


Fall 2012

Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani, Cusco, Peru

Jordan Cahn

SIT Study Abroad, jordan.cahn@gmail.com

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Civic and Community Engagement Commons](#), [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Critical and Cultural Studies Commons](#), [International and Intercultural Communication Commons](#), and the [Latin American Studies Commons](#)

Recommended Citation

Cahn, Jordan, "Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani, Cusco, Peru" (2012). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 1421.
http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1421

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.



PERÚ: CULTURAS INDÍGENAS Y GLOBALIZACIÓN

Comunicación entre personal médico y pacientes indígenas

un estudio de la medicina intercultural en
Huancarani, Cusco, Perú

Jordan Cahn

Diciembre 2012

Índice

1. Reconocimientos.....	2
2. Resumen.....	3
3. Introducción.....	4
4. Explicación del Tema	
4.1. <i>Planteamiento del problema</i>	5
4.2. <i>Pregunta principal de Investigación</i>	6
4.3. <i>Justificación y objetivo de la investigación</i>	7
5. Marco Teórico	
5.1. <i>Teoría</i>	8
5.2. <i>Revisión de literatura y otros estudios</i>	10
6. Contexto del estudio.....	17
7. Metodología	
7.1. <i>Metodología original</i>	18
7.2. <i>Cambios y la metodología real</i>	19
8. Presentación de los resultados	
8.1. <i>Entrevistas</i>	
8.1.1. <i>Personal médico</i>	21
8.1.2. <i>Pacientes</i>	22
8.2. <i>Observaciones</i>	24
8.3. <i>Análisis</i>	33
8.4. <i>Futuros estudios</i>	36
9. Conclusiones.....	37
10. Referencias.....	38
11. Anexos	
11.1. <i>Guías de entrevistas</i>	40
11.2. <i>Fotografías</i>	41

1. Reconocimientos

Esta investigación no sería posible sin el apoyo de todas las personas que me ayudaron a planear y llevar a cabo el estudio. Quiero agradecer a todos quienes me apoyaron durante todo el semestre y el periodo de investigación.

Gracias al personal médico y los pacientes del Centro de Salud de Huancarani por su colaboración para dejarme tener la oportunidad de observar y aprender tanto. Gracias a mi asesora Lilian Caceres por todo su ayuda en la planificación y cumplimiento de este estudio. Sin la asistencia de estos constituyentes, la investigación no sería una realidad.

También, gracias a Alex Alvarez, Milagros del Carpio, y Ursula Medina de SIT World Learning por todo su apoyo. Ellos han sido indispensables con todo tipo de asistencia académica, logística, y emocional durante todo el semestre.

¡Gracias a todos por haber asegurado que esta investigación ha sido un éxito!

2. Resumen

Esta investigación describe la relación entre personal médico y el paciente en un contexto intercultural. La ubicación del estudio es un centro de salud en la comunidad rural de Huancarani, Cusco, Perú. El personal médico viene de un perspectiva occidental y mayormente hablan castellano mientras que los pacientes son de orígenes indígenas y hablan quechua. El objetivo de la investigación es para observar la interacción intercultural entre el personal médico y los pacientes para determinar si las barreras culturales y preferencias para biomedicina o medicina tradicional infringen la calidad de servicios médicos. El personal médico prefiere la biomedicina y ve la medicina tradicional como alternativa mientras que los pacientes primero usan la medicina tradicional y ven la medicina moderna como alternativa. Esta diferencia ideológica además de barreras idiomáticas entre los dos grupos influye la interacción y resulta en que hay mínima comunicación. Además, los servicios son comprometidos por fallas en el sistema de salud. El sistema no está diseñado para ser los más sensible y cómodo para los pacientes. Por ejemplo, el personal viene de afuera y no hay representantes comunitarios trabajando en el centro de salud. También, la única práctica tradicional involucrada en los servicios previstos es el parto vertical; los demás servicios son orientados completamente alrededor de la biomedicina y no son conocidos ni fáciles para entender para los pacientes. Aunque algunos pacientes dijeron que fueron satisfechos con los servicios, hay muchas maneras en que se pueda mejorar la sensibilidad cultural para aumentar la confianza entre personal médico y pacientes para asegurar que pacientes siente cómodos venir al centro de salud para atención médica cuando sea necesario.

3. Introducción

El presente estudio fue llevado a cabo durante dos semanas en el entro de salud de Huancarani, Cusco, Perú. Tiene el propósito de describir la comunicación entre pacientes y personal de salud (Medico, enfermeras, obstétricas, y técnicos) para determinar si la comunicación es una barrera, debido al idioma quechua y castellano o de falta de sensibilidad cultural, que influye la calidad y satisfacción que los pacientes en relación a los servicios médicos. Las barreras en comunicación impiden que el paciente o usuario sea bien atendido o esté satisfecho con los servicios prestados provocando la preferencia de su medicina tradicional y cierto rechazo a la medicina científica o biomedicina. La mayoría del personal de salud valoran la medicina tradicional, pero como suplemento o alternativo a la medicina moderna. Este hecho se evidenció en ocasiones que no interactuaron a un nivel suficientemente entendible para los pacientes.

Como está descrito en “Parte V: Seguridad Social y Salud” del *Convenio Numero 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, pacientes indígenas deben de ser atendidos “sin discriminación alguna.” El sistema diseñado tiene que ser coordinado alrededor del pueblo, no los individuos organizados alrededor del sistema. Es decir que los servicios facilitados por el centro de salud deben de ser cómodos y culturalmente sensibles para los individuos indígenas quienes son atendidos. Parte del propósito de este estudio es tomar en cuenta esta sección del Convenio No. 169 y determinar como está aplicado en el contexto de esta clínica y posiblemente en otros ambientes semejantes.

4. Explicación del Tema

4.1. *Planteamiento del problema*

El tema general es la medicina intercultural. Específicamente, la relación y comunicación entre médicos con una formación occidental con pacientes indígenas en el centro de salud en Huancarani, Cusco, Perú. Estudios recientes han concluido que un médico que aumenta su sensibilidad cultural ante sus pacientes pueda mejorar la satisfacción del paciente, su relación con el paciente, la calidad de servicios, y pueda disminuir disparidades en servicios (Chang, Simon, Dong 2012). Para individuos quienes tienen una cosmovisión no-occidental, es probable que tengan opiniones e interpretaciones de la medicina distinta a los que tengan los médicos quienes les están atendiendo. Por ejemplo, pacientes en Pakistán se respetan tanto la opinión del doctor que le consideran un miembro de la familia. Esta facilidad de seguir lo que diga el doctor pueda ser chocante para un doctor que está acostumbrado a valorar la autonomía de los pacientes para tomar decisiones si no haya considerado el contexto cultural en que está trabajando (Moazam 2000). En Perú por ejemplo, si no hay entendimiento entre ambos médicos y pacientes sea posible que haya rechazo de recomendaciones médicas que sean muy importantes. Además, pueda acrecentar la brecha entre centro de salud y comunidad y consecuentemente el nivel de salud y vida de los pobladores disminuye por falta de intervención adecuada de salud.

La comunidad en que completé mis investigaciones es Huancarani en la clínica del Ministerio de Salud (MINSA). Tiene una población de 6,910 habitantes que habla quechua y castellano (*Wikipedia*). Todos los doctores que se atienden a pacientes en la clínica vienen de Cusco y son capacitados de una formación occidental. Aunque los médicos y pacientes son ciudadanos del mismo país, pueden venir de formaciones culturales muy distintas. En la clínica en Huancarani han empezado algunas iniciativas, como el parto

vertical, para ser más consiente de la medicina tradicional de la comunidad indígena, pero yo enfoqué en la interacción personal e importante entre los médicos y sus pacientes.

Quería observar e interpretar la relación entre doctores y pacientes para determinar cuanto los médicos reconocen la cultura distinta de sus pacientes indígenas y como toman en cuenta sus preferencias médicas. Al mismo tiempo, quería observar de cual manera los pacientes aceptan o rechazan las sugerencias de los doctores e intenté de entender si sus reacciones serán diferentes con mayor sensibilidad cultural.

4.2.Pregunta principal de investigación

Inicialmente, las preguntas específicas que planeaba a investigar eran: ¿Cómo es la relación entre médicos y pacientes indígenas en el centro de salud de Huancarani? ¿De que manera los doctores toman en cuenta la medicina intercultural? ¿Hasta que punto los pacientes se sienten o no se sienten satisfechos con la atención médica que reciben? Pero, durante mis investigaciones, decidí transformar las preguntas de acuerdo con lo que estaba observando.

