

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRIMARIA EN EL ÁFRICA URBANA Y SUBURBANA

ESTUDIO MÉDICO ANTROPOLÓGICO SOBRE LOS BARRIOS POBRES DE NAIROBI, KENIA

Por Leendert Jan Slikkerveer*

Dada la preocupación creciente de los encargados de la planificación sanitaria, los administradores y las autoridades gubernamentales durante las últimas décadas, respecto tanto a los gastos siempre crecientes de la atención médica, como de la magnitud de los problemas sanitarios y de la inadecuada distribución de los recursos sanitarios, la OMS/UNICEF desarrollaron en 1978 un nuevo planteamiento de la Atención Sanitaria Primaria durante la Conferencia Internacional de Alma Ata. En cuanto a eso la Atención Sanitaria Primaria (ASP) se definió como: "... la atención sanitaria esencial universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad por medios aceptables para ellos, a través de su total participación y a unos costes que la comunidad y el país puedan permitirse" (cfs. OMS/UNICEF 1978: 34). Desde entonces la ASP ha emergido como un movimiento mundial, dirigido en definitiva hacia el objetivo final de "salud para todos en el año 2000". Basándose en la presunción general de que los recursos sanitarios en el mundo en vías de desarrollo se destinan principalmente a las instituciones médicas sofisticadas en las regiones urbanas, la prioridad en la ASP se ha enfocado especialmente hacia los grupos desfavorecidos de poblaciones pobres en las áreas rurales. Sin duda, los estudios anteriores sobre el bajo índice de protección de menos del 15 por 100 de la población rural tenía acceso a cualquier forma de atención sanitaria moderna, en la que los "servicios basados en instalaciones" —inspirados en el modelo de atención sanitaria occidental, tradicional— se preocupan por el suministro de medicina curativa especialmente a las élites urbanas (cf. Navarro, 1974, Djukanovkc y Mach 1975, y UNDP, 1975).

Este problema fundamental de la mala distribución de los servicios sanitarios y de los recursos financieros relacionados con ellos, es más agudo entre las regiones rurales y urbanas, y muchas veces se considera como una función de una política

de desarrollo global en el Tercer Mundo, orientada especialmente hacia los centros urbanos y hacia "áreas económicamente avanzadas" específicas (cf. Van Etten, 1976).

Así pues, para mejorar esta situación desfavorable, la Conferencia de la OMS/UNICEF recomendó la promoción de la "planificación comunitaria descentralizada". A la vez, defiende un planteamiento alternativo que destaque la redistribución de los recursos financieros en la periferia: "De esta forma, el presupuesto tiene que asegurar una asignación preferencial de recursos a la atención sanitaria primaria, comenzando en las comunidades y progresando a través de otros niveles" (cf. OMS/UNICEF, 1978:68).

Sin embargo, aparte del constantemente creciente número de principios para la distribución de las instalaciones de atención sanitaria, formulados en la literatura reciente —tanto estructurales, orientados hacia el proceso o el resultado, o utilitarios—, esta reorientación a favor del desarrollo de la atención sanitaria rural orientada hacia la comunidad, no implica que la concentración urbana de servicios sanitarios, recursos y mano de obra en el pasado, haya conducido implícitamente a mejorar la situación sanitaria de la población en las ciudades más grandes. Por el contrario, la magnitud y complejidad de los problemas sanitarios urbanos han aumentado también en todo el mundo durante las últimas décadas, en las que el fenómeno del proceso de urbanización parece jugar un papel dominante. El Estudio 2000 Global de los Estados Unidos (1980) muestra una situación mundial en el año 2000 en la que el crecimiento urbano incontrolable conduce, por ejemplo, a una ciudad de México, con 31,6 millones de habitantes, con muchos millones en barrios bajos en los que la higiene, el suministro de agua y las instalaciones sanitarias serán mínimos. Además, cuarenta y cinco de las sesenta ciudades con una población de más de cinco millones estarán situadas en el Tercer Mundo, donde vivirán además las cuatro quintas partes de la población mundial total.

A pesar de la falta de datos confiables y de los esfuerzos parcialmente logrados para acumular estadísticas por parte de la OMS y de las Agencias internacionales relacionadas con esta institución, los proyectos recientes apoyan la idea de que: "A finales de este siglo, quizás la mitad de la población mundial habitará en las ciudades, y el número de ciudades con más de un millón de habitantes habrá aumentado a más de 270, frente a las 75 existentes en 1950" (cf. Paine, 1978).

En este contexto, los responsables de decidir las políticas a aplicar, los planificadores y los gestores, organizaron un Congreso especial de la Federación Internacional de Hospitales en Tokio en 1977, donde —por primera vez— se pudo discutir información estandarizada sobre salud y enfermedad en un cierto número de ciudades importantes, principalmente del Mundo Occidental, con la excepción de Japón y las Filipinas. Aparte de ciertas limitaciones debidas a la omisión de, por ejemplo, la situación en Africa, Europa Oriental y en parte el Sudeste asiático, y la preocupación por la atención hospitalaria, el tema central ha sido asegurarse de que, dejando de lado todas las diferencias, la mala distribución de los servicios y los costes incontrolables forman un problema especial y mundial del desarrollo de la atención sanitaria urbana.

Entre los problemas más urgentes para mejorar la situación en las áreas urbanas grandes, se han identificado los siguientes:

- la especialmente compleja infraestructura de atención sanitaria formada por una gran variedad de instituciones curativas públicas y privadas;
- los costes crecientes de las profesiones liberales, representadas por los médicos, farmacéuticos, dentistas, enfermeras y otros trabajadores sanitarios paramédicos;
- la distribución desigual de hospitales y personal médico, concentrados muchas veces en los centros de las ciudades;
- la organización de la medicina preventiva y los servicios de medio ambiente.

Aunque: "No hay duda de que en nuestro siglo la salud de las poblaciones urbanas ha mejorado hasta el punto de que es mucho mejor que la de las poblaciones rurales", el Congreso ha formulado recomendaciones para fortalecer la investigación, planificación y establecimiento de agencias de coordinación para la futura mejora sanitaria en las grandes ciudades (cf. Paine, 1978: 11-12).

