

Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del amazonas boliviano: Una aproximación crítica

Lila Aizenberg¹

Resumen

Este artículo cuestiona las explicaciones ofrecidas por la aproximación intercultural al momento de identificar a la participación comunitaria como un elemento para reducir las barreras culturales, aumentar la participación comunitaria y promover el acceso y uso de las mujeres indígenas a los servicios de salud modernos. Para esto, se concentra en el caso de las mujeres indígenas del Departamento de Beni, Amazonas Boliviano, y examina las razones que limitan la participación comunitaria de las mujeres indígenas y su capacidad para adquirir comportamientos preventivos en temas de salud. A través de un análisis cualitativo, el estudio demuestra que el bajo nivel de participación de las mujeres indígenas no está asociado a un problema de desorganización o apatía social ni tampoco es producto de la barrera cultural con la medicina moderna, como lo hubiera interpretado la aproximación en salud intercultural. Las mujeres indígenas poseen importantes referentes comunitarios y forman parte de redes de apoyo y ayuda mutua en temas de salud. No obstante, experimentan aislamiento debido a la existencia

Abstract

This article questions the intercultural approach to healthcare programs as a strategy to reduce intercultural obstacles, promote community participation and improve women's access to healthcare. It focuses on the case of indigenous communities in the Department of Beni-Bolivian Amazon- and examines the factors that limit women's community participation and their capacity to adopt preventive health behaviors. Through a qualitative analysis, the study reveals that the low level of community participation is not associated with social disorganization/apathy in terms of healthcare or consequence of the cultural barrier with the modern medicine, as the intercultural healthcare approach would have expected. Women do possess health care promoters and informal support networks for healthcare. However, indigenous women experience isolation due to the gender barriers. It is mainly the perception of the gender barrier what reduces women's possibility to take advantage of informal networks or to use these networks to benefit their health.

Trabajo recibido el 2/3/2012. Aprobado el 31/5/2012

¹ Ph. D. in Sociology, State University of New York at Binghamton (USA). MA in Sociology, State University of New York at Binghamton (USA). Investigadora del CIECS-CONICET-UNC y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Este trabajo forma parte de la tesis de doctorado en Sociología presentada y defendida en la State University of New York en Mayo de 2011. Contacto: lilaizen@hotmail.com

de barreras de género. Es principalmente la percepción de esta barrera la que afecta las posibilidades que ellas tienen para tomar ventaja de las redes sociales de las que forman parte y usarlas en beneficio de su salud.

Key words: community participation, intercultural healthcare, gender, Bolivia.

Palabras claves: participación comunitaria, salud intercultural, género, Bolivia.

Introducción

Desde fines de la década del 70, el modelo de salud «occidental o moderno» ha comenzado a separarse de una interpretación de la salud basada en aspectos meramente físicos para prestarle mayor atención a aspectos sociales; al entender que los determinantes sociales influyen altamente en la salud de las personas y en las inequidades en salud (Marmot, 1986; Marmot y Wilkinson, 1999). Desde entonces, se empezó a señalar a la «participación comunitaria» como un elemento clave para entender la salud de las poblaciones. En tanto la (baja) participación comunitaria en los servicios de salud comenzó a verse como causa de la baja performance de la salud de las poblaciones, su incremento empezó a concebirse como requisito indispensable para aumentar los comportamientos saludables (WHO, 1986).

La participación comunitaria en el campo de la salud fue adoptada por los organismos internacionales que promovieron la perspectiva de la salud intercultural cuando esta última emergió en la década del 90 como respuesta a los bajos niveles de salud de las poblaciones indígenas. Sin embargo, según esta perspectiva, la noción de promoción comunitaria se pensó principalmente como una herramienta para superar la barrera cultural entre la medicina moderna y la medicina tradicional. En otras palabras, la participación comunitaria fue pensada como un medio para inculcar a las comunidades los valores y comportamientos saludables de la medicina moderna (González Salguero et al., 2005; Camacho et al., 2006; Ministerio de Salud y Deportes, 2005; Campos et al., 2004, entre otros). Desde aquí que un importante número de las iniciativas impulsadas desde la perspectiva intercultural se basó en capacitar a promotores de salud indígenas y a sus referentes locales con el fin de que ese conocimiento pudiese ser transmitido a toda la comunidad y así mejorar los bajos niveles de salud.²

² Por ejemplo, en un estudio realizado en Bolivia, Ramírez Hita (2006) ha señalado que «la capacitación es una de las actividades principales de aquellos organismos internacionales que trabajan en Bolivia. Estas instituciones parten del supuesto de que capacitando a los representantes del sistema médico tradicional (terapeutas tradicionales, parteras), éstos podrán hacer de mediadores entre la comunidad y ayudarán a transformarla. El eje de la reflexión está puesto en la transformación de los terapeutas tradicionales y parteras a través de la incorporación del saber médico por medio de la enseñanza en la detección de riesgos y acciones preventivas, especial-