Principalmente encontré en mis entrevistas con pacientes que ninguna tenía una queja o sugerencia sobre la atención médica que habían recibido aunque parecía que cualquier paciente podría tener algo para decir. Por ejemplo, habían esperado hasta tres horas o más para ser atendidos, el doctor no les habían explicado la enfermedad que tenían, o el doctor no se habían intentado confortarles cuando estaban muy enfermos. También, me empecé a interesar más y más la calidad de servicios que son disponibles para los pacientes y las razones que la calidad se pueda ser infringida. Por ejemplo, recursos económicos, personalidad del médico, o entrenamiento y educación del personal médico. Tomando todas esas observaciones en cuenta, la pregunta principal que contesto con mis investigaciones

es: ¿Como es la relación entre el personal médico y el paciente en el establecimiento de salud de Huancarani, existe o no una comunicación con enfoque intercultural entre ambos que influye la calidad de servicios previstos?

4.3. Justificación y objetivo de la investigación

El Seguro Integral de Salud de Perú (SIS) describe que uno de sus objetivos es, “Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza” (SIS 2011). Por eso es importante que todos los pacientes servidos por la clínica del SIS sean presentados con servicios médicos adecuados para su estado cultural. Como está mencionado en la sección anterior, servicios médicos apropiados deben de tomar en cuenta las preferencias de los pacientes en relación a su cultura, en este caso la medicina tradicional andina. Es importante que los pacientes tengan confianza en los consejos médicos que reciban de los médicos porque asegura que no tengan miedo de regresar para mas atención medica cuando sea necesario (Chang, Simon, Dong 2012).

Personalmente, me interesa este tema porque en el futuro quiero ser doctora. Pienso en enfocarme en salud internacional o para inmigrantes. Para eso, será necesario que yo tome en cuenta las distintas culturas de mis pacientes. Por eso, esta investigación es relevante para mis objetivos profesionales además de ser importante para apoyar a la atención médica de pacientes indígenas en Huancarani. Además, he tenido que interactuar con varios médicos Peruanos con mis propias preocupaciones médicas, y no recibí atención médica adecuada. Los doctores no me explicaron claramente mi enfermedad ni tuvieron un comportamiento muy sensible que me calmó en un momento de ansiedad. Como yo estaba visitando a clínicas privadas en la ciudad de Cusco, me interesaba como podría ser la

calidad de sensibilidad y comportamiento de médicos en un ambiente en que se tratan a pacientes marginalizados, hay una barrera idiomática, tienen un exceso de trabajo, y tienen recursos muy mínimos. Si encuentro en mi investigación que también no hay suficiente comunicación podría otro ejemplo de barreras culturales que infringe en la calidad de servicios médicos.

5. Marco Teórico

5.1. Teoría

El presente trabajo realizado lo hice a la luz de la teoría aplicada por el sociólogo contemporáneo, George Foster. Quien describe para el tema:

Al estudiar la dinámica cultural, me ha parecido conveniente imaginar como *barreras* los factores que se oponen al cambio en todas las sociedades... Algunas "barreras" pueden conceptuarse principalmente en términos culturales: los valores básicos del grupo, su idea del bien y del mal, la índole de la articulación entre los elementos de la cultura... En toda situación económica, existen barreras y estímulos culturales, sociales y psicológicos para el cambio... la gente se resiste con frecuencia a modificar su estilo de vida, por los factores culturales, sociales y psicológicos que intervienen. Sin embargo, con la misma frecuencia, caen también perfectamente en la cuenta de lo beneficioso del cambio y quieren alterar su rutina; pero el sacrificio económico que supone es demasiado grande. Si no existe un potencial económico, o no puede introducirse en el programa de cambios dirigidos, será inútil prestar cuidadosa atención a la cultura y a la sociedad... El individuo propende a ver las innovaciones con escepticismo y

a no dejarse llevar de la tentación si no está seguro...’no intentéis introducir cosas nuevas, porque las novedades acarrearán ansiedades a quienes las patrocinan’...uno de los proverbios más citados es: ‘Mas vale viejo por conocido, que nuevo por conocer.’ (Foster 95-96, 101)

Foster describe que hay barreras y choques entre culturas distintas relacionados a conflictos económicos además de sociales. En mi investigación observo exactamente lo que Foster describe: individuos de una cultura tradicional que metidos en una cultura moderna y trato de interpretar su voluntad de involucrarse y adoptar nuevas normas sociales. En un contexto donde hay una fusión de medicina tradicional y moderna, intento de observar las decisiones de los individuos indígenas para interpretar cuales elementos económicos o sociales influyen su preferencia en relación a la salud de si mismo y de su familia. Pueda ser que toman decisiones que son más cómodos porque son conocidos o tal vez toman una decisión para aprovechar lo más posible económicamente. Intento de interpretar la comunicación entre pacientes y el personal médico para ver si esta interacción social influye las decisiones y preferencias de los pacientes. Tomo en cuenta aspectos sociales y económicos para examinar la relación entre pacientes indígenas que prefieren medicina tradicional metidos en una institución en lo cual la biomedicina está más valorada y conocido que practicas tradicionales.

Para interpretar las acciones de los médicos para determinar si sean culturalmente sensibles tomaré en cuenta es el modelo de QIAN que enfoca en maneras específicas en que médicos puedan mostrar sensibilidad cultural a pacientes de una cultura distinta a la suya. Describe una filosofía China llamada QIAN que enfoca en que ambos los pacientes y doctores deben de cuestionar si mismo, sumergirse en la cultura, escuchar activamente, y negociar flexiblemente (Chang, Simon, Dong 269). El modelo de QIAN es adaptable y

puede ser aplicado para aumentar habilidades multiculturales de médicos por todo el mundo (276). No anticipo que sea necesario que los médicos siguen específicamente lo que está descrito por el modelo QIAN. Pero, por ejemplo, los conceptos de escuchar activamente y flexibilidad de entender otras maneras de pensar son esenciales para asegurar la satisfacción de los pacientes con su atención médica, y estaré observando si cumplen con esos objetos. Varios de los casos analizados describen choques culturales entre medicina moderna y tradicional, pero ninguno particularmente lo describe en el caso Andino entonces yo estoy aplicando este modelo a un nuevo contexto.

5.2.Revisión de literatura y otros estudios

Como está mencionado en la sección de teoría, el libro *Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos* por George Foster describe como las diferencias entre culturas son aun más chocantes a través de un mundo donde hay disparidades en acceso y nivel de desarrollo y tecnología. En el caso de medicina, hay grandes diferencias en la calidad de servicios dependiente en factores económicos, sociales, y políticos. Los autores describen que elementos de la cultura como religión, idioma o costumbres que son enseñados informalmente en la casa en que uno se crece influye su desarrollo y por eso sus opiniones y actitudes acerca de temas como la medicina (Foster 24-25). Es importante que los autores reconozcan que una “cultura” no es estático sino dinámica y siempre cambiando debido a influencias de influencias con individuos externos (28). Como está descrito en la sección del marco teórico, Foster argumenta que individuos son resistentes a cambios culturales si no hay beneficio económico de hacer lo. Por ejemplo, describe una clínica en una zona rural de México. La clínica provee servicios baratos o gratis pero muchas personas piensan que si vayan a la clínica tendrán que pagar mucho para los servicios y tendrán que perder

tiempo en lo cual podrán trabajar y deciden no conseguir atención médico, aunque en muchos casos la necesitan. Además, el perspectiva de la clínica no es lo que están acostumbrados entonces aumenta a las barreras que los pacientes enfrentan para conseguir atención médica (96-97). Este libro enfoca mucho en la aceptación y rechazo de cambios para culturas indígenas, que es exactamente en línea con mi investigación.

El artículo “Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia” por Mathez-Stiefel, Vandebroek, y Rist describe el comportamiento de búsqueda de servicios de salud en dos comunidades indígenas en Bolivia y Perú. Ellos encontraron que coexisten la biomedicina y la medicina tradicional aunque hay una preferencia para la medicina tradicional en las comunidades. Además, descubrieron que la mayor presencia de biomedicina no disminuye el conocimiento de prácticas tradicionales. Concluyen que para aumentar el uso de medicina moderna, haya que diseñar un proceso en que se utiliza prácticas tradicionales además de biomédicos en las instituciones de salud modernas. Esta investigación es importante y muy relevante a mi estudio porque enfoca en cuestiones culturales en los Andes alrededor de la medicina. Con el conocimiento que tengo de este artículo—que la preferencia para la medicina tradicional no disminuye con la mayor presencia de medicina moderna—puedo enfocar mi análisis para entender las preferencias de los pacientes indígenas y observar como está influido por la comunicación y servicio prestados por personal médico.