Es evidente que el tamaño y la complejidad de esos problemas sanitarios urbanos a escala global requieren mayor estudio y comprensión, no sólo en el sentido médico y de gestión, sino también en sus dimensiones socioculturales, económicas y políticas. Prestaremos aquí una atención especial a este fenómeno en el mundo en vías de desarrollo.

En el pasado, los antropólogos y sociólogos urbanos, además de estudiar los asentamientos urbanos, consagraron mucha atención al proceso de urbanización y al contraste entre las áreas urbanas y rurales. Lipton (1977) quien presenta una explicación de los procesos desequilibrados del reciente crecimiento y desarrollo en el Tercer Mundo desde una perspectiva socio-económica, y en particular, entre las poblaciones rurales y las élites urbanas, ha desarrollado su famoso concepto de "tendencias urbanas". El autor aplica este concepto sobre disparidad en el desarrollo no sólo en sentido distributivo, sino que se refiere a la vez a una "tendencia urbana" dispositiva de los políticos, los que toman decisiones políticas y los planificadores, lo que produce como resultado la privación de las poblaciones rurales. De igual forma, Lipton (1977: 265) observa también una disparidad sustancial en el campo de la atención sanitaria: "El hombre de la ciudad tiene unas perspectivas de atención médica nueve veces mejores que el habitante de un pueblo en la India, y treinta y tres veces mejor en Etiopía".

Además de las descripciones "clásicas" de la ciudad y del proceso de urbanización en los países del Tercer Mundo, ha aparecido un cierto número de estudios sobre inmigración para la transformación de los países en vías de desarrollo, especialmente en Indonesia y Africa, donde un número considerable de disciplinas académicas están implicadas (cf. Nas, 1974, 1980; Van Binsbergen y Meilink, 1978).

Más tarde, se desarrollaron diversas teorías "dualistas" sobre la ciudad y el campo, a lo largo de los años setenta. Aunque inicialmente el modelo "centro-periferia" subrayaba el importante papel de la ciudad en la difusión e innovación del proceso de modernización durante el principio de la década de los setenta, se fue haciendo perceptible una tendencia en la antropología urbana holandesa en la que: "En realidad, el desarrollo potencial de las áreas rurales se acentúa" (cf. Nas y Prins, 1983). Después de los "estudios de área" posteriores sobre países específicos, ha aparecido recientemente una serie de "monografías de la ciudad", en las que, aunque de forma indirecta, se indican algunos problemas sanitarios de higiene, sistemas de agua potable y aguas residuales, y enfermedades infecciosas en centros urbanos, tales como los de Janssen (1978) sobre Bogotá, Schenk (1980) sobre Allepey y Nas (1980) sobre los Estados Unidos.

Los antropólogos y sociólogos médicos, que desde los primeros días del desarrollo de estas (sub)disciplinas han estado comprometidos en el estudio del contexto socio-cultural de la salud, la enfermedad y la curación, gradualmente hacia finales de los años sesenta comenzaron a prestar más atención al fenómeno de la "utilización dual", que implica la utilización simultánea tanto de la medicina tradicional como de la cosmopolita. La utilización concurrente de los médicos y de los curanderos indígenas ha sido estudiada incidentalmente en los establecimientos urbanos, especialmente en ciudades mejicanas y de América Latina, apoyando la identificación de este concepto con el ambiente urbano en el Tercer Mundo (cf. Slikkerveer, 1982).

Durante la "era de la sanidad pública clásica" de los años sesenta, los ecologistas médicos trasladaron su enfoque de los elementos ambientales como causas de enfermedad, a un problema más general de las poblaciones humanas que se adaptan al medio ambiente total para mantener la situación sanitaria. En este planteamiento la salud y la enfermedad se consideran indicadores de la eficacia de la interacción con el ecosistema (cf. Armelagos et al. 1978; Hunt 1978).

Desde el principio de los años 1970, los científicos sociales han entrado en una nueva era a la que Bibeau (1981: 3161) denomina como "era de la ciencia política". Aquí, el planteamiento del sector sanitario se ha trasladado gradualmente de la población, como un objetivo para intervenciones sanitarias, a la comunidad, cuyos problemas sanitarios se plantean dentro de un contexto social, político y económico más amplio. Con más exactitud, los antropólogos médicos han participado en tres áreas relacionadas de "medicina comunitaria", "etnomedicina" y "ambientes clínicos". Mientras que la "medicina comunitaria" interpreta el status sanitario de una población como parte de un proceso general de desarrollo socioeconómico, donde la participación comunitaria es crucial, y donde los sistemas médicos tradicionales son el punto de partida para cualquier plan sanitario, la "etnomedicina" se refiere al estudio de las creencias y prácticas relativas a la enfermedad, como productos del desarrollo sociocultural indígena. En último término, la investigación sobre "ambientes clínicos" tiene lugar dentro del contexto de las relaciones terapeuta-paciente.

Aunque ha aparecido una cantidad sustancial de estudios en el campo de la

"era de la política sanitaria", relativamente pocos planteaban la situación sanitaria en ambientes urbanos típicos en el Tercer Mundo: Teller (1973), MacLean (1974), Sparer y Okada (1974), Woods (1976), Clark (1980), Rahman (1980), Bibeau et al. (1980) y Slikkerveer (1983).

Desde la introducción del planteamiento de la ASP, que suministra atención sanitaria básica principalmente a poblaciones dispersas en la periferia, los antropólogos médicos se han comprometido crecientemente en temas relacionados en el campo de la interacción humana, de forma predominante a nivel local, tales como las relaciones doctor-paciente, la participación comunitaria, la medicina tradicional y la investigación sobre educación sanitaria. Aunque todos los aspectos de la atención sanitaria —urbana y rural— pueden ser objeto del estudio antropológico, Foster (1984: 852) observa con toda corrección: "Sin embargo, el movimiento de atención sanitaria primaria, se presta particularmente bien al análisis antropológico, ya que está basado en los pueblos".

