

ATENCION EN SALUD RURAL EN GEORGIA Y EN
LA ZONA ATLANTICA DE COSTA RICA

Carole E. Hill

Lamento muchísimo expresarme en inglés, hace tiempo no hablo español y me he vuelto tímida para expresarme en ese idioma; espero recobrar mayor fluidez en los próximos días. Es muy placentero para mí estar con ustedes y así también para todo nuestro grupo que ha venido de Georgia. Se me ha pedido hablar despacio; con mi acento sureño no tengo ningún problema para cumplir con esa solicitud.

Deseo contarles sobre mi interés en estudios de salud rural y cómo me parecen que encajan esos estudios en la Antropología Médica tradicional, como fue el estudio que hice en Georgia y finalmente explicaré los objetivos de la investigación que realizaré en Costa Rica en estos meses de junio a agosto de 1983.

La salud rural es un viejo interés de la Antropología. Como tradicionalmente los Antropólogos han trabajado en regiones aisladas del mundo, siempre se han preocupado de la salud rural, aunque los estudios no se hayan reconocido como específicos del área de salud. Los antropólogos han trabajado en políticas de salud, aunque pocos se han dirigido al impacto de esas políticas en comunidades específicas. Los estudios que realicé en Georgia y el que ahora llevo a cabo en Costa Rica difieren de

muchos otros en que intentan relacionar el macronivel de la política nacional con el micronivel de la salud comunitaria. Al hacer esto se evalúan las políticas existentes en los dos países.

Principalmente a partir de la Segunda Guerra Mundial se ha trabajado con organismos como la Organización Mundial de la Salud; los antropólogos han fungido como expertos en problemas de salud que afectan a los habitantes de áreas rurales.

Entre los problemas de que nos hemos ocupado en el pasado, están: la salud pública, prácticas de saneamiento, la nutrición, el control de mecanismos ambientales provocadores de enfermedades, en trabajo de equipo con personal médico, los cambios de conducta relacionados con nuevas tecnológicas sanitarias, y ésta es una área consolidada en los estudios de los antropólogos, quienes han trabajado durante varias décadas. Esta área de intereses permanece hasta nuestros días; sin embargo, relativamente hablando, pocos antropólogos trabajan en organizaciones internacionales de salud. Como ejemplo, en los Estados Unidos, el Centro de Control de Enfermedades (Center for Disease Control) que es una organización internacional, ha tenido sólo un antropólogo, y no ha empleado a ninguno en los últimos tres años. Así es que de cierta manera no hemos hecho entradas en el campo de la planificación y la elaboración de políticas sino hasta muy recientemente.

Empezamos a hablar sobre salud rural solo después de delimitar la salud urbana. Es la salud urbana la que en años recientes se ha convertido en un gran tema, conforme las poblaciones se han trasladado a las

La extensión de servicios es un proceso interesante cuando se mira desde la perspectiva rural porque básicamente se trata de extender políticas urbanas a las áreas rurales, y quizá también extender problemas urbanos a las áreas rurales. Esto se hace bajo el supuesto de que los problemas son los mismos en ambos contextos, aunque la extensión se está -- realizando en forma unilateral. Al extender los servicios cabe preguntarse quién se va a beneficiar. No voy a contestar esta pregunta ahora, pero sí debemos considerarla en nuestros estudios. Este tipo de cuestiones son de políticas y nos interesan como antropólogos. De hecho hay todo un campo de estudio que se ha creado en los Estados Unidos con relación a estos asuntos. En la última década la investigación en servicios de atención en salud y en salud pública se ha intensificado al punto de constituir un campo especializado en el cual, en una Universidad, se puede optar para un grado académico.