El artículo "Cirugía y Pueblos Amerindios: Un Reto Intercultural” por Gerardo Fernández-Juárez discute casos específicos en Latinoamérica en el que grupos indígenas han rechazado servicios médicos modernos. Mucho del artículo tiene el propósito de explicar las varias perspectivas sobre procedimientos quirúrgicos en las Américas tras

varios siglos. El artículo empieza con descripciones de prácticas antiguas de grupo indígenas que hicieron actos quirúrgicos por razones simbólicas o para castigos criminales pero no como procedimiento médico (Fernández-Juárez 102-103). Sigue a describir el choque entre medicina tradicional y medicina española durante la conquista (104). El desarrollo de la medicina siguió hasta el presente concepto del cuerpo humano desde la perspectiva occidental que se requirió procedimientos quirúrgicos (105). Desde la perspectiva del Amerindio, hay preferencia para el uso de rutinas naturales para la medicina en vez de cortar el cuerpo (107). El artículo termina con las conclusiones que los médicos occidentales deben de tomar en cuenta las preferencias culturales con relación a la medicina para demostrar respeto a otros seres humanos (112).

El propósito del autor es mostrar el choque entre la medicina tradicional amerindio y moderna en el caso específico de cirugía y destacar que el sistema de medicina occidental tiene que tomar en cuenta las variaciones culturales. Mayormente, estoy de acuerdo con el autor y pero eso estoy investigando este tema para descubrir cuanto este meta está llevado a cabo en el caso específico del Perú. La mayoría del artículo enfoca en ejemplos específicos de tratamientos tradicionales. Este aspecto es interesante y me ayuda entender el contexto de varios grupos amerindios. El autor podría mejor desarrollar casos específicos de rechazo de medicina occidental y que era la resolución del problema. Por eso, este artículo sirve para servir como un modelo y contexto de los posibles contrastes culturales, y en mi investigación, determino como se mezclan e interactúan los servidores de salud y pacientes del Distrito de Huancarani, Cusco, Perú.

El artículo "These Sorts of People Don't Do Very Well': Race and Allocation of Health Care Resources," por Lowe, Kerridge, y Mitchell discute problemas con la distribución de recursos médicos por causa de discriminación racial. El propósito del

artículo es para describir la injusticia que hay y proponer como debe de ser más igualitario. El artículo describe un caso en que una mujer aborígen en Australia no recibió atención médica adecuada que fue culpado en el racismo. También describe que muchas veces médicos toman decisiones racistas no a propósito, pero al fin y cabo, influye la calidad de servicios que pacientes reciben (Lowe, Kerridge, Mitchell 356). Sigue a describir que el caso de indígenas en América ha sido similar a Australia porque ambos son grupos que han sido discriminados y forzados a asimilar a la cultura dominante (357). A lo largo, los resultados de pacientes aborígenes no tan buenos como los de pacientes no-aborígenes por varias razones, incluyendo negación de recursos del parte de los médicos o incumplimiento de seguir consejos médicos del parte de los pacientes (357). Las diferencias culturales entre los médicos y pacientes pueda resultar en insuficiente transferencia de información y además si tengan creencias distintas de la medicina pueda existir antagonismo implícito. En muchos casos, pacientes aborígenes han dicho que no sienten que reciben atención adecuado por causa de malentendidos culturales. El artículo sugiere que haya intervenciones en el sistema de salud pública para asegurar la calidad de servicios, y que toman en cuenta los pensamientos subyacentes de los pacientes y doctores para afirmar que hay entendimiento entre ambos (359).

Principalmente, la intención de los autores de revelar casos de racismo y equivocación cultural en el caso de aborígenes en Australia forma una base importante para aplicar estas observaciones a comunidades indígenas en Perú. Estoy de acuerdo con los autores con que importante es valorar las creencias culturales de pacientes. Quisiera que los autores expandan más en sus reclamaciones que la calidad de servicios se está afectado por el racismo. Reconozco que este es una gran posibilidad, pero ayudará a clarificar su argumento si podrían proveer ejemplos y describir como los servicios fueron peores por

razones de raza o cultura y no otras causas. El artículo es mayormente útil para identificar que si han sido casos en que hay discrepancias en servicios médicos por razones culturales, y yo sigo a investigar si es el caso en Huancarani.

Farhat Moazam, en su artículo “Medical Decisionmaking: A Pakistani Perspective,” describe un caso específico en lo cual la cultura tradicional ha chocado con la medicina moderna. El propósito del artículo es describir algunos ejemplos de como son distintas las creencias de la medicina para Paquistaníes. Describe desde el perspectiva de un doctor educado en los EEUU como son practicas Paquistaníes para tomar decisiones medicas y como es diferente de lo que él está acostumbrado. Describe que usualmente, los pacientes respetan tanto la opinión del doctor que lo sigue ciegamente y le tratan como un familiar (Moazam 28). El autor describe que está acostumbrado a respetar la autonomía de los pacientes para tomar decisiones (29). Sigue a describir que en la sociedad Paquistaní, como en muchas otras culturas, decisiones médicas son responsabilidad de no solo el individuo pero toda la familia, y en el caso Paquistaní “adoptan” el médico a la familia porque respetan tanto su opinión (29). Doctores acostumbrados a la cultura y religión en Pakistán son muy sensitivos en decir noticias de diagnosis graves a pacientes en frente de sus familias, pero si no están acostumbrados, puedan fallar en sensibilidad. Al otro lado, describe un caso en que un doctor siguió las normas culturales, pero resulto en conflicto más tarde cuando el paciente tenía otras preferencias que lo demás de su familia (34). El argumento del autor en este caso es no solamente aceptar y seguir las normas culturales, pero siempre tener en mente otras posibilidades (35). El autor argumenta que en casos específicos, es aceptable ir contra las normas culturales, si el médico está informado y acerca a la situación con sensibilidad (35).

En general, el artículo describe diferencias específicas entre pensamientos Paquistanís y occidentales acerca de la medicina y argumenta que lo más importante es que el doctor sea consciente de las diferencias culturales. Aprecio el perspectiva del autor de reconocer que no es siempre factible actuar de la manera que los pacientes anticipan si no esté en el mejor interés de la calidad de la atención médica. Creo que es imperativo que sea consciente de lo que anticipan los pacientes para que no resulta en incumplimiento de consejos médicos. Aplico el estudio a mi investigación para ver como los doctores tomen en cuenta las diferencias culturales y como aseguran que los pacientes reciben la atención medica que se necesitan y al mismo tiempo como respetan sus expectativas culturales.

El artículo por Plaja, Cohen, y Samora “Communication Between Physicians and Patients in Outpatient Clinics,” describe la importancia de formar relaciones respetuosas entre pacientes y doctores para que toda la información necesaria sea comunicada de ambos lados. Estudios anteriores han indicado que gran diferencia en clase socioeconómica, cultura, e idioma puedan obstruir cuanta información importante pacientes comunican a sus doctores. El estudio presente en el artículo investiga comunicación entre doctores y pacientes en el nivel de vocabulario usado por los médicos y a que nivel se entienden entre si los pacientes y doctores. Usaron entrevistas y observaciones para analizar el entendimiento y distinguir si la diferencia entre cultura entre médico y paciente impide la calidad de atención médica. Los resultados describen que los médicos que son orientados en completar metas muchas veces no interactuaron a un nivel suficientemente entendible para los pacientes, especialmente si vienen de clases sociales distintas porque los doctores no reconocieron que los pacientes no les entendían. Describen que aunque muchos pacientes admitieron que no entendieron todo lo que dijeron los doctores, no indicaron eso cuando estaban comunicando con él. Eso subraya la importancia de tener dos métodos de

investigación para asegurar que no falta información. Este estudio es similar a la mía, en que investiga la relación entre paciente y doctor con entrevistas y observaciones de los dos grupos. Lo distinta del mio es que investigo específicamente la sensibilidad cultural en interacciones entre doctores de no solo un clase social distinta pero también de una cultura distinta.