Como ya se ha señalado anteriormente, en muchos países en vías de desarrollo el crecimiento rápido de las ciudades ha creado unos asentamientos amplios de chabolas ilegales y de barrios bajos pobres, muchas veces sin los sistemas adecuados de aguas residuales, agua potable, servicios higiénicos y sin unos servicios de atención sanitaria básicos.

Además de estas condiciones ambientales pobres, la superpoblación, el desempleo y la pobreza crean problemas de sanidad pública típicamente "suburbanos", tales como la tuberculosis, la disentería, las enfermedades venéreas y el alcoholismo. En las décadas de 1950 y de 1960, estos problemas fueron estudiados principalmente por epidemiólogos médicos, dejando solamente un espacio marginal a los científicos sociales que deseaban adquirir un conocimiento profundo de las creencias, actitudes y valores locales (cf. Copplestone, 1975; DIH, 1976).

Sin embargo, posteriormente, los científicos sociales en este campo han participado cada vez más en los estudios de "epidemiología sociocultural", tanto en términos de investigación comparada internacional en diferentes países, tales como en Perú por Buck et al. (1968), en Turquía por Taylor et al. (1968), en Taiwan por Baker y Perlman (1968), en Chad por Buck et al. (1970) y en Kenia por Vogel et al. (1974), como en términos de investigación sobre utilización de la atención sanitaria entre grupos específicos. Esta última categoría plantea el desarrollo de las teorías de utilización de la atención sanitaria y de los modelos de comportamiento sanitario (cf. Chrisman 1977; Janzen, 1978; Igun, 1979 y Slikkerveer, 1983).

Dada la compleja situación sanitaria entre los emigrantes en las siempre crecientes ciudades de América Latina, Asia y Africa, con sus barrios bajos periféricos y su terrible pobreza, se necesita, sin embargo, un planteamiento de la AST más específico. En particular, en aquellos países en los que existe un fenómeno suburbano casi único entre los grupos emigrantes: comportamiento de la enfermedad en un ambiente en el que no sólo están disponibles varios tipos de curadores y diferentes sistemas médicos y todo ello utilizado de una forma múltiple, sino donde también existen factores médicos no específicos tales como el suministro de agua

inadecuado, alojamiento, drenaje y circunstancias psico-sociales desoladoras, que plantean unos riesgos sanitarios particulares de estos grupos.

En resumen, aunque la ASP ha aparecido como un prometedor movimiento mundial en los últimos años, ciertas deficiencias y debilidades, especialmente en relación con la solución de los inmensos problemas sanitarios en los centros urbanos y suburbanos del Tercer Mundo, siguen persistiendo. A pesar de los esfuerzos de los científicos sanitarios, de los antropólogos urbanos y médicos para atender realmente el proceso de urbanización y de migración urbana, la situación actual plantea todavía un problema de atención sanitaria no resuelto. Para "adaptar" el planteamiento de ASP a este tipo de asentamiento específico, y en realidad para contribuir al desarrollo de un concepto de "ASP urbana" para los países en vías de desarrollo, puede que sea útil discutir algunos de los aspectos principales de los problemas sanitarios actuales entre los inmigrantes urbanos en la ciudad de Nairobi, en Kenia.

El Banco Mundial (1981) señala que en Africa: "las poblaciones urbanas han crecido globalmente un 6 por 100 anual, y un 8,5 por 100 anual las 35 capitales más importantes —un índice que duplicará su tamaño cada nueve años—. Existen actualmente 28 ciudades africanas con más de 500.000 habitantes, cuando hace sólo veinte años existían únicamente tres. En realidad, se espera que la población urbana se cuadriplique de nuevo en el último cuarto de este siglo". En este contexto, no es sorprendente que el Gobierno de Kenia, para hacer frente a un enorme índice de crecimiento de su población urbana, casi el doble comparado con las áreas rurales, haya diseñado unos planes de desarrollo futuros desde la independencia, orientados hacia el desarrollo de las áreas rurales. En 1969, casi el 10 por 100 de la población de Kenia vivía en 47 centros urbanos en el país, mientras que en 1975 este porcentaje se calculaba ya en el 12,4 por 100 (cf. Blankhart, 1978).

En 1980, aproximadamente el 16 por 100 de la población local vivía en ciudades, mientras que las proyecciones futuras predicen entre un 26 y un 32 por 100, con una población total de 7,3 a 10,9 millones.

El crecimiento rápido encuentra su explicación en un índice de natalidad relativamente alto, la migración de las áreas rurales a la ciudad, y la extensión de los límites de la ciudad que amplían las áreas urbanas totales del país. El censo de 1979 revelaba un índice de crecimiento anual medio de 5,8 por 100 para la población en las ciudades, frente al índice nacional medio de 3,4 por 100. Estos índices de crecimiento atrajeron la atención del Gobierno de Kenia, que observa que una mayor presión sobre la tierra en la periferia, junto con la atracción de la ciudad, acumularían un índice de crecimiento de la población urbana mínimo del 7,1 por 100. Las tendencias anteriormente mencionadas llevan a una población total en Kenia de aproximadamente 31 millones en el año 2000, de los cuales se calcula que nueve millones vivirán en las áreas urbanas (cf. Tabla 1).

Dentro de Kenia, donde en 1969 el 13 por 100 de la población vivía fuera de su lugar de nacimiento, se han identificado dos corrientes de migración principales.

En primer lugar, una parte de la población se traslada de un área rural a otra más próspera y desarrollada, como en los recientemente iniciados "programas de asentamiento". En este contexto los estudios revelan que principalmente a causa de la escasez de tierra cultivable y por una presión de población bastante alta - los emigrantes abandonan Nyanza, las provincias del oeste, central y del este para dirigirse en dirección a la provincia del Valle Rift del este en busca de mejores posibilidades agrícolas (cf. Blankhart, 1978; Obudho, 1981).

