

los cubanos, sufran una pérdida de ingresos que les impide cubrir, en ocasiones, los gastos mínimos. Por otro lado, aparecen contradicciones entre las dos formas diferentes de abordar la práctica médica ya que se trata de dos formas de entender la calidad de atención. Habitualmente, en aquellos centros en que se encuentran profesionales de Bolivia y Cuba, el usuario elige ser atendido por uno u otro y es frecuente que la población elija a los cubanos.

Los profesionales cubanos que atienden en los centros de salud intercultural no se interrelacionan con los terapeutas tradicionales ni atienden en las salas de parto “humanizado”. No tan solo por el desconocimiento de las pautas culturales locales; sino, sobre todo, porque cuentan con una formación sumamente biomédica, formación en la que lo “científico” y la “creencia” se separan mediante una línea que impide cualquier tipo de conciliación entre ambos conceptos. En los centros en los que atienden los profesionales cubanos suele darse un aumento de la cobertura y, en líneas generales, la población considera que la atención es de mejor calidad que la que otorga el personal boliviano. Ello pese a que hemos observado formas de atención que, para los pacientes locales, resultan violentas (tono de voz demasiado alto, formas desinhibidas de referirse al cuerpo, etc.).

En consecuencia, lo interesante a destacar es que el concepto de interculturalidad propuesto por el Ministerio de Salud, que implica relaciones interétnicas y la necesidad de acceder a los saberes del “otro”, a fin de conseguir una salud intercultural, no se incentiva ni se exige en el caso de los profesionales cubanos. Esta es una de las contradicciones que aparecen en la implementación de las normativas para la mejora de la calidad de atención, sobre todo en el caso de las salas de parto.

Educación para la salud

La educación sanitaria, eje de la prevención y promoción de la salud, es delegada casi en exclusiva a los estudiantes de auxiliares y enfermeros. Uno de los elementos más complejos e importantes en la atención primaria no recibe la atención que debería por parte de las autoridades y el personal que trabaja en los centros de salud. La atención en los centros de atención primaria, incluido los centros de salud intercultural, está centrada fundamentalmente en la curación.

Varios son los factores que inciden en no priorizar la prevención y promoción de la salud:

1. Existe una sobrecarga laboral. Esto influye en que la educación sanitaria que se realiza se enfoque, casi exclusivamente, en la relación personal sanitario/paciente. Debido al tiempo limitado que tienen las consultas, esto no puede realizarse como sería adecuado.
2. La educación sanitaria se enfoca a individuos y no a grupos.
3. Se delega a los estudiantes de los primeros años (auxiliares y enfermeros) el trabajo de educación de la comunidad.
4. La educación sanitaria es considerada por el personal sanitario y las autoridades de salud como algo que puede ser realizado por cualquiera que cuente con una mínima capacitación.

La técnica de observación facilitó comprobar cómo se realiza la educación sanitaria en los diversos centros y en las comunidades. Pude constatar las diferencias existentes entre el discurso teórico y la poca importancia que, en la realidad, se otorga a esta actividad. Los estudiantes, con muy poca formación, van a barrios y comunidades a poner vacunas y a impartir educación a las familias. Los estudiantes no están formados en técnicas de

manejo grupal ni tampoco en técnicas, dentro del campo de la comunicación de los mensajes, para trabajar con el “otro”. Quienes realizan esta actividad suelen cursar los primeros años de carrera y no poseen el conocimiento para educar. Tampoco para contestar preguntas básicas que realizan las familias en los barrios y comunidades. He sido testigo de cómo una importante cantidad de errores se verbalizan como “verdad” por parte de los estudiantes. De ahí que el trabajo en las comunidades sea poco efectivo y que algunas madres decidan no acudir al centro, desconfiadas ante la escasa seguridad –los estudiantes, que visten batas blancas, suelen ser confundidos con los profesionales– que ofrece el personal.

Los estudiantes realizan la educación sanitaria sin profesores ni supervisores ya que se considera que la función de educar no supone consecuencias negativas ni para el centro ni la población. Pero una educación deficiente implica, pese a no reconocerse, la posibilidad de cometer negligencias médicas. En buena parte de los casos, las charlas que se imparten en las salas de espera no son supervisadas; entre otras razones, porque el personal no tiene tiempo. La inseguridad y los errores que se desprenden de la actividad de los estudiantes es argumento suficiente como para que se replante esta función delegada.

A modo de síntesis

Es importante destacar que uno de los problemas más relevantes que afecta la calidad de la atención no tiene relación con los aspectos cultural sino, fundamentalmente, con el hecho de que no se dispone de salud pública gratuita⁸² en un país en el que un importante porcentaje de la población es indígena y que esta desarrolla buena parte de sus relaciones cotidianas a través del intercambio.

⁸² Me refiero a una salud pública asumida en su totalidad por el Estado.

La salud pública cubre tan solo el programa del SUMI (Seguro Universal Materna Infantil), algunos programas de atención primaria y, actualmente, existe el seguro de vejez (Seguro del Adulto Mayor). El resto de la población debe de pagar la consulta, la internación, la sangre, la intervención quirúrgica, etc. Estamos ante un elemento que no se considera en el debate sobre los centros de salud intercultural. Pero aun en aquellos casos en que el problema económico está resuelto –por ejemplo y pese a ser excepcional en la zona andina, en Tinguipaya no se paga la consulta– la población aymara y quechua, en la mayor parte de los casos referidos a la atención primaria, no acude al centro de salud. Algo que responde al hecho de que son centros de exclusiva atención primaria que pueden resolver muy poco; muchos de ellos, como se mencionó, a cargo de un auxiliar de enfermería y, a veces, de internos de medicina que están realizando sus prácticas sin supervisión. La presencia de estudiantes supliendo plazas en el sistema público de salud es un problema realmente preocupante. Cuando los médicos realizan su internado en las zonas rurales no cuentan con supervisión, la población lo sabe y este es uno de los motivos de que no se recurra a los centros.

A partir de esta situación, caracterizada por la ausencia de recursos de todo tipo –humanos, materiales, etc.–, fueron planificados los centros de salud intercultural, bajo el supuesto de que la población recurriría a ellos si disponían de un terapeuta tradicional y de una sala de adecuación al parto intercultural. Sin asegurar, sin embargo, la capacidad médica resolutive, exclusivamente centrados en fortalecer la medicina tradicional. Hasta el momento, no se han efectuado investigaciones que demuestren que los índices epidemiológicos del país pueden mejorar bajo la intervención exclusiva de la medicina tradicional. La población conoce perfectamente las limitaciones de esta medicina cuando lo que se requiere es una intervención quirúrgica. En las comunidades indígenas del altiplano se quieren centros de salud, pero con capacidad de resolución.

Cuando los usuarios eligen un servicio biomédico, lo que desean es ser tratados por ese sistema, no por otros sistemas (tradicional, religioso, alternativo, etc.). Existen diversos sistemas médicos de atención a la salud que el saber popular conoce y reconoce y a los que recurre cuando lo considera necesario. El hecho de acudir a un sistema tradicional, religioso o autoatenderse, no significa dejar de asistir al sistema biomédico. La mayoría de los procesos de enfermedad son resueltos entre varios sistemas (Kleinman, 1980; Menéndez, 1981; entre otros).