Las cuestiones de extensión, cobertura, y sus modalidades, que son básicamente políticas, se prestan bien para el análisis antropológico tradicional; recientemente los antropólogos médicos han empezado a interesarse en cuestiones de políticas, especialmente las relacionadas con la utilización y el sistema de atención; el enfoque de un sistema de atención involucra la sensación de que estamos considerándolo desde la perspectiva holística o integral, pues tomamos en cuenta los involucrados en el sistema desde la comunidad, al micronivel que es tradicional de la antropología,

donde nos hemos establecido con nuestros métodos, y nos movemos hacia las cuestiones del macronivel en el ámbito de las políticas, necesariamente incluyendo aquí la problemática de las políticas de salud y el sistema sociopolítico y socioeconómico de un país, de tal manera que se vinculen este macronivel y el micronivel. Porque tratamos de ver cómo resultan afectadas o influidas las comunidades por las políticas establecidas en los servicios de salud.

En esto también hablamos de poder, poder en el área de salud, pues según las decisiones que se toman en Washington, D.C., o en San José, así se influirá en nuestras comunidades o en Cahuita y La Bomba. Así, me propongo mirar y medir cómo estas decisiones afectan a los residentes de las comunidades, cómo éstas utilizan los servicios que resultan de políticas seguidas en las últimas décadas para extender la atención en áreas rurales. Nuestro estudio es, pues, sobre utilización y acceso a estas facilidades.

Otro problema relacionado con este campo que me interesa es la atención primaria y la prevención. Mi interés es mayor en los aspectos de prevención que en los de curación. Cuando se habla de prevención se habla sobre cómo interviene el sistema social y cultural de un grupo de gente. La atención primaria en salud la defino como básicamente una forma de medicina preventiva, más que de medicina curativa. Y creo que sus programas aquí, por ejemplo los de nutrición, están más en el área de medicina preventiva que en la curativa.

En los Estados Unidos, yo he visto que son las políticas urbanas las que se han extendido a las áreas rurales. De hecho, en los Estados Unidos las áreas rurales más bien han estado descuidadas, no solo en el aspecto de atención sino también de políticas, debido a que la mayoría de la gente se trasladó a las zonas urbanas. Y al mismo tiempo que se han extendido las políticas urbanas tampoco se ha obtenido conocimiento sobre las gentes que viven en las áreas rurales. Se presume que los patrones de conducta y de pensamiento urbanos son aplicables a los habitantes rurales pero no se ha obtenido evidencia empírica para estas presuposiciones. Nosotros creemos que debemos tener esa dimensión empírica de los habitantes de áreas rurales. Mis estudios en Georgia abordaron estos temas en una comunidad de ese estado.

Entonces, antes de abordar los estudios específicos, resumiremos el enfoque conceptual:

- 1.) Las áreas rurales y las urbanas están completamente entrelazadas unas con otras; para entender unas hay que considerar las otras (Hill, 1973), por los movimientos de población hacia las ciudades, las políticas de salud reflejan necesidades urbanas, no necesariamente rurales. Las políticas de salud, su ideología o servicios, todo de carácter urbano, se extienden al área rural (Hill, 1983). Al prestar servicios se otorga poca consideración al contexto sociocultural del habitante rural.

2.) La economía política de la sociedad se debe considerar como variable importante al analizar la ideología y la estructura del sistema de atención en salud. A menudo, los antropólogos médicos restringieron su análisis al micronivel descuidando el macronivel (Janzen, 1978; Frankenburg, 1980; Waitzkin, 1979). Sin embargo, el mantenimiento y los cambios en los sistemas económicos y políticos afectan el tipo de sistema de salud que existe en una sociedad y su impacto al nivel de la comunidad, especialmente en términos de la asignación de recursos, cumplimiento de las políticas, y la integración del sistema médico dominante con los divergentes sistemas de salud de la gente. Por otra parte, la cultura de quienes participan en los sistemas mayores, tiene un impacto en la cultura de la comunidad. El sistema de atención en salud es parte del orden histórico, económico y político de una sociedad. La elaboración y aplicación de las políticas de salud dependen en gran medida del sistema cultural de los elaboradores de políticas, lo que a su vez afecta la comunidad rural. Las políticas rurales están basadas en un modelo hospitalario urbano de atención y esto no encaja adecuadamente en el área rural.

Las dos comunidades que he estudiado son parte de una economía capitalista. En consecuencia los conceptos de la clase e ideología son importantes para analizar el proceso socio-cultural entre la comunidad y la economía política dominante. Los estudios se inclinan hacia un modelo de conflicto de la sociedad más que hacia uno funcionalista, aunque

no se presume que los niveles económicamente inferiores de la sociedad estén completamente dominados ideológicamente. Ellos han creado sus modelos, en este caso, modelos de salud, que son continuamente negociados con el modelo de salud dominante. Los conflictos surge, sin embargo, cuando los asuntos políticos y económicos se enfrentan al sistema cultural. Estos conflictos provocan cambios y a menudo crean una ambigüedad que admite diferentes interpretaciones del proceso, y el resultado es de que la más poderoso de las intepretaciones prevalece sobre las de otros grupos.

En las dos comunidades estudiadas las creencias (modos de pensar) y conductas en salud, incluyen el modelo biomédico (dominante), pero no están limitados por éste. Encuentro un proceso de negociación entre la medicina tradicional y la medicina científica en los procesos cognoscitivos de la gente. No hay un interés particular en crear un nuevo orden social para obtener mejores servicios. La gente simplemente desea igualdad y participación para estructurar su modelo de salud. Hay grados de dominación que ligan a la gente con estas divergentes creencias y conductas. La educación en salud, la promoción de la salud y los servicios son en general las fuerzas dominantes que integran los conflictos existentes o potenciales en el sistema de salud. Sin embargo, encontramos que las políticas que guían estas fuerzas son a menudo ignorantes de o condescendientes con respecto a los modelos alternativos de las gentes de las comunidades que reciben el impacto de las políticas dominantes.

En consecuencia, la gente carece de poder para controlar los recursos o a las instituciones que los afectan.

El estudio de Georgia recogió información sobre las creencias y las conductas en salud de una muestra de 25% de las unidades domésticas de Coberly, pueblo de 1000 habitantes. Recolectamos datos sobre su percepción de problemas físicos y mentales, sobre cuáles creían que eran sus causas, qué problemas físicos y mentales, sobre cuáles creían que eran sus causas, qué contribuyó a la forma de decisiones sobre ellos, cómo se decidió sobre alternativas disponibles, ¿cuál fue la base para escoger una modalidad de conducta para obtener salud opuesta a otra modalidad de comportamiento para buscar esa salud? ¿cuál es el proceso de toma de decisiones que conduce a una de las opciones para lograr salud? Este es una pregunta muy importante para el planeamiento de políticas porque si se conocen las razones por las cuales la gente elige, entonces se puede planificar la estrategia de intervención utilizando la propia percepción de los usuarios y no la del planificador, se atienden sus necesidades y no las nuestras.

También medimos la frecuencia del uso de las facilidades de atención disponibles, ¿cuáles facilidades se utilizaban, con qué propósito, y cómo se relaciona todo esto con el proceso de toma de decisiones?.

Estudiamos también el establecimiento de un centro primario de atención, desde que fue concebido y establecido. Uno de sus principales problemas fue obtener un médico. Durante 1 año no hubo médico que

quisiera vivir en el cantón rural, este es uno de los principales problemas que tenemos en los Estados Unidos, o sea, el de la distribución del personal de salud, aunque el poblado que estudiamos sólo está a 60 millas de una ciudad de las principales en el Sureste de E.E.U.U. Finalmente en este centro contrataron un médico de Corea, y él está ahí y le va bien. Hemos notado entre ustedes ese mismo problema de encontrar profesionales de salud para encargarse de áreas rurales.

Una importante característica de una comunidad es su heterogeneidad. Coberly está estructurada según líneas de clase y de etnia, y cada una tiene su percepción diferente. Hay patrones diferenciados de acceso y utilización según variables de raza, (negra o blanca) el sexo, o la edad. Hasta que "Medicare" (seguro de salud) se hizo una realidad en 1965, los negros eran discriminados en el sistema de salud, ellos no podían pagar los servicios. Por esto, su utilización de los servicios es una conducta relativamente nueva para ellos, mientras que los blancos están más acostumbrados a usarlos, y sienten que tienen mayor acceso que los negros. Las mujeres en general usan más a menudo los servicios y para mayor número de dolencias, y por supuesto, los mayores acuden a los servicios más que los jóvenes.

Su proceso de toma de decisiones se basa en tres factores principales: la severidad con que se percibe la enfermedad, los episodios agudos o crónicos, y el conocimiento que la gente tiene de su enfermedad y de su tratamiento. Cuando un episodio de enfermedad se percibe como severo, la gente de Coberly busca ayuda médica, la clínica y el hospital. Si, por otra parte, están familiarizados con la enfermedad y no

la consideran o perciben severa, la mayoría (especialmente si son negros, o blancos de bajos ingresos) tratarán su condición por sí mismos con remedios caseros y otras formas de medicina tradicional. Toda la gente de Coberly usa alguna forma de medicina tradicional (auto-ayuda) sean tés de hierbas, vitaminas o alguna forma de homeopatía. A menudo combinan "la medicina del doctor" con "la medicina de la naturaleza".

Estudiamos si la gente continuaría utilizando servicios si tuviera que pagar por ellos. Pudimos concretar algunas proposiciones definitivas acerca de los factores sociales, culturales y económicos involucrados en las decisiones sobre la salud y si las políticas estaban dirigiéndose a esa situación, y si las estrategias de intervención eran social y culturalmente apropiadas para la comunidad. Descubrimos bastantes divergencias entre los dos niveles del sistema de salud y concluimos que las estrategias de intervención no son apropiadas si la meta es proporcionar a la gente de Coberly una mejor atención.

Hice un análisis del proceso de elaboración de políticas. Entrevisté una muestra de 45 elaboradores de políticas a nivel local, estatal y nacional, con el fin de determinar su visión del mundo rural y la comparé con la visión de la gente de la comunidad según su concepción de los problemas, de las situaciones, etc.

Otro hallazgo, que no fue sorprendente, tiene que ver con problemas de salud mental en áreas rurales. La manera como la gente interprete la salud mental en E.E.U.U. presenta dificultades. En mi instrumento (cuestionario) tenía preguntas sobre salud mental, para indagar sobre la percepción que la gente tiene sobre lo que es locura. Eso varía den-

tro de los límites de la comunidad y más allá de ellos. Sabemos, con base en los estudios transculturales, que las comunidades rurales permiten una más amplia latitud conductual que las comunidades urbanas, son más flexibles para definir quien es anormal (en el aspecto mental); es más común encontrar amigos y familiares que cuidan los enfermos mentales.

Preguntamos en Coberly sobre el uso y abuso de drogas y alcohol y la gente nos dijo que no eran problemas serios proque estos son problemas urbanos.

Todo este estudio para determinar las percepciones locales sobre salud rural sirve para aplicarlo a los programas; es importante planificar conociendo los puntos de vista de la propia gente que recibe la atención.

El estudio que trataré de hacer en Costa Rica replica de muchas maneras el de Georgia. El diseño de la investigación es similar. He estado leyendo materiales sobre políticas de salud en Costa Rica y las que se refieren a zonas rurales. Quiero ver como se revelan las políticas (macronivel) en el micronivel de La Bomba y Cahuita. Obtendremos datos comparativos. Además de considerar la información epidemiológica de la zona, trataremos de determinar las actitudes, opiniones, creencias y actuaciones en el campo de la salud, su idea de los problemas. Creo que se podrá utilizar este estudio en planeamiento y en elaboración de políticas. Esto es lo que llamo Antropología Aplicada. Comenzamos con la descripción de la situación, como en la Antropología Tradicional, pero trascendemos eso al tratar de tomar en cuenta los pro-

blemas de salud del país y contribuir a las posibles soluciones, trabajando con los planificadores en el macronivel y también con la comunidad en el micronivel. Las percepciones son diferentes en cada nivel.

Un hallazgo interesante en Coberly fue la percepción de la accesibilidad que la gente tiene. Una clínica en un radio de 20 millas puede ser para nosotros un centro accesible. Sin embargo, puede no ser considerado así por la gente. Tenemos que determinar cuál es la distancia en que puede ser considerada accesible por la gente misma. Nos entrenamos en este estudio a considerar el acceso desde el punto de vista de los usuarios y no del nuestro. En otros aspectos ideológicos el concepto de "acceso" no es el mismo tampoco entre los planificadores y la gente receptora de servicios.

Otro hallazgo interesante fue que la gente tenía una fuerte convicción sobre querer controlar su propia salud. Sentían que debían controlarla, decidiendo cuántas medicinas tomar y que clases; algunos toman las medicinas de otros; aunque la mayor parte de la gente tiene acceso (excepto algunos que no pueden pagar seguros médicos) se puede decir que el sistema médico no está dominando completamente la ideología de la gente. Quería participar en el proceso de atención y prestación de servicios más de lo que se les permitía, dada la estructura que tienen los servicios de salud en los Estados Unidos. Fue sorprendente en el análisis hallar esta convicción presente en toda la investigación, no esperaba yo ver que esta actitud fuera tan marcada. Se desea una política más participativa en la prestación de servicios, en la atención primaria, en el planeamiento de los servicios. Tengo los datos empíri-

cos que muestran que a la gente le gustaría hacer eso. Si ellos sienten que tienen problemas, ellos quieren ser parte del sistema de atención en salud. Desafortunadamente, cuando se construye una nueva clínica o se cambia algo en el sistema, sólo se consultan los líderes, y tal como en Coberly, los líderes comparten generalmente la misma ideología de los planificadores o elaboradores de las políticas. En consecuencia, se soslaya una variedad de recursos y el efecto es sacarlos del sistema. Por lo tanto sugiero un modelo de participación en el sistema a la vez que utilizar los recursos de la comunidad. El modelo se estructura dentro del marco de la atención primaria y permite a las gentes de los varios grupos heterogéneos de la comunidad participar en la administración de servicios. Por ejemplo, los auxiliares se escogerían para informar sobre problemas que encuentren en los hogares o sitios de trabajo y para promover la salud mediante la disseminación de conocimientos. Trabajarían directamente con el médico y/o enfermeras. Este modelo serviría porque la mayoría de los problemas son crónicos, no son agudos, y están directamente relacionados con conductas de salud.

Del mismo modo, en Costa Rica, basándose en tasas de mortalidad, se nota que los problemas mayoritarios son crónicos, no son agudos. En 1981 las causas principales de muerte fueron las enfermedades del aparato circulatorio, tumores, traumatismos y envenenamientos, comparado esto con enfermedades infecciosas y parasitarias, las del aparato circulatorio y el respiratorio en los 1920's (Ministerio de Salud, 1982).

Los principales problemas de salud en Limón tienden a ser crónicos, tales como presión alta, parásitos y desnutrición en niños. Costa Rica superó los problemas principales de enfermedades infecciosas gracias a

los esfuerzos del Ministerio de Salud en la última década. El Ministerio elabora políticas, planifica y coordina los servicios en el país. Principalmente provee atención primaria, mientras que la Caja Costarricense del Seguro Social principalmente provee atención secundaria y terciaria mediante el sistema de seguros.

El programa de Salud Rural, del Ministerio de Salud, empezó en 1973 "con el propósito de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población, concentrando su atención inicialmente en la rural dispersa, para extenderse luego a la rural concentrada, mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos, de fácil aplicación por personal auxiliar debidamente adiestrado, supervisado y apoyado por las estructuras orgánicas y funcionales de un sistema regionalizado de salud y con una participación activa de la comunidad organizada para desarrollo global". (Ministerio de Salud, 1982). En 1979 había 1.201,440 habitantes rurales y 287 puestos de salud rural.

De modo semejante a los E.E.U.U. muchos de los recursos médicos de Costa Rica se concentraron en las áreas urbanas. Por lo tanto, se inició el programa de salud rural y, al igual que en E.E.U.U., surgen algunos problemas importantes para implementar el programa. Aunque en Costa Rica el sistema de salud está más centralizado y por lo tanto es más manejable desde la perspectiva de la planificación, las comunidades rurales a menudo carecen de la organización o de los modelos para ejecutar y controlar el programa (Vargas, 1977). Además, encontramos que en el área de Limón, hay un problema de carencia de personal y medicinas. Hay dos médicos para abarcar toda la Provincia y tratar no solo lo médico sino también lo de nutrición. En la comunidad que estudio no hay asistente ni vehículo permanen-

te. Los horarios son caprichosos y la gente no sabe en qué momento se abre el puesto. La gente no puede planear cuándo ver al médico. Además, las medicinas son escasas y el personal no está seguro cuándo o si se enviarán medicinas de la oficina responsable de esto.

Aunque los datos no se han analizado aún, se pueden hacer varias observaciones acerca de la salud en la Provincia de Limón. Primero, la gente sufre de enfermedades agudas y crónicas. Necesitan un sistema médico confiable, que provea servicios regulares, y necesitan un programa preventivo que les enseñe acerca de las conductas relacionadas con la salud, tales como prácticas de nutrición, atención pre y post natal. En segundo lugar hay un problema de servicios fragmentados, de cooperación en la planificación de funciones y finalmente un problema de pluralismo. La comunidad es bicultural, con patrones diferenciados de conductas y modos de pensar sobre salud, y hasta cierto punto, necesidades diferentes. Este factor se debe tomar en cuenta por parte de los planificadores si ellos desean desarrollar modelos culturalmente apropiados de atención en salud para las zonas rurales de Limón.

Para concluir, deseo hacer unas pocas observaciones acerca de los problemas de acceso y participación en un sistema médico que funciona en una economía política cuya estructura e ideología es la de una democracia capitalista. El mecanismo básico instrumental para el acceso y la participación en un sistema así es el status económico. Es un sistema de privilegio para quienes tienen riqueza y poder. Las comunida-

des y los individuos en desventaja económica, aunque a menudo aceptan la ideología dominante, a menudo se frustran por carecer de igual acceso y participación en las principales instituciones de la sociedad. Los temas de pobreza, distribución de ingresos y subdesarrollo rural son parte de un proceso que puede culminar en la marginalización social cuando menos o en la muerte de la comunidad en la peor eventualidad (Padfield y Young, 1977; Gallaher y Padfiel, 1980) ciertamente, el proceso comunitario toma lugar en un ambiente específico político y económico, no en un ambiente natural. Se trata de un ambiente controlado y manipulado por fuerzas nacionales e internacionales (Padfield, 1980). En esta arena participa el sistema de salud y se convierte en uno de varios sistemas que ligan el macronivel al micronivel, y refleja localmente la estructura e ideología básica del nivel más amplio, pero a menudo encajando imperfectamente en la cultura y necesidades locales.

He venido a trabajar para ustedes, publicaré en este país y en español lo que encuentre. Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Frankenberg, R.: 1980, Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. Social Science & Medicine. 14 B: 192-202
- Gallaher, A. y Padfield, H.:1980, The Dying Community. Alburquerque, University of New Mexico Press.
- Hill, C.E.: 1973, Understanding Rural Culture: Some Methodological and Conceptual Implications. Human Organization. 32: 217-220
- 1983, The Health Culture of Coberly: Policy Alternatives in a Rural American Community. Manuscrito inédito.
- Janzen, J.M. 1978, The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems. Social Science & Medicine. 12B:121-130
- Ministerio de Salud: 1982, Memoria Anual. San José, Costa Rica.
- Padfield, H.: 1980, The Expendable Rural Community and the Denial of Powerlessness. The Dying Community. A. Gallaher & H. Padfield, eds. Alburquerque, University of New Mexico Press.

- Padfiel, H., and J. Young. 1977, Social Marginalization. En Rural Poverty and the Policy Crisis. R. Coppedge and C. Davis eds. Ames, Iowa, Iowa State University Press.
- Vargas, W. 1977, El Programa de Salud Rural de Costa Rica. Un modelo para las poblaciones marginadas. América Indígena. 37:353-365
- Waitzkin, H. 1979, Medicine, Superstructure an Micropolitics. Social Science and Medicine. 13 A: 601-609