

La interculturalidad realmente existente en salud

CARMEN YON LEAU¹



En este artículo se retoma la distinción entre una *interculturalidad normativa* y una *interculturalidad de hecho* que plantean Zúñiga y Ansión (1997). La primera alude a la interculturalidad como , un proyecto político o ético que suele suponer —explícitamente o no— un cambio social para lograr un diálogo más equitativo y crítico entre personas de distintas culturas. La segunda, que se denomina también descriptiva, corresponde a las influencias mutuas que se han dado históricamente entre diferentes culturas, siendo buscadas o no. Estos intercambios culturales, en el Perú y otras latitudes, se han dado en contextos de marcadas desigualdades de poder entre grupos sociales, así como de discriminación étnica y cultural.

Asimismo, se parte de la constatación de que la interculturalidad es un proceso que se requiere para enfrentar las inequidades sociales en salud y ejercer derechos en este terreno, lo que tiene sustento tanto en investigaciones previas como en demandas de organizaciones indígenas y otros actores. Ello no supone, en ningún momento, que la interculturalidad será suficiente para enfrentar las desigualdades en salud que afectan a los pueblos originarios y otros grupos de la población. Como lo propone Tubino (2017), siguiendo a Fraser, la interculturalidad sería uno de los componentes de una justicia multidimensional en la que se encuentran interrelacionados reconocimiento cultural, redistribución socioeconómica y representación política. Esto está bastante claro también para

las organizaciones indígenas, y diversos funcionarios y prestadores de salud que son parte de los estudios que citaremos. Aunque incompleta, sin duda, esta necesaria interrelación puede apreciarse en la política sectorial de salud intercultural peruana, que fue sometida a consulta previa y promulgada en abril de 2016, por acción de amparo interpuesta por organizaciones indígenas y la Defensoría del Pueblo. Si bien esta política pone énfasis en buscar la pertinencia cultural de las intervenciones de la medicina biomédica y el reconocimiento de la medicina indígena para mejorar la salud de pueblos indígenas y afroperuanos, no ha podido soslayar la necesidad de incluir como línea de acción una mejora de la capacidad resolutive y la disponibilidad de servicios de salud de mayor calidad. Del mismo modo, otro de sus ejes de acción, es asegurar la participación de organizaciones indígenas y de afroperuanos en la planificación y evaluación de estos servicios.

Este artículo está dedicado a examinar la interculturalidad *de hecho* o *realmente existente* en salud, a partir de tres estudios de caso desarrollados en el marco de una investigación del Instituto de Estudios Peruanos (IEP) entre fines de 2013 y 2015. Los casos son (i) una experiencia de adecuación cultural del parto en un centro de salud de Huancavelica, (ii) el caso de los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del programa de la organización indígena AIDSESP en comunidades awajún y wampis en Amazonas, y

¹ Socióloga y Ph.D. en Antropología Médica. Investigadora del IEP.



Fuente: Exitosa

(iii) el programa de Seguridad y soberanía alimentaria de Chirapaq para disminuir la desnutrición crónica infantil en comunidades de Vilcashuamán en Ayacucho.

La investigación combinó observación participante, entrevistas en profundidad y semiestructuradas, así como una encuesta. Por asuntos de espacio, en este artículo nos centraremos en los hallazgos de los dos primeros casos, pero se dejarán señalados algunos aspectos comunes de los tres sobre los retos de la interculturalidad en salud, tanto a nivel de las subjetividades y relaciones interpersonales, como de las instituciones involucradas y las políticas de salud, es decir de la *micro* y la *macro* interculturalidad (Albó 1999).

Parto institucional con pertinencia intercultural: ¿Un derecho obligatorio?