En segundo lugar, la migración rural a las zonas urbanas, que parece aliviar la presión sobre la tierra agrícola en la periferia, tiene consecuencias de largo alcance para el desarrollo urbano. La migración circulatoria inicial entre pueblos rurales y centros de empleo urbanos, tales como Nairobi, Mombasa, Nakura, Kisumu y Eldoret ha producido unos asentamientos permanentes, a pesar de un mercado con una mano de obra demasiado abundante. La Organización Internacional de Trabajo, OIT (1972) y el Banco Mundial (1975) señalaron que a pesar del rápido crecimiento de la población, el desarrollo económico se había efectuado de forma desigual entre las diferentes partes del país. Después de la independencia, la migración rural a los centros urbanos tendía a producir la residencia permanente en las ciudades por parte de la mayoría de los emigrantes y de sus familias. Entre las zonas principales para migrar, se identificaban frecuentemente la escasez de oportunidades de empleo, unos salarios mejores en general, mejores condiciones legales de trabajo, escasez de tierra agrícola, y falta de escuelas y de entretenimientos sociales (cf. Rempel, 1970; ILO, 1972 y Rempel & House, 1978).

TABLA 1: POBLACIÓN (URBANA Y RURAL) 1948 A 1979

	1948	%	1962	%	1969	%	1979	%
Rural	5.120.421	94,7	7.965.329	92,2	9.862.802	90,1	13.427.061	87,6
Urbana	285.545	5,3	670.934	7,8	1.079.903	9,9	1.900.000	12,4
Nairobi	118.976	2,2	266.794	3,1	509.286	4,7	827.800	5,4
Mombasa	84.746	1,6	179.073	2,1	247.073	2,3	341.100	2,2
Otras	81.823	1,5	224.565	2,6	323.544	3,0	731.100	4,8
TOTAL	5.405.966	100	8.636.263	100	10.942.705	100	15.327.061	100

Aumento por año

	1948/1962	1962/1969	1969/1979	1979/19...
Rural	3,2	3,0	3,1	3,1
Urbana	6,3	7,0	5,8	6,3
Nairobi	5,9	9,6	5,0	6,9
Mombasa	5,5	4,6	3,3	3,9
Otras	7,5	5,4	8,4	7,8
TOTAL	3,4	3,4	3,4	3,4

Fuente: Planes de Desarrollo del Censo (cf. Obudho, 1981).

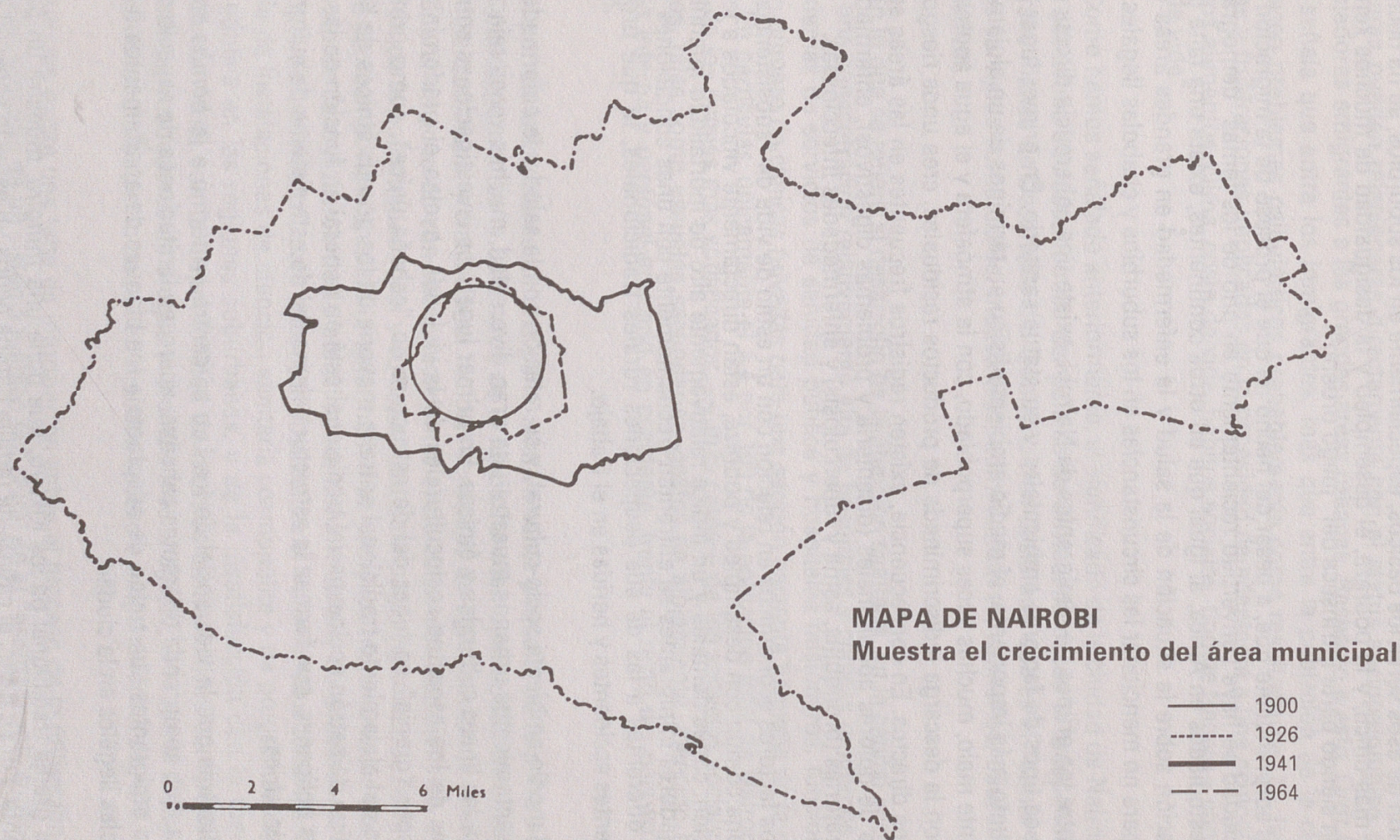
Además de estas explicaciones socioeconómicas, los factores familiares tales como la presión de los parientes en el vecindario, el matrimonio y traslados de grupos familiares también han tenido un papel importante. Por otro lado, en Nairobi, la atracción "cultural" específica parece actuar en los grupos transétnicos, por ejemplo, entre los Luo y Kikuyu, con oportunidades para la educación en escuelas, colegios y la Universidad de Nairobi. Finalmente, los factores psicosociales, tales como la insatisfacción con el trabajo, con una vida comunitaria "cerrada" y un deseo de movilidad social junto con un "estilo de vida moderno" también deben tomarse en cuenta en este contexto.