Capítulo 6

LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A lo largo de estas páginas hemos intentado describir y analizar el concepto de calidad de atención en salud desde el saber biomédico y popular, a través de las características existentes al interior de ambos saberes. Introduciendo los aspectos socio-económicos, políticos, ideológicos y culturales, que inciden en el concepto, a través de la voz de los sujetos involucrados en el proceso de atención. Hemos descrito los significados que los actores otorgan a los servicios de salud y a las prácticas de los “otros”, analizando, a su vez, las condiciones económico políticas dentro de las cuales se producen y se usan dichos significados.

Como hemos podido observar, el significado otorgado por el personal sanitario al concepto calidad de atención de los servicios de salud, no difiere del de la población indígena aymara y quechua del altiplano boliviano; aunque las condiciones que se dan en ambos saberes sean diferentes. Existen, sin embargo, diferencias que hacen a las condiciones laborales, las relaciones de identidad, de clase social y religiosas. Uno de los aspectos principales que sobresale en la investigación, es el hecho de que para el saber biomédico el concepto de calidad de atención se confunde con el de salud intercultural; proceso que, sin embargo, no se produce en el saber popular.

Con respecto a la bibliografía socioantropológica sobre salud intercultural, mencionada al comienzo del capítulo 1, observamos que existe un vacío en reconocer la diversidad de formas de atención a la salud presentes en las diversas poblaciones indíge-

nas. Tan solo el artículo de Menéndez (2006) enfatiza la ausencia de la diversidad de formas de atención a la salud que se dan en la mayoría de los trabajos sobre interculturalidad. Entre esas formas de atención no reconocidas observamos, en el caso boliviano – en concreto en las poblaciones aymaras y quechuas–, que no se ha considerado como sistema médico a la Iglesia evangélica. Los estudios efectuados en el campo de la salud no han reflexionado en torno a los procesos de cambio que, en términos ideológicos y políticos, ha generado este movimiento religioso en el proceso salud/enfermedad/atención. Tampoco los cambios que se han producido en cuanto al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades y padecimientos en los grupos indígenas aymara y quechua. Finalmente, tampoco se ha reconocido la autoatención como sistema médico⁸³.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en la polaridad y en el reconocimiento de solo dos formas de atención a la salud: la biomédica y la medicina tradicional. Muchos de estos trabajos se han caracterizado por no plantear una problemática clara en el abordaje teórico-metodológico. Muchos de ellos, son meramente descriptivos y no aportan propuestas para un análisis de las problemáticas reales en torno al campo de la salud.

Por el contrario, destacamos como importantes aquellos aportes y trabajos realizados a partir de una mirada crítica en torno al concepto de interculturalidad. En esta investigación hemos intentado demostrar cómo el hecho de no tener en cuenta la diversidad de formas de atención influye en la consideración que, sobre dichas formas de atención en el área andina (medicina tradicional/biomédica), mantiene el orden dominante. De manera que el concepto de interculturalidad encubre las desigualdades de las poblaciones indígenas en tanto que la definición aceptada, a partir de supuestos como el del respeto y el diálogo, impide, como lo plantea Viaña (2008), procesos reales de igualación y transformación profunda.

⁸³ Sobre sistemas médicos de la zona andina ver: Ramírez Hita (2005).

Con respecto a las investigaciones realizadas por ONGs, agencias de desarrollo y el Ministerio de Salud y Deportes, la mayoría de los trabajos se han centrado bien en rescatar a la medicina tradicional (aislada del resto de sistemas médicos y las diversas formas de atención existentes y utilizadas por la población) o bien enfatizan las carencias de estas poblaciones en cuanto a medidas preventivas. Son estudios que se enfocan, casi exclusivamente, en aspectos culturales, en donde lo cultural se asocia a tradicional y a creencia. A partir de ahí, se enfrenta lo “tradicional” a la “modernidad” y se considera que lo tradicional debe ser transformado. Estos trabajos identifican las causas del estado de salud de las poblaciones indígenas en prácticas culturales, en las condiciones en que viven y en el desentendimiento cultural, culpabilizando a la “cultura” o al “sujeto cultural” de la mayoría de los fracasos sanitarios.

Pese a que un alto porcentaje de estos trabajos se dedican a explicar el éxito de los proyectos realizados; nuestra investigación –como se mencionó– se ha realizado en las áreas geográficas en las que se han desarrollado la mayoría de trabajos y programas en torno a la interculturalidad; de manera que hemos observado cómo estas investigaciones e intervenciones han repercutido de manera negativa, ya que han influenciado en la creación de programas y políticas que, finalmente, encubren el maltrato permanente, en términos técnicos, físicos y psicológicos, que se ejerce en los servicios de salud.

La mayoría de estos estudios se efectúan bajo los criterios de costo/beneficio y a partir de los RAP (procedimientos de asesoría rápida); es decir, en buena parte son metodológicamente deficientes en tanto que la investigación se reduce a un simple acto técnico de acumulación de información, sin que se proceda, ni en el diseño ni en la recolección de los datos empíricos, a una construcción teórica. De manera que, en todo aquello que se refiere a la construcción de los datos como a su análisis, son escasamente fiables.

Como apunta Menéndez (2006), las dimensiones que ayudarían a analizar con mayor profundidad la problemática abordada, serían las relaciones entre clase social y racismo. Este proceso incide en el concepto de calidad de atención y merece una investigación en exclusiva, dado que reviste gran importancia en el ámbito de la relación personal sanitario/paciente, en la jerarquía del sistema biomédico y en las relaciones que ello implica con el Estado. A modo de hipótesis, planteo que las relaciones al interior de las facultades de Medicina aparecen como impulsores ideológicos del racismo, situación que se hace extensible a otras áreas más allá del campo de la salud. Debido a que la docencia promueve la negación permanente de lo propio, en un contexto en el que muchos estudiantes son de origen indígena, e incentiva ideológicamente de este modo el proceso racista y el rechazo de la propia identidad. Es decir, el racismo que se encuentra en la estructura sanitaria refiere, entre otros aspectos, a las condiciones de institucionalización profesional.

Como hemos visto, esta investigación aporta datos diferentes –no tan solo referidos al material empírico, sino también al analítico– de los que ofrecen la mayoría de los estudios realizados sobre la problemática planteada en las áreas geográficas donde se encuentran los centros de salud intercultural. Nuestro aporte supone reconocer que la cultura no puede considerarse como el único aspecto central de la salud intercultural. No cabe reducir el concepto de cultura y analizarlo aisladamente, se necesitan otras dimensiones que orienten el análisis: pobreza, relaciones de clase social, relaciones inter e intraétnicas; en definitiva, las relaciones de hegemonía/subalternidad como determinantes de las condiciones actuales de la calidad de atención de los servicios de salud y de los programas que se llevan a cabo en el ámbito de la salud intercultural. Al mismo tiempo, reconocemos todas las formas de atención a la salud existentes y la importancia de tenerlas en cuenta para el diseño de programas y políticas acordes con la realidad.

En esta investigación hemos dejado de lado los procesos históricos de conformación de la atención primaria y su desarrollo en el país y, en concreto, en la zona andina. La razón fue la falta de tiempo, pero consideramos importante la incorporación, en el futuro, de una investigación que pueda dar cuenta de ello para analizar las características de las dimensiones de dominación/subordinación que se establecen entre cooperaciones, agencias de desarrollo, ONGs y Estado que, sin duda, son un factor importante para poder entender ciertos aspectos de la calidad de atención en los servicios de salud.

Las condiciones de la interculturalidad

Hemos podido ver como el concepto de interculturalidad, en los casos analizados, aparece opuesto al de etnicidad, entendida esta como identidad en acción, como la acción política de lo étnico (Bartolomé, 1997). El concepto aparece como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. Surge como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes: los homogeniza en un imaginario en el que no existe el conflicto social. Como afirma Walsh (2007a), cuando el discurso es asumido por el Estado o por organizaciones de desarrollo el concepto se debilita desde los movimientos indígenas.

Este concepto es asumido también por los sectores indígenas subalternos como propuesta referida a su ubicación en el mismo espacio de igualdad que los otros grupos dentro de la sociedad mayoritaria. Por un lado, esta propuesta desde los grupos subalternos aparece como forma de resistencia a un modelo médico maltratador, tanto en término corporales como ideológicos. Por otro, los discursos indígenas de ciertos líderes políticos y espirituales pertenecientes a grupos étnicos quechuas, aymaras y, en

menor medida, determinados grupos de la Amazonía y El Chaco, han incorporado y asumido el concepto. Pero hay que tener en cuenta que uno de los factores que han influido en la extensión de esta reivindicación han sido las agencias de desarrollo y ONGs, para las que deben existir determinadas categorías en los proyectos –pobreza, participación social, género y, desde hace unos años, interculturalidad– si se pretende acceder a financiamiento.

Es interesante recordar como, refiriéndose al caso de la pobreza, Menéndez indica que conceptos como este son “ usados por quienes elaboran y aplican acciones respecto de los pobres y, por supuesto, por los propios pobres que, entre otras cosas, tienen que demostrar que son pobres para recibir los apoyos de los programas contra la pobreza” (Menéndez 2002: 253). Lo mismo ocurre con los conceptos de interculturalidad y salud intercultural.

Actualmente, el concepto de interculturalidad ha sido asumido como reivindicación política por parte de los sectores indígenas del país⁸⁴, aun cuando, con frecuencia, aparezca en el discurso con significados muy simplistas (unión armónica de varias culturas, etc.). No podemos dejar de apuntar que se trata de un concepto que, hasta el momento, no ha influido en una mejora de la calidad de atención en los centros y hospitales ni en la introducción de cambios epidemiológicos. Es un modelo externo, que introdujo la cooperación internacional, y que hoy el Ministerio intenta consensuar con la población, las comunidades y el personal sanitario. Se promueve que el programa o propuesta se acepte por la población, a través de talleres, a mujeres, parteras, “médicos tradicionales” y personal sanitario.

En este contexto histórico, consideramos que las categorías que nos sirven para analizar teóricamente las condiciones de interculturalidad son las de integración y desarrollo, como parte de una más amplia: la de la globalización. Estas categorías se expresan en los conceptos de hegemonía/subalternidad, que no son reconocidos dentro del de interculturalidad (que se ha gene-

⁸⁴ Véase: Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010. CIDOB, CNIS. Bolivia, 2008.

ralizado) y, sin embargo, son las que le dan sentido y significado. Las categorías mencionadas nos sirven para analizar las transacciones existentes entre el Estado⁸⁵, los servicios de salud y la población (entendida como diversidad de grupos étnicos y poblaciones mixtas). La integración que se propone desde la biomedicina y el Estado implica el abandono de lo tradicional.

La globalización reconoce la diversidad pero, a su vez, propone su homogeneización en aras a una supuesta convivencia armónica dentro de un mundo global. Para conseguir la pertenencia a ese mundo armónico, la integración de todas las culturas y de los grupos sociales diversos debe realizarse a través de una misma lógica interna de avance, de “progreso”; siempre considerada desde una perspectiva exclusiva, referida a un modelo económico, político e ideológico determinado. Es a partir de la integración en la sociedad mayoritaria y del desarrollo de los grupos sociales y culturales que se podrá conseguir paliar la pobreza y también, como uno de sus indicadores, la salud de todas las poblaciones que viven en el país. Sin embargo, uno de los problemas es que el desarrollo es entendido dentro de la teoría de la modernización cuyos referentes no son los propios sino los países centrales capitalistas⁸⁶. “El proceso de globalización aparece impulsado funcionalmente desde el proyecto neoliberal como continuidad del proceso histórico de expansión capitalista” (Menéndez 2002:99)

Estas categorías se expresan, en el plano empírico, en los programas de las agencias de desarrollo, ONGs y Estado. Se convierten así en impulsoras de la única forma de entender la “modernidad” y el “progreso” y de iniciativas de transformación basadas en supuestos que se justifican en la única forma de ver y entender el mundo. Se aceptan las diferencias pero, al mismo

⁸⁵ El análisis del Estado, en el caso boliviano, no puede ser separado de la cooperación internacional, ONGs y agencias de desarrollo que influyen tanto financiera como técnicamente en la planificación de estrategias de intervención en el campo de la salud.

⁸⁶ Estos procesos globalizadores han sido analizados críticamente, aunque con distintos énfasis, por Appadurai (2001), Castells (1998) o Gracia Canclini (1999), entre otros.

tiempo, se procede a transformar aquellos elementos que se consideran perjudiciales dentro de las culturas o grupos sociales; todo ello con el interés de conseguir aquello que se valora como “desarrollo”, “progreso”, “modernización”⁸⁷. En términos de salud, se concreta en la mejora de los índices epidemiológicos y, en el caso de la educación, en transformar las culturas propias mediante las globales. Como parte de este discurso, en el caso de la salud, se incorpora el concepto de salud intercultural que, a su vez, asume la categoría indígena, entendida ésta de forma casi exclusiva bajo un criterio homogenizador.

El discurso de salud intercultural promovido desde la sociedad dominante (Estado, agencias de desarrollo, ONGs) tiene en cuenta tan solo a ciertos grupos indígenas y a los servicios de salud; mientras que ignora en su discurso a los mestizos, criollos y descarta los restantes grupos étnicos. De manera que todos estos grupos, aun cuando viven en el país, no pueden formar parte del proceso de constitución del proceso de salud intercultural. De la misma manera, se excluye la diversidad de formas de atención a la salud.

Solo los indígenas⁸⁸ parecen formar parte del Estado boliviano actual, entendida la categoría de indígena “como sujeto social que practica sus tradiciones ancestrales”, “como originario”, pero donde en la definición únicamente se enfatiza la dimensión simbólica de la cultura localizada en un espacio temporal y territorial. Uno de los grandes problemas es que la categoría de indígena (desde el Estado, cooperaciones, ONGs y agencias de desarrollo) es prácticamente asimilada a la de pobreza, se hacen equivalentes, de manera que se sitúa más en el ámbito de las diferencias culturales que en el de las desigualdades socio-económicas (Farmer, 1996; Menéndez, 2002).

⁸⁷ En cuyo interior se encuentran, entre otras categorías, la de derechos humanos. Véase para más información sobre derechos globales y locales (Cardoso 2000).

⁸⁸ En la Nueva Constitución Política del Estado se define al indígena como “Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española” (2008: Artículo 30).