El artículo, “Integrating cultural humility into health care professional education and training” por Chang, Simon, y Dong destaca la importancia de enseñar sensibilidad cultural a médicos para mejorar su comunicación con sus pacientes. Describe ejemplos en los Estados Unidos que las capacitaciones médicas siempre están enfocados en competencia cultural para satisfacer las necesidades de una demográfica diversa (Chang, Simon y Dong 270). Describe un ejemplo de la importancia de sensibilidad cultural en el caso de médicos occidentales que tienen pacientes que son inmigrantes Chinos. Describe la tendencia de médicos de estereotipar los pacientes en vez de apreciar las diversidades en el mismo grupo cultural (271). Sugiere que los médicos tienen que reconocer sus propias presunciones, aprender de sus pacientes y escucharlos bien, y formar relaciones respetuosos (273). Describe que no es un proceso simple, sino algo que toma toda una vida para aprender humildad cultural. Se pueden empezar a aprender y practicar sensibilidad cultural si sigan el modelo QIAN actúan en la curiosidad que tengan para conocer diferentes culturas si hacen preguntas y sumergen en diferentes culturas. Además tienen que escuchar activamente y ser dispuestos a negociar sus propios pensamientos y creencias alternativas entre ellos, los pacientes y sus familias (275). También, los que siguen el modelo pueden ganar más respecto de los pacientes con quien están trabajando porque se muestra que están trabajando para hacer todo lo posible de entender su cosmovisión.

El modelo QIAN descrito es la teoría que pienso aplicar para analizar la comunicación entre pacientes y doctores en Huancarani. Aunque es probable que este modelo no haya sido enseñado a los doctores, lo que investigaré es hasta que punto involucran elementos semejantes para asegurar que hay confianza en la relación con sus pacientes. Estoy de acuerdo con los elementos que describen los autores. Especialmente que sensibilidad y humildad cultural son elementos practicados durante toda su vida, no es algo que se pueda empezar y terminar de aprender.

6. Contexto del Estudio

Este estudio fue llevado a cabo en el Centro de Salud de Huancarani en la comunidad de Huancarani en la provincia de Paucartambo en el departamento de Cusco en Perú. La clínica es del Ministerio de Salud (MINSA) y sirve a pacientes en la propia comunidad de Huancarani además de otras comunidades más rurales alrededor. La mayoría de pacientes atendidos tienen Seguro Integral de Salud (SIS). Hay una población de 6,910 personas que mayormente hablan quechua y algunos hablan castellano también (*Wikipedia*). Principalmente, los jóvenes hablan más el castellano porque lo aprendan en la escuela. El personal médico habla mayormente castellano, pero la mayoría hablan por lo menos un poquito de quechua.

Huancarani está ubicado entre una hora y una hora y media al sur de la ciudad de Cusco. Puede llegar y salir de Huancarani hasta Cusco en caro o combi desde San Jerónimo. La pista para llegar va por las montañas y está pavimentado pero hay muchos casos de derrumbes y es peligroso. Está en las montañas, entonces hace frío. Sin embargo, la actividad económica principal es agricultura y ganadería.

El personal médico vive en Cusco y viajan a Huancarani cada otro día o se quedan

en la clínica por toda la semana y van a Cusco en sus días libres. Los pacientes que vienen a la clínica podrían haber caminado horas para llegar. El día más ocupado de la clínica es el domingo porque hay feria entonces muchos aprovechan de ya estar en Huancarani y vienen a la clínica por sus controles mandatorios o para consultar con el doctor si están enfermos.

7. Metodología

7.1. Metodología propuesta original

Originalmente, planeaba llevar a cabo la investigación usando observación directa y entrevistas. Sabía que iba a pasar dos semanas en el Centro de Salud en Huancarani sombreado a médicos y observando sus interacciones con pacientes. Tuve la oportunidad de observar en la clínica por los contactos de mi asesora, Lilian Caceres. Tengo suerte que ella habló con los doctores y organizó que yo podría pasar dos semanas observando en la clínica.

Los doctores están en un horario rotativo, entonces pensaba observar directamente un doctor y sus pacientes por dos o tres días, y luego otro doctor por los próximos dos o tres días (tres o cuatro médicos en total). Después de observar la consulta del doctor con su paciente, entrevistaré al paciente para averiguar su satisfacción con su atención médica durante esa consulta. También, entrevistaré al doctor sobre sus percepciones de la medicina intercultural y su propio uso de sensibilidad cultural en sus interacciones con sus pacientes. Reconocí que hay limitaciones con ambas técnicas si solo uso uno. Siempre existe la posibilidad que los sujetos cambiaran su comportamiento porque yo estoy allí observando, y si solo les entrevisto y no observo, es probable que no me dirán la historia completa. Por eso, usaré las dos técnicas para intentar de comprender y relacionar todos los resultados.

Hay dos grupos distintos que estudié juntos. Primero, los médicos quienes trabajan para la red de salud del cusco quienes trabajan en clínica de Huancarani. Ellos han sido educados de formación médica occidental. Segundo, los pacientes que mayormente vienen de la comunidad de Huancarani y otras comunidades campesinas cercas. Ellos son mayormente campesinos indígenas que hablan una mezcla de quechua y castellano.

Mayormente, sabía que iba a pasar tiempo sombreando a un médico por lo más tiempo posible para tener un “control.” El número y las demográficas de los pacientes que observaré no son posibles para definir porque son dependientes en quienes vienen a la clínica durante los días que estoy allí. Con eso, podré acostumbrarme a la manera de trabajar y comunicar del doctor y entender las semejanzas o diferencias en las respuestas de los pacientes en sus niveles de satisfacción con su atención médica. Decidí usar ambos entrevistas y observaciones directas para enterar si hay consistencia entre lo que dicen los doctores y pacientes sobre su nivel de sensibilidad cultural y satisfacción con servicios médicos con su comportamiento.

7.2. Cambios y la metodología real

Durante mis investigaciones tuve que cambiar partes de mi metodología. Yo viaje diario al Centro de Salud de Huancarani y pasé aproximadamente seis horas cada día por ocho días observando todo lo que pasaba en la clínica. Observé la interacción entre pacientes y personal medico, entrevisté al personal y a pacientes, y entrevisté a jóvenes en un colegio cuando viaje a una comunidad cercana con médicos del Centro. Desde el principio, explique al personal médico que mi objetivo en la clínica era observar la interacción entre médicos y pacientes e intenté no discutir que estaba observando la sensibilidad cultural para evitar que cambien sus acciones para influir mis resultados.

Aunque había una barrera de idioma porque la mayoría de los pacientes hablan mayormente solo quechua, había varias personas que podían interpretar para mí. Una dificultad que encontré fue que yo sentía que no era sensible entrevistar a muchos pacientes. Muchos pacientes parecían apurados, estaban muy enfermos y no quería molestarles, o algunos me dijeron que no querían contestar a preguntas. Por eso, adapté mi metodología a ser mayormente observación participativa con entrevistas en momentos adecuados.

Cada mañana cuando llegué a la clínica, los internos empezarán con su presentación de pacientes que habían sido hospitalizados el día o noche anterior. Después caminaba al otro lugar de la clínica para observar las consultas diarias de los médicos, obstetras, y enfermeras. En día uno, cuatro, y cinco de mis observaciones, salí en visitas con personal médico de la Clínica. El primer día, fui en visitas a madres gestantes en la comunidad de Huancarani, en día cuatro viajamos a la comunidad de Huayllabamba para hacer controles de salud de los jóvenes del colegio, y en día cinco salí al mercado en Huancarani con una enfermera para hablar con vendedoras de comida. En días dos y tres y cinco hasta ocho, pasé mi tiempo observando consultas en la clínica. En día dos, tres, seis, mitad de siete, y ocho observé la interacción entre pacientes y los doctores de medicina. En día cinco observe en la consultoría de las enfermeras y en día uno y mitad de siete observé en la consultoría de obstetricia. Cada día, investigue como observante participativa. También cada día tuve conversaciones/entrevistas con el personal médico lo cual estaba observando. También, cuando salí al colegio entreviste a los estudiantes mientras que esperaban a ser atendidos para sus controles. Además, entrevisté a algunas pacientes en la clínica después de sus consultas con los doctores o enfermeras.