Si prestamos mayor atención a las explicaciones ofrecidas por la aproximación intercultural veremos cómo en realidad los argumentos ofrecidos para explicar la baja participación comunitaria indígena en los servicios de salud y sus bajos niveles de salud no solo se basaron en las resistencias culturales de los indígenas respecto a la medicina moderna sino a un problema más amplio: el de la apatía social. Desde este punto de vista, resulta llamativa la similitud entre este tipo de explicaciones y las esgrimidas por los de la teoría de «la cultura de la pobreza». Desde la década del 60, la teoría de la cultura de la pobreza ha argumentado que el vivir en la pobreza produce una variedad de consecuencias no deseadas sobre las personas. Una de las consecuencias más notorias es la baja participación comunitaria. La desorganización social, sostenía Lewis (Lewis, 1968), «hace a su cultura» y explica sus acciones. La concentración de la pobreza, según su postura, moldea en los individuos características de apatía social, desinterés comunitario y fatalismo, los cuales los llevan a desarrollar comportamientos no deseados (ya sean a nivel educativo, laboral, de salud, etc.) (Lewis, 1965, 1968). Desde los años 80, la idea de la desorganización y aislamiento social de los pobres argumentada por Lewis, ejerció un fuerte impacto sobre las explicaciones acerca de los efectos que tiene el vivir en condiciones de pobreza. En su libro «The Truly Disadvantaged: The inner city, the Underclass and Public Policy» publicado a fines de los años 80, WJ Wilson (1987) argumentó que la concentración de la pobreza urbana no solo aísla socialmente a los pobres de las clases medias sino también de sus modelos de vida, estilos, recursos, y redes sociales y laborales. El resultado de esto, según Wilson, es la formación de un nuevo tipo de fenómeno ->underclass<- caracterizado por el desempleo, los embarazos en madres solteras y otras «patologías sociales». (Wilson, 1987: viii).

El razonamiento de la cultura de la pobreza se hizo claramente evidente en las explicaciones ofrecidas por las organizaciones de desarrollo que, desde los años 90, buscaron dar solución a las desigualdades que habían quedado como saldo de las reformas estructurales. Esto se hizo más explícito en aquellas organizaciones de desarrollo internacional que buscaron mejorar las condiciones sociales de los pueblos indígenas y abogaron por la adaptación intercultural de los programas de salud modernos. En mi interpretación, la explicación acerca de la cultura indígena ha seguido la misma visión que la ofrecida por la explicación sobre la cultura de la pobreza urbana. En ambas explicaciones, el aislamiento social hace a «la cultura de la población» y explica sus comportamientos no deseados. En la pobreza urbana, el aislamiento social de los pobres urbanos con las clases medias debilitaría los lazos comunitarios y llevaría a las personas a compartir códigos culturales caracterizados por la desorganización social, el

mente referido al embarazo, parto y puerperio. Las capacitaciones tienen como fundamento que ciertos aspectos de estos actores sociales deben ser modificados para optimizar sus prácticas u como consecuencia, obtener mejoras en la salud de la población» (Ramírez Hita, 2006: 405)

embarazo adolescente, la delincuencia, la dependencia a los planes sociales, y otros similares efectos no deseados. En el caso de los indígenas, su aislamiento social en general y en particular con los servicios de salud modernos los llevaría a compartir códigos culturales caracterizados por la desorganización social, la cual se manifestaría en la falta de participación comunitaria en temas de salud. En otras palabras, la aproximación intercultural sugeriría que en las comunidades indígenas deberíamos encontrar los mismos patrones de desorganización social señalados por la literatura de la cultura de la pobreza: marginalidad asociada a altos niveles de aislamiento social.

Este artículo presenta el caso de estudio de las comunidades indígenas en el Departamento de Beni, Amazonas boliviano y analiza los mecanismos que explican el bajo nivel de participación de las mujeres en la prevención de la salud comunitaria y de su propia salud reproductiva.³ El análisis pone en tela de juicio el argumento (implícito) ofrecido por la aproximación intercultural. Como desarrollamos anteriormente, la aproximación intercultural en salud ha sugerido que los servicios de salud necesitan promover la participación comunitaria con el fin de aumentar el uso y acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud modernos. La lógica implícita en este análisis, sin embargo, es que la participación comunitaria en salud es un importante componente para superar la cultura tradicional no solo resistente a la medicina moderna sino también socialmente desorganizada y apática respecto a la prevención de la salud propia y comunitaria. No obstante, este estudio revela que las comunidades poseen importantes redes informales de apoyo mutuo para el cuidado de la salud y promotoras de salud capacitadas que buscan fomentar la participación de la comunidad en temas de salud. A partir de esto, el artículo pone en evidencia la debilidad que ha tenido la aproximación en salud intercultural para interpretar las razones que explican el bajo nivel de involucramiento de las mujeres indígenas en la prevención y el cuidado de la salud moderna. El estudio muestra que los bajos niveles de salud de las mujeres y su capacidad para incorporar comportamientos preventivos no están asociados a la falta de iniciativa de los referentes comunitarios para promover la participación comunitaria ni tampoco a la desorganización de la comunidad. Además de estar aisladas de la medicina moderna, las mujeres experimentan aislamiento debido a la existencia de barreras de género. La percepción de la barrera de género debilita el lugar de las promotoras de salud, y por lo tanto, sus chances para fomentar que la población se involucre en asuntos de salud comunitarios. También la percepción de esta barrera afecta las posibilidades que tienen

³ Este artículo se preocupa por mirar críticamente a la aproximación intercultural en salud al momento de explicar el acceso y uso de las mujeres indígenas a los servicios de salud modernos y la adquisición de comportamientos preventivos impulsados por dicho sector. En este sentido, aunque este artículo no lo aborde en particular, se debe hacer explícito que las comunidades indígenas han desarrollado históricamente prácticas de salud tradicionales respecto al cuidado de la salud y poseen un importante número de actores comunitarios, especialmente vinculados al cuidado de la salud materna, como sobadores o parteras tradicionales, entre otros.

las mujeres para tomar ventaja de las redes informales de las que forman parte y usarlas en beneficio de su salud.