La capital, en particular, creció muy rápidamente y desde 1969 ha crecido hasta llegar a duplicar en tamaño a la siguiente ciudad en importancia, Mombasa, dominando el patrón urbano de Kenia.

En 1981 su población total estimada era de más de un millón de habitantes. Esta situación ha creado toda una gama de problemas. Además del desempleo urbano y la pobreza, el alojamiento y los servicios tales como el suministro de agua, sistemas de aguas residuales, escuelas e instalaciones de atención sanitaria son muy inferiores al crecimiento de la población. A pesar de la política sobre vivienda de Kenia, que en la década de 1970 llevó a cabo planes para la construcción de viviendas de bajo coste para los grupos con ingresos más bajos, el 35 por 100 de todas las familias urbanas vivían en chabolas ilegales a mediados de los años setenta.

Actualmente, como observaba recientemente Obudho (1981: 194), existen en realidad dos Nairobi: "Existe la que es utilizada y admirada por los turistas, expatriados y la élite. Aquí están situados los parques y los jardines, los altos edificios públicos, los impresionantes hoteles y teatros, sistemas adecuados de aguas residuales y de drenaje, buen suministro de agua y otros servicios públicos tan escasos en la mayoría de las ciudades africanas". La otra Nairobi: "... consiste en habitantes sin ninguna ocupación oficialmente censada, sin un empleo que produzca dinero, y sin residencia aprobada". Esta última categoría suele recibir colectivamente el nombre del "sector informal" por parte de la OIT (1972), e incluye a los vendedores ambulantes Kikuyu, Meru y Embu que venden sus mercancías al aire libre.

Para el Gobierno de Kenia, las implicaciones del rápido crecimiento urbano han sido una seria fuente de preocupación. Inicialmente, durante los años sesenta y a principio de los setenta, el Gobierno trató de oponerse a las chabolas ilegales urbanas por medio de unas leyes especiales y demoliciones a gran escala de las viviendas informales. A la vez, el presidente Kenyatta hizo un llamamiento para alentar la migración urbana hacia el campo, animando a los ciudadanos a que "regresaran a la tierra". También el Consejo de la ciudad de Nairobi ha desarrollado un cierto número de alojamientos de coste bajo y medio con la ayuda del Banco Mundial y de la USAID, incluyendo los Programas de Umaja, Kimathi y Dandora. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, Nairobi actualmente proporciona todavía el cuadro de unos suburbios crecientes con sus asentamientos informales de población creciendo a un índice anual del 22,5 por 100 (cf. Mapa 1).



MAPA 1: Crecimiento del área principal de Nairobi en el tiempo y el espacio (cf. Obudho, 1981).

En 1982, el "Foro de la Ciudad Grande" de la Unión Internacional de Autoridades Locales, celebrado en Nairobi, señalaba que una tercera parte de la población vivía en condiciones de pobreza, sin virtualmente ningún servicio esencial. La disposición de esos servicios básicos, especialmente en los suburbios, se ha hecho todavía más difícil, y la pobreza, el desempleo y la desigualdad de muchos keniatas siguen siendo parte intrínseca del "juego urbano".

Es sorprendente que, a pesar del hecho de que el proceso de la migración rural a la ciudad se haya convertido recientemente en uno de los temas demográficos más estudiados en África, al igual que en otros continentes, exista una falta de información sobre la situación de la salud y la enfermedad en grandes áreas urbanas, para no mencionar las circunstancias en los suburbios y chabolas ilegales.

Entre los grupos de inmigrantes de Nairobi, existe una coherencia directa entre diversos tipos de factores ambientales y su status sanitario. En primer lugar y como punto más importante, el medio ambiente físico en términos de un alojamiento bastante malo, muchas veces superpoblado, con la atmósfera y el agua contaminadas con la descarga indiscriminada de productos residuales, crea unos riesgos sanitarios directos. En consecuencia, existen registros frecuentes en las áreas suburbanas de dolores abdominales (disentería y problemas digestivos), enfermedades respiratorias (bronquitis, asma y tuberculosis) y enfermedades infecciosas.

Los factores económicos en relación con un estilo de vida de "subsistencia" suburbana común con desempleo y pobreza, están directamente vinculados a la desnutrición, caries dentales y un índice relativamente alto de mortalidad infantil. Los trabajadores inmigrantes se enfrentan frecuentemente con unas condiciones laborales diferentes a las de sus ocupaciones rurales tradicionales, lo que produce frecuentes accidentes y heridas en el trabajo.

El medio ambiente socio-cultural, y su relación con la salud y la enfermedad en los asentamientos urbanos muestra una gran diversidad, muchas veces relacionada con las líneas culturales y étnicas. En primer lugar, las investigaciones antropológicas de los aspectos socioculturales de la vivienda revelan el predominio del concepto "granja" en lugar del de estructura de "cabaña única", como principio básico del alojamiento tradicional entre la mayoría de los grupos étnicos de Kenia. Este tipo de patrón socioespacial tradicional está en general en función de las relaciones polígenas, que forman la estructura elemental de este sistema de cultura del Este de África.

Mientras que la vida social de los Luo se centra en torno a la *bomba* en una granja, que comprende diferentes cabañas, aparecen limitaciones de espacio cuando los emigrantes Luo tratan de adaptarse a los bloques de apartamentos o a las chabolas ilegales en la ciudad.

La granja tradicional de los Kikuyo, que tiene una *thingira*, muestra un patrón diferente. Por su parte, el cabeza de familia Kamba ocupa un espacio especial antes de retirarse para la noche, llamado *thome*, del que carecen todos los esquemas de los suburbios superpoblados (cf. Obudho, 1981).