Desde hace más de una década, la interculturalidad se ha planteado como un enfoque a ser incorporado en las políticas del sector salud, particularmente para mejorar los indicadores de salud en la población indí-

gena y rural. En la primera mitad del nuevo milenio se creó el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), como parte del Instituto Nacional de Salud (INS). Este órgano del INS estuvo a cargo de la Estrategia Sanitaria de Pueblos Indígenas desde el 2004, y tenía como uno de sus principales enfoques la interculturalidad, pero sin contar con el presupuesto ni personal. Asimismo, en el año 2005 se creó la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud dentro de la Dirección de Promoción de la Salud, con el objetivo de transversalizar estos enfoques en las diferentes estrategias y programas del Ministerio de Salud. Esta unidad ya no existe y tampoco pudo poner en práctica su cometido.

El único ámbito donde la interculturalidad ha tenido mayor concreción y relativa continuidad en los servicios de salud oficiales sigue siendo en la atención del parto, lo que ha sido alentado por sus potenciales efectos en incrementar el parto institucional (i.e. en los establecimientos de salud). Esto último se considera una medida clave para disminuir la mortalidad ma-

terna y perinatal, especialmente en las zonas rurales y en el caso de los pueblos indígenas con un menor acceso a servicios de salud con capacidad resolutive para atender emergencias obstétricas. Para ello, se han elaborado e implementado —aunque de modo heterogéneo— normas técnicas específicas que permiten el uso de la posición vertical y han incorporado una serie de prácticas culturales de las poblaciones originarias en los servicios de salud estatales. En el año 2005, el Ministerio de Salud aprobó la primera norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural con la finalidad de hacer más accesibles los servicios de salud a mujeres de zonas andinas y amazónicas. Esto ocurre luego de una década de investigaciones sociales (ej. Anderson et. al. 1999), la aceptación de evidencia biomédica sobre las bondades del parto vertical, y experiencias piloto promovidas por las ONG, cooperación internacional, organismos de Naciones Unidas y organizaciones de mujeres. En julio de 2016 se actualizó esta norma, con la especificación de aplicarla a nivel nacional, en ámbitos urbanos y rurales, enfatizándose en el carácter bidireccional de la interculturalidad (se habla de *pertinencia* y ya no de *adecuación* cultural) y en un enfoque de derechos, así como en facilitar los mecanismos de gestión y otras medidas para garantizar la calidad y disponibilidad del parto con pertinencia cultural en los establecimientos de salud. Esta actualización de la norma se sustenta en las limitaciones de restringir la interculturalidad a pueblos indígenas u originarios, así como en una serie de dificultades que se venían observando en su implementación. Así, por ejemplo, en la última supervisión de la Defensoría del Pueblo en el tema de salud intercultural, solo alrededor de un tercio (16 de los 47) de los establecimientos de salud de la Amazonía visitados contaban con el servicio de parto vertical y de ellos, solo siete habían realizado un parto vertical en el último año (Defensoría del Pueblo 2015: 130).

El caso estudiado como parte de la citada investigación del IEP, es una experiencia de adecuación cultural del parto en Huancavelica, considerada exitosa por haber logrado la disminución de la mortalidad materna, a partir del uso de una estrategia integral de educación y salud, así como con la participación de diferentes actores de las comunidades donde se implementó. El estudio realizado en un centro de Salud de Huancavelica, luego de seis años de culminada

la intervención de las ONG que la impulsaron, mostró que la interculturalidad se había institucionalizado en la ambientación y en un conjunto de prácticas de atención del parto (posición vertical como una opción, uso de la sogá, chumpi, presencia de familiar y permitir el uso de algunas hierbas, entre otras), pero no se había cambiado sustancialmente la relación social que se establece con las mujeres y las parteras (Yon 2017). Es decir, según las distinciones conceptuales adoptadas por el MINSA, podríamos decir que lo que se ha mantenido es más una experiencia de adecuación del servicio que de pertinencia cultural.