El artículo se divide en tres partes. En la primera, se desarrollan los aspectos metodológicos del estudio. En la segunda se exponen los resultados del análisis. Esta parte se divide en dos secciones. Primeramente, se desarrollan los principales obstáculos que tienen las promotoras de salud para promover la participación de la comunidad en la prevención de la salud comunitaria. En la segunda, se desarrollan los principales obstáculos que las mujeres pertenecientes a organizaciones comunitarias locales enfrentan cuando tratan de promover la participación de las mujeres de la comunidad en temas de salud comunitaria y salud reproductiva. En la conclusión y tercera parte se exponen los principales hallazgos y se propone una nueva aproximación para entender las razones que explican los bajos niveles de acceso y uso de las mujeres indígenas a los servicios de salud modernos.

1. Aspectos metodológicos

Esta investigación ha empleado múltiples y complementarias fuentes de información para analizar los mecanismos que explican el bajo nivel de participación de las mujeres indígenas en temas de salud en el Departamento de Beni, Bolivia. Para esto, ha utilizado una combinación de fuentes primarias y secundarias. Por un lado, mi fuente de información se basa en entrevistas en profundidad a mujeres y grupos focales con integrantes de comunidades indígenas ubicadas en el Departamento de Beni y en observaciones no participante. El uso de testimonios orales es una herramienta metodológica muy bien desarrollada por los científicos sociales, el cual nace del interés por el conocimiento de la gente común, el que se diluye u olvida en los estudios que abordan «lo social» bajo parámetros científicamente y representativamente aceptables (Burawoy 1998; Burawoy 2000). Por eso, mi fuente principal son los relatos de las mujeres. Por el otro, mi fuente de información incluye datos estadísticos del Censo de Población y Vivienda (2001), del Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS) del Servicio Departamental de Salud del Departamento del Beni y de las encuestas nacionales del Instituto Nacional Estadística de Bolivia (INE).

El trabajo de campo se realizó en el períodoo 2006 - 2007. El estudio se concentró en tres de los municipios del Departamento de Beni con 100% de población rural como son San Javier, Exaltación y San Pedro (INE, 2002). La selección de las comunidades dentro de estos municipios no estuvo predeterminada sino que fue hecha a través de la técnica de «snowball»⁴ En total se seleccionaron cinco comunidades. En

⁴ Todos los nombres de las comunidades y ciertas características de las mismas fueron modificadas para preservar el anonimato tanto de las comunidades como de los entrevistados. Sin

todas las comunidades seleccionadas, las entrevistas en profundidad fueron complementadas con grupos focales, realizándose un total de cinco grupos focales, uno por comunidad.⁵

Los estudios de caso no prueban teorías desde el material analizado, por el contrario, la estrategia metodológica parte de teorías ya demostradas y usa el material empírico para revisar teorías (Burawoy, 1998). Este caso de estudio está seleccionado para revisar las aproximaciones hasta ahora otorgadas al campo de estudio de la salud indígena. La forma de generalización del caso de estudio es a través de una «generalización analítica», en el cual un marco de proposiciones teóricas previamente desarrolladas se compara con los resultados empíricos del caso de estudio con el objetivo de comprobar tanto si las proposiciones son correctas como para sugerir explicaciones alternativas más relevantes. Por lo tanto, este trabajo busca que los resultados del análisis de este caso de estudio en Bolivia tengan potencial para iluminar y enriquecer aproximaciones sobre salud indígena interesadas en estudiar la participación de las mujeres indígenas en temas de salud.

2. Análisis

2.1. La debilidad de los líderes comunitarios y las redes informales en salud

2.1.1. Las promotoras de salud

La literatura sobre salud y salud pública ha dedicado un importante espacio para mostrar cómo los referentes locales pueden contribuir significativamente a mejorar la salud comunitaria. Los agentes locales, como los promotores de salud, son nexos entre los interventores de políticas de salud y la comunidad porque que ellos saben, más que ninguno, las necesidades que tiene la población y sus demandas (James, *et al*, 2001). La aproximación en salud intercultural, además, ha aportado a esta explicación señalando que los promotores de salud pueden ser sujetos claves para mitigar la barrera cultural entre la medicina moderna y la medicina tradicional. Los promotores de salud pueden ayudar a contrarrestar la barrera cultural porque pueden fomentar la participación comunitaria, promoviendo la difusión de información respecto a la salud, o incrementando la probabilidad de que normas de comportamientos saludables sean adopta-

embargo, ninguno de los cambios afectó el análisis o los resultados. En todos los casos, el nombre de las municipalidades corresponde al verdadero.

⁵ El análisis, se verá a continuación, mostrará que cada comunidad evidencia comportamientos diversos. Este resultado está principalmente asociado al hecho de si las mismas poseen o no promotoras de salud y/o redes de salud comunitarias así como de las características específicas de estos activos dentro de la propia comunidad.

das. Y en consecuencia, pueden incentivar a la población a que accedan a servicios de salud, se involucren en los procesos de atención con los profesionales y desarrollen otros comportamientos deseados por la medicina moderna.

En línea con el consenso más amplio acerca de la importancia que tienen las promotoras de salud para mejorar la salud pública, el sistema de salud público boliviano ha buscado promover la relación entre promotores de salud locales y proveedores de salud de servicios públicos. Esto último fue canalizado a través de la creación de los DILOS. En el Beni, como en el resto de Bolivia, muchas comunidades poseen promotores de salud. La función de las promotoras de salud es atender la salud primaria, es decir, de prevención y promoción de enfermedades comunitarias. Además, ellas son las encargadas de representar a la comunidad en los espacios públicos de toma de decisiones como los DILOS. En Bolivia, desde la Reforma Constitucional de 1994, se sancionan la Ley de Participación Popular (1994) y la Ley de Descentralización Administrativa (1995)⁶. En teoría, estas leyes fomentan espacios de participación social, creando condiciones favorables para el avance de la participación de la población en la identificación de sus necesidades a nivel local. En salud, esto se plasma en la creación de un nuevo modelo de gestión sanitaria centrado en los Directorios Locales de Salud (DILOS). Las reuniones de los DILOS se llevan a cabo en las capitales de los municipios donde se convoca a los representantes de los SEDES locales (Servicio Departamental de Salud), a los profesionales de salud responsables de las instituciones de salud pública y a los promotores de salud de las comunidades que pertenecen a ese sector.

Desde el modelo de descentralización y participación comunitaria, los DILOS buscan involucrar a todos los sujetos que forman parte de la salud municipal en la toma de decisiones. Además, entre sus objetivos, la creación de los DILOS busca darle mayor voz a las poblaciones indígenas en la definición de políticas de salud con el objetivo de que la cultura local pueda traducirse en el proceso de implementación de programas. Por eso, el sistema de salud invita a los promotores de salud a las reuniones de los DILOS con el objetivo de que las comunidades tengan representación en la toma de decisiones. Vale la pena señalar que los DILOS no son en sí mismos una política de salud intercultural, sino que constituyen parte de un proceso más amplio de descentralización y participación comunitaria que se implementó en el país a mediados de la década del 90. En dicho proceso, se convoca a los promotores de salud de todas las comunidades en Bolivia-en las que están incluidas obviamente las comunidades indígenas- a formar parte del proceso de toma de decisiones en salud.

⁶ En 1994, se promulga la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa. Estas leyes entregaron fondos al nivel local a través de la distribución per cápita de 20 por ciento de los ingresos tributarios del gobierno central hacia los 314 gobiernos municipales. La descentralización de la estructura de gobierno de Bolivia ha tenido un fuerte impacto en cómo se organiza la prestación de los servicios de salud dentro del país. En paralelo con esta transferencia de fondos, en el sector salud se entregó la propiedad de los establecimientos de salud a los municipios, junto con la responsabilidad por el financiamiento de los equipos (incluido su mantenimiento) y de los insumos básicos (Banco Mundial, 2004)

2.1.2 La falta de legitimidad de la promotora dentro de la comunidad y la barrera de género

A pesar del rol protagónico que, en teoría, tienen las promotoras de salud para fomentar la participación comunitaria -por ejemplo a través de su participación en los DILOS- los datos recogidos en el trabajo de campo indicaban que las promotoras tenían serias dificultades para llevarlo adelante. Antes de empezar el trabajo de campo en las comunidades en Beni, el SEDES (Servicio Departamental de Salud) me había entregado una «planilla estadística de movilización social y salud» donde explicaba el trabajo que estaba realizando con las comunidades. En el mismo figuraban las comunidades que contaban con «promotoras de salud capacitadas» y «boticas comunales». Dos de ellas eran la comunidad Tronador en el Municipio de Exaltación y Escalada, en el Municipio de San Javier. Cuando abro la planilla, veo que al lado del nombre de las comunidades se habían hecho los siguientes comentarios. En Tronador se señalaba: «3 capacitaciones, botica (de salud) entregada en marzo del 2006»; en Escalada: «capacitación 2. Se entregó botica (de salud) a la promotora».

Con la planilla del SEDES llegué a las comunidades de Tronador y Escalada. De acuerdo a lo que interpretaría la aproximación en salud intercultural, la capacitación del SEDES habilitaría a los promotores de salud a fomentar la participación comunitaria en el cuidado de su salud. Sin embargo, los datos que yo recogería en las comunidades contradecirían este argumento. Igual que en la mayoría de las comunidades, tanto la comunidad Tronador como Escalada habían designado a mujeres para ocupar el rol de promotoras de salud. Las promotoras habían sido capacitadas por el SEDES en temas de prevención y promoción de salud comunitaria. No obstante esto, las promotoras no lograban hacer uso de su función ni para involucrar a la población ni para mejorar su salud.

Por ejemplo, cuando llegué a la comunidad de Tronador en el Municipio de Exaltación, convoqué a las mujeres para hacer el grupo focal. ¿Y ustedes cómo solucionan sus problemas de salud?, pregunté. Ninguna de ellas me mencionó la existencia de la promotora de salud. Al final del grupo focal, comenté que, según el SEDES, la comunidad contaba con una promotora. La reacción de una de ellas ante mi comentario fue: «*Bueno, hay (promotora)...hemos designado una señora acá... pero la pobre tiene muchos hijos, difícilmente tenga tiempo para poder ayudarnos*». Efectivamente, cuando entrevisté a la promotora de salud, me di cuenta de que ella solo poseía el título honorario pero que su función no se estaba ejecutando. La señora había sido elegida por la comunidad porque había hecho un curso en enfermería. Para ella, su función era un impedimento en su vida. La promotora me comentaba que tenía ocho hijos y que estaba sola en la crianza porque el marido era peón de una hacienda en el Departamento de Santa Cruz. Sus días los pasaba en su casa, cuidando a sus hijos, lavando su ropa o dándoles de comer. Desde que había comenzado su función hacía dos años, solamente había entregado remedios a dos madres y participado en un parto domiciliario.