8. Presentación de los Resultados

8.1. Entrevistas (*Guías de entrevista en los anexos*)

8.1.1. Personal médico

Enfermera:

Tuve una conversación y entrevista informal con una enfermera mientras que observaba sus controles de niños sanos. Ella me dice que el personal médico tiene que adaptar a la cultura de los pacientes no ellos a la clínica, entonces ella valora mucho la medicina tradicional y siempre aconseja a los que vienen que toman sus hierbas en adición a los medicamentos prescritos. Me dice que la comunicación es lo más importante y cuando uno se habla quechua con los pacientes, la calidad de los servicios mejora; también ayuda para crecer la confianza que las personas en las comunidades tienen de la clínica porque si el personal pueda comunicarse bien con los pacientes y hacerles sentir cómodos lo van a compartir esa información con sus amigos y familiares. Eso ayuda a la salud en general porque luego vendrán cuando están enfermos y podrán curarse. Me explico que cada uno en la escuela toma un curso de plantas tradicionales.

Interno de medicina:

Entrevisto a un interno de medicina sobre el uso de medicina tradicional y sus opiniones. Él me dice que cree mucho en la medicina tradicional y piensa que funciona muy bien. Su abuela vivía en una comunidad rural y usaba mucho las hierbas para curarse. Luego, le pregunto si toma en cuenta o pregunta los pacientes sobre las hierbas que sus pacientes probablemente han tomado antes de darles receta y consejo médico. Él me dice que no les pregunta porque si han tomado algo que les ayudó, le van a decir y si han tomado algo que no ha hecho nada ni siquiera lo van a mencionar. El me comenta que

piensa que todos los doctores allí valoran la medicina tradicional pero es probable que los en Lima no lo valoran tanto.

Médico:

Tengo una conversación con el doctor sobre sus perspectivas de la medicina tradicional y como está integrada en las prácticas de la clínica. Él me dice que es muy importante y que el siempre pregunta a los pacientes para ver si han tomado hierbas antes de venir a la clínica. Dice que siempre trata de recomendar tratamientos naturales adicionales para suplementar a los tratamientos médicos que prescribe a sus pacientes. Me dice que la mayoría de personal medico que el conoce en esa clínica están de acuerdo y apoyan a la medicina natural pero algunos más que otros porque algunos solo prefieren la biomedicina.

8.1.2. Pacientes

Paciente 1:

Una mujer de aproximadamente treinta años con sus dos hijos que tienen fiebres y están enfermos. Ellos han esperado por lo menos una hora para ser atendidos. Ella habla un poquito de castellano, pero mayormente solo quechua. Después de examinar los niños el doctor escribe recetas para medicamentos para los niños. El doctor habla quechua básica y puede explicar como tomar los medicamentos a la madre pero no tienen una conversación ni discuten mucho de los síntomas de los niños. Mientras que la madre está esperando en fila para buscar los medicamentos le entrevisto con la ayuda de un técnico que habla quechua. Ella me explica que siempre viene a la clínica cuando sus niños están enfermos. Primero, ella intenta de usar plantas y hierbas para curarles pero cuando no funciona, vienen a la clínica. Cuando la pregunto que le ha dicho el doctor sobre la diagnosis de sus hijos, me dice que no se sabe solo que están enfermos. Ella dice que está muy satisfecha

con el servicio que ha recibido y que siempre les atienda bien.

Paciente 2:

La próxima paciente que viene es otra madre de aproximadamente treinta años con sus dos hijos que tienen manchas en su piel en su cara y pecho. El doctor le explica que son hongos y que necesita aplicar una crema por unas semanas y si no se desaparecen las manchas que regresen. Después de la consulta, entrevisto a la madre en castellano. Ella me explica que vinieron porque trato de usar plantas para curar a sus hijos pero no ha funcionado. Me dice que usualmente prefiere usar medicamentos porque funcionan mejor y más rápidos que las plantas. Ella me explica la diagnosis de hongos que le ha dicho el doctor y que está muy satisfecha con los servicios que ha recibido.

Jóvenes del colegio en Huayabamba:

Entrevisto a los jóvenes de un colegio en Huayabamba mientras que el otro personal médico hace sus exámenes y controles de los adolescentes. Entrevisto a cuatro mujeres y cinco hombres que tienen diecisiete años. Todos responden casi igual. Les pregunto que hacen en sus casas primero cuando se enferman y me dicen que primero tratan de curarse con plantas pero si no funciona van al puesto de salud (en su comunidad) o el centro de salud (en Huancarani). Siguiendo, les pregunto si prefieren la medicina tradicional o moderna y cada uno me dijo que prefieren la medicina tradicional porque son menos químicos y los medicamentos pueden dañar a sus estómagos. Sin embargo, en casos graves prefieren ser atendidos por médicos para asegurar que se mejoran si las plantas no están ayudando. Yo les pregunto si sus padres y otros en la comunidad tienen las mismas preferencias y si hay personas que rechazan completamente la medicina moderna. Me dicen que sus padres y abuelos prefieren la medicina tradicional aun más que ellos pero todavía van a la clínica si sea necesario. Explican que hay casos de individuos que no quieren y

demandan que no van a la clínica e puesto de salud pero si está suficientemente grave su enfermedad siempre van a ser atendidos por médicos porque algún familiar les convence.

8.2.Observaciones

Día 1

A las ocho de la mañana, empieza la visita con los pacientes hospitalizados la noche o día anterior en el Centro de Salud de Huancarani (en el local de arriba). Los internos de obstetricia presentan los datos de la primera paciente que recién ha dado a luz. La obstetra menciona que la paciente ha usado plantas para ayudar a avanzar su parto. Un interno de medicina examina el recién nacido. Mientras, la obstetra hace muchas preguntas generales sobre el parto a los internos y otro personal médico que está presente (todos que trabajan en la clínica atienden a las visitas en la mañana). El doctor menciona que esta semana va a venir la supervisión del Ministerio de Salud. El personal médico discute cosas organizacionales (que no tienen relevancia para la madre) sobre el día y la semana, mientras que la madre se descansa en la cama. Después caminamos al otro local del centro de salud (local de abajo) donde hay consultas diarias. Durante el camino, los internos de obstetra y medicina me explican que todas las madres tienen que dar a luz allí en la clínica, no en sus casas. Tienen ambulancia que pueda recogerles de sus comunidades para traerlas al centro y allí en la clínica practican parto vertical, como darán a luz en sus propias casas, para que las madres se sientan más cómodas viniendo. Después de llegar al otro local, preparo para ir de visitas a madres gestantes en la misma comunidad de Huancarani con una interna enfermera y obstetra. Vamos casa a casa y logramos hablar con cinco madres. En cada casa, revisan su carta de gestante y discuten los signos de peligro del embarazo para saber cuando hay que venir para atención médica. También, piden para las cartas de

controles de sus hijos ya nacidos para asegurar que han venido para sus controles y han recibido sus vacunas. En los casos de cada madre, sus hijos no fueron actualizados con sus controles y cuándo les preguntaron porque no han traído sus hijos para sus controles, contestaron que olvidaron, no tenían tiempo, pensaron que no necesitaban, o no querían pasar horas esperando para ser atendidos. En mis conversaciones con las internas, les preguntaron si es común que las madres no traigan a sus hijos para sus controles y me explicaron que tienen que ser recordados mucho, pero al fin vienen porque quieren recibir sus cien soles mensuales que reciben del gobierno para sus hijos si se les mantengan sanos.

Día 2

Cuando llego a las ocho, empieza la visita con una paciente que llego durante la noche que recién va a dar a luz a su tercer hijo. Como el día anterior, los internos presentan la información de la paciente y los doctores y obstetras les hacen preguntas. Los doctores la dejan la paciente descansar porque todavía no está lista y vamos al otro local de la clínica para hacer consultas.