Un aspecto crítico, que dificulta la valoración y demanda de la atención del parto con adecuación (o pertinencia) cultural en los servicios de salud como un derecho, es el carácter prescriptivo que ha ido adquiriendo el parto institucional. Además, persiste una estructura de relación paternalista o autoritaria entre proveedores y usuarias rurales o indígenas, así como una memoria de una serie de estrategias coercitivas aplicadas por el personal de salud para que las mujeres asistan a los servicios de salud materno-infantil. Para casi la totalidad (96 %) de las mujeres entrevistadas, es obligatorio dar a luz en el centro de salud (CS), que es lo que ha promovido sostenidamente el sector salud. El 71 % de las mujeres dijeron que si no daban a luz en el CS pueden ser denunciadas a la fiscalía, ser sancionadas o multadas por el CS u otras instituciones (por ejemplo, no poder sacar la partida de nacimiento de su hijo), y el 19 % indicó que dejaría de recibir las transferencias del programa JUNTOS. Si bien tener un parto institucional no es parte de las condicionalidades para recibir el dinero del programa JUNTOS, las entrevistadas indicaron que durante el control prenatal (que sí es una condicionalidad) se les suele exigir que tengan un parto institucional. Así estas prácticas de amedrentamiento y sanción no estén ocurriendo en la actualidad (según el personal de salud), lo cierto es que han tenido impacto en la memoria de las mujeres.

A esto se suma que, si bien se obtuvo aprendizaje de las parteras y estas estuvieron activamente presentes en el centro de salud al inicio de la experiencia, en la actualidad no son consideradas en este rol de especialistas indígenas o locales, aspecto que tampoco está contemplado en las normas técnicas arriba descritas. Las parteras son vistas como agentes comu-

nitarias o acompañantes en el centro de salud estudiado, aunque se sabe del trabajo colaborativo entre ellas y obstetras en otros servicios de salud aledaños, donde el personal de salud está de acuerdo, tiene una mayor permanencia en sus puestos de trabajo y ha encontrado apoyo de sus superiores. Es decir, el reconocimiento de las parteras como tales depende de factores individuales y circunstancias fortuitas que no se pueden sostener debido a la alta rotación del personal.

¿Dónde están las «barreras culturales»? la formación del personal de salud

Funcionarios y prestadores de salud suelen usar la categoría de «barreras culturales» para referirse a la existencia de concepciones culturales de los pueblos indígenas u otros colectivos, que entran en conflicto con la aceptación de prácticas y conocimientos de la medicina convencional, así como el acceso a los servicios de salud oficiales. Desde esta perspectiva, se busca un diálogo intercultural que sea funcional para lograr la aceptación de la medicina oficial. Esta lectura unilateral suele soslayar las razones no culturales por las que las personas no acuden a los servicios de salud, como la falta de capacidad resolutive (Chávez et al. 2015) y otras deficiencias en la calidad de atención, como el tiempo de espera, la distancia y el maltrato del personal de salud (Rojas 2016), así como la larga historia de imposiciones y violación de derechos, en la cual las esterilizaciones forzadas son quizá el ejemplo más difundido, pero no el único (Yon 2016). Además, buscar el obstáculo solo en la cultura del «otro» deja sin cuestionar las limitaciones de la formación monocultural de los profesionales de salud, tanto para la población como para el propio personal de salud.

Mientras en nuestros estudios encontramos que existe un pluralismo médico y una interculturalidad «desde abajo», por los cuales la población hace un uso complementario de recursos terapéuticos de diferentes medicinas e incorpora conocimientos de estas, se observan grandes dificultades en la formación universitaria del personal de salud para dialogar con la medicina no convencional. Las brechas culturales que separan al personal de salud de las poblaciones indí-

genas y otras que no comparten la cultura biomédica, dificultan el acceso y aceptación de los servicios biomédicos y han dado lugar a imposiciones y maltrato, así como a formas de discriminación cultural por parte del personal de salud (Del Pino et al. 2011; Portugal et al. 2016). A la vez, esto resulta una limitación importante para el personal de salud, que termina descubriendo con frustración, que no puede cumplir con sus labores y las metas exigidas por el sector salud con los conocimientos y habilidades desarrollados en su formación. Así, todas las obstetras entrevistadas en Huancavelica narraron que poco a poco descubrieron y se convencieron de que para lograr sus metas de atención del parto necesitaban aprender a atender el parto de forma vertical, conocer las propiedades de las plantas usadas, además de las costumbres del lugar. El personal de salud, en los tres ámbitos de estudio, tampoco encontró madres pasivas dispuestas a confiar totalmente en su saber sobre la desnutrición y menos aun, a seguir sus prescripciones respecto al uso de suplementos nutricionales u otras recomendaciones. Estudios sobre médicos serumistas² (Reyes 2011) evidencian también las múltiples barreras de su formación para poder trabajar en zonas rurales y periurbanas.