La situación de la promotora de salud de la comunidad Escalada en el Municipio de San Javier era otra. A diferencia de la promotora de Tronador, la de Escalada parecía ser una persona activa y con interés por desarrollar el rol que ocupaba dentro de la comunidad. La promotora buscaba poner en práctica su función a través de espacios de educación para la salud. Sin embargo, la comunidad nunca había participado de sus iniciativas.

Evidentemente, a pesar del potencial que tienen las promotoras de salud para fomentar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, ellas no lograban poner en práctica su función. A lo largo de mi trabajo de campo en Tronador y Escalada, observé que el problema de las promotoras iba más allá del contacto que podían tener con el SEDES. Es decir, iba más allá de los esfuerzos que podía hacer el sistema de salud público, invitando a las promotoras a formar parte de los DILOS o inculcándoles habilidades en salud para que se transmitan a la comunidad. El problema era que, dentro de sus propias comunidades, las promotoras no eran legitimadas por la población como agentes de salud capaces para atender problemas de salud. Por ejemplo, una clara manifestación del problema señalado arriba se veía en la comunidad de Escalada en el Municipio de San Javier. La promotora de Escalada era una persona con ímpetu y buscaba crear espacios para promover la salud comunitaria. Sin embargo, la comunidad no apoyaba sus iniciativas ni participaba en los espacios que ella creaba. La promotora lo hacía claro al momento de comentarme la vez que había buscado incentivar a la población en la construcción de «baños»⁷ dentro de las casas. En el Beni, la falta de acceso a cloacas y agua corriente genera uno de los principales causantes de enfermedades. En 2001, el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en Cercado - provincia donde se encuentra el Municipio de San Javier- mostraba que el 40% de la población tenía inadecuados materiales de la vivienda y 70% inadecuados servicios de agua y saneamiento. En el área rural, el principal tipo de desagüe de agua era el pozo ciego y el uso de servicios sanitarios se compartía entre varios hogares (INE-UDAPE en base a INE, 2001). A pesar de los beneficios que podría tener la construcción de baños por hogar -por ejemplo, evitaría la propagación de tres de las enfermedades más comunes en el departamento, como la malaria, las enfermedades gastrointestinales o la parasitosis-⁸ la comunidad no se había mostrado interesada en la iniciativa de la promotora. Así ponía ella en palabras la falta de interés de la gente:

«El problema acá es que a veces no te apoyan [...] Una vez yo traje la idea de hacer baños higiénicos porque a veces las casas no cuentan con baños y es un riesgo grande para nuestros hijos porque de ahí es que emanan las enfermedades. Cuando propuse (la construcción de baños) a la gente no le llamó la atención, nadie hizo nada [...] yo incluso me desvelo pensando cómo hacer para que todas las casas tengan baños y nada, la gente no me presta atención»

⁷ En realidad la promotora se refería a la construcción de letrinas dentro de cada hogar.

⁸ Informe Autodiagnóstico de situación de Salud- Central Indígena de la Región Amazónica de Bolivia (CIRABO)

El relato de la promotora de salud de Escalada muestra la baja capacidad de incidencia que ella tiene para promover cuidados preventivos. En los casos de Escalada y de Tronador, la existencia de promotores de salud capacitados no garantiza la participación comunitaria. Allí se pone en evidencia que las promotoras de salud no son legitimadas por su propia comunidad como agentes capaces para canalizar problemas. Por lo tanto, las promotoras pierden su poder de convocatoria y su capacidad para transformar los comportamientos de salud comunitarios.

Los datos recogidos en mi trabajo de campo mostraban algo más: las promotoras de salud no solo pierden su capacidad de incidencia en tanto están aisladas de la medicina moderna en sí misma, sino porque experimentan aislamiento como consecuencia de la percepción de las inequidades de género. Una de las dificultades por las cuales las promotoras no podían llevar a cabo su función estaba asociada a la posición que ocupaban las mujeres -como las promotoras- dentro del hogar. El análisis mostraba que la posición de las mujeres dentro del hogar estaba caracterizada por un lugar de subordinación frente a la autoridad de los maridos y por el machismo. El análisis también ponía en evidencia cómo la percepción respecto a este lugar de subordinación afectaba la posibilidad que tenían las promotoras para incidir efectivamente en la población. Debido al machismo y a la posición de poder desigual con los hombres, las promotoras de salud perdían la posibilidad de acceder a espacios de organización comunitaria o públicos de toma de decisiones (como los DILOS). Por lo tanto, el rol de las promotoras de salud perdía efectividad para impactar positivamente en la salud comunitaria.

Esto último se hizo particularmente claro durante mi visita al Municipio de San Javier. Durante mi trabajo de campo, la organización con la que yo colaboraba en Bolivia, organizó un taller donde convocó a las promotoras de salud del Municipio para identificar los problemas del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)⁹. La organización pagaba el pasaje a los promotores para que se trasladaran hasta la escuela del centro del Municipio donde se iba a llevar a cabo la reunión. De alrededor de diez promotoras convocadas, solamente vinieron tres. Al final del taller, Mariana, una de las participantes del taller, me explicó la razón del bajo nivel de convocatoria. Mariana era una de las integrantes de la CMIB (Central de Mujeres Indígenas del Beni). Aunque en ese momento vivía en la ciudad de Trinidad, Mariana había nacido en la comunidad de San Agustín en San Javier y conocía muy bien los problemas de las mujeres del Municipio. En el camino de vuelta en micro a Trinidad, Mariana atribuyó la ausencia de las promotoras de salud a «los problemas que tenemos las mujeres». Mariana me explicó que muchas mujeres ocupaban un lugar de subordinación respecto al marido, la cual se expresaba al momento de que el marido no las dejaba salir del hogar. Mariana acusó a

⁹ El SUMI incluye el tratamiento gratuito para todos los niños hasta los 5 años, y para todas las mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto en todos los establecimientos públicos y de la seguridad social.

los hombres de que las mujeres, como era el caso de las promotoras de salud, quedasen afuera de los espacios de toma de decisiones. En San Javier, me explicó, las mujeres estaban acostumbradas a que los únicos que tenían «voz y voto» en los espacios comunitarios eran los hombres. Entre otras cuestiones, ella atribuía esto a la vergüenza que ellas sentían para hablar durante las reuniones o para contradecir la opinión de un hombre, ante el miedo a la posterior represalia dentro del hogar.

La aproximación en salud intercultural ha sugerido que la falta de promotores de salud capacitados en temas de prevención y promoción de la salud influye altamente en la salud de la población. En particular, ha señalado que dicha falta es una razón importante por la cual las comunidades no participan en las oportunidades que ofrecen los servicios de salud modernos, y por lo tanto, no aprenden a incorporar prácticas que les permitan mejorar su salud. Sin embargo, esta sección mostró que, a pesar de que las comunidades tienen promotoras de salud, estas últimas no logran ser efectivas en su tarea. Más específicamente, la sección mostró que las promotoras no logran incidir sobre la población porque sus propias comunidades no las ven como agentes de salud capaces para canalizar problemas de salud. El análisis puso algo más en evidencia: la barrera de género. Uno de los problemas que tienen las promotoras para incidir sobre la población está asociado a su situación como mujeres. Como mujeres, las promotoras perciben una situación de inequidad de género que se expresa en el lugar de subordinación que experimentan en relación a los hombres. La posición de subordinación frente a sus parejas las deja en una situación de aislamiento. Y como tal, afecta su capacidad para incidir en asuntos comunitarios en la medida en que ellas se enfrentan con serios obstáculos para acceder a los espacios comunitarios o públicos de toma de decisiones (como vimos, las reuniones de los DILOS y de otras organizaciones donde pueden acceder a información, capacitación o recursos). En este escenario, el rol de las promotoras pierde efectividad como agente capaz para involucrar a la población en el cuidado de su salud.

2.2 Las redes informales comunitarias y la barrera de género

Debido al énfasis sobre la importancia de promover la participación comunitaria en los programas de salud, la aproximación en salud intercultural ha hecho implícita la idea de que las comunidades indígenas están caracterizadas por una cultura de desorganización social y apatía vinculada a su salud. Y que esta última es justamente la razón por la cual los indígenas no usan el sistema «moderno» de salud. Sin embargo, los datos recogidos mostraban que las mujeres formaban parte de importantes redes informales de apoyo mutuo, especialmente para canalizar problemas de salud comunitarios. La presencia de estas redes cuestiona la lógica de la aproximación intercultural en salud. En estas comunidades, las mujeres no usaban los servicios de salud modernos a pesar del hecho de estar activamente involucradas en redes sociales. El análisis volvía a poner en evidencia que las mujeres, en cambio, se enfrentaban con barreras asociadas a la inequidad de género. En otras palabras, era la percepción de la inequidad de

género lo que impedía a las mujeres tomar ventaja de las redes informales y transformarlas en canales efectivos para incidir el cuidado de su salud.

Por ejemplo, un día en la comunidad de San Agustín en el Municipio de San Javier una mujer me comentó que se juntaba con otras durante las tardes para coser y preparar la comida para la escuela donde acudían sus hijos. Una de las tardes, esta mujer me viene a buscar a la escuela donde yo estaba entrevistando a la maestra para invitarme a la reunión porque el grupo quería tener una charla conmigo. Cuando llegué, pude notar el alto grado de participación de las mujeres. Todas ellas estaban preparando el desayuno que iba a ser servido al día siguiente en la escuela. Además, cuando terminaron de cocinar, armaron entre todas una ronda de sillas, trajeron tereré y comenzaron a contarme sus problemas de salud. A través de sus palabras, pude registrar que uno de sus principales problemas de esta red de mujeres estaba asociado a las dificultades para prevenir embarazos no deseados. «*Acá nosotras siempre nos juntamos y siempre sale el tema este de querer cuidarnos para no tener tantos hijos, porque acá las mujeres tenemos hijos en «escalerita»*», señalaba una mujer del grupo. Las mujeres de San Agustín tenían claro que necesitaban de recursos e información para prevenir embarazos. No obstante esto, y a pesar de reunirse para hablar sobre el tema, nunca habían acudido al centro de salud para buscar métodos anticonceptivos. Ellas tampoco habían participado en las charlas que ofrecían organizaciones de la sociedad civil, o recogido folletos informativos de la sala de espera de los servicios.

Durante el trabajo de campo en esta comunidad, descubrí que una de las principales causas por la cual las mujeres no buscaban atención ni información en salud reproductiva estaba asociada a su posición social dentro del hogar y la comunidad. La posición de las mujeres estaba caracterizada por su subordinación a los maridos y también por la sobrecarga de trabajo. Sus días eran arduos y duros. Ellas no solo se encargaban del cuidado de los niños y del trabajo doméstico, sino que también participaban en tareas productivas como el cuidado de los animales. El triple rol productivo, reproductivo y comunitario¹⁰ afectaba directamente el tiempo que podían destinar a la búsqueda de atención. Yo pregunté: *¿Ustedes no buscan información, no van al centro o al hospital a pedir que les entreguen métodos?* La respuesta fue negativa y ponía en evidencia la dificultad que tenían las mujeres para salir de sus casas debido al exceso de trabajo. Una de ellas lo señalaba como: *«nosotras buscamos salir al pueblo pero usted sabe [...] esto es un infierno, no podemos dejar la casa con tanto que hay para hacer...»*.

A su vez, a través de sus relatos, pude registrar nuevamente que las mujeres ocupaban un lugar de subordinación respecto a la autoridad de sus esposos. Según ellas, los maridos decidían cuántos niños tenía que tener la familia o si podían salir o no de sus casas. La posición de subordinación llevaba a las mujeres a tener poco o nada autonomía para tomar decisiones sobre su vida reproductiva. Por ejemplo, una de ellas señalaba que el uso de métodos era interpretado por sus maridos como un engaño: *«Ellos (los maridos) piensan que uno está con otro hombre si usa alguna cosa (en relación a*

¹⁰ Moser, 1995.

métodos anticonceptivos). *No entienden eso de que nosotras nos queremos cuidar para no tener tantos hijos*», decía.

De hecho, el impacto que tiene la percepción de la barrera de género respecto a las chances que tienen las mujeres para involucrarse en asuntos comunitarios fue claro de ver en la entrevista que le hice a Florencia, en la comunidad de San Agustín, en el Municipio de San Javier. Florencia era una mujer joven de 36 años que no había terminado la educación primaria. Sin embargo, parecía mucho más grande de lo que era. Su rostro reflejaba la imagen de una mujer cansada, sin ánimo y con muchas preocupaciones. La mirada de Florencia estaba perdida en el horizonte. Cuando la entrevisté, ella estaba sentada en una silla fuera de su casa. Sus diez hijos y cinco perros jugaban alrededor de ella sin que nada la sorprendiera. A diferencia de otras mujeres a las que entrevisté, ella accedió inmediatamente a mi entrevista y a ser grabada. Yo le dije que podía pasar más tarde cuando los chicos estuviesen durmiendo pero a ella le daba lo mismo. Mi sensación en ese momento fue que todo parecía darle lo mismo.

Los días en la vida de Florencia eran monótonos pero intensos. Se levantaba a las cinco cuando cantaban las gallinas. A las siete de la mañana, sus seis hijos en edad escolar caminaban solos hasta la escuela. Ella se quedaba cuidando al resto de los cuatro hijos hasta las doce y media que era el horario de salida de la escuela. A la mañana se ocupaba del campo, de cuidar la huerta y también de algunas vacas y caballos que tenía atrás de su casa. Con lo poco que tenía, preparaba el almuerzo para sus diez hijos incluida ella. Los restos se los daba a los perros. A la tarde se repartía entre las tareas que le demandaba la crianza de sus hijos, *«les coso la ropa, los baño, no los puedo ayudar con la tarea de la escuela porque casi no sé leer ni escribir, pero ellos (los hijos) son vivos, se las saben arreglar solos»*. Las demandas del hogar le imposibilitaba salir de la casa y casi no conocía a las personas que vivían en la comunidad. *«sé de algunas personas pero la verdad es que no salgo mucho, más me quedo en la casa, con todo lo que hay para hacer»*.

En síntesis, los relatos de las mujeres de San Agustín en el Municipio de San Javier muestran que las comunidades no están caracterizadas por una cultura de desorganización social o apatía respecto a su salud. Las mujeres de San Agustín forman parte de redes informales donde se preocupan por su salud y buscan encontrar soluciones para mejorarla. La presencia de estas redes contradice la lógica de la aproximación intercultural en salud. A diferencia de esta lógica, el análisis muestra que a pesar de estar activamente involucradas y movilizadas en redes sociales, las mujeres tienen bajos niveles de salud. El problema de las mujeres para usar estas redes en beneficio propio excede una barrera cultural caracterizada por la desconfianza de la medicina moderna. Como mostró claramente el caso de Florencia en el mismo Municipio de San Javier, las mujeres experimentan desigualdades de género al interior de su hogar. Debido a la sobrecarga de trabajo y la subordinación a sus parejas, las mujeres no solo sienten que carecen de tiempo para ocuparse del cuidado de su salud, sino que tampoco se sienten autorizadas para salir de sus casas o involucrarse en asuntos comunitarios. En conse-

cuencia, las mujeres no logran usar sus redes comunitarias como canales efectivos para mejorar sus niveles de salud.

3. Conclusiones

A través de una mirada crítica a la aproximación en salud intercultural, este artículo se basó en el estudio de caso de las comunidades indígenas del Departamento Beni, Bolivia, para analizar las razones que explican los bajos niveles de participación comunitaria de las mujeres indígenas en temas de salud. Por un lado, el análisis coincidió con esta aproximación al mostrar que las comunidades poseen bajos niveles de participación y de salud. Sin embargo, por el otro lado, el análisis puso en evidencia la limitación que ha tenido esta aproximación para entender las causas que explican estos resultados. Como he sugerido, la aproximación en salud intercultural ha seguido implícitamente la misma línea argumentativa que la teoría de la cultura de la pobreza. Desde aquí, ha interpretado que el aislamiento de las comunidades con la medicina moderna genera en la población una cultura de desorganización social, la cual incide en la falta de comportamientos saludables. Con la misma moneda, dicha aproximación sugirió que el trabajo con los referentes de salud locales podía ser una fuente para promover el desarrollo de comportamientos preventivos en la población e incentivar el uso de servicios modernos. Sin embargo, y contrario a lo esperado por esta aproximación, el análisis mostró que la pobreza y el aislamiento no necesariamente llevan a la desorganización social. El análisis puso en evidencia que las mujeres indígenas forman parte de organizaciones informales de apoyo mutuo con un claro interés para mejorar la salud comunitaria. Además, mostró que las promotoras de salud capacitadas en la «cultura de salud occidental o moderna» no necesariamente garantizan que comportamientos colectivos sean adoptados en relación al cuidado de la salud.

El artículo mostró que el potencial que tienen las promotoras de salud y las redes comunitarias informales para incidir en la salud y la participación es alto. El problema es que las mujeres no logran movilizar estos espacios para su propio beneficio. La dificultad para movilizar estos espacios tiene un alto impacto sobre la participación comunitaria y la salud pero no solamente por un problema «cultural» entre la medicina moderna y las prácticas tradicionales. Sino porque además, las mujeres se enfrentan con un escenario de fuerte desigualdad de género, lo cual también hacen parte del aislamiento que enfrentan. La percepción de la posición de subordinación respecto a sus maridos y la sobrecarga de trabajo dentro del hogar no sólo genera barreras materiales u «objetivas» sino que moldea una actitud de resignación respecto a su propia salud y afecta sus expectativas para mejorarla. Además, aísla a las mujeres de los espacios públicos de participación o toma de decisiones. También, afecta la capacidad de las promotoras de salud para incidir en asuntos comunitarios en tanto estas últimas se enfrentan con serios obstáculos para acceder espacios donde acceder a información, capacitación o recursos necesarios para ejercer su función. En este escenario, las mu-

jeros quedan en una posición «atomizada», en la cual sus roles y redes pierden efectividad como canales posibles de ser usados para mejorar su bienestar o para involucrarse en asuntos comunitarios.

Bibliografía

- BORON, Atilio (1985), *State, Capitalism, and Democracy in Latin America*. Colorado: Lynne Rienner Publishers.
- BURAWOY, Michael, (1998), «The Extended Case Method.» *Sociological Theory* 12, pp. 4-33.
- CAMPOS, Roberto y CITARELLA, Luca, (2004), «Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia.» En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*, ed. Fernández Juárez, G. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM, pp. 93-106.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)-Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2005. Los Pueblos Indígenas de Bolivia. Diagnóstico sociodemográfico a partir del Censo 2001. Santiago de Chile: CEPAL.
- Instituto Nacional de Estadística. (2001): *Bolivia: Mapa de Pobreza*. La Paz: INE.
- JAMES, Sherman; SCHULZ, Amy y VAN OLPHEN, Juliana. (2001), «Social capital, poverty and community health: an exploration of linkages.» En *Social capital and Poor Communities*, ed. Saegert, S.; Thompson, P.; Warren, M. New York: Russell Sage Foundation, pp. 165-188.
- LEWIS, Oscar, (1965), *La Vida: A Puerto Rican Family in the Culture of Poverty. San Juan and New York*. New York: Random House.
- LEWIS, Oscar, (1968), «The Culture of Poverty». En *On Understanding Poverty: Perspectives from the Social Sciences*, ed. Moynihan. New York: Basic Books, pp. 187-220.
- MARMOT, Michael y WILKINSON Richard (1999), *Social Determinants on Health*, Oxford: Oxford University Press.
- MARMOT, Michael, (1999), «Improvement of social environment to improve health.» *Lancet* 351, pp. 57-60.
- MEENTZEN, Angelica, (2001), «Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas.» Washington DC: Unidad de Pueblos Indígenas y desarrollo comunitario. Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo.
- MENÉNDEZ, Eduardo, (2005), «Intencionalidad, Experiencia y Función.» *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 33-69.
- Ministerio de Salud y Deportes (2005), *Guía para la atención intercultural de la salud materna*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

- MOSER, Carolina, (2005), *Planificación de género y desarrollo*. Lima: Flora Tristán Ediciones.
- RAMIREZ HITTA, Susana, (2006), «La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud intercultural en Bolivia.» En *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural*, ed. Fernández Juárez, G. QUITO: ABYA YALA, UCLM, AEIC, pp. 405:412.
- The World Bank. (2004), «Reforma del sector salud en Bolivia. Análisis en el contexto de la descentralización.» Washington: Banco Mundial.
- WILSON, William J., (1987), *The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy*, Chicago, University of Chicago Press.
- World Health Organisation. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion in First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada, Geneva.