Aproximadamente a las nueve empiezan a tener consultas, pero hay pacientes que han llegado mucho antes para ser atendidos. Un hombre para pedir apoyo para su madre quien está enferma y vive lejos. Ella vino a la clínica hace un tiempo con un tumor y le hicieron una referencia al hospital en Cusco. Ella fue al hospital, pero no le hicieron ningún tratamiento y el hijo está confundido porque. El pida que un doctor viene con el a su comunidad (está a aproximadamente una hora manejando) para ver a su madre. El doctor responde que no pueda ir a visitarla hasta que el habla con el doctor en el hospital regional para ver porque le enviaron a su casa sin tratamiento. El doctor dice al hombre que espera mientras que trata de contactar al hospital. El llama al hospital pero no logra hablar con el doctora allá inmediatamente. Dice al hombre que regresa más tarde después de que el

conversa con el hospital. Mientras, recibe las noticias que la madre gestante ha dado a luz al bebe, pero ha tenido complicaciones entonces él tiene que ir a atenderla. Caminamos al centro de arriba para ver al madre y su recién nacido. El doctor, dos obstetras, una interna de obstetricia, y una enfermera están presentes. También en el cuarto son el esposo de la madre y su otro hijo muy joven. Llegamos y el doctor ayuda con el alumbramiento de la placenta. El doctor me explica después que ha sido un caso muy peligroso, y que la madre ha perdido mucha sangre. Si habría dado luz en su casa, hay una gran posibilidad que habría podido morir de perder tanta sangre. También, él me explica que es mandatorio que las madres dan a luz en la clínica en vez de en sus casas y eso ha resultado en una bajada enorme en los casos de muertos maternos. Le pregunto si hay casos en que las madres deniegan completamente dar a luz en la clínica y esconden en sus casas lejanas para dar a luz. Él me dijo que piensa que en el año pasado tal vez ha pasado menos de cinco veces.

Día 3

A las ocho empieza las visitas con las pacientes del día anterior en la local de arriba. Tres madres dieron a luz el día y noche anterior por método vertical. Los internos presentan la información y como siempre, los doctores les hacen preguntas y después bajamos al clínica de abajo. El hombre con la madre enferma que vino el día anterior viene. Parece muy cansado y ansioso para hablar con el doctor. El doctor se queda atrasado en la clínica de arriba entonces el habla con el interno de medicina. Le dice que a las tres de la mañana, su mamá haya fallecido. El interno pausa por un momento y luego le da un medio abrazo y dice “tranquilo, papi tranquilo.” El entra al consultorio y dice que quiere que alguien venga para examinar a su madre y traer su cuerpo. Pronto llega el doctor y el interno le dice que la madre del hombre ha fallecido. El empieza a explicar que habló con los doctores del

hospital y que lo que encontraron es que ella tiene un tumor pero como ha venido muy tarde, era inoperable. El luego explica que tienen que pedir que vengan una policía cuando van a buscar el cuerpo de su madre. El hombre está con otro amigo de su comunidad y el doctor les manda a ellos para hablar con la policía para hacer arreglos. Después de un rato, vienen con una policía y están listos para ir, pero el doctor y su interno están muy ocupados entonces les dicen que esperen por un rato. Después de casi una hora el interno se sale con los dos hombres y la policía para ir a atender al cuerpo.

Durante ese tiempo, hay muchos otros pacientes esperando para sus consultas. Observo a una consulta con el doctor y después entrevisto a la paciente (ver entrevista de paciente uno arriba). Después de esa entrevista regreso a ver las consultas del doctor. Hay doce personas esperando a ser atendidos por los doctores y obstetras. Algunas veces los pacientes empiezan a entrar al consultorio porque quieren ser atendidos (aunque la puerta está cerrada). Observo otra consulta con el doctor y después entrevisto a la paciente (ver entrevista con paciente dos arriba). La próxima consulta es una madre que ha caminado más de dos horas con su hijo joven que está enfermo para venir a la clínica. Él tiene una fiebre, dolor de cabeza, y una toz. La mamá entiende y habla un poquito de castellano. Después de que el doctor examina al hijo y escribe su receta para medicamentos, se van a la farmacia. Yo intenté de entrevistar a la madre pero ella me dice que no quiere contestar preguntas.

La siguiente consulta que observo es una madre con su hijo enfermo con fiebre. Ellos han caminado dos horas para llegar a la clínica. Ella hablar mayormente quechua y el doctor le examina rápidamente y le da una receta para medicamentos y dice que si no se está sintiendo mejor y no ha bajado su fiebre en algunos días, que tiene que regresar. Otro hombre viene porque su esposo ha tenido cirugía hace quince meses y está teniendo dolor

adentro. El doctor le dice que no puede hacer nada si su esposa no está allí, entonces le dice que tiene que traerla para que pueda examinarla y tal vez darla una referencia para ver a un doctor en el hospital en Cusco. Hay otra paciente gestante que ha venido porque está sangrando. Le examinan y el doctor y obstetra piensan que está mostrando signos de aborto. Ella casi solo habla quechua. Mientras que está haciendo un ultrasonido el doctor me habla y explica lo que está pasando. También está hablando y haciendo chistes con la obstetra y enfermera en español y casi no interactuando ni conversando con la paciente. También, ese día ha llegado una nueva doctora para su primer día de trabajo en la clínica. Ella hablar muy poco quechua y varios veces durante el día tiene que buscar la ayuda de un técnico que habla más quechua para comunicarse con sus pacientes. Es claro que ella se siente frustrada que no pueda comunicarse mucho con sus pacientes y tiene que diagnosticarles con poca información.

Día 4

Llego a las ocho y preparo para salir a hacer visita al colegio en Huayabamba con la bióloga quien trabajo en el laboratorio de la clínica, una odontóloga, y un técnico para hacer controles de adolescentes. Mientras que ellos hacen sus exámenes de peso, vista, dental, hematocrito, yo entrevista a nueve alumnos del quinto grado de secundaria sobre sus perspectivas sobre la medicina tradicional y moderna. Ver resultados arriba en la sección de entrevistas.

Día 5

A las ocho empieza la visita con los pacientes que han llegado la noche anterior en el local de arriba, los internos presentan y los doctores hacen preguntas. Luego, bajamos al otro local donde hay muchas personas esperando porque es domingo. Me han explicado que los domingos son los días más ocupados en la clínica porque la gente viene para el mercado

en Huancarani de todas las comunidades lejanas y aprovechan de estar allí para ir al doctor para sus controles de madres gestantes, los controles de sus hijos, o para curarse de alguna enfermedad. Paso la mayoría de la mañana observando los controles de niños con una enfermera. Tengo una conversación con ella sobre sus opiniones sobre la medicina tradicional (ver entrevista con enfermera arriba). Viene una madre de diecisiete años con su hijo que está bajo de peso. La enfermera le explica como pueda ayudar a su hijo para hacerle comer más y crecer y al fin le dice que tiene que pedir paciencia de su apu.

Después de observar las consultas, salgo con la enfermera, un representante del municipio y un policía para hablar con las vendedoras de comida cocinada en el mercado. La enfermera les explica que todos necesitan un carnet de sanidad para legalmente vender su comida y asegurar la salud de los que están comprando. Va a venir un inspector en diez días para asegurar que tienen ese carnet y están siguiendo las normas de sanidad.

Día 6

Después de las presentaciones de una madre que ha dado a luz la noche anterior, empiezo a observar las consultas de uno de los internos de medicina. Él me explica que a veces no toman la presión arterial de todos los pacientes porque están demasiado abrigados. También me cuenta que la nueva doctora que vino la semana pasada ha renunciado porque tiene una hija bebe y es difícil viajar tan lejos a Huancarani desde Cusco. Pero ahora, la clínica está faltando un medico y ese día los dos médicos están en una conferencia y un interno tiene día libre entonces solo deja a el para atender a los pacientes. Antes de las diez de la mañana ha visto a tres pacientes. Yo le ayudo a llenar algunas fichas para el Seguro Integral de Salud (SIS) porque para cada paciente hay por lo menos uno y usualmente dos o tres fichas que hay que llenar. Yo le entrevisto sobre sus perspectivas de la medicina tradicional (ver entrevista con interno de medicina arriba).

Antes de las dos de la tarde ha visto a dieciocho pacientes. Un joven de dieciséis años viene porque tiene un dolor en su abdomen y lo ha tenido ese dolor fuerte por algunos días. No tiene diarrea ni ningún otro síntoma, solo ese dolor. El interno le prescribe un medicamento para el dolor y dice que tiene que regresar en algunos días si no haya mejorado porque si eso pasa podría ser apendicitis. Entra una pareja y actúan de una manera nerviosa y avergonzada. Cada vez que alguien abre la puerta para hacerle una pregunta al interno, aseguran que la puerta está bien cerrada detrás de él. Ellos explican sus síntomas al interno en quechua y él se da cuenta de que la mujer tiene vaginitis y su esposo tiene una infección urinario que se le han contagiado entre ellos. El escribe una receta y les explica cuales medicamentos tienen que tomar para curarse. Los pacientes susurran entre ellos y luego el esposo pregunta en castellano al interno si le va a examinar. El interno dice que no es necesario porque se les puede diagnosticar con la descripción de sus síntomas que le ha dado. Todavía se parecen confundidos y preocupados que no les está examinando y le pregunta otra vez pero en quechua. El interno les explica que examinarles no hará nada porque necesitarán análisis laboratorio y como con sus descripciones puede diagnosticarles. Les dice que si no se sienten mejor en unos días después de tomar los medicamentos que vengan otra vez y harán análisis laboratorio.