En el análisis de la interculturalidad en salud están ausentes las relaciones dentro de las cuales las subjetividades se desarrollan. Se ignoran, por tanto, cuestiones de tanta trascendencia como la violencia y las desigualdades que están institucionalizadas en el funcionamiento de la estructura sanitaria boliviana (universidades, SEDES, Ministerio de Salud) y muy concretamente, en las prácticas que se ejercen en los servicios de salud.

Al proceso de reapropiación del significado del concepto de interculturalidad le ha seguido el de su difusión masiva entre la población⁸⁹. La interculturalidad no fue asumida como un concepto provisorio que necesitaba ser contrastado y probado, sino que fue aceptada como una realidad en sí misma.

Sin embargo, se trata de un concepto que actúa como desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas, medicinas que están vinculadas a la religión. Al transformar la estructura de las medicinas tradicionales se erosiona, asimismo, la base religiosa en la que se apoyan y, consecuentemente, se incide en una transformación y en la desestabilización de los sistemas ideológicos propios. Hay que considerar que lo que caracteriza a los terapeutas tradicionales es su no institucionalización, es decir, el carácter informal de su trabajo. Son los responsables, entre otras funciones, de la cohesión grupal de la comunidad y de ejercer como líderes espirituales. Una función que es mucho más amplia que la que se les reconoce cuando son incorporados a los servicios de salud.

Nos encontramos entonces ante un concepto que aparece no tan solo como aculturador, en la teoría y en la práctica, sino también –en el caso analizado– como desestabilizador de la medicina tradicional y de la religión andina. Es la consecuencia de situar el eje de la interculturalidad en los fenómenos culturales

⁸⁹ Hay que tener en cuenta que la difusión masiva del concepto ha sido llevada a cabo a través de múltiples talleres de capacitación (realizados por ONGs, agencias de desarrollo y el propio Estado) sobre lo que significa interculturalidad, sin claridad en cuanto a lo que implica el término. Talleres realizados por formadores escasamente capacitados que, a su vez, han formado a otros y así sucesivamente.

aisladamente considerados y de su incorporación a los servicios de salud, a la estructura sanitaria dominante. Estructura que, en Bolivia, necesitaría ser seriamente replanteada.

Los terapeutas tradicionales se han incorporado al funcionamiento de los servicios de salud pero, al cumplir funciones diferentes a las que realizan en su comunidad, se han visto reducidos a posiciones de subalternidad frente al personal sanitario. Una situación que contrasta con la que viven en el espacio propio de ejercicio en las comunidades, donde ocupan roles hegemónicos y cuentan con prestigio social. Al interior de los servicios de salud, por el contrario, son subalternizados frente a los representantes de la biomedicina. Hay que apuntar, en cualquier caso, que el terapeuta tradicional, dedicado anteriormente a la atención exclusiva de su comunidad, hoy reivindica, desde su identidad, un lugar específico y propio dentro de la estructura social y cultural. Las asociaciones de terapeutas tradicionales demandan en la actualidad formar parte de los servicios de salud y ser remunerados por el Estado como los profesionales médicos.

Como destaca Knipper (2006), es necesario advertir del peligro implícito en la incorporación de las “medicinas indígenas”, a lo que la OPS/OMS ha denominado Medicinas Alternativas y Complementarias. Por un lado, esta inclusión supone pensar en las medicinas indígenas como complemento de la biomédica, sin dejar espacio a la diversidad. Por otro, resta libertad para que los procesos de avance en la salud puedan ser diferentes en las diversas culturas. Consideramos que los sectores indígenas deberían valorar los riesgos asociados a su incorporación a los servicios de salud. Su integración no garantiza una mejora de los servicios médicos y, sin embargo, los sitúa en un plano de conformismo frente a la ineficiencia de la actual estructura sanitaria.

La calidad de atención y sus determinantes

Hemos observado cómo las relaciones de identidad basadas en la categoría mestizo/indígena se expresan en las relaciones de clase que dan lugar a diferentes formas de violencia en la relación personal sanitario/paciente. Es en la articulación de las representaciones y las prácticas sociales donde aparece la violencia como la categoría que articula los significados que tanto el personal sanitario como los usuarios de los servicios de salud conceden al concepto de calidad de atención. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las causas y las consecuencias de la situación de los sujetos que trabajan en los servicios de salud no pueden reducirse simplemente al descuido o a la negligencia médica. Las causas reales son de tipo sociopolítico (Massé, 1995; Fassin, 1996; Menéndez, 2002). La violencia que aparece y se desarrolla en los servicios de salud no puede verse reducida y justificada en simples acciones individuales.

De ahí que consideremos que la actual definición de interculturalidad fomenta acciones y actitudes que, a su vez, contribuyen a mantener las deficientes condiciones de las instituciones sanitarias. Las relaciones de clase social, así como las de identidad étnica, inciden en la calidad de atención que se presta en los servicios de salud. Como ya hemos expuesto, la situación de desigualdad y pobreza no aparece tan solo entre los grupos indígenas, sino también entre el personal sanitario, ya que una parte importante del mismo pertenece a estos grupos. Los impedimentos que obstaculizan la relación adecuada entre el personal sanitario y los pacientes tienen que ver con las diferencias de clase social, de identidad (mestizo/indígena) y con las de carácter ideológico, y no exclusivamente con las diferencias culturales, pero también tiene que ver con las deficientes condiciones laborales del personal sanitario.

El problema aparece cuando se considera la revalorización de lo tradicional como único y exclusivo punto de mira y cuan-

do, tanto en el discurso sanitario como en el de la población, se identifica lo tradicional como equivalente a lo “propio”, enfrentado a lo externo, que es considerado “amenazante”. Lo interno es “lo tradicional” y lo externo es lo “biomédico”. Este posicionamiento, sin embargo, contrasta con el hecho de que ni la población quechua ni la aymara, ni el personal sanitario, valoren el aspecto “cultural” como elemento central en la calidad de atención de los servicios de salud.

En el análisis teórico es posible identificar las categorías de identidad y religión como las que articulan los distintos saberes sobre calidad de atención en salud y al mismo tiempo son el eje articulador de todos los sistemas médicos de atención a la salud que se dan en la zona andina. Las religiones más importantes de la zona –andina, católica y evangélica– presentan aspectos que son importantes a la hora de la complementación o el conflicto en los servicios de salud y en el ámbito de las relaciones intra-profesionales. Los quechuas y aymaras evangélicos asumen su diferencia de forma diversa a católicos o andinos.

La posición de la Iglesia evangélica merece una consideración aparte y un futuro debate. Con un número de adeptos cada vez más numeroso en el país, los evangélicos –algunas denominaciones son más flexibles que otras– se muestran en desacuerdo con las diversas medicinas tradicionales. De ahí que haya que reflexionar seriamente sobre la incorporación de terapeutas tradicionales como estrategia para que acuda más población a los centros. En las zonas donde la población evangélica es numerosa esta estrategia puede repercutir en un rechazo a los servicios de salud (Ramírez Hita, 2006a).

Hay que destacar que, al igual que la utilización del concepto de salud intercultural –desde las dimensiones ideológica y política– tiende a desestructurar las culturas indígenas; la religión evangélica –entendida como sistema médico religioso– tiende a su vez a desestructurar la medicina tradicional y la religión andina, en cuanto sostiene formas diferentes de pensar, atender, diagnosticar y tratar los padecimientos.

Sin embargo, las categorías que nos pueden ayudar a entender y analizar las situaciones internas de los servicios de salud, así como la dinámica de la estructura sanitaria boliviana, son la violencia y el racismo como categorías que articulan al sujeto con el grupo social y que dan significado al maltrato permanente en los servicios públicos de salud. Estos elementos deben ser enmarcados en las condiciones actuales de formación de los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería y en la educación boliviana en general (no solo universitaria). Pero esta problemática no puede ser reducida únicamente a la instancia de formación. Existen condiciones estructurales y estructurantes que permiten que exista, se produzca y reproduzca la violencia y el racismo al interior de los servicios de salud pública.

A lo largo de estas páginas hemos intentando mostrar cómo en los servicios de salud se han normalizado el racismo y el maltrato. Esta normalización explica por qué el número de denuncias es escaso ante una realidad en la que se multiplican los maltratos, negligencias médicas y sucesos de violencia en general. Esta violencia aparece en la relación médico/enfermero, enfermero/auxiliar de enfermería, auxiliar de enfermería/manual, personal sanitario/trabajador social, personal sanitario/estudiante o personal sanitario/terapeuta tradicional. Todas estas relaciones de dominación/subordinación son violentas desde el aspecto ideológico y se reproducen en la relación sanitario/paciente. Entre el personal sanitario y los pacientes se establecen relaciones de poder, que derivan en prejuicios discriminatorios y en agresiones de todo tipo. El cómo percibe cada sujeto la violencia que se ejerce en los servicios de salud depende de su propia subjetividad; pero es interesante destacar que, en todos los casos, los pacientes perciben, en mayor o menor grado esa violencia, aunque ella sea con frecuencia silenciada. Hay que tener en cuenta que el concepto de calidad de atención así como la relación personal sanitario/paciente se articula con las condiciones de desigualdad y subalternidad socioeconómica.

Otro aspecto importante a considerar es que si bien los procesos racistas que se dan en los servicios médicos pueden tener un origen en el proceso colonialista, no pueden ser reducidos a ellos, como plantea una parte de las autoridades sanitarias que sustentan los SAFICIS (Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural). “El racismo se niega cuando forma parte de la vida cotidiana y esto forma parte de la normalización cultural del racismo” (Menéndez, 2002: 189). Como plantea Menéndez “la cuestión [...] es asumir que toda sociedad puede generar representaciones y prácticas racistas como parte de su propia dinámica sociocultural” (Menéndez 2002:194). Esto es lo que podemos observar en los servicios de salud, en las relaciones que se ejercen entre la jerarquía profesional y en la relación con el paciente.

En el período que estuve ingresada en el hospital público de Potosí, pude ver las diferencias que existían en el trato que me otorgaban (mujer de piel blanca, extranjera) en comparación con las mujeres indígenas, que representaban la mayoría. La única paciente con prolongador de timbre para solicitar atención era yo, ninguna indígena podía acceder a ese privilegio. El color de piel, la clase social y la nacionalidad, influyó en un trato diferente; aun cuando yo también sufriera la violencia estructural, que se concretaba en una violencia psicológica permanente provocada por falta de insumos de todo tipo, abuso de poder y verbalizaciones de maltrato. A ello se sumaba una violencia corporal, provocada por un sinnúmero de estudiantes practicando en nuestros cuerpos y a la ineficiencia de ciertos servicios del hospital que provocaban estrés y malestar corporal que se concretaba en dolor por falta de cuidados adecuados. Es decir, el racismo y la violencia se expresan en situaciones diferentes aun cuando no todas las situaciones violentas son ejercidas por actitudes racistas, pero sí por relaciones de poder que se articulan con las condiciones de desigualdad y subalternidad socioeconómica.

Tener en cuenta los aspectos culturales es importante para entender al “otro”. Un mejor entendimiento del “otro” permi-

tiría una mejor relación entre el personal sanitario y el paciente; pero la salud pública boliviana no puede mejorar con la única aportación de este conocimiento, –que se imparte mediante todo tipo de capacitaciones, cursos, postgrados⁹⁰, etc.– Sería necesaria la implementación paralela de cambios estructurales que incidan en una reforma interna de los servicios de salud y de la propia estructura sanitaria colocando la problemática de la violencia y el racismo como centrales. De todo lo expuesto hasta aquí se desprende que las políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad, centradas en la polaridad biomedicina/medicina tradicional y que no incorporan los aspectos socioeconómicos, político e ideológicos, además de los culturales, no están ayudando a mejorar los índices epidemiológicos del país. Es imprescindible, en consecuencia, un mayor debate en torno a esta problemática y es necesario separar la calidad de atención del concepto de interculturalidad.

Uno de los elementos de análisis de este trabajo ha sido la relación entre sujeto/grupo social. Hemos intentado establecer la articulación entre los aspectos macro y micro sociales, a través de las categorías de transacción, integración y desarrollo, como parte de los procesos de globalización y homogeneización, así como a través de la diferencia cultural y de las relaciones de poder que se expresan en los conceptos de hegemonía/subalternidad. Dimos a conocer las condiciones económico políticas que generaron el concepto de interculturalidad. Asimismo, se expuso el punto de vista de los trabajadores de salud, para entender las relaciones que se establecen, los conflictos laborales y el cómo se ha otorgado legitimidad a la violencia en las instituciones médicas.

Las instituciones sanitarias (públicas, privadas, agencias de desarrollo, ONGs) “estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica y científica, sino sociocultural e ideológica” (Menéndez: 2002:312). Esto no se tiene en cuenta a la hora del

⁹⁰ Los postgrados de “salud intercultural”, además de cambiar su nombre deberían ser dirigidos y asesorados por profesionales de Ciencias Sociales que posean una visión integral y no dual.

análisis de la situación actual de maltrato, racismo y deshumanización que se ejerce en los servicios públicos de salud. Todo lo expresado hasta aquí se desprende tanto del testimonio de los actores implicados en el acto médico como de la misma observación llevada a cabo en los servicios de salud. Servicios en los que la noción de violencia y racismo forma parte estructural del mismo sistema de salud y por lo que el concepto de interculturalidad tan solo ha servido para disfrazar las condiciones de desigualdad en la salud pública de Bolivia.

Anexo

Algunas propuestas para los servicios de salud pública

Del análisis de todo lo expuesto hasta ahora, surge una propuesta para la necesaria reforma del sistema de salud. La reforma debería repercutir de manera especial en los hospitales públicos, es decir, en los espacios a los que recurre, en caso de necesidad, la mayoría de la población.

A) Con respecto a los recursos humanos implicaría:

1. Necesidad de aumentar ítem en todo el sistema de salud del país.
2. Mejora de los salarios de los trabajadores en salud (ningún salario debe estar por debajo del sueldo base).
3. Mejora de las condiciones laborales del personal contratado (incluyendo manuales, porteros, etc.) con derecho aguinaldo, vacaciones, etc.
4. Mejora de las condiciones laborales de los que trabajan en la zona rural. Considerar un plus para los que trabajan en el campo.
5. Contemplar la posibilidad de que el personal de la zona rural pueda salir más de un fin de semana al mes, dejando sustitutos en los centros.

6. Se propone la creación de ítem (para zona rural y urbana) con personal rotativo que pueda hacer sustituciones permanentemente cuando sea necesario.
7. Reconocimiento, por parte de las autoridades, del trabajo realizado por los prestadores de servicios en salud.
8. Reestructuración de los recursos humanos, centrada en:
 - Perfeccionamiento científico del personal sanitario.
 - Utilización de sustitutos (formados), cada vez que el personal se ausente de los centros y hospitales.
 - Mejoramiento de la formación social a través de: cursos de Antropología Médica (centrados en el conocimiento de la diversidad de sistemas médicos y en cómo poder mejorar los programas de educación para la salud, así como el conocimiento sobre las distintas concepciones de salud/enfermedad/atención que poseen las distintas culturas del país) y cursos de metodología para realizar educación sanitaria eficientemente.
 - Necesidad de reorganización de los recursos humanos para poder obtener calidad de atención en su práctica profesional.
 - Cursos de capacitación (incluyendo a las manuales) sobre lo que significa calidad de atención y ética profesional.
 - El personal de limpieza, portería, cocina, etc. debería de ser capacitado para ejercer su profesión en un sistema público de salud.
 - El personal que trabaja en la salud publica debería de trabajar a tiempo completo y bien remunerado, de tal manera que no necesite atender en consultorio privado. La atención en

la salud pública debería ser una opción para los profesionales.

- El personal de salud cubano que está trabajando en la zona altiplánica deberían ser capacitados sobre aspectos culturales locales.

B) Con respecto al funcionamiento específico de los hospitales:

1. Creación de una salud pública gratuita, es decir, asumida por el Estado, para toda la población.
2. Reestructuración del sistema hospitalario. Esto implicaría:
 - Tener capacidad resolutive en cualquier caso que se presente.
 - Mejoramiento de los equipos necesarios para la realización de exámenes complementarios (análisis clínicos, rayos X, ecografías, etc.), acompañado de capacitación del personal técnico que lo realiza.
 - Control permanente de la calidad de los resultados de los exámenes complementarios.
 - Abastecimiento en los hospitales de todos los medicamentos e insumos necesarios para cualquier tratamiento e intervención.
 - Crear un sistema hospitalario por el que el personal sanitario no tenga acceso a la compra de medicamentos ni material para los pacientes y en el que tampoco pueda hacer de intermediario.
 - El hospital debe abastecerse lo suficiente para que el paciente no tenga que estar permanentemente comprando elementos de todo tipo para su atención.

- Creación de un sistema de control de la calidad otorgado a los pacientes por el personal sanitario. En caso contrario, debe de haber sanciones.
- Creación de un sistema interno de control que no permita la corrupción en los hospitales.
- Regulación de la entrada de los estudiantes a los hospitales y prohibición de intervención alguna sin una estricta supervisión médica.
- Crear mecanismos de control para que los internos y residentes no realicen los partos sin supervisión (sobre todo en casos de cesáreas y complicaciones en el parto).
- Informar a los pacientes que van a ser atendidos por estudiantes, internos o residentes. Si no existe el consentimiento del paciente debe ser atendido por el médico, sin ningún tipo de represalia.
- Incorporación de terapeutas tradicionales a los hospitales de las zonas urbanas (especializados en limpias y en tratamiento del susto).
- Deberían de reorganizarse los horarios del personal sanitario, debería estar prohibido realizar turnos de 24 y 48 horas.

C) Con respecto a los centros de salud en general:

1. Regular la ética profesional en el interior de los hospitales, centros de salud y en las comunidades.
2. Comunicar a la población en las comunidades, centros de salud, etc., que quienes realizan la educación sanitaria son estudiantes. De tal manera que la población pueda ser consciente de la posibilidad de error.

3. La educación sanitaria es el eje de la prevención y promoción de la salud, ambos aspectos han de ser centrales en la salud pública boliviana. Por ello, no debe ser delegada a los estudiantes.
4. Necesidad de contar con personal especializado en educación sanitaria (creación de la especialidad), en donde se priorice la educación a grupos y no a individuos.
5. Las universidades deben crear sistemas de aprendizaje que no impliquen la práctica con los pacientes, a partir del tercer año de la carrera de medicina, primer año de los estudiantes de auxiliares y segundo año de enfermería.
6. Se debe trabajar con las universidades para que sean conscientes del problema que supone para los pacientes la presencia de estudiantes en centros y hospitales.
7. Dedicar más tiempo a la consulta médica, ello implica mayor número de recursos humanos.
8. El tiempo de espera de la consulta, así como el que se emplea para tomar ficha, debería ser reducido.

D) Con respecto a los centros de la zona rural:

1. Mejorar los servicios con mayor capacidad resolutive. Ello implica más insumos materiales pero, también, que los centros rurales cuenten con más personal cualificado; es decir, que se cubra la necesidad de especialistas en el área rural.
2. Los internos en año de provincia no deben de atender a pacientes sin supervisión. Es en la zona rural donde, dada la dificultad de acceso a los servicios de segundo y tercer nivel, debería estar el personal más cualificado y con mejor capacidad resolutive.

3. Se sugiere que los estudiantes no sean derivados a la zona rural a realizar sus prácticas, porque tienen menos posibilidades de ser supervisados y mayor posibilidad de cometer errores. Deben estar bajo la supervisión de sus profesores hasta que realmente estén preparados para ejercitar su profesión.
4. No centrar los centros de salud rurales, exclusivamente en prevención y promoción de la salud, deben de tener también la capacidad resolutive de los especialistas. En algunas cabeceras de Municipios alejados de las ciudades posibilidad de operación e internación (implicaría anesthesiólogo, cirujano, etc.).
5. Es importante que en todos los servicios exista el ítem de chofer y ambulancias con los elementos necesarios para funcionar.

E) Con respecto a los centros de salud intercultural:

1. Integrar en el debate la influencia que ejerce la Iglesia evangélica a fin de determinar de qué manera puede ofrecerse una atención lo menos conflictiva posible.
2. Consideramos que la guía que ha creado el Ministerio de Salud y Deportes no es útil para evaluar la calidad de atención de los centros con respecto a la adecuación al parto. Se propone realizar evaluaciones socioantropológicas con rigurosidad metodológica.
3. Se recomienda que las evaluaciones no sean realizadas a través de consultorías, que la mayoría de las veces no sobrepasan el mes.
4. Seguir incentivando la posibilidad de la atención al parto por parteras o terapeutas tradicionales en el interior de los centros y la atención del parto domiciliario a través del personal de salud.

6. En los centros donde ya existen terapeutas tradicionales, éstos deberían atender conjuntamente con el médico en el caso de aquellas patologías (tanto biomédicas como populares) que puedan realizarse mediante un diagnóstico y tratamiento conjunto. Para ello, se ha de realizar un trabajo previo con todo el personal sanitario. Este punto correspondería a la reestructuración de los recursos humanos.
7. Incorporar la calidad de atención como eje central de los centros de salud intercultural.

F) Propuestas para los residentes del Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (SAFCI):

1. En cada área se recomienda conocer a todos los actores protagonistas de la salud de los barrios y comunidades. Por tanto, se deben incluir: terapeutas tradicionales (curanderos, jampiris, yatiris, kallawayas, etc.), parteras/os y representantes de religiones e iglesias que trabajan con la salud. Fundamentalmente, aquellas que utilizan en su discurso elementos de prevención y promoción de la salud en términos biomédicos, caso de la católica (carismáticas), las evangélicas (pentecostales) u otras (Testigos de Jehová). También, representantes de otros sistemas alternativos (de acupuntura, bioenergética, sanaciones con ayahuasca, etc.) y todos aquellos actores que trabajan en los barrios y comunidades y son difusores de prácticas médicas.
2. Se propone no visualizar como barrera u obstáculo para la realización del ejercicio de la práctica profesional a los otros sistemas de salud no bio-médico

(tradicional, religioso, alternativo, etc.). Por el contrario, trabajar con ellos y reconocerlos como aliados.

3. Se propone trabajar con todos los representantes de los distintos sistemas médicos localizados en cada zona y articular con ellos estrategias conjuntas para mejorar la salud de la población mediante la prevención y promoción de la salud (ello no supone trabajar juntos dentro de los centros de salud).
4. Está comprobado que los espacios más indicados para realizar prevención y promoción de la salud no son los centros de salud biomédicos. El mejor espacio es la comunidad y dentro de ella los lugares donde se encuentran los otros sistemas médicos, es decir, donde atienden, diagnostican y resuelven los problemas de salud/enfermedad (Iglesias, casa o consultorio del terapeuta tradicional, etc.).
5. Que todos los representantes de los diversos sistemas de salud trabajen conjuntamente supone pedir colaboración para el registro de los datos epidemiológicos, realizar diagnósticos de las problemáticas más importantes de la zona y crear programas de educación para la salud, programas que pueden difundirse desde las iglesias y otros consultorios.
6. Se propone al personal sanitario como elemento dinamizador y formativo de este proceso, pero los actores que realizaran la prevención y promoción deberían ser los representantes de cada sistema de atención. Esta es la manera de que la información y educación pueda llegar a toda la población. Más allá de las preferencias de recurrir a uno u otro sistema de cada sujeto social y es una manera de preservar la libertad religiosa de cada individuo.
7. Para conseguir esta propuesta el personal SAFCI debería ser capacitado mediante cursos de Antropología Médica (que incorporen, entre otras temá-

ticas, conocimiento de la diversidad cultural, de los sistemas médicos existentes y una mirada crítica sobre el concepto de interculturalidad; además de técnicas de dinámicas grupales para poder realizar eficazmente educación para la salud).

8. Los residentes SAFCI no deberían verse como un elemento de investigación, sino como un elemento dinamizador de un proceso de cambio centrado en la prevención y promoción de la salud. Pero para ello, esto debe ir acompañado con más personal de salud que se encargue de la atención en los centros de salud, e infraestructura e insumos necesarios para tener capacidad resolutive real en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAD, L. 2004a. *Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 75-91.

ABAD, L. 2004b. *Epílogo: reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 347-350.

ABSI P. 2006. *La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 229-244

ALBÓ, X. 2004. *Interculturalidad y salud*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 65-74.

ALLUÉ, X., MASCARELLA, L., BERNAL M. y COMELLES, J.M. 2006. *De la hegemonía de la clínica a la etnográfica en la investigación intercultural en salud*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 15-32.

APPADURAI, A. 2001. [1996] *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. México, Trilce- FCE.

BAIXERAS, J.L. 2006. *Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayá con el sistema de salud público en San Pedro de Curva*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 271-287.

BARTOLOME, M. 1987. *Afirmación estatal y negación nacional. El caso de las minorías nacionales en América Latina*. Suplemento Antropológico, vol. XX, N 2. Universidad católica del paraguay. Asunción.

BARTOLOME, M. 1997. *Gente de costumbres y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. México: Instituto Nacional Indigenista, Siglo XXI editores.

BARTOLOME, M. 2006. *Los laberintos de la identidad. Procesos identitarios en las poblaciones indígenas*. Revista Avá N° 9/ agosto 2006. Posadas, Argentina. Pp 28-48

BRADBY B. y MURPHY-LAWLESS J. 2005. *¿Volveré, no volveré?. Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. Informe final del proyecto Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formales e informales del cuidado perinatal. Bolivia.

CABELLOS, F.J. y QUITRAL J.C. 2006. *“Interculturalidad crítica: Interfase valorativa entre la “interculturalidad ideal” y la “Interculturalidad Real”*. *Constataciones en el marco de desarrollo de Modelos Interculturales de salud en la región de la Araucaría*. <http://kuxalwe.blogs.pot.com/2006/12/interculturalidad-critica.html>

CALAVIA, O. 2004. *La barca que sube y baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e*

Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIISPANA, UCLM. Pp 169-180.

CALLAHAN, M. 2006. *El hospital kallawayá "Shoquena Huasi" de Curva: Un experimento en Salud Intercultural*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 289-303.

CAMPOS, R. y CITARELLA, L. 2004. *Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIISPANA, UCLM. Pp 93-106.

CAMPOS, R. 2004. *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIISPANA, UCLM. Pp 129-151.

CAMPOS, R. 2006. *Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006)*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 373-388.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1992. *Etnicidad y Estructura Social*. Colección M. O. Mendizábal. México: CIESAS.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 2000. *Etnicidade, eticidade e globalização*. En: O trabalho do antropólogo. Editora UNESP. Pp 169-197.

CASTELLS, M. 1998. *El poder de la identidad*, Vol. 2 de La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Madrid, Alianza Editorial.

CASTELLON I. 2006. *Imaginario rural en torno a las capacidades*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 433-450.

CIDOB. 2008. *Plan estratégico de salud indígena 2008-2010*. Bolivia. CIDOB, FCI, Asociación Izan, Ministerio de Salud y deportes.

CHAUMEIL, J.P. 2004. *Del proyectil al virus. El complejo de dardos-mágicos en el chamanismo del oeste amazónico*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 265-278.

CITARELLA, L.; BENAVIDES, P.; HUISCA, R.; MILLAPAN, M. 2004. *Conceptos y clasificaciones tradicionales mapuches de al biodiversidad vegetal. Una investigación etnobotánica basada sobre un enfoque intercultural, participativo y aplicado al desa-rrollo*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 323-346.

DE LUCCA; M. y ZALLES, J. 2006. *Descripción y uso de 100 plantas medicinales del altiplano boliviano. Utasan Utjir Qollanaka. Medicinas junto a nuestra casa*. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.

DIBBITS, I. y TERRADAS, M. 2003. *Uno de dos. El involucramiento de los hombres en la salud perinatal*. Tahipamu. La Paz.

DIBBITS, I. y DE BOER, M. 2002. *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud*. Tahipamu. La Paz.

FARMER, P. 1996. *On suffering and structural violence: a view from below*, Daedalus, vol. 125 (1) pp 260-283.

FASSIN, D. 1996. *Exclusion, underclass, marginalidad*. Revue Francaise de Sociologie, vol. XXXVII, pp 37-35.

FERNÁNDEZ, G. 1999. *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz.

FERNÁNDEZ, G. (comp.). 2004a. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM.

FERNÁNDEZ, G. 2004b. *Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del susto en el altiplano de Bolivia*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 279-303.

FERNÁNDEZ, G. 2004c. *Yatiris y ch`amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. ABYA YALA, Ecuador.

FERNÁNDEZ, G. 2006a. "Al hospital van los que mueren" *Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 317-336.

FERNÁNDEZ, G. 2006b. *Un teléfono de urgencias y casi perder la fé*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 9-13.

FERNÁNDEZ, G. (comp.). 2006c. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA-YALA, UCLM, AECI.

FLORES, J.A. 2004. *Una etnografía del "año de provincias" y de "cuando no hay doctor". Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 181-212.

FUERTES, A y PEREZ, R. 2007. *Encuentro de dos: la biomedicina y medicina tradicional en Tinguipaya*. Cooperazione Italiana y COOPI. La Paz.

GARCÍA CANCLINI, N. 1999. *La globalización imaginada*. Buenos Aires-México-Barcelona, Editorial Paidós.

GOOD B. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra. Barcelona.

GONZALEZ, M. D. y CARAVANTES, C. 2006. *Y sin embargo son ellas las que más hacen por la "Salud intercultural"* En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 305-315.

GIL, F. 2006. *¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 217-228.

GRIMBERG, M. 1997. *Demanda, Negociación y Salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de traba-*

jadores gráficos 1984-1990. Facultad de Filosofía y Letras-CBC. UBA Ed. Buenos Aires.

GUBA E. y LINCOLN Y. S. 2000. *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. En: Por los Rincones. El Colegio de Sonora. México.

HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. 1994. *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós Eds.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. 2002. *Potosí. Resultados Departamentales del Censo de Población y Vivienda*. La Paz: INE.

KNIPPER M. 2006. *El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 413-432.

KLEINMAN, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

MASSÉ, R. 1995. *Culture et santé publique. Les contributions de L'antropologie á la prévention et á la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin Editeur.

MICHAUX, J. 2004. *Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLI-HISPANA, UCLM. Pp 107-128.

MENÉNDEZ, E. L. 2006. *"Interculturalidad, `diferencias`y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas* En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 51-65

MENÉNDEZ, E. L. 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

MENÉNDEZ, E. L. 1987. *Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo*. México: Editorial Casa Chata.

MENÉNDEZ, E. L. 1981. *Poder, estatificación y salud*. Ediciones Casa Chata, México.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2005. *Guía para la atención intercultural de la salud materna*. Serie Documentos Técnicos Normativos. La Paz. Bolivia: Documento publicado por el Ministerio de Salud y Deportes.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007a. *Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural*. Bolivia: Documento publicado por de Ministerio de Salud y Deportes.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007b. *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: un avance para las políticas públicas de salud*. Documentos de investigación, publicación 2. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007c. *Guía para facilitadores/as en Atención intercultural de la salud materna*. Serie Documentos Técnico-Normativos. Publicación 14. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008a. *Modelo Sanitario Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. Bolivia: Documento publicado por el Ministerio de Salud y Deportes.

NAVA, R. 2006. *Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva aymara*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina*. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AEI. Pp 245-256.

OROBITG, G. 2004. *Cuando el "cuerpo" esta lejos. Enfermedad, persona y categorías de alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela.* En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas.* Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 251-264.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.s.f. *La Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos.* Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Quito: OPS/OMS, s.f.

PLATT, T. 2006. *El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes.* En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 145-172.

RAMÍREZ HITA, S. 2005. *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí.* Cooperación Italiana. Bolivia.

RAMÍREZ HITA, S. 2006a. *La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia.* En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 405-412.

RAMÍREZ HITA, S. 2006b. *Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas.* En: *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia.* Nº 22. Barcelona. Pp 101-116

RAMÍREZ HITA, S. 2007. *Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos.* Ediciones Bellaterra, Barcelona.

RAMÍREZ HITA, S. 2009a. *La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultu-*

ral indígena quechua de la ciudad de Potosí. En: Salud Colectiva, Vol.5 Numero 1. Buenos Aires, Argentina. Pp 63-85

RAMÍREZ HITTA, S. 2009b. *Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano.* Revista Avá N° 14/Julio. Posadas-Argentina. Pp 191-212.

ROYDER, R. y ANGELONI, M. 2007. *Estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural para centros de salud de primer nivel.* Cooperazione italiana. Bolivia.

SAN ROMAN, T. 1991. *La marginación como dominio conceptual. Comentarios sobre un proyecto en curso.* En: J. Prat et al. Antropología de los pueblos de España. Taurus. Madrid.

STEIN, H. F. 1990. *American Medicine as Culture.* San Francisco, Westview Press

URIBURU, G. 2006. *Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?.* En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 173-186.

VIAÑA J. 2008. *Reconceptualizando la interculturalidad.* En: Comp Mora, D. y De Alarcón, S. Investigar y Transformar. Reflexiones sociocríticas para pensar la educación. Instituto Internacional de Integración. La Paz. Pp 293-343.

WALSH, C. 2007a. *Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial.* En: Comp Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 175-213.

WALSH, C. 2007c. *¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a epistemologías descoloniales*. En: Comp Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 229-244.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

ALBO X. y BARRIOS F. 2007. *Por una Bolivia Plurinacional e intercultural con autonomías*. Cuaderno de Futuro 22. Informe sobre Desarrollo Humano. PNUD. Bolivia.

CAPRARA, A. 2004. *Salud y enfermedad en el camdomble de Bahía*. En: Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 305-321.

CARAMÉS, M.T. 2006. *Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 109-114.

CIDOB 2008b. *Apuntes para un diagnóstico indígena de salud*. Bolivia. CIDOB, FCI, Asociación Izan, Ministerio de Salud y deportes.

DENMAN, C. y HARO, J. *Introducción: Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social*. En: Por Los Rincones. El Colegio de Sonora. México. 2000.

DIPRETE B., MILLER L., RAFEH N. y HATZELL T. *Garantía de calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo*. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad.

LOPEZ, J. 2004. *Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales*. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 153-168.

MEÑACA A. 2006. *La 'multiculturalidad de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 93-108

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008b. *Evaluación Social del Proyecto Reforma del sector salud. Resultados de la consulta a Municipios y comunidades indígenas. Región Oriental de Bolivia*. CEP, Bolivia extensa, Reforma de Salud. Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008c. *Evaluación Social del Proyecto Reforma del sector salud. Resultados de la consulta a Municipios y comunidades indígenas*. Región occidental de Bolivia. CEP, Bolivia extensa, Reforma de Salud. Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR. Dirección Provincial de Salud Tungurahua. 2007. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)*. MSP, DPST, FCI, QAP, USAID. Quito, Ecuador.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1997. *Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales*. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2003. *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud de las Américas. Lineamientos Estratégicos para la incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de la Salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2005. *Pri-mer foro internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e interculturalidad*. OPS, UNEP, CEC, Global Environment Facility.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)*. OPS, United Nations Foundation, American Red Cross, Canadian International Development Agency.

PERDIGUERO E. 2006. *Una reflexión sobre el pluralismo médico*. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 33-49

RANCE, S. 1999. *Trato humano y educación médica*. La Paz: Ipas/ MSPS/DFID/Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

REGASLSKY, P. 2007. *Etnicidad y Clase. El estado boliviano y las estrategias andinas de manejo del espacio*. CEIDIS, CESU-UMSS-CENDA, Plural. Bolivia.

TINTAYA P. 2003. *Utopías e Interculturalidad. Motivación en niños Aymaras*. Instituto de Estudios Bolivianos. La Paz.

WALSH, C. 2007b. *(De)colonialidad e interculturalidad epistémico: Política, ciencia y sociedad de otro modo*. En: Comp Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 215-228.

ZALLES, J. 2006. *Bolivia un ejemplar de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar*. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 389-404.