En el campo de las condiciones sanitarias específicas está claro que estos diferentes aspectos del medio ambiente suburbano afectan a la calidad de vida durante el proceso de adaptación al ambiente urbano. Las circunstancias psicosociales similares pueden relacionarse directamente con el status sociopatológico de los trabajadores emigrantes e las grandes áreas urbanas. Respecto a esto, Ortiz (1978: 323) señala que entre los inmigrantes, más que entre la población de la ciudad, aparecen problemas psiquiátricos probablemente como resultado de: "... las tensiones y frustraciones implicadas en la necesidad de adaptarse a una ecología con nuevos alimentos, clima, coste de vida, hábitos sociales, tipo de trabajo y condiciones de vida".

Como hemos señalado anteriormente, el significado de la ciudad de Nairobi para el desarrollo socioeconómico del país se ha destacado desde la independencia. Diversos Planes de Desarrollo del Gobierno han declarado que es el "punto focal" de los servicios comerciales, industriales, administrativos, sanitarios, educativos y recreativos.

En lo que se refiere al desarrollo de la atención sanitaria, en la capital encontramos una concentración relativamente alta de hospitales y clínicas modernos, donde además de servicios de sanidad pública y hospitales misioneros, funciona un cierto número de clínicas privadas para una sección bastante pequeña de la población. En particular, únicamente el 4,4 por 100 de la población total de Nairobi disfruta de los niveles más sofisticados —y más caros— de los servicios sociales modernos, tales como escuelas secundarias, gastos de alojamiento, atención hospitalaria interna y personal educado en occidente, frente al resto del país (cf. Fair, 1983).

Si por un lado solamente una parte relativamente pequeña de la población urbana puede permitirse la utilización de la medicina cosmopolita, por otro lado, los sistemas tradicional y transicional reciben consultas de agrupamientos diferentes, en general de acuerdo con sus antecedentes socio-culturales tradicionales, su percepción de la enfermedad local y su capacidad para pagar honorarios. Además, el intrincado comportamiento de la enfermedad se complica muchas veces por el fenómeno de la utilización de la atención sanitaria múltiple, considerada como la "compra de curandero", para encontrar finalmente el tratamiento adecuado. En ausencia de instalaciones de atención sanitaria cosmopolita y de programas de sanidad pública en las regiones suburbanas, y de la insatisfacción con la medicina "moderna" junto con la disponibilidad de muchos farmacéuticos comercialmente orientados, vendedores de drogas y "hombres de la aguja", la mayoría de los habitantes de las chabolas no tienen en realidad acceso a ninguna forma de ASP.

Aunque existe una falta de información sobre el proceso de la utilización de la atención sanitaria de un sistema médico tan plural en el "asentamiento trans-cultural" de las regiones urbanas/suburbanas, está claro que a la luz del futuro desarrollo urbano, la atención médica para la población inmigrante necesita una atención especial. Tomando en consideración dicha situación única, se necesita un plantea-

miento especial por parte de los científicos de diferentes sub-disciplinas y por parte de los planificadores urbanos y los políticos, no sólo en beneficio de estos grupos objetivos, sino también en favor del desarrollo socioeconómico global de toda la nación.

En conclusión, es evidente según esta breve revisión, que a pesar de la mayor institucionalización de la ASP en los países en vías de desarrollo, en términos del suministro de una atención sanitaria esencial a través de la promoción de la participación local en los servicios médicos en las poblaciones rurales dispersas, la capacidad de aplicar la ASP aparece limitada en los suburbios urbanos. La complejidad del suministro de atención sanitaria urbana entre los grupos de inmigrantes, que plantea cada vez más un problema importante en las grandes ciudades del Tercer Mundo, requiere la propuesta urgente de soluciones, soluciones en las que los expertos en desarrollo deben centrarse en la investigación aplicada y en programas de aplicación de la ASP desde diferentes disciplinas.

Además de la sugerencia de que deben realizarse esfuerzos para una "investigación sobre el suministro de atención sanitaria urbano y suburbano" en el futuro, en colaboración entre los antropólogos urbanos y médicos, también debe intentarse desarrollar unas relaciones más estrechas con los economistas sanitarios, los científicos, políticos y los expertos en demografía.

Aunque los antropólogos urbanos puedan contribuir con una mayor investigación en el campo de su dominio, por ejemplo, suministro de agua e higiene y problemas de alojamiento en ciudades, los antropólogos médicos pueden agregar información sobre el establecimiento comunitario "suburbano" y los sistemas de suministro de servicios.

Los datos sobre diversas características de los grupos de población suburbanos, tales como inmigrantes urbanos, percibidos como comunidades locales, pueden reunirse respecto a los temas relacionados de patrones de utilización de atención sanitaria de los diferentes sistemas médicos, ya que el concepto recientemente desarrollado de "pluralismo médico" suministra una dirección prometedora (cf. Leslie, 1977, 1980).

De forma similar, existe un campo sustancial para la identificación de las percepciones locales de las necesidades y demandas sanitarias entre tales grupos respecto a ciertas instalaciones de sanidad pública, tales como sistemas de agua potable y aguas residuales, higiene, inmunización, prevención de enfermedades endémicas y el suministro de medicamentos y drogas básicos.

Esperamos que, de acuerdo con las tendencias actuales y con los esfuerzos iniciales en el campo de la etnociencia, exista un mayor desarrollo interdisciplinar de la antropología médica y de la ecología, así como de la antropología urbana que en este aspecto podrían "viajar juntas" por un largo camino. En este camino, la pers-

pectiva etnomédica del "desarrollo de atención sanitaria desde abajo" (cf. Brokensha, Warren y Werner, 1980) sugerirá sin duda nuevas direcciones en las que pueden explotarse temas comunes dentro de una estructura sistemática y amplia para la "Atención Sanitaria Primaria Urbana" en el futuro próximo.

◆ (*) Profesor de Antropología y Sociología en el Instituto de Estudios Culturales y Sociales, Universidad de Leiden, Leiden, Holanda y Secretario de la revista "Werkgemeenschap Afrika".

Bibliografía

- ARMELAGOS, G.J. et al. 1978. Enfermedad y la perspectiva ecológica. En: *Ecologista*, 6,2.
- BAKER, T.D. Y M. PERLMAN. 1968. *Mano de obra sanitaria en una economía en desarrollo: Taiwan. estudio de un caso*. En: The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- BIBEAU, G. et al. 1980. *Medicina tradicional en Zaire, contribución actual y potencial para los servicios sanitarios*. Centro de Investigación de Desarrollo Internacional, Ottawa.
- — — 1981. Temas actuales y futuros para los científicos sociales médicos en países menos desarrollados. En: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 15A, 357.
- BINSBERGEN, W.M.J. Y H. A. MEILINK. 1978. Migración y la transformación de la moderna sociedad africana. En: *Perspectivas africanas*, ASC, Leiden.
- BLAKHART, S.T. 1978. Kenia. *Landedocumentatie*, 78, 1. KIT. Amsterdam.
- BROKENSHA, D., D. M. WARREN y O. WERNER (eds.). 1980. *Sistemas de Conocimiento Indígenas y Desarrollo*. Universidad de América, Washington D.C., USA.
- BUCK, A.A. et al. 1968. *Salud y enfermedad en cuatro pueblos peruanos, contrastes en epidemiología*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- — — 1970. *Salud y enfermedad en Chad, epidemiología, cultura y medio ambiente en cinco pueblos*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- CHRISMAN, N. J. 1977. El proceso de la búsqueda de la salud, un planteamiento de la historia natural de la enfermedad. En: *Cultura, Medicina y Psiquiatría*, 1, 4.
- CLARK, W. F. 1980. El gradiente nutricional de rural a urbano: aplicación e interpretación en una nación en vías de desarrollo y en una situación urbana. En: *Soc. Sc. & Med.* Vol. 14D, 31-36.
- COPPLESTONE, J. F. 1975. Planificación y encuesta de campo epidemiológica. En: *OMS Cron.*, 29,8 Ginebra.
- DJUKANOVIC, V. y E.F. MARCH. 1975. *Planteamientos alternativos para cubrir las necesidades sanitarias básicas en los países en vías de desarrollo*. OMS, Ginebra.
- ETTEN, G. M. VAN. 1976. *Desarrollo sanitario rural en Tanzania*. Van Gorcum, Assen.
- FAIR, T. J. D. 1983. Crecimiento urbano en Kenia. En: *Panorama Africano*, vol. 12, número 3.
- FOSTER, G. M. 1984. Perspectivas de investigación antropológica sobre los problemas sanitarios en los países en vías de desarrollo. En: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 18, número 10, 847-854.
- HUNT, E. E. 1978. Estructuras ecológicas y pruebas de hipótesis en la antropología médica. En: Logan & Hunt (Eds.), *Salud y la Condición Humana*. Duxbury Press.

- IGUN, U. A. 1979. Fases en la búsqueda de la salud: un modelo de descripción. En: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 13A, 445-456.
- OIT. 1972. *Empleo, ingresos e igualdad, una estrategia para aumentar el empleo productivo en Kenia*. Ginebra.
- JANSSEN, R. C. 1978. *Wij Hebben zelfs geen recht op de stad, vogelvrij wonen in Santa Rosa de Lima*. Ecologische uitgeverij.
- LESLIE, C. M. 1977. *Sistemas médicos asiáticos, un estudio comparado*. University of California Press, Berkeley.
- — — 1980. Pluralismo médico, número especial. En: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 12, 28.
- LIPTON, M. 1977. *Por qué las personas son pobres, un estudio de las tendencias urbanas en el desarrollo mundial*. Temple Smith, Londres.
- MACLEAN, U. 1971. *Medicina mágica, estudio de un caso nigeriano*. Pelican Books, Londres.
- NAS, P. J. M. 1974. Imperialismo, distribuciones del tamaño de la ciudad y migración. En: *Sociología Holandesa*, 10, III, 219-232.
- — — 1980. De Vroege-Indonesische stad: een beschrijving van de stadstat en zijn hoofdplaats. En: Hagesteijn, R. (ed.), *Stoeien met Staten. Publicación ICA número 37*, 122-164, Leiden.
- NAS, P. J. M. y W. J. M. PRINS. 1983. Antropología urbana holandesa. En: Ansari, G. & P. J. M. Nas (eds.), *Town-Talk, Dinámica de la Antropología urbana*, Brill, Leiden.
- NAVARRO, V. 1974. Una crítica de las estrategias actuales y propuestas para la redistribución de recursos en el sector sanitario y discusión de las alternativas. En: *Atención Médica*, 12, 1, 721-742.
- OBUDHO, R. A. 1981. *Urbanización y planificación del desarrollo en Kenia*. Oficina de Literatura de Kenia, Nairobi.
- ORTIZ, G. F. 1978. Atención médica para inmigrantes que llegan a las grandes ciudades. En: Paine, L. H. W. (ed.), *Atención Sanitaria en Grandes Ciudades*. Croom Helm, Londres.
- PAINE, L. H. W. (ed.). 1978. *Atención Sanitaria en Grandes Ciudades*. Croom Helm, Londres.
- REMPEL, H. y W. J. HOUSE. 1978. *El problema del empleo en Kenia*. Oxford University Press, Oxford.
- SCHENK, H. 1980. *Alleppy, el nacimiento de una nueva ciudad del siglo xvii en Travancore. India*. Amsterdam.
- SLIKKERVEER, L. J. 1982. Desarrollo de la sanidad rural en Etiopía, problemas de la utilización de curadores tradicionales. En: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 16, 21, 1859-1872.
- — — 1983. *Medisch pluralisme in Noordoost-Afrika, multipele utilisatie van Gezondheidszorg in Babile (Ethiopie)*. Leiden.
- TALOR, G. E. et al. 1968. *Planificación de la mano de obra sanitaria en Turquía, un estudio de casos de investigación internacional*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.

- TELLER, C. H. 1973. Acceso a la atención médica de los inmigrantes en una ciudad de Honduras. En: *Revista de H. & Soc. Beh.*, 16, 38-49.
- UNDP. 1975. *Programa de Desarrollo United Nationals*. Nueva York.
- VOGEL, L. C. et al (eds.). 1974. *Salud y Enfermedad en Kenia*. Oficina de Literatura de Kenia, Nairobi.
- WOODS, C. M. y T. D. GRAVES. 1976. El proceso del cambio médico en una ciudad de las montañas de Guatemala. En: Grolling & Maley (eds.), *Antropología Médica*. Mouton, París.
- BANCO MUNDIAL. 1975. *Kenia en la segunda década*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- — — 1981. *Desarrollo acelerado en el Africa subsahariana: orden del día para la acción*, Washington D.C., USA.

Bibliografía

- ARMELAGOS, G.J. et al. 1978. Disease and the ecological perspective. In: *Ecologist*, 6,2.
- BAKER, T.D. and M. PERLMAN. 1968. *Health manpower in a developing economy Taiwan, a case study*. In: The John Hopkins Press. Baltimore, USA.
- BIBEAU, G. et al. 1980. *Traditional medicine in Zaire, present and potential contribution to the health services*. International Development Research Centre, Ottawa.
- — — 1981. Current and future issues for medical social scientists in less developed countries. In: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 15A, 357.
- BINSBERGEN, W.M.J. and H. A. MEILINK. 1978. Migration and the transformation of modern African society. In: *African Perspectives*. ASC, Leiden.
- BLAKHART, S.T. 1978. Kenya. *Landedocumentatie*, 78, 1. K.I.T. Amsterdam.
- BROKENSHA, D., D. M. WARREN and O. WERNER (eds.). 1980. *Indigenous Knowledge Systems and Development*. University of América, Washington D.C., USA.
- BUCK, A.A. et al. 1968. *Health and disease in four Peruvian villages, contrasts in epidemiology*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- — — 1970. *Health and disease in Chad, epidemiology, culture and environment in five villages*. The John Hopkins Press, Baltimore, USA.
- CHRISMAN, N. J. 1977. The health seeking process, and approach to the natural history of illness. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 4.
- CLARK, W. F. 1980. The rural to urban nutritional gradient: application and interpretation in a developing nation and urban situation. In: *Soc. Sc. & Med.* Vol. 14D, 31-36.
- COPPLESTONE, J. F. 1975. Planning and epidemiological field survey. In: *WHO Cron.*, 29,8 Geneva.
- DJKANOVIC, V. y E.F. MARCH. 1975. *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*. WHO, Geneva.
- ETTEN, G. M. VAN. 1976. *Rural health development in Tanzania*. Van Gorcum, Assen.
- FAIR, T. J. D. 1983. Urban Growth in Kenya. In: *Africa Insight*, vol. 12, no. 3.
- FOSTER, G. M. 1984. Anthropological research perspectives on health problems in developing countries. In: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 18, no. 10, 847-854.
- HUNT, E. E. 1978. Ecological frameworks and hypothesis testing in medical anthropology. In: Logan & Hunt (eds.), *Health and the Human Condition*. Duxbury Press.
- IGUN, U. A. 1979. Stages in health seeking: a description model. In: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 13A, 445-456.

- ILO. 1972. *Employment, income and equality, a strategy for increasing productive employment in Kenya*. Geneva.
- JANSSEN, R. C. 1978. *Wij Hebben zelfs geen recht op de stad, vogelvrij wonen in Santa Rosa de Lima*. Ecologische Uitgeverij.
- LESLIE, C. M. 1977. *Asian medical systems, a comparative study*. University of California Press, Berkeley.
- — — 1980. Medical pluralism, special issue. In: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 12, 28.
- LIPTON, M. 1977. *Why people stay poor, a study of urban bias in world development*. Temple Smith, London.
- MACLEAN, U. 1971. *Magical medicine, a Nigerian case study*. Pelican Books, London.
- NAS, P. J. M. 1974. Imperialism, city size distributions and migration. In: *Sociologica Neerlandica*, 10, III, 219-232.
- — — 1980. De Vroege-Indonesische stad: een beschrijving van de stadstat en zijn hoofdplaats. In: Hagesteij, R. (ed.), *Stoeien met Staten*. ICA Publication no. 37, 122-164, Leiden.
- NAS, P. J. M. y W. J. M. PRINS. 1983. Dutch urban anthropology. In: Ansari, G. & P. J. M. Nas (eds.), *Town-Talk, the Dynamics of Urban Anthropology*. Brill, Leiden.
- NAVARRO, V. 1974. A critique of the present and proposed strategies for redistribution resources in the health sector and a discussion of alternatives. In: *Medical Care*, 12, 1, 721-742.
- OBUDHO, R. A. 1981. *Urbanization and development planning in Kenya*. Kenya Literature Bureau, Nairobi.
- ORTIZ, G. F. 1978. Medical attention for immigrants coming to big cities. In: Paine, L. H. W. (ed.), *Health Care in Big Cities*. Croom Helm, London.
- PAINE, L. H. W. (ed.). 1978. *Health care in big cities*. Croom Helm, London.
- REMPEL, H. y W. J. HOUSE. 1978. *The Kenya employment problem*. Oxford University Press, Oxford.
- SCHENK, H. 1980. *Alleppy, the birth of an 18th century new town in Travancore, India*. Amsterdam.
- SLIKKERVEER, L. J. 1982. Rural health development in Ethiopia, problems of utilization of traditional healers. In: *Soc. Sc. & Med.*, vol. 15, 21, 1859-1872.
- — — 1983. *Medisch pluralisme in Noordoost-Afrika, multipele utilisatie van Gezondheidszorg in Babile (Ethiopië)*. Leiden.
- TALOR, G. E. et al. 1968. *Health manpower planning in Turkey, an international research case study*. The John Hopkins Press, Baltimore, U.S.A.
- TELLER, C. H. 1973. Access to medical care of migrants in a Honduran city. In: *Journal of H. & Soc. Beh.*, 16, 38-49.
- UNDP. 1975. *United Nations Development Programme*. New York.

- VOGEL, L. C. et al (eds.). 1974. *Health and disease in Kenya*. Kenya Literature Bureau, Nairobi.
- WOODS, C. M. y T. D. GRAVES. 1976. The process of medical change in a Highland Guatemala town. In: Grolling & Maley (eds.), *Medical Anthropology*. Mouton, Paris.
- WORLD BANK. 1975. *Kenya into the second decade*. The John Hopkins Press, Baltimore, U.S.A.
- — — 1981. *Accelerated development in sub-Sahara Africa: an agenda for action*, Washington D.C., U.S.A.