Día 7

A las ocho empieza la visita con una madre que ha dado a luz la noche anterior. Los internos presentan y los doctores les hacen preguntas. Hablan otra vez de la importancia de ser organizados con sus metas porque pronto va a venir la supervisión. A las nueve de la mañana hay ocho pacientes esperando en triaje para tomar sus historias. Los que trabajan en triaje hablan y bromean con los pacientes en quechua. Están vendiendo boletos de rifa para recaudar fondos y tratan de vender a los que esperan. Voy a observar las consultas con

una interna de obstetricia. Una madre que está gestando por la primera vez viene para su control. La interna le pregunta si ha tomado las pastillas (sulfato fierro) que le dieron la vez pasada. Ella dice que no porque tiene miedo que van a dañar al bebe. La interna le pregunta si sabe porque le han dado esas pastillas y ella contesta que nadie lo ha explicado. Ella le explica que es para prevenir la anemia en ella y con eso asegurar que crezca sano su bebe. Ella dice que ahora si va a tomar las pastillas. Después observo las consultas con un interno de medicina. Viene una mujer que ha sido pegada por miembros de su familia. El interno me explica que el SIS pagará para la atención médica de esa mujer pero ella misma tendrá que pagar para sus medicamentos porque el SIS no cobra para los que están afectados por la agresión. Tampoco el SIS no paga para enfermedades crónicas, solo agudos. Una madre que tiene veintiún años viene con síntomas de una infección urinaria. El interno le pregunta con que está cuidando para no embarazarse y ella dice que no está tomando anticonceptivos pero toma perejil y otras hierbas y eso funciona para ella. Un hombre mayor viene con la ayuda de su hija. El solo habla quechua y tiene un tos. El doctor le prescribe medicamentos para mejorarse. La hija pregunta si pueda seguir tomando sus vitaminas y el doctor dice que sí. Una madre viene con su hija que tiene tres meses que está enferma. Cuando le trae la receta a la farmacia, la farmacéutica viene a hablar con el doctor con la madre porque la bebe todavía no tiene SIS y ella habla muy rápidamente y fuerte sobre como no va a pasar medicamentos gratis a todos que quieren que si no tiene SIS no puede tener los medicamentos si no paga.

Día 8

Cuando llego a las ocho, no hay pacientes en el local de arriba entonces vamos directamente a lo de abajo. Tengo una conversación con otro doctor sobre sus perspectivas

de la medicina tradicional (ver entrevista con médico arriba). Viene una mujer y su hijo joven quien ha sido tosiendo por tres días. El doctor dice que tiene que cuidarle muy bien, darle los medicamentos que le prescribe y hacer que descansa para que no se convierta en neumonía. Otra mujer viene porque ella está enferma con gripe y él le prescribe un tratamiento. Ella está con su hija y ella está tosiendo. Le pregunta si su hija está enferma y ella dice que no. Le examina y ve que tiene fiebre y una toz grave. Tiene que convencer a la madre que su hija está enferma y que tiene que cuidarla y dejarla descansar para que la toz no se convierta en neumonía. En el medio de la consulta el otro doctor está allí arreglando papeleo porque tiene que ir a Cusco y va regresar mas tarde. El entra y empieza a hablar con el doctor mientras que está consultando a un paciente. El doctor que estaba hablando en quechua con el paciente empieza a bromear y hablar en castellano con el otro doctor mientras que el paciente se siente esperando. Una mujer vieja viene que habla solo quechua. El doctor no está seguro de lo que ella tiene entonces le dice que debe de tener un análisis de hematocrito pero ella dice que no, no quiere. El doctor está frustrado pero inmediatamente le da una receta para un medicamento sin confirmación de la enfermedad que tiene. Muchas veces cuando los doctores describen a los pacientes lo que necesitan tomar y cuando responden “ya, ya” pero los doctores no piden que los pacientes repiten lo que dijeron para asegurar que entendieron y van a saber como y cuando tengan que tomar sus medicamentos.

Tuve una conversación con el doctor sobre el papeleo y política del SIS. Me dijo que piensa que podría atender mejor y a más pacientes si no tendría que pasar tanto tiempo llenando papeleo. También, viene un niño quien callo en la escuela y su profesora le ha traído a la clínica porque pegó su cabeza y está sangrando mucho. Ella no tiene el carnet ni el SIS del niño y su mamá no está en casa. Los médicos están vacilantes a atender al niño

sin su información del SIS aunque es claro que necesita atención; pero, es muy claro que son las políticas que están entrometiendo.

8.3. *Análisis*

Durante el transcurso de esta investigación enteré de más que solo la relación entre personal médico y pacientes indígenas. Aprendí sobre las fallas en el sistema de salud que en torno influyen a la calidad de servicios médicos. Por ejemplo, el sistema de salud tiene la buena intención de apoyar a los individuos en las comunidades rurales, pero no está implementado de una manera que se hace fácil para conseguir atención médica cuando sea necesario. La mayoría de pacientes viven lejos y tienen que caminar horas para llegar al centro y luego cuando llegan, no hay suficiente personal entonces tienen que esperar horas para ser atendidos. ¿Qué es el resultado de eso? Como está descrito en los resultados, algunos pacientes deciden no venir para buscar atención médica. Durante visitas a casas, algunas madres dijeron que ya no trae sus hijos para sus controles porque no se quiere esperar. Otro ejemplo es el hombre que vino porque su madre estaba enferma y había visitado al hospital en Cusco – pero era demasiado tarde. Si habría buscado asistencia médica meses antes, tal vez podrían operar.

En su libro *Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos*, George Foster describe que individuos aceptarán cambios más fácilmente si hay motivación económica. En el caso de Huancarani, la mayoría de pacientes que vienen son madres gestantes y madres que traen sus hijos para sus controles de niños saludables. Hay una explicación fácil para esto: reciben un pago de cien soles mensual del gobierno por cada hijo si están cumpliendo con los requisitos. Algunos de esos requisitos son que vienen para sus controles y aseguran que sus hijos son de buena salud. La motivación económica se manifiesta en los altos números de madres e hijos presentes cada día en la clínica.

También, Foster describe que es difícil aceptar cambios si hay una preferencia para lo tradicional y conocido. Todos los pacientes con que hablé me explicaron que antes de venir para atención médica del centro de salud, se tratan de curarse con tratamientos tradicionales como plantas e hierbas. En las entrevistas con los jóvenes del colegio, contaron que ellos son más familiares con la medicina occidental, entonces son más dispuestos para usarlo. Al contrario, sus padres y abuelos están acostumbrados a la medicina tradicional y prefieren solo ir al centro de salud en casos graves.

Los pacientes que entrevisté me dijeron que sintieron satisfechos con la atención que habían recibido, pero yo cuestiono estas respuestas y quiero analizar sus experiencias más a fondo. Los pacientes habían esperado horas para ser atendidos y cuando sí vieron al médico, la interacción era mínimo y no adecuadamente sensitivo desde mi perspectiva. No quiero decir que anticipo que la atención médica debe de ser exactamente como yo quisiera ser tratada porque cada uno tiene sus preferencias debido a construcciones culturales, pero es evidente en varios casos específicos que observé que hay fallas en comunicación que dañan la calidad de servicios para los pacientes. Por ejemplo, los médicos no les explicaron muy detalladamente la diagnosis o intentaron de asegurar que sintieron cómodos o si tuvieron otros inquietudes. En el caso de la pareja nerviosa (día 6) con infección urinaria y vaginitis, el doctor ni les examinó físicamente cuando ellos le pidieron. En el caso de la madre que estaba experimentando síntomas de aborto, los médicos estaban hablando en castellano entre ellos mientras que le examinaban en vez de calmarla (día 3). Es posible que ella no quisiera hablar mucho en ese momento, pero todavía deberían de hacer todo lo posible para que se sienta cómoda. Otro caso evidente que el personal médico no había interactuado suficiente con la paciente es la madre gestante que tenía miedo de tomar las pastillas que le habían dado durante su última visita porque pensaba que iba a dañar a su

hijo (día 7). Durante la consulta que observé la obstetra la explicó muy bien porque tenía que tomar esas pastillas pero era claro que en el pasado no le había dado atención adecuada, y es probable que ella no sea la única. Otro caso es la madre con sus dos hijos enfermos que no sabía la diagnosis (día 3). Aunque el doctor le había explicado el tratamiento no le había preguntado que repita para asegurar si se entienda, y cuando yo la entrevistó era claro que no le había entendido perfectamente. Entonces, estos son solo algunos ejemplos específicos que demuestran claramente que hay faltas de comunicación que dañan los servicios médicos.

En algunos casos, las barreras de comunicación eran idiomáticas porque los pacientes hablan solo quechua y el doctor mayormente castellano, pero en otros es difícil determinar con precisión cual es la explicación de porque fallan los servicios. Una explicación posible es la discriminación subconsciente. Tal vez los médicos pensaron que los pacientes no iban a entender su diagnosis entonces no les trataron de explicar algo que desde su perspectiva parecía complicado. Siempre es importante recordar que aunque son del mismo país, las culturas son muy distintas y cada uno es extranjero a la cultura del otro. A través de la lente del modelo QIAN descrito en la sección del marco teórico, médicos deben de cuestionar si mismo, sumergirse en la cultura, escuchar activamente, y negociar flexiblemente con los pacientes para verdaderamente mostrar sensibilidad cultural. En las entrevistas con los profesionales médicos, es claro que sí tienen buenas intenciones de apreciar y valorar la medicina tradicional, pero lo ven como alternativo o suplemento a la biomedicina. Me indicaron que solo han tomado un curso sobre las plantas tradicionales y ningún curso sobre como adaptar la biomedicina a un contexto indígena. Veo eso porque no preguntan primero a los pacientes si han tratado de curarse con otros métodos, es siempre algo que pueda ser añadido al fin después de su receta médica.

Algo muy sensible y positivo que veo en el centro de salud en Huancarani es la presencia de la práctica de parto vertical para madres que dan a luz en la clínica. Como se menciona en el trabajo de Foster, les deja utilizar algo conocido (parto vertical) en un ambiente occidental (el centro de salud) que les deja ser atendidos y cuidados por personal que les puede ayudar en casos difíciles. Después de que han implementado el uso de parto vertical, muchas más gestantes han dado a luz en el centro que en sus casas y los casos de mortalidad materna han bajado dramáticamente. Además veo que todos los individuos del personal médico, especialmente las enfermeras y obstetras, tienen gran cariño para sus pacientes y quieren asegurar que son muy bien atendidos. Pero como está descrito en el Convenio No. 169, el sistema debe estructurarse alrededor de las necesidades de la comunidad indígena, no viceversa. Casi el personal médico viene de afuera, de Cusco. ¿Por qué no hay una presencia o intención de involucrar miembros de la propia comunidad quienes conocen bien su zona?

¿Cuáles son las implicaciones de estas fallas de sensibilidad y comunicación? Los pacientes dijeron que sintieron satisfechos con los servicios pero no tienen nada a lo cual se pueda comparar la experiencia. Si en el futuro reciben atención de salud de un profesional biomédico o de medicina tradicional que sea de mayor sensibilidad, es probable que no sean tan dispuestos para regresar al centro y ese puede ser un grave riesgo de salud. Al momento, parece que pacientes siguen viniendo cuando sea necesario, pero si hay un aumento en la relación de confianza entre pacientes y personal médico, pueda incrementar el número de pacientes que sean atendidos con mayor calidad resultando en confianza en el sistema de salud.

8.4. Futuros estudios

Para seguir con el tema de medicina interculturalidad y la relación y satisfacción e

pacientes indígenas, será interesante y necesario pasar tiempo viviendo con familias locales. Con eso, tendrá la oportunidad de formar una relación de confianza y para que se sientan cómodos dando su opinión honesto. Las fallas y dificultades de la institución médica son importantes para reconocer, pero es difícil comprender que piensan los pacientes sobre el sistema si no hay más tiempo para entender sus perspectivas. Será interesante entender cuándo y porque deciden ir al centro y como se sienten después de esa experiencia.

9. Conclusiones

Aunque este estudio fue llevado a cabo en solo un centro de salud, son observaciones que puedan ser aplicados a varios contextos. Es importante que una investigación similar sea hecha en otra institución de salud para confirmar. La interacción entre pacientes y personal médico es muy individual, dependiente en la situación y personalidad de ambos. Por eso, es importante tomar en cuenta observaciones de muchas situaciones. Como tuve un cronograma de estudio corto, es casi imposible interpretar todos los elementos observados, pero anticipo que he encontrado respuestas importantes en relación a temas de barreras culturales. Es especialmente interesante que pacientes indicaron que fueron satisfechos con la atención médica cuando hay muchas maneras en que su servicio podría ser fácilmente mejorado. Del análisis de los resultados es claro que hay maneras en que la relación entre médico y paciente pueda ser mejorado para aumentar confianza en la comunicación para que la atención médica sea mejor. Espero que estos resultados sean útiles para que mayor énfasis sea puesto en la sensibilidad cultural en capacitaciones y contrataciones de personal médico que trabajen en contextos interculturales.

10. Referencias

- Chang, E-Shien, Melissa Simon, and XinQi Dong. "Integrating Cultural Humility Into Health Care Professional Education and Training." *Adv in Health Sci Educ* 17 (2012): 269-78.
- "Distrito De Huancarani." *Wikipedia*. N.p., n.d. Web. 27 Oct. 2012.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Huancarani>.
- Fernández-Juárez, Gerardo. "Cirugia Y Pueblos Amerindios: Un Reto Intercultural." *Rev Peru Med Exp Salud Publicaa* 27.1 (2010): 102-03.
- Foster, George M. *Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos*. Trad. Andrés M. Mateo y Mayo Antonio Sánchez García. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Lowe, Michael, Ian H. Kerridge, and Kenneth R. Mitchell. "'These Sorts of People Don't Do Very Well': Race and Allocation of Health Care Resources." *Journal of Medical Ethics* 21.6 (1995): 356-60.
- Mathez-Stiefel, Sarah-Lan, Ina Vandebroek, and Stephan Rist. "Can Andean Medicine Coexist with Biomedical Healthcare? A Comparison of Two Rural Communities in Peru and Bolivia." *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 8.26 (2012): n. pag. Web. 6 Nov. 2012. <<http://www.ethnobiomed.com/content/8/1/26>>.
- Moazam, Farhat. "Families, Patients, and Physicians in Medical Decision Making: A Pakistani Perspective." *The Hastings Center Report* 30.6 (2000): 28-37.
- "Objetivos en el ámbito Sectorial." *Seguro Integral de Salud (SIS)*. N.p., 2011. Web. 27 Oct. 2012. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html>.

“Parte V: Seguridad Social y Salud.” *Convenio No. 169 Sobre Los Pueblos Indígenas Y Tribales En Países Independientes*. Lima: OIT, 2007.

Plaja, Antonio Ordoñez, Lucy M. Cohen, and Julian Samora. "Communication Between Physicians and Patients in Outpatient Clinics: Social and Cultural Factors." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1st ser. 46.2 (1968): 161-212.

"Plan Operativo Institucional 2012." *Gobierno Regional Cusco*. Dirección Regional De Salud Cusco, Mar. 2012. Web. 26 Oct. 2012.

<http://www.transparencia.regioncusco.gob.pe/attach/docs_normativo/planes/poi/2012/05.poi.2012.salud.pdf>.

11. Anexos

11.1. *Guía de Entrevistas*

Usé estas preguntas como guía de conversación con los doctores o pacientes.

Personal médico

1. ¿Qué piensa usted de la medicina tradicional?
2. ¿Cómo es diferente que la medicina que usted se practica?
3. ¿Preguntas a sus pacientes si han usado medicina natural antes de venir a la clínica?

Pacientes

1. ¿Qué ha motivado su visita a la clínica hoy?
2. ¿Antes de venir a la clínica uso alguna medicina para curarse?
3. ¿Prefiere usar tratamientos naturales o medicina para curarse?
4. ¿Qué le ha dicho el doctor que tiene? ¿Qué se necesita hacer para curarse?
5. ¿Está satisfecho con la atención médico que recibió hoy en la clínica?

11.2. *Fotografías*



Fotografía 1: Frente del Centro de Salud de Huancarani



Fotografía 2: Haciendo controles de adolescentes



Fotografía 3: Oficina de consultas de los médicos



Fotografía 4: Vista de la carretera de Cusco hasta Huancarani