De otra parte, la investigación que realizamos sobre la experiencia laboral de los enfermeros técnicos formados en salud intercultural en un programa pionero de AIDSESP, muestra que más del 90 % de la población de las comunidades awajún y wampis estudiadas encontró mejoras en la calidad de atención con su contratación (Chávez et al. 2015). La calidad de atención, desde la perspectiva de la población, significa que el trato hacia los usuarios mejoró (los escuchan, no crean distancias, dispuestos a responder dudas, amables), se les da información y se les explica de manera entendible, y ello se realiza a través del idioma local. Otra forma de poner en práctica la interculturalidad en salud —que aprendieron estos enfermeros técnicos— es la revalorización de la medicina indígena y el trabajo articulado con especialistas indígenas, como la partera. El trabajo coordinado y remunerado de esta última, gracias a gestiones logradas con la comunidad, permitió un incremento significativo de la cobertura de los partos institucionales (de 0 al 60 %), así como de la atención de gestantes (op. cit.: 64).

2 El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) es el servicio que realizan los profesionales de la salud en centros y puestos de salud en las zonas rurales y urbano-marginales del país. Es requisito indispensable para que estos profesionales ingresen a trabajar en establecimientos del sector público y a los programas de segunda especialización a nivel nacional.

Sin embargo, en la medida que el sistema de salud oficial no promueva aún la interculturalidad (aunque valora sus efectos en las coberturas) ni el resto del personal haya recibido similar formación, el alcance y la sostenibilidad de las prácticas interculturales de estos enfermeros técnicos es bastante vulnerable a la rotación del personal y a los funcionarios de salud, así como a su propia estabilidad laboral.

Cuando los diferentes se hacen desiguales: más allá de la interculturalidad

La incorporación del enfoque intercultural en salud es solo un elemento para evaluar la calidad de atención en los establecimientos de salud y el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en este ámbito. Los tres estudios de caso realizados por el IEP con mujeres y hombres de pueblos indígenas u originarios de Amazonas, Ayacucho y Huancavelica, confirman que la desconfianza y rechazo a servicios de salud oficiales no se deben solamente o principalmente a desencuentros culturales.

Dos tipos de razones que se mencionan llaman la atención sobre asuntos más amplios y de más larga data que deben considerarse como telón de fondo y como condiciones de posibilidad de la interculturalidad en salud. Una de ellas, es una relación histórica de marginación e imposición que se expresa en ausencias y formas de maltrato por parte de representantes del Estado peruano, sus instituciones y políticas, las que han marcado de manera importante la relación de estos ciudadanos con los servicios de salud oficiales. Así, la relación impositiva y de maltrato del proveedor/a hace que las mujeres desconfíen de sus intenciones («parece que nos obligan porque el gobierno nos quiere matar») e incluso, de su competencia técnica o de la inocuidad de los productos que se entregan para sus niños/as (como los suplementos nutricionales).

El segundo aspecto estructural que configura la desconfianza a los servicios de salud estatales, sean o no interculturales, es que se trata de servicios de salud de pobre calidad para personas en situación de pobreza. Son servicios con múltiples carencias que mellan la eficiencia y la capacidad resolutoria con la que pueden atender los problemas de salud de las poblaciones. Esto se vuelve más crítico en las comunidades

amazónicas estudiadas, donde el sistema de referencia no funciona o no resulta viable para la población. Todo ello termina desalentando a los usuarios en sus expectativas de hallar respuesta a sus problemas de salud en el sistema médico público (más crítico aun en las comunidades que gestionaron sus postas de salud con esta esperanza) y merma los esfuerzos de los prestadores por brindar un mejor trato o hacer sus servicios más pertinentes culturalmente.

A modo de conclusión

La interculturalidad existente en salud muestra esfuerzos heterogéneos en cuanto a posibilidades reales de reconocimiento de la medicina indígena y de establecer relaciones sociales más equitativas con usuarias indígenas y rurales, a quienes se han dirigido principalmente las intervenciones de salud que buscan ser interculturales. De manera concreta, las iniciativas estatales han estado concentradas en la atención del parto para la disminución de la muerte materna y han sido inevitablemente mediados por las desiguales relaciones entre Estado y ciudadanas indígenas y pobres, así como por las jerarquías entre proveedores de salud de la medicina oficial y terapeutas de los pueblos originarios. Estas asimetrías han limitado cambios significativos en relaciones sociales e intercambios culturales, y han dado lugar a una interculturalidad funcional a metas de actividades puntuales, como el incremento del parto institucional, en las que han primado cambios de infraestructura, la incorporación de algunas prácticas de atención y la tendencia a excluir a las parteras.

Son las organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ, o las ONG que impulsaron inicialmente la experiencia del parto vertical las que han introducido formas más críticas de interculturalidad que retan estas desigualdades y jerarquías. Para favorecer estos últimos procesos se requiere un marco institucional y valorativo favorable tanto en la formación superior (p.ej. en criterios de acreditación) como en el desempeño laboral de los profesionales de salud (p.ej. en criterios de evaluación e incentivos al desempeño) y de los servicios brindados por los establecimientos de salud estatales (p.ej. incorporación en indicadores del presupuesto por resultados), para que la interculturalidad en salud se entienda realmente como parte de la salud pública y de los derechos de la población.

Finalmente, la interculturalidad en salud es solo uno de los requisitos para que los servicios sanitarios puedan atender mejor las necesidades de salud de los pueblos indígenas y otras poblaciones. Estos esperan que los servicios estén mejor provistos de recursos

humanos, medicinas y equipamiento para que cumplan mínimamente con resolver problemas de salud que sus recursos terapéuticos no logran, lo que en el marco de la actual crisis del sector salud no viene sucediendo y genera mayores desconfianzas.

BIBLIOGRAFÍA

ALBÓ, X. *Iguales aunque diferentes*. La Paz: Ministerio de Educación de Bolivia. 1999.

ANDERSON, J., A. Diez, D. Dourojeanni, et. al. *Mujeres de negro. Estudio de casos de la muerte materna en zonas rurales del Perú*. Lima: MINSA. 1999.

CHÁVEZ, C., C. Yon y C. Cárdenas. 2015. *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural*. Documento de trabajo. Lima. IEP.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe Defensorial N° 169. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*. Lima: Defensoría del Pueblo. 2015.

DEL PINO, P., M. Mena, S. Torrejón et. al. *Repensar la desnutrición. Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú*. Lima: IEP. 2011.

PORTUGAL, T., C. Yon y R. Vargas Machuca. *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: «Saber y no poder». Un estudio de caso en Vilcas Huamán*. Documento de trabajo. Lima: IEP. 2016.

REYES, E. «Allá es clínicamente así: saber llegar». De la formación a la práctica profesional médica. El servicio rural urbano marginal en salud (SERUMS). *Apuntes*. 38 (69): 55-80. 2011.

ROJAS, D. *Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015*. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Lima: UNMSM. 2016.

YON, C. «Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos». En *Perú: el problema agrario en debate*. SEPIA XVI, F. Durand, J. Urrutia y C. Yon (Eds.), pp. 485-574. Lima: SEPIA. 2016.

YON, C. Narrativas y relaciones sociales en la atención del parto con enfoque intercultural en el servicio de salud materna de Churcampa, Huancavelica. En prensa. 2017.

TUBINO, F. «Justicia tridimensional y desarrollo humano». En *Ética, agencia y desarrollo humano*, I. Muñoz, M. Blondet y G. Gamio (Eds.), pp. 13-24. Lima: PUCP. 2017.

ZÚÑIGA, M. y J. Ansión. *Interculturalidad y educación en el Perú*. Lima: Foro Educativo. 1997.