

Spring 2016

Los Rompecabezas del Enfoque Intercultural: El estado actual, la integración de los sistemas de salud indígena y convencional y el estancamiento de la transversalización en el Centro de Salud de Huancarani

Kasey Sumeriski

SIT Graduate Institute - Study Abroad, ksumeris@vols.utk.edu

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

 Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sumeriski, Kasey, "Los Rompecabezas del Enfoque Intercultural: El estado actual, la integración de los sistemas de salud indígena y convencional y el estancamiento de la transversalización en el Centro de Salud de Huancarani" (2016). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 2391.

http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2391

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections.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.

Los Rompecabezas del Enfoque Intercultural: El estado actual, la integración de los sistemas de salud indígena y convencional y el estancamiento de la transversalización en el Centro de Salud de Huancarani



Kasey Sumeriski
Director Academico: Alex Alvarez
Asesora: Deisy Moscoso
30 mayo, 2016
Cusco, Perú

Proyecto de Estudio Independiente
SIT Perú: Pueblos Indígenas y Globalización
Universidad de Tennessee, Knoxville
College Scholars

CONTENIDO

Resumen (Castellano y Ingles)	2
Agradecimientos	4
Introducción	5
3.1 Planteamiento del Problema	5
3.2 Justificación	6
3.3 Objetivas	8
Marco Teórico.....	9
Contexto del estudio	12
5.1 Estado de la Literatura Previa.....	12
5.2 Cosmovisión y Medicina Andina.....	17
5.3 Iniciativas Intercultural en El Centro de Salud de Huancarani: Parto Vertical, Casa Materna, y Salud Escolar	18
Metodología	20
6.1 Metodología	20
6.2 Limitaciones.....	22
El Enfoque Intercultural Ahora: Un Análisis Temático Inductivo	23
7.1 Los factores que facilitan y limitan el enfoque intercultural	23
7.1.1 Implementación de la Política de Integración del Enfoque Intercultural	23
7.1.2 Quechua y Comunicación Intercultural	25
7.1.3 Actitudes, Percepciones Culturales, y Discriminación	30
7.1.4 Calidad, Funcionalidad, y Otros factores.....	35
7.1.5 Discusión.....	38
7.2 Estancamiento en la Transversalización del Enfoque Intercultural	40
7.2.1 Educación y Entrenamiento	40
7.2.2 Demanda y Respeto.....	45
7.2.3 Discusión.....	46
Conclusiones	47
Sugerencias	48
Bibliografía	50
Anexos	52

RESUMEN

Para mi proyecto de ISP, estudiaba y analizaba la funcionalidad de medicina intercultural, así como aquellos elementos que faciliten la integración de los sistemas de medicina tradicional y medicina convencional y se requiere analizar de qué manera se concreta la transversalización del enfoque intercultural en el Centro de Salud de Huancarani, Cusco, Perú. Este tema es de importancia para el Ministerio de Salud de Perú, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural mediante el Decreto Supremo 016-2016, para “que se favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades” de salud. Además, este tema es un enfoque respaldado por investigaciones que consideran que la medicina intercultural incrementará el valor de las culturas indígenas, preservará conocimientos tradicionales, facilitará el intercambio cultural, y proveerá la calidad y acceso de salud para las personas campesinas (Mathez-Stiefel, et al. 2012; Mignone 2007; Orr 2012). Este estudio ha realizado en dos y medio semanas en que utilizaba el método cualitativo con técnicas como la entrevista en profundidad y la observación directa (no participante) en el centro de salud de tres poblaciones específicas: (1) pacientes, (2) personal de salud, (3) personal de medicina tradicional. En el análisis encontré que los factores que facilitan el enfoque son el idioma, la incorporación de parto vertical, el intercambio de conocimientos, y actitudes de respeto e interés, pero los factores que lo limitan son actitudes de apatía o discriminación, el conocimiento y uso del idioma local, la falta de incorporación de costumbres y hierbas en todos servicios, baja calidad de servicios. Principalmente los factores de educación, entrenamiento, y respecta de costumbres limitan la transversalización del enfoque intercultural. También, había mucha superposición de mis resultados porque la mayoría tiene una concesión de funcionalidad con otros. Asimismo, algunos de los factores que identifiqué, están congruente con la literatura previa. Finalmente, después de discusión de resultados, hay sugerencias para mejorar el enfoque intercultural.

ABSTRACT

For this independent research project, I have analyzed the functionality of intercultural medicine and the factors that facilitate and limit the integration of traditional medicine with biomedicine, as well as, analyzed the reasons that have inhibited the translation horizontally of the intercultural focus in the main clinic of Huancarani, Cusco, Peru. This topic is of great importance to the Ministry of Health in Peru because they favor the inclusion of equitable opportunities to medicine for all people. Even more, the topic of intercultural medicine has been the focus of other studies, such as, considering intercultural medicine as ways to increase the pride of indigenous cultures, preserve traditional medical knowledge, facilitate the intercultural exchange of medical knowledge, y improve the quality and access to medical care for indigenous peoples. This study was completed in two and half weeks and utilized qualitative methods with in-depth interviews and direct observation of three specific populations: (1) patients, (2) medical staff, (3) personal of traditional medicine. In the analysis, we discovered that language, birth in the vertical position, intercultural exchange of knowledge and respectful attitudes facilitate intercultural medicine, but attitudes of apathy, discrimination, the lack of local language use, and the lack of incorporation of local costumes limit intercultural medicine. Furthermore, education, training, and lack of respect were the factors identified that are limiting the translation of the focus on intercultural medicine. The majority of these factors identified are congruent with other studies. Finally, we found that there was overlap between many of the factors since some can affect the functioning of other factors. After the discussion of results, we have included recommendations to improve the intercultural focus within the clinic.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no sería posible sin el ayuda y abundante apoyo de muchas personas. Primeramente, quiero agradecer todo el personal del Centro de Salud de Huancarani por su colaboración y la oportunidad de observar y aprender bastante, así como, incluso a mí en todas las actividades culturales. La experiencia fue más que una investigación para mí. Gracias al Dominga y Cleydi por su hospitalidad y el alejamiento durante mi tiempo en Huancarani. Además, quiero dar las gracias a todos los participantes por su tiempo y ayuda durante mi investigación.

Quiero mostrar mi agradecimiento para mi asesora, Deisy Moscoso. Gracias por su ayuda con la planificación y la realización de esta investigación, su apoyo interminable, y su pasión por mi estudio y este tema. He apreciado inmensamente su dirección durante este proceso y no sé cómo podría reciprocarme adecuadamente a este respeto.

También, me gustaría dar las gracias a mi familia anfitriona, Sandra Wilson, y todas las personas que han practicado castellano conmigo. Gracias por su comprensión y su paciencia – no habría sido capaz de realizar este estudio sin el nivel de castellano que tengo ahora.

Finalmente, quiero agradecer todo el facultad administrativa del programa SIT (Alex Alvarez, Milagros del Carpio, Ana Hermoza, y Julia Catalán) por todo su apoyo académico, logístico, y emocional; y también, por inspirar confianza en nosotros incluso cuando no sabíamos que lo teníamos en nosotros.

INTRODUCCIÓN

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el Perú, casi 4 millones de personas (15.7%) son indígenas (UNICEF), siendo un país diverso, fuente de conocimientos de las comunidades indígenas, pero a la vez, persisten desigualdades y discriminación contra la población indígena, que se expresan en los altos porcentajes de pobreza, mortalidad y escaso acceso a los servicios de salud y educación. Dentro de estos conocimientos, destacan los vinculados a la medicina indígena, basados en la cosmovisión de la gente, sin embargo estos se ven amenazados por los efectos de globalización de la biomedicina. Por ello, el Ministerio de la Salud (MINSA) recientemente aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural mediante el Decreto Supremo 016-2016, para “que se favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades” de salud (MINSA). El objetivo de esta iniciativa es que “la interculturalidad aspira entre otros objetivos, al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, contribuyendo en la consolidación de un sistema más equitativo y participativo” (MINSA), por lo que cuenta con cuatro ejes de Política, siendo el Eje 2 “el de Fomentar la Medicina Tradicional o ancestral y su articulación con el sistema convencional”. En este contexto, la existencia de la medicina intercultural tiene el potencial para fomentar el mutuo respeto entre medicina indígena y medicina formal, también para compartir y preservar los conocimientos tradicionales, sin embargo en la práctica esta realidad no se concreta, todavía, existen escasos servicios de salud en los que se integran ambas medicinas (Mathez-Stiefel, et al. 2012; Mignone 2007; Orr 2012). Normalmente, los dos sistemas existen en la misma comunidad pero sin integración o colaboración, lo cual obliga a las personas a optar por alguna de las dos. Asimismo, la literatura sobre medicina intercultural en la cual los investigadores han encontrado que en los Servicios de Salud, falta entendimiento y respeto a la

medicina indígena, que inhibe el proceso hacia la integración y mutuo respeto (Crandon-Malamud 1991; Mathez-Stiefel, et al. 2012; Orr 2012). Por eso, es necesario estudiar las relaciones entre de los dos sistemas para incrementar el entendimiento cultural y proporcionar oportunidades al ejercicio del derecho a la salud. También, para el MINSA, existe la prioridad de incorporar el enfoque intercultural en la atención del parto porque en los diez últimos años, existía una elevada tasa de mortalidad materna y neonatal (MINSA). Como resultado, se dan importantes avances en la incorporación de prácticas tradicionales en los Centros de Salud (enfoque el parto en posición vertical). Pero hoy, se observa que estos avances se estancaron, hecho que no contribuyó en extenderlo a otros servicios de salud. Por lo sustentado, el tema propuesto está centrado en la medicina intercultural donde se requiere analizar la funcionalidad, así como aquellos elementos que faciliten la integración de los sistemas de medicina indígena y medicina convencional en un determinado lugar y se requiere analizar de qué manera se concreta la transversalización del enfoque intercultural. Las preguntas principales son:

- (1) ¿Cuáles son los factores que facilitan o limitan la integración de los sistemas de salud indígena y convencional en el distrito de Huancarani?
- (2) ¿Por qué la incorporación del enfoque intercultural en los servicios salud se ha limitado a la atención del parto y no ha logrado transversalizarse?

3.2 JUSTIFICACIÓN

Dentro de El Estado, existen organizaciones preocupadas con este tema. El Seguro Integral de Salud de Perú (SIS) y Centro Nacional de Salud e Interculturalidad (CENSI), instancias dependientes del Ministerio de Salud (MINSA), tienen objetivos alrededor del concepto de medicina intercultural. En el caso de SIS, quiere “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” y también, “contribuir a la protección del asegurado y el fortalecimiento de la cultura de aseguramiento en salud” (SIS 2011). Además, en la agenda de investigación del CENSI 2011 – 2015, uno de los tres temas priorizados, tuvo un enfoque en medicina tradicional e interculturalidad (CENSI). Proyectos como “Salud Intercultural y Pueblos Indígenas” buscan el fortalecimiento de la aplicación del enfoque intercultural en medicina. Más aún, diversas organizaciones internacionales están implicadas en el tema. En el caso de Huancarani, “autoridades de la provincia de Paucartambo y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, en el año 2000, firman un convenio para promoción de la salud, educación y protección de derechos” (UNICEF). La intervención de estas Instituciones, muestra la necesidad de incorporar la interculturalidad en los sistemas de medicina convencional, para que las personas accedan al mismo tratamiento, independientemente de su étnia, idioma, o cultura. Esto sería posible solo si se propicia un mejor conocimiento y entendimiento de la medicina indígena y su incorporación en el sistema de salud convencional.

Por otro lado, en los últimos 25 años, hubo investigaciones sobre medicina intercultural en los Andes. La mayoría preocupados con la toma de decisiones en lugares donde coexisten los dos sistemas de manera separada (medicina indígena y medicina formal). Concluyen que hay un fuerte sentimiento de revaloración de la medicina indígena como reacción frente a experiencias o percepciones negativas en los Servicios de Medicina convencional (Crandon-Malamud 1991; Mathez-Stiefel, et al. 2012; Orr 2012). Esto demuestra aún más, cuan fundamental es que la interculturalidad esté incorporada en la práctica de la biomedicina, para que todos tengan las mismas oportunidades y se sientan cómodos y respetados en los Servicios de Salud. Asimismo, en un estudio desarrollado por Orr, encuentra que la gente ha sufrido discriminación y racismo por parte del personal de salud, existiendo la necesidad de promover un cambio de cultura que genere compromisos y respeto del personal de salud para con la comunidad (2012). Entonces,

por un lado, es necesario seguir generando evidencia para identificar factores que afectan las decisiones médicas cuando los sistemas no están integrados, por el otro, es necesario destacar, que no existen estudios sobre factores que limiten o faciliten la integración de los dos sistemas en un mismo espacio, como es el Servicio de Salud (centro de salud), como en el caso de Huancarani. Además, para el MINSA un indicador de éxito es la incorporación del enfoque intercultural en sus servicios, como parte de la mejora de la calidad de los servicios, por lo que es necesario generar conocimientos y estudios en estos temas. Por lo que este estudio resulta relevante en términos sociales y culturales, porque ayudará a avanzar en la transversalización de enfoque intercultural y proveer servicios de calidad. También, proveerá comentarios críticos de como los centros de salud pueden ser más efectivos y ayudar de mejor manera a la gente.

Asimismo, el tema es importante, porque será parte de un estudio que vengo desarrollando en mi universidad sobre el acceso a la medicina con un enfoque en salud pública, el mismo que permitirá identificar y comprender factores que limitan el acceso de ciertos grupos de población a la medicina y de cómo se ven afectados, ya que en Estados Unidos hay problemas de acceso a los sistemas de salud de las poblaciones minoritarias, por lo que este estudio contribuirá en la construcción de un sistema de Medicina que refleja la realidad de Perú como país pluricultural, multilingüe, y multiétnico. En el futuro, me gustaría volver a Perú para estudiar más y ayudar crear un medio ambiente de sensibilidad cultural entre el personal de salud y la población.

3.3 OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son para identificar factores que facilitan o limitan la integración de los sistemas de medicina tradicional y medicina convencional como: percepciones culturales, acceso económico, acceso geográfico, cobertura de salud, idioma, calidad e infraestructura, funcionalidad de la práctica, discriminación – racismo, maltrato, entender y comparar las percepciones de las poblaciones sobre integración e interculturalidad, e identificar factores que limitan la transversalización del enfoque intercultural más allá de la atención del parto en los servicios de salud.

MARCO TEÓRICO

La mayoría de estudios revisados, se centran en el enfoque vinculado al comportamiento de los pacientes de la comunidad, pero para esta investigación, el centro de interés es el sistema de salud y las percepciones sobre el mismo. Por eso, voy a utilizar la teoría propuesta por George Foster, en que el describe estudios de antropología médica:

Investigaciones de antropología médica requieren conocimiento de dos sistemas socio-culturales: el cliente comunidad y el sistema de salud. Son como los observadores participantes, trabajan dentro de un sistema de salud, donde los antropólogos aprenden su estructura, modo de operación, roles profesionales, y el objetivos de la organización y sus miembros individuales (Foster 1984)¹.

Evaluaré la información con un sentido crítico de los aspectos socio-culturales, considerando los dos sistemas y luego determinar la funcionalidad y la transversalización cuando están juntos.

¹ “medical anthropology research requires knowledge of two socio-cultural systems: the client community and the health care system. It is as participant observers, working within a health care system, that anthropologists learn its structure, mode of operation, professional roles, and the goals of the organization and its individual members”
(traducción mía)

Además, para analizar hechos, voy a usar un conocimiento práctico de los siguientes términos para obtener los resultados más exactos y concisos en cuanto al Estado y otras investigaciones.

Interculturalidad: Como describe la Política Sectorial de Salud Intercultural, “Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del ‘otro’ y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes” (SIS 2016). Como describe por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), “considera la interculturalidad como ‘un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad. Un intercambio que se construye entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente distintas, buscando desarrollar un nuevo sentido de convivencia de estas en su diferencia. Un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados” (CENSI 2015).

Pluralismo Medico: La coexistencia de dos o más sistemas de medicina en un lugar (Mathez-Stiefel, et al. 2012).

Medicina Tradicional: “La Organización Mundial de la Salud – OMS (2002) define a la Medicina Tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades” (CENSI). También, el sistema de salud incluye varios componentes como las enfermedades culturales, los ritos y su cosmovisión, el personal de medicina tradicional, los recursos curativos (plantas, minerales,

animales) y las terapias (CENSI). A los efectos de esta investigación medicina tradicional es sinónimo de medicina indígena, medicina informal, medicina local, y medicina Andina.

Medicina Convencional: la atención médica provista por médicos u otra personal con entrenamiento en instituciones profesionales (Mathez-Stiefel, et al. 2012). A los efectos de esta investigación, medicina convencional es sinónimo de biomedicina, medicina formal, y medicina moderna.

Competencias Interculturales: esta es una lista por CENSI en su *Curso. Formación de Facilitadores para la Implementación de la Interculturalidad en Salud: Módulo I Interculturalidad en Salud, Aspectos Teóricos* que establece las competencias interculturales para todo personal de salud (2015):

1. Tener conocimiento del contexto sociocultural del ámbito de nuestro trabajo.
2. Identificar las características culturales de la población del ámbito.
3. Indagar los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
4. Escuchar a los usuarios/as desde su manera de percibir el mundo y comprender las percepciones de causalidad, riesgo que posee la población usuaria.
5. Conocer los marcos conceptuales, filosóficos, culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas.
6. Eliminar toda actitud de burla, regaño que genere o aumente sentimientos de culpa en el usuario/a.
7. Escuchar y respetar las percepciones que poseen las personas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención.
8. Escucha las expectativas que los usuarios(as) tiene sobre cómo quieren ser atendidos y su opinión de la atención que se les ofrece.

9. Informar con profundidad y en idioma de los usuarios/as de ser necesario, sobre procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida asegurando la comprensión y consentimiento.
10. Desarrollar una comunicación intercultural asertiva
11. Promover la modificación de procedimientos y espacios que favorezcan la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
12. Sensibilizarnos y capacitarnos en salud intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes

CONTEXTO DEL ESTUDIO

5.1 ESTADO DE LA LITERATURA PREVIA

En este punto, se consignarán y discutirán hallazgos de estudios y revisión bibliográfica relevante para mi estudio. Se incluye un resumen de temas sobre pluralismo médico, como la toma de decisiones en un ambiente donde se practica la medicina indígena y medicina convencional, la importancia de la estructura del sistema y argumentos para la incorporación de la interculturalidad.

Uno de los mejores investigadores en la historia de antropología médica es Libbet Crandon-Malamud y por su libro “From the Fat of Our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia, en el que explora las complejidades socio-político-cultural de pluralismo médico en los Andes. Crandon-Malamud concluye algunos hechos sobre la comunidad y las experiencias de los vecinos con la biomedicina. En primer lugar, la medicina indígena tiene una fuerte conexión a “la identidad, herencia y orgullo”² de la vida y si alguien le falta respeto, es una exposición de abandono de su cultura y la gente (Crandon-Malamud 1991).

² “the identity, heritage, and pride” (traducción mía)

Pues, adopción total de la biomedicina podría enviar este mensaje al pueblo. Sobre eso también, en la comunidad, Crandon-Malamud observó que se usaban dos palabras para una misma enfermedad: una en términos de biomedicina y la otra la enfermedad cultural. Pues, pienso que para usar el uno o el otro, permite establecer divisiones y estatus culturales dentro de la comunidad. Crandon-Malamud describió eso como “mantener diferentes puestos dentro del mismo universo médico”³ (1991). Además, fue muy importante para los campesinos que el idioma (castellano o aymara) se esté usando en la clínica, porque la lengua fue un indicador si entendimiento. Resultó mejor tener un médico de la misma nacionalidad e idioma, porque él puede comprenderlos así como su estilo de vida. Asimismo, la falta de este entendimiento tiene como resultado la insensibilidad intercultural y por ende la mala comunicación entre paciente y médico. Por otro lado preconcepciones culturales de pacientes, afecta la comunicación. Sin embargo éste es el resultado de experiencias negativas con la biomedicina. Pues, me parece que éste es un círculo vicioso en el que una cosa provoca otra y estos episodios son continuos. No hay terreno común. Por fin, las conclusiones sobre la insensibilidad cultural e idiomas me interesan y voy a buscar si existen estas discrepancias en mi investigación.

“Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia” por Sarah Mathez-Stiefel, et al., se inicia con un análisis de la frecuencia de uso de medicina indígena y medicina formal en los Andes de Bolivia y Perú donde hay muchos Quechua-hablantes. Los autores preguntaron si los dos sistemas existen en una amistosa relación o en una destructiva relación y si el sistema de biomedicina está desplazando el otro. También, examinaron cuando la gente prefiere usar un tipo de medicina más que el otro y qué provoca esta decisión. Sin embargo, el estudio concluyó que las decisiones entre usar medicina indígena o medicina formal están basados en el tipo de enfermedad, y además, la gente

³ “holding different positions within the same medical universe” (traducción mía)

prefirió en primera instancia usar medicinas caseras (tratamiento de sí mismo con hierbas) y si no le curó, como segunda instancia usa la medicina indígena o trata de consultar al personal del sistema de medicina moderna. Pues, los autores explican este resultado porque hay un reclamo de los sistemas de medicina tradicional por factores de cultura en lugar de factores económicos y geográficos.

El hecho de que las decisiones sobre medicina estén determinadas por el tipo de enfermedad, explican la influencia cultural en estas decisiones, porque las enfermedades de filiación cultural (EFC) provienen de conocimientos culturales y ancestrales, y de este modo, hay una falta de estos conocimientos en la medicina formal, pues los Servicios no están basados en los casos de EFC. También, en mi opinión, es que la opción más popular, es el uso de las medicinas caseras porque no hay desventajas económicas y quizás, a veces las personas piensan que los remedios naturales son más saludables que los farmacéuticos, porque no contienen químicos, además de ser el resultado de la globalización y fuente de conocimiento sobre la medicina moderna. Este estudio demuestra que las decisiones están basadas en percepciones culturales. Sin embargo, es necesario ahora determinar los factores específicos dentro de las opiniones culturales que influyen decisiones y sentimientos de revalorización.

Un otro ensayo se llama “Patterns of Persistence amidst Medical Pluralism: Pathways towards Cure in the Southern Peruvian Andes”, David Orr se dispuso a investigar enfermedades mentales en el contexto de ¿cuál sistema de medicina – indígena o biomédica – fue utilizado más con frecuencia? En el proceso de investigación, Orr encontró un patrón que indicó que la gente constantemente persiste en el uso de la medicina indígena porque los servicios convencionales utilizan criterio únicos y a la vez cada servicio tiene diferentes técnicas, además la gente tiene percepciones negativas de la medicina moderna, por ejemplo, “los buenos doctores están solamente en la ciudad”, “todos doctores son homogéneos”, y existen doctores con falta de

respeto o conocimientos sobre los campesinos, que crea perjuicios y discriminación en las clínicas y centros de salud. Me parece que este artículo apoya al cuerpo de literatura está basada en la toma de decisiones en lugares con muchos sistemas de medicina. La mayoría de la literatura de este tema especialmente en el caso de Orr concluye que las decisiones en la atención médica son porque la existencia culturas en desacuerdo, como expresión de los contrastes de clases socioeconómicas, etnias, y género en vez de barreras físicas, como precio, distancia, e inaccesibilidad.

Existe un autor, George Foster, quien escribió sobre la integración de la medicina, en su artículo “Anthropological Research Perspectives on Health Problems in Developing Countries.” Pero en este caso, él no habló mucho acerca del tema de la toma de decisiones médicas como los otros artículos, más bien explicó la importancia de desarrollar más investigaciones dentro de los sistemas de medicina. Foster describió “Por fin, si antropólogos son proclives a explorar los aspectos socio-culturales de la salud y enfermedad, ellos deben estudiar los sistemas de administración de salud con la misma intensidad que los estudios de comportamiento de la comunidad y el paciente”⁴ (1984). Más aún, hay una historia sobre cómo ministerios y centros de salud empezaron porque sólo recientemente países en desarrollo recogieron medicina moderna. Principalmente, con la orientación y el apoyo financiero de organizaciones internacionales como UNICEF y World Health Organization (WHO), los ministerios de salud mejoraron y crecieron, pero este hecho representa un problema, ya que estas organizaciones tienen una mentalidad basada en la biomedicina que influyó en los sistemas de salud de países en desarrollo. Pues, hoy, los sistemas reflejan modos de operación occidentalizados, opiniones de cómo debe ser el sistema de salud. Para mí, parece que hay un problema en la estructura del sistema, el mismo que

⁴ “Finally, if anthropologists are effectively to explore the sociocultural aspects of health and illness, they must study health care delivery systems as intensively as community/patient behavior.” (traducción mía)

no considera e incorpora la medicina indígena. Pero, Foster notó que WHO publicó varios informes acerca de entrenar e integrar a curadores tradicionales en atención primaria de salud. Pero no existen términos específicos para las funciones de la personal de medicina indígena en los sistemas de salud y esto requiere establecerse. Para concluir, los artículos anteriores explican de manera amplia las respuestas de la gente frente al pluralismo médico, pero Foster acentúa la necesidad de aprender la relación entre factores personales y factores institucionales de salud. Entonces, es importante investigar los factores que facilitan o limitan la fusión de medicina indígena y medicina convencional.

Finalmente, quiero discutir el informe “Best Practices in Intercultural Health: Five Case Studies in Latin America” por Javier Mignone, Judith Bartlett, John O’Neil, y Treena Orchard porque incluye estudios de casos en cinco países de Latina América (Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, y Suriname). Acá Mignone, et al. definen como criterio para definir buenas prácticas de medicina intercultural el análisis de los sistemas de medicina. Los criterios descritos por el National Aboriginal Health Organization of Canada son: el sistema debe mostrar impacto positivo en la comunidad y la gente; sea sostenible; responda a las necesidades de salud de la comunidad; incremente el acceso; integre servicios; demuestre liderazgo de las comunidades indígenas; y se preocupe por la inclusión cultural y social. Ellos destacan que la medicina intercultural representa una oportunidad para incrementar el acceso y calidad de la medicina para las comunidades indígenas, pero al mismo tiempo esto existe la preocupación acerca de la “regulación, eficacia, efectividad, derechos de propiedad intelectual, la falta de investigaciones en interculturalidad, acceso y costo, y protección de plantas sagradas indígenas y conocimiento sagrado”⁵ (Mignone, et al. 2007). Ellos concluyen que en las comunidades con sistemas efectivos

⁵ “regulation, efficacy, effectiveness, intellectual property rights, lack of cross-cultural research, access and affordability, and protection of sacred indigenous plants and knowledge” (traducción mía)

existe un patrón, en el que los esfuerzos basados en la participación de la comunidad, crean confianza y camaradería entre la gente y también, les da autonomía. Además, para que un sistema sea exitoso, necesita que exista comunicación abierta, confianza y cambio cultural – un compromiso de los dos sistemas. Mignone, et al. identificaron que los beneficios de sistemas interculturales tienen que ver con la preservación de conocimientos medicina indígena y el incremento del dialogo entre pueblos y el gobierno en los niveles de local, regional, y nacional. En apariencia todo está bien, sin embargo todavía existen problemas de racismo en los centros de salud. Asimismo, las leyes y regulaciones sobre interculturalidad son muy ambiguas y a veces promueven la asimilación de la medicina tradicional por la biomedicina. En conclusión, pienso que una fuente de problemas de los intentos de integración en los pueblos, deriva de la falta de participación de la gente en las decisiones concernientes al sistema de medicina y por eso, la atención de salud es de menor calidad para la gente, limitando el ejercicio del derecho a la salud. También, me parece que tomará un largo tiempo la fusión de los dos sistemas, porque ellos necesitan más apoyo y respeto de parte del Estado. En realidad, existen escasos sistemas de medicina intercultural, para mí, cuando se crea y organiza un nuevo centro de salud en una comunidad, es necesario tener una decisión clara sobre la incorporación del enfoque intercultural. Finalmente, esta investigación permitirá identificar los factores que limitan la incorporación del enfoque intercultural en Huancarani, para contribuir en la creación de un mejor sistema intercultural.

5.2 COSMOVISIÓN Y MEDICINA ANDINA

La cosmovisión es la manera de ver o interpretar el mundo. La cosmovisión Andina está determinada por dos relaciones principales: yanantin y ayni; los dos impulsan por animu. Animu es la norma básica que el mundo tiene, una fuerza vital supernatural. Cada cosa (personas,

animales, la naturaleza, y objetos) son manifestaciones de esta fuerza animada. Pachamama es la creencia de la tierra también, está fusionada con animu. Otros lugares con alta concentración de energía se llaman Apu y Apu está pensando ser la parte masculina de la Pachamama. Esto es un ejemplo de Yanantin: la unión de dos partes que contrastan y a la vez se complementan.

Finalmente, ayni es la idea de reciprocidad que mantiene buenas relaciones entre todas las personas, elementos, animales, y espíritus. Asimismo, en la cultura Andina, es la creencia en tres espacios o niveles espirituales: el Hanaqpacha, el Kaypacha, y el Ukupacha (CENSI 2015). El Hanaqpacha es la tierra arriba o el cielo y es consistente del sol, la luna, las estrellas, el viento, y la lluvia. El cóndor representa el Hanaqpacha. El Kaypacha es la tierra media, donde vivimos. En este nivel, se produce el diálogo con los espíritus con ofrendas a la Pachamama (CENSI 2015).

El puma representa este nivel. Posteriormente, el Ukupacha es la tierra de abajo. Para entender la medicina Andina, se necesita aprender la cosmovisión porque las dos tienen una fuerte relación.

Como George Bodeker dijo “an essential feature of traditional health systems is that they are based in cosmologies that take into account mental, social, spiritual, physical and ecological dimensions of health and well-being” (2007). La idea de reciprocidad aplica en sus creencias sobre el bienestar; específicamente, en la cosmovisión Andina, el cuerpo humano contiene el cuerpo físico y un alma y esta es “una característica esencial de los sistemas de la salud tradicionales, es que ellos están basados en cosmologías que cuentan con dimensiones mentales, espiritual, física, y ecológica de la salud y bienestar” (Bodeker 2007). Además, el parto vertical está basado en las creencias de la cosmovisión y la Pachamama. Para dar a luz en la posición vertical es pedir una bendición desde Pachamama para la vida de su bebe (CITAR). Finalmente, la medicina Andina utiliza muchas plantas y productos animales así como rituales. Esto ilustra más la fuerte conexión de la cosmovisión entre la gente y la naturaleza.

5.3 SITUACIÓN DE SALUD EN HUANCARANI E INICIATIVAS CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Antes del año 2007, había una disminución de la mortalidad materna porque especial énfasis a la expansión de servicios de salud e inclusión de estrategias de la adecuación cultural del parto y la implementación de Casas de Espera, pero en el año 2007, había un incremento de la mortalidad materna en establecimientos, “así el 70% de las defunciones se producen en los servicios de salud” (Moscoso 2015). También, había factores que limitaban la cultura de las gestantes y solamente creaban distancia entre la población y servicios de salud como “la posición ginecológica en la que se atendían los partos, procedimientos como la episiotomía de rutina, el tacto vaginal, el uso de sustancias frías al momento de hacer la limpieza pélvica, la eliminación de la placenta, el no dejar ingresar a los familiares al momento del parto, en algunos casos el personal de salud no conocía ni hablaba el quechua, considerando que un alto porcentaje de mujeres son monolingües” (UNICEF 2011). Por eso, el Ministerio de Salud aprobaba el parto vertical en los establecimientos de salud rurales con otros componentes integrales como “la implementación de hogares maternos, la participación comunitaria, los seguros integral de salud, e [incorporación] de información, educación y comunicación” (UNICEF 2011).

En respuesta para ayudar a todas las comunidades vecinas, algunas muy alejadas y con difícil acceso al Centro de Salud de Huancarani, en el año 2000, la casa materna (casa espera) fue construida para alojar a las gestantes de comunidades lejanas y puedan estar cerca del centro de salud hasta dar a luz (UNICEF 2011) Todavía, utilizan la casa materna, la que tiene tres habitaciones para gestantes y es gratis.

Asimismo, en el región de Cusco, especialmente los distritos de Omacha, Ccorca, Pitumarca, Ccatcca hay elevados niveles de desnutrición cónica en niños (44% prevalencia) (Moscoso 2015). También, la anemia infantil es un problema grave (56.3% prevalencia) (Moscoso 2015). Por esos, el centro de salud tiene un programa de Salud Escolar maneja por el

Consultorio de Niños y Niñas (CRED). Por este programa, el personal viajará a las escuelas – todos niveles: jardín, primaria, y secundaria – para tomar peso, talla, y hemoglobina así como vacunar. El programa es gratis para los niños con seguros y la mayoría de niños tienen uno.

METODOLOGÍA:

6.1 METODOLOGÍA

El tipo de estudio es descriptivo con método cualitativo. Las técnicas, observación, directa y entrevistas formales en profundidad e informales, han realizado observaciones por el diario de campo, un cámara de fotos, la guía de observación (Anexo 1), y entrevistas por una grabadora de audio, las guías de entrevistas (Anexos 2,3,4,5), y un traductor de quechua-castellano. Para analizar la información, transcribí las entrevistas y observaciones con códigos para cada factor y organizada en una matriz excel, para reconstruir los discursos, opiniones y percepciones del personal de salud, la población y los agentes de medicina tradicional.

Se utilizó el método cualitativo con técnicas como la entrevista en profundidad y la observación directa (no participante) en el centro de salud. Las entrevistas se realizaron con tres poblaciones específicas: (1) pacientes, (2) personal de salud, (3) personal de medicina indígena. Mientras que la observación directa, se realizaba en el centro de salud. Estas técnicas fueron seleccionadas por la posibilidad de obtener información profunda sobre percepciones y discursos de la gente sin interferir con la realidad.

Este estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud del Centro poblado de Huancarani y la comunidad de Chacabamba. Ambos pertenecen al Distrito de Huancarani de la provincia de Paucartambo, Departamento de Cusco, Perú (Anexo 6). El Centro de Salud de Huancarani atiende a 19 comunidades campesinas. Cuenta con una población de 6,910 habitantes que mayoritariamente tienen como lengua materna el quechua. El Ministerio de Salud (MINSA)

tiene un sistema de salud que está organizado en redes y micro redes de salud. El Centro de Salud de Huancarani es la cabecera de una micro red (UNICEF). También, este lugar era importante para el desarrollo del estudio sobre medicina intercultural porque cuenta con una larga experiencia de trabajo en la incorporación del enfoque intercultural en los servicios del centro de salud, por ejemplo, el uso de hierbas y la atención del parto en posición vertical (MINSA). Entre la población de Huancarani, se estudió a tres poblaciones específicas: El primer grupo correspondía a los usuarios del centro de salud, constituida por adultos, varones y mujeres, ya que tienen autonomía sobre decisiones médicas, para ello se necesitaba hablar quechua. El segundo grupo de población era el personal de salud que incluye personal profesional: médicos, enfermeras, y obstetras, y personal técnico de salud. Todos necesitaban tener un tiempo de trabajo en el Centro de salud mayor o igual a un año. Finalmente, el tercer grupo de población eran los agentes de medicina tradicional que constan de curanderos, parteras, y promotores de salud de las comunidades. Esta población ha sido elegida por ser actores en la práctica de la medicina tradicional en Huancarani. También, está incluía toda la población independientemente de su edad y género excepto niños y adolescentes porque de acuerdo a la legislación peruana, ellos no podía tomar decisiones sobre su tratamiento médico. La muestra consistía en observar a diez usuarios, cuatro médicos, dos enfermeras, dos obstetras, y dos promotores de salud para identificar factores de calidad, infraestructura, discriminación y maltrato, funcionalidad, idioma, actitudes, y conocimientos. Logré estas metas excepto que no pude observar al cuarto médico porque sólo dos médicos trabajaban de manera regular en el Centro de Salud de Huancarani. Por otro lado, tenía planes para entrevistar cuatro usuarios, dos médicos, uno obstetra, uno enfermera, uno curandero o partera, y uno promotor de salud para identificar factores de percepciones culturales, acceso económico y geográfico, cobertura de salud, idioma, educación, actitudes, y conocimientos. En realidad, realicé tres entrevistas completas con usuarios porque la

barrera idiomática y la falta tiempo de los usuarios tenían en el centro de salud fue una limitante. Finalmente, consideré que la ética en un estudio de investigación es muy importante, de este modo cumplí plenamente con las normas y los reglamentos de SIT. Explicaba claramente los objetivos de mi estudio y obtenía el consentimiento informado del Centro de Salud de Huancarani y todos los participantes para asegurar el debido respeto a las personas.

6.2 LIMITACIONES

Abundan las limitaciones para este trabajo realizado durante un mes. El tiempo para las observaciones en el Centro de salud así como la posibilidad de profundizar las entrevistas con más personas estableciendo relaciones de confianza, así como visitar todas las comunidades del distrito, fue insuficiente. Otro factor importante fue el idioma. La mayoría de entrevistados eran quechua-hablantes que no hablaban castellano o menos lo entendían. Por eso, tuve que utilizar traductores, que fueron del personal del centro de salud. Esto presentó varios desafíos pues las preguntas estaban siendo traducidas con las opiniones o perspectivas del traductor. Por ejemplo, cada persona tiene su propia idea de interculturalidad y cuando usaba esta palabra durante una entrevista, obviamente el traductor articularía la pregunta con su propio entendimiento de interculturalidad. Para mitigar eso, traté de usar términos básicos con definiciones concretas. Con demasiada frecuencia también, los traductores no podían resistir la inserción de explicaciones, justificaciones, o intentos de convencer a las pacientes de la racionalidad y exigencias del centro de salud durante las entrevistas. Asimismo, a veces era difícil que el personal de salud pudiera ayudarme con las traducciones pues había días con poco personal o el centro estaba muy ocupado con los usuarios. Al mismo tiempo, casi todas las veces los usuarios estaban en el centro por motivos de salud o buscando su bienestar, entonces, cuando una persona se siente mal, esto afecta su interés por la entrevista y su calidad de respuestas. Fue difícil preguntar a la gente si

quería participar en una entrevista porque sabía que ellos no tenían el mejor día si estaban en el centro para tratamiento. Paralelamente, muchas de las entrevistadas fueron muy reservadas, en parte debido a la presencia de un traductor o una grabadora o una extraña estudiante americana. Finalmente, tengo que considerar mi presencia como una extraña porque a veces los usuarios pensarían que era una doctora y que estaba ganado dinero por ese contexto. A pesar de estas limitaciones, el trabajo logró conocer parte de la realidad compleja de la interculturalidad en el tema de acceso a medicina y atención en Huancarani y comunidades vecinas.

EL ENFOQUE INTERCULTURAL AHORA: UN ANÁLISIS TEMÁTICO INDUCTIVO

7.1 LOS FACTORES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ENFOQUE INTERCULTURAL

Para realizar la pregunta principal, examiné diferentes factores que podrían facilitar o limitar el enfoque intercultural en el Centro de Salud de Huancarani por observaciones y entrevistas informales y formales. En el análisis encontré que los factores que facilitan el enfoque son el idioma, la incorporación de parto vertical, el intercambio de conocimientos, y actitudes de respeto e interés, pero los factores que lo limitan son actitudes de apatía o discriminación, el conocimiento y uso del idioma local, la falta de incorporación de costumbres y hierbas en todos los servicios, baja calidad de servicios. Estos factores son los que se dan con mayor frecuencia, de acuerdo a mis observaciones con menor frecuencia: infraestructura y el acceso geográfico y económico.

7.1.1 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL

Hay muchos actores en la implementación del enfoque intercultural. En el más alto nivel de control está el Ministerio de Salud (MINSA) y el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI); A nivel del Gobierno Regional (Dirección Regional de Salud), los tres son

responsables del diseño e implementación de la política de Salud Intercultural. El Gobierno Regional tiene que investigar sobre temas de interculturalidad y promover la interculturalidad.

“[Proyectos de la DIRESA están] para lograr y poco promover la articulación de ambas medicinas tanto la académica y la tradicional.” (Entrevista personal de CENSI).

Estas Instancias, producen recursos como guías de atención intercultural y definen las competencias del personal y normas de servicios. Después están las/los gerentes (jefes) de establecimientos de salud. Ellos tienen el control a nivel de la Comunidad – Local Administración de Salud (CLAS) e incitativas locales. Finalmente, el más bajo nivel de control es el de los/las usuarios porque raramente ellos están incluidos en el desarrollo del sistema de salud.

“[El centro de salud] no hablan con la comunidad; ellos no juntos como no hay reuniones.” (Testimonio usuaria, CS⁶ Huancarani).

Entre estos niveles, es control que fluye de arriba hacia abajo, en el que los de los niveles más altos crean normas para implementar y estas bajan en cascada pero, en estas instancias (inferiores), no hay aplicación de las competencias interculturales, por ejemplo en el Centro de Salud de Huancarani. Por eso, entre niveles falta comunicación y coordinación. Por ejemplo, no existe suficiente recursos humanos de CENSI en el región de Cuzco – solamente hay una persona y no puede saber todos los problemas de un región muy grande (CENSI).

“Trabajamos directamente con grupos de poblaciones tanto andinas y amazónicas.”(Entrevista personal de CENSI).

⁶ CS = Centro de Salud

Todavía, la presencia de CENSI es desconocida por el personal del Centro de Salud de Huancarani quien viene trabajado allá por catorce años no conoce o ha escuchado de CENSI.⁷

Asimismo, la Red Sur no está satisfaciendo su trabajo como mediadores culturales de dialogo intercultural o no está creando oportunidades para generar sensibilidad intercultural entre el personal de salud (CENSI 2015). Por otro lado, el Centro de Salud no está pidiendo el Gobierno Regional presupuesto para hacer programas para entrenamiento y reuniones entre el personal y los agentes de medicina tradicional. Finalmente, cada grupo está haciendo sus propias labores sin trabajar juntos para lograr una meta común de calidad de servicios con atención intercultural.

7.1.2 QUECHUA Y COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

La Provincia de Paucartambo es una zona donde el 83% son quechua-hablantes. En el Distrito de Huancarani, este porcentaje es mayor, alcanzando el 92% (UNICEF 2011). En este contexto, la mayoría del personal de salud habla quechua, o por lo menos lo entiende. La habilidad para hablar quechua es más o menos un requisito para trabajar en el Centro de Salud de Huancarani, porque el personal usa el quechua con cierta frecuencia especialmente con la población procedente de comunidades.

En el período de observación en comunidades - aprovechando las actividades del personal de salud en el programa de salud escolar - y en el Puesto de Salud de Huayllapata, se constató que casi todas las conversaciones fueron en quechua. También, en los casos de atención en consultorios de obstetricia, se observó que en la mayoría de casos, la interacción con las usuarias era en quechua. Al indagar con el personal de obstetricia si ellos podrían explicar temas relacionados al cáncer, anemia, etc., ellos reconocieron que sí.

⁷ Entrevista con personal CS Huancarani

“Sí, la mayoría de usuarias solamente hablan quechua, por eso nosotros tenemos que hablar en quechua.” (Entrevista personal CS Huancarani).

Sin embargo, la interacción entre usuarias y médicos del Centro de Salud evidencia algunas diferencias con respecto al personal de obstetricia, ya que ambos médicos usan esta lengua de manera ocasional, alternando su uso con el castellano, limitando una interacción fluida entre paciente y médico. El uso del quechua por parte de los profesionales médicos está limitado a un diálogo básico, su nivel de conocimiento y uso de la lengua quechua es diferente entre los dos médicos. Aunque alternar el uso de ambas lenguas (castellano – quechua) parezca exitoso, los pacientes parecían confundidos con las indicaciones médicas, observando señales de frustración y disgusto, por las limitaciones del personal para expresarse en su lengua. Estas expresiones, muestran que el Servicio de Salud no considera las opciones de las/los pacientes para ser atendidos en su propia lengua, como reflejan los testimonios de usuarias, una de ellas percibió que la atención que recibió fue carente de calidad, porque la comunicación estaba en castellano.⁸

“Entiendo castellano, pero no puedo hablar, por eso cuando el médico me dio indicaciones no pude responder a sus preguntas.” (Testimonio usuaria, CS Huancarani).

Estas expresiones se ratifican con la opinión de los promotores de salud – que son comuneros que trabajan de manera voluntaria por la salud de sus comunidades.

“Las señoras no entienden los médicos porque hablan quechua y tienen que buscar ayuda por eso razón.” (Testimonio promotor de salud, CS Huancarani)

⁸ Entrevista con usuaria del CS Huancarani

El personal de salud con conocimiento del quechua, percibe que el manejo insuficiente del quechua es un problema:

“las usuarias siempre están viniendo a mi después del doctor con preguntas sobre medicamentos, enfermedades, explicaciones porque ellos no entienden la castellano, yo prefiero hablar en quechua para ofrecer un servicio de calidad para la gente.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Además, existen diferentes niveles para el uso del quechua entre el personal, asimismo, existe correlación entre el tiempo de trabajo y permanencia del personal en el CS en Huancarani con respecto a sus habilidades de conocimiento, uso del quechua y la sensibilidad cultural. Aunque, hay excepciones, pues existe personal que aprendió el quechua en los primeros meses de su trabajo y obviamente para algunos, el quechua es su lengua materna. Por otro lado, hay pocos casos en los que el personal ha trabajado por un tiempo significativo en zonas quechua-hablantes y todavía no puede comunicarse muy bien en quechua. Entonces, existe un espectro de habilidades de uso del quechua en el Centro de Salud.

La relación que se establece con la población al usar su lengua de manera fluida y constante marca diferencias significativas en términos de confianza, como se observó en las visitas realizadas a la comunidad Huayllapata, acompañando el trabajo realizado por una persona de enfermería, ella es quechua-hablante y sus conversaciones con la población eran predominantemente en quechua, el resultado de esto es que se crea una relación horizontal, cómoda y espontánea con la gente de la comunidad a diferencia de la relación establecida con los médicos. Por eso, me parece que personas que trabajan en el campo y experimenta más interacciones y exposición con las comunidades, ellas tienen más sensibilidad intercultural.

Las barreras idiomáticas, sin duda, afectan la posibilidad de comunicar con precisión el diagnóstico a las/los pacientes, aún más porque no existen traductores o mediadores culturales que puedan establecer este puente. Este problema influye en las percepciones de la población sobre el Centro de Salud y la biomedicina, porque la gente percibe que los doctores no hablan su idioma y no están invirtiendo en su atención o su cultura; por eso, los médicos no quieren ayudarles ya que no pueden recibir toda la información necesaria. El problema de uso de la lengua originaria propia de la comunidad, además de actitudes de desinterés por parte del personal de salud al no buscar alternativas para una mejor interacción con la población, refuerza la percepción y sentimientos de insatisfacción, discriminación y desvaloración de la cultura e idioma en la población, generando una barrera cultural de acceso a un servicio de calidad. Este aspecto es reconocido por el MINSA y CENSI en el *Curso “Formación de Facilitadores para la Implementación de la Interculturalidad en Salud: Módulo I Herramientas para la Interculturalidad en los Servicios de Salud”*, donde establece que el personal de salud debe “informar con profundidad y en el idioma de los usuarios/as de ser necesario, sobre procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida asegurando la comprensión y consentimiento” (CENSI 2015). En Huancarani, los servicios que se ofrecen en quechua, exceden de manera positiva los aspectos considerados por CENSI, pero persisten discrepancias principalmente en los servicios médicos; por esto, es necesario que el personal continúe usando el quechua en sus servicios y a la vez vaya incorporando personal nuevo que domine el quechua. Asimismo, establecer estrategias para que el personal que no habla quechua o tiene dificultades en su uso pueda mejorar sus competencias comunicacionales de modo que se pueda mejorar la calidad de atención y erradicar toda forma de discriminación en el Centro de Salud.

Otro aspecto en relación a la comunicación entre paciente y personal de salud, es referente a la calidad de información que se brinda a las usuarias – al margen de dominar o no el

quechua – no todo el personal brinda información suficiente, no hay explicaciones sobre las enfermedades, tratamiento, exámenes, y conocimiento sobre todos los servicios, al no aplicar de manera homogénea criterios para orientar a la población de modo que otros usuarios perciban que sí reciben la información necesaria.

“Siempre [el personal] no explican sobre su enfermedad o tratamiento.” (Testimonio usuario CS Huancarani)

La falta de explicaciones afecta considerablemente las percepciones de las/los usuarios y el personal no hacen nada para mitigar estos sentimientos de la gente.

“Ellos piensan a veces algunos exámenes y cosas dentro del centro son maltrato como desnudo en la cama.” (Entrevista personal CS Huancarani).

En algunos casos se establecen tipos de relación con la pareja de la usuaria, mientras que a ella se le habla en quechua, la explicación de las indicaciones se dirigen a la pareja y en castellano. Pero no es el caso en los consultorios de Niños y Niñas (CRED) y de Medicina, donde no se explicaba a los padres cómo usar suplementos y prevención y/o causas de anemia.

“Sí, explico si la persona sí está interesada y me pregunta pues explico más pero con personas que hablan puro quechua no voy a explicar.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Asimismo, cuando se pide directamente conocimiento informado de los padres para salud escolar, observé que no había una buena explicación porque ellos estaban firmando los documentos sin pedir una razón.⁹ Asimismo, no existen buenas explicaciones sobre exámenes

⁹ Observación del campo

como ecografías o no hay conversaciones sobre conocimiento de estas pruebas. Y si dan una explicación, a veces es en castellano. Estas interacciones que se establecen entre el personal y las/los usuarios, demuestran la falta de interés para promover la salud considerando una adecuada explicación, la falta de respeto para asegurar confianza en las/los usuarios durante la realización de pruebas, y sin apostar por la calidad. Este aspecto es relevante porque el CENSI dice en protocolos del sistema de salud oficial o biomedicina de *Módulo III Herramientas para la Interculturalidad en los Servicios de Salud* que personal tiene que “explicar la necesidad del examen clínico y las particularidades del mismo (posición, vestimenta, incomodidades, presencia de acompañante, etc.), solicitar su consentimiento, pero necesita la información para que haga uso de este derecho, y explicar detenidamente la información adecuada y completa [porque] es un derecho” (CENSI 2015). El uso de quechua es importante para la comunicación con usuarios en el Centro de Salud y sin quechua, probablemente no habría comunicación pero el mismo tiempo, atención con sensibilidad y con igual calidad incorpora comunicación de todos en el idioma local para el mejor entendimiento y servicio.

7.1.3 ACTITUDES, PERCEPCIONES CULTURALES, Y DISCRIMINACIÓN

El enfoque intercultural va más allá del idioma, sin duda el idioma ayuda mucho en las iniciativas del Centro de Salud, pero resulta insuficiente si no va de la mano con el conocimiento de la cultura, que genere actitudes para crear relaciones respetuosas y simétricas, se refuerce una valoración positiva de diferentes culturas, y mutuo intercambio. Existen buenas prácticas del conocimiento y consideración de la cultura en el Centro de Salud, como los afiches sobre nutrición que incorporan comidas locales como cuy, hígado, y corazón. Asimismo, en el caso del Centro de Salud de Huancarani, se aplica la atención del parto vertical con adecuación cultural en el que las obstetras guardan la placenta para la familia para los rituales que se practican en el

seno del hogar. Un importante número del personal de salud valora esta iniciativa. Para las gestantes, estas prácticas en el servicio son buenas porque el personal no les limita.¹⁰

“Le gustaría parto vertical porque es más cómodo.” (Testimonio usuario CS Huancarani)

Mientras tanto, la incorporación de hierbas en el centro de salud no está del todo incluida, por ejemplo, hay hierbas que son utilizadas antes del parto pero el personal no les permite utilizarlas, porque piensan que puede producir algún daño a la gestante, sin embargo la gente cree en sus propiedades y la usa en sus casas. El usuario menciona que solamente dos de las obstetras lo saben y las otras no.

“A veces no permitamos costumbres en el centro.” (Entrevista personal CS Huancarani)

La exclusión de hierbas sigue en plantificación familiar y también, no existe una revaloración de medicina alternativa en los otros servicios.

“Mis colegas no indican hierbas, mi persona si les habla y ellas me cuentan que toman y les explico el metodología ritmo para que tengan los dos métodos.” (Entrevista personal CS Huancarani)

“Exclusivamente los médicos, no he escuchado pero tal vez ellos las utilizan [hierbas o mates].” (Entrevista personal CS Huancarani)

Esto crea un poco resistencia de la población hacia el centro de salud y ya que no incorpora completamente el enfoque intercultural o su compromiso no es suficiente como para adaptar el servicio a las costumbres de la comunidad.

¹⁰ Entrevista usuario CS Huancarani

Además, la sensibilidad cultural y conocimiento cultural discrepan entre el personal. Para algunos, la atención intercultural es

“respectando las tradiciones, las personas, respectando sus costumbres. . . ensaña todo con enfoque en promoción de salud y estilos de vida que son saludables” (Entrevista personal CS Huancarani)

Y para algunos médicos sus pensamientos sobre la medicina alternativa son:

“Hay muchas cosas que la ciencia no funciona y muchos veces la medicina alternativa, la medicina costumbrista, la medicina tradicional resuelven muchos casos.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Evidenciando un elevado conocimiento de la cultura, ya que conoce los conocimientos y creencias de la gente en relación a determinados problemas de salud, por ejemplo explicó que la gente cree en el mal del viento y que estas enfermedades no pueden curarse con biomedicina por lo que en ocasiones será necesario indicar mates o infusiones para el dolor de cabeza o estomago porque aprendió que este tratamiento tiene éxito y que a la gente le gusta usarlo. Pero casi mitad del personal tiene una diferente opinión de la atención intercultural y medicina alternativa y no hacen mención a otras iniciativas que incorporen el enfoque intercultural principalmente relacionadas a actitudes de respeto e intercambio de conocimientos de las culturas.

“[Medicina tradicional] no es una medicina científica.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Y para los usuarios, ellos saben de estas actitudes existen en el centro y que el personal son falta conocimientos.

“Algunos saben, algunos no.” (Entrevista promotor de salud, CS Huancarani)

Según expresiones de las y los usuarios no hubo ocasiones en las que los médicos les indicaran alternativas de tratamiento como hierbas y mates. Asimismo un promotor de salud mencionó que él no había compartido sus conocimientos de medicina alternativa por la falta de conversaciones con el personal de salud, y si tuviera la oportunidad lo haría, con respecto a las teorías que él tiene sobre esta falta de diálogo con el personal de salud:

Promotor: “tal vez algunos médicos ya saben.”

Yo: “¿y los doctores del centro de salud saben?”

Promotor: “no creo.”

(Entrevista promotor de salud, CS Huancarani)

También, uno partero opinó:

“Antes, ayude las enfermeras algo [con partos] y compartí conocimientos pero ahora, no, ellos no quieren mi ayuda.” (Entrevista agente de Medicina Tradicional)

Hay menos transmisión e intercambio de conocimientos y prácticas de medicina tradicional por falta interés en las generaciones jóvenes o nuevo personal de salud. También, no existen reuniones entre agentes de medicina tradicional y el personal de salud o la gente de la comunidad sin embargo hace diez años, había reuniones de este tipo para intercambiar sus conocimientos, y ahora no, por falta de iniciativas e interés para organizar reuniones de la comunidad y el personal.

Esta apatía o falta de interés para formar relaciones se manifestaron también de otra manera, un ejemplo es que durante una comida con las mamás de la comunidad después de realizar actividades de Salud Escolar en su comunidad, el personal y las mamás comieron por separado. Encontré que las mamás tenían miedo de comer con el personal de salud, por su parte el personal no tuvo la iniciativa para comer o interactuar con la comunidad. Esta mentalidad sin interés para conversar y pasar tiempo afuera de trabajo debilita la relación y confianza entre el personal y la comunidad. Sin embargo, en otras ocasiones, el Centro de Salud parece muy involucrado con la comunidad, por ejemplo durante la semana celebración del aniversario de Huancarani, el personal de salud participó en una competencia de danzas indígenas y compitió en el torneo de vóley. Una posible explicación es que este involucramiento solamente se da en el centro poblado de Huancarani y no va más allá.

Otro aspecto que refleja la falta de interés es el tiempo de espera de la población para ser atendidos, las/los usuarios suelen llegar al centro de salud a las 8 am, pero la atención se inicia a las 9 am, usualmente el personal emplea esta primera hora para tomar desayuno, asimismo el déficit de recurso humano en el centro, hace que hayan días en las que no hay médico para las atenciones. Estos problemas generan frustración en la población y en ocasiones por razones de trabajo usuarios y usuarias terminan retornando a sus comunidades sin recibir la atención por la que habían acudido.

“No hay médicos está en el centro a veces cuando viene y por eso a veces personas [de su comunidad] no vienen” porque la comunidad es lejos no sabían cuando hay o no hay atención.”

(Testimonio usuario, CS Huancarani)

Pienso que existe una cultura sin sentimiento de urgencia o necesidad para ayudarles y los usuarios nota. Los/las usuarios piensan lo no es suficiente porque les gustaría que haya 24 horas de atención, los 7 días de la semanas, especialmente de parte de los médicos.¹¹ Además, cualquier noche, pasaría dos o tres partos, de hecho, había tres partos en una noche con dos durante el mismo tiempo. En casos como esto, no había suficiente personal y es mejor tener un médico durante la noche.

7.1.4 CALIDAD, FUNCIONALIDAD, Y OTROS FACTORES

La calidad de servicios aunque no directamente está relacionado al enfoque intercultural pero todavía estas cosas afectan las percepciones del centro de salud e influyen decisiones de las/los usuarios. Igualmente, la calidad del servicio se ve afectada por la falta del personal. Durante el programa de salud escolar, la mayoría del personal sale para comunidades vecinas pero produce una escasez del personal en el centro de salud; por eso, no había personas para atender en el Centro y las/los usuarios rechazaban esta situación. Asimismo, el personal y la comunidad los dos piensan que no hay suficiente personal para atender en el centro.

“Estamos siempre con falta personal en medicina.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Asimismo, durante días están muy ocupados (normalmente desde los domingos hasta los miércoles más o menos) habían largas colas para obstetricia porque sólo hay una obstetra cado turno y a veces había partos durante el día. Una combinación de los dos, resulta que las usuarias tienen que esperar por una cantidad de tiempo innecesario. Por otro lado a los profesores les gustaría ver resultados de salud escolar pero una persona dijo que no había suficiente personal de salud en el centro para hacerlo. Por eso, la calidad disminuye, por la falta del personal. Además,

¹¹ Entrevista usuaria, CS Huancarani

Huancarani está ubicado a 3,850 metros; entonces, el clima es frío todo el tiempo incluso en el centro de salud; entonces, realizar exámenes resulta incómodo para las/los usuarias, porque el personal tiene las manos frías y los instrumentos están fríos. Existen estufas pero no las utilizan excepto a veces durante parto y el uso de estufas es depende de la obstetra que atiende en ese momento. Algunos utilizan estufas desde el inicio del parto hasta su término y las ponen a lado de las gestantes. En otros casos, las obstetras no las utilizan en ningún momento de la atención de partos.¹² Culturalmente hablando, el calor tiene una significancia y también, el calor ayuda con parto. Cuando este aspecto de atención falta, refuerza aún más que el enfoque intercultural sólo existe como parto vertical – no más – además, la indiferencia del uso de las estufas cuando éstas están disponibles se puede interpretar como la presencia de rasgos de maltrato. Otro aspecto a considerar es la calidad de la infraestructura del centro de salud. Ahora, están construyendo un nuevo edificio, el local actual está ubicando en un edificio de manera temporal pero existen algunas preocupaciones, por ejemplo, los consultorios de todos servicios están en el tercer piso y las salas de parto se ubican en el segundo piso pues los/las usuarios y las gestantes tienen que caminar por escaleras, ocasionando problemas de acceso físico especialmente para personas discapacitadas, o durante emergencias cuando una persona está gravemente herida y no se puede mover pues está en una camilla es difícil a la persona. Sin embargo, esta ubicación es temporal y ojalá que haya consideraciones culturales y accesibles para el nuevo local del centro.

Otros factores menores son cobertura de salud y acceso geográfico. En Huancarani, la cobertura es favorable para las comunidades y casi todas personas tienen un seguro para servicios gratuitos por ejemplo, los servicios en obstetricia, vacunas, parto, maneras de planificación familiar son gratis; pero, todavía hay personas que no tiene un seguro y necesitan pagar estos servicios.

¹² Observación del campo

“Casi 100% tienen seguros y los precios son económicos pero [los usuarios] piensan que los precios son caros.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Por otro lado, la comunidad piensa a cerca de los precios:

“Las personas prefieren ir las clínicas para curarse más rápido cuando viven en pueblos pero en comunidades campesinos existe un factor económico porque ellos no tienen un ingreso por eso es más difícil para pagar.” (Entrevista personal de salud de Huancarani)

Una explicación potencial porque los precios parecen caros desde una perspectiva económica, un pieza de pan está S/.0.20 entretanto una inyectable está S/.0.60 y con esta lógica, un medicamento es más o menos tres piezas de pan. Por estas razones y el hecho que este tema no fue abordado con frecuencia, podemos concluir que el acceso económico no es un factor mayor en la integración del enfoque intercultural. Debemos considerar el acceso geográfico porque esto era un factor que limitaba el uso de biomedicina en otros estudios. Para los/las usuarios que viven cerca del centro de salud siempre vienen pero hay comunidades ubicadas a tres horas a pie y es difícil llegar al Centro, por los gastos en un solo día, entonces existen menos posibilidades para las personas que viven lejos del Centro de Salud.

“No pueden venir al centro porque viven en comunidad lejos y falta plata a veces. Sólo podemos venir en los domingos en carros que van a la feria.” (Entrevista promotor de salud, CS Huancarani)

En estas condiciones, durante el resto tiempo, la gente depende de su conocimientos de medicinas alternativas pero particularmente en esta comunidad existe más frecuencia de

enfermedades en niños y abuelos porque el frío (la comunidad está más arriba de Huancarani). Por eso, la falta de acceso geográfico mantiene el uso de hierbas y prácticas tradicionales, pero el promotor de salud expresó que su botiquín comunal es pequeño y le gustaría más atender estas necesidades, también señaló que le gustaría mayor frecuencia de visitas de enfermeras para atender a los niños y ancianos/as. La población de estas comunidades lejanas sólo puede acudir al Centro los domingos, esto es congruente con las conversaciones con la gente y el personal de salud así como el elevado número de personas que asisten durante los domingos en comparación con otros días de la semana. En el presente estudio, el acceso económico y geográfico no resultaron factores con mayor peso para la discusión, a diferencia del idioma que afecta a los/las usuarios y su acceso a servicios interculturales.

7.1.5 DISCUSIÓN

Por la revisión y análisis de todos los factores que pueden facilitar o limitar la incorporación del enfoque intercultural y la integración de los sistemas tradicional y convencional, me parece que hay factores que al estar incluidos facilitan la incorporación del enfoque e integración de los sistemas, pero cuando estos aspectos de atención son descuidados, el enfoque intercultural está en riesgo o se va perdiendo. El idioma Quechua facilita y limita la integración de la biomedicina y medicina alternativa. El Quechua es el medio para comunicarse, haciendo la diferencia en todas las interacciones entre el personal de salud, los/las usuarios y los agentes de medicina tradicional. Asimismo, la comunidad ha identificado el completo uso de quechua como un factor importante del enfoque intercultural. Otros factores que ayudan o impiden la interculturalidad son conocimientos locales y actitudes de respeto e interés. La cuestión en el centro de salud es que algunos (personal de salud) de manera individual, tienen esta sensibilidad cultural pero a la vez está ausente en otros – un resultado directo de motivación de la persona porque la mayoría

de personal prefiere trabajar en la ciudad; entonces, tiene apatía subconsciente; y la falta de entrenamiento y educación en el centro de salud. También, asimismo la desinformación y limitada comunicación entre los/las usuarios y personal es evidente, coexistiendo una cultura institucional (en el centro de salud) sin interés y apatía que limitan el ejercicio del derecho a la salud, en especial con enfoque intercultural, y por ende limitando su autonomía. Finalmente, otro factor que limita el enfoque intercultural es la falta de uso de hierbas en servicios incluyendo obstetricia. El enfoque intercultural se ha concretado sólo en la atención del parto vertical (con énfasis en la posición) y no ha logrado revalorizar otros elementos propios del conocimiento tradicional, asimismo la falta de intercambio y comunicación con agentes de medicina tradicional ha limitado su expansión en todos los servicios que ofrece el Centro. El parto vertical en sí solo no es la expresión del enfoque intercultural.

“La propuesta [para implementación de parto vertical] era del Ministerio, se construyó por las necesidades de las propias culturas, propias poblaciones;. . . entonces, creo que nosotros de CENSI estamos viendo la interculturalidad a todo nivel y no solamente interculturalidad es parto. . . pensamos que la interculturalidad es más que es una actitud personal, de intercambio, de forma de cómo yo puedo interactuar, cómo puedo responder a una población que piensa que yo no tengo una cosmovisión propia. . . cómo podemos nosotros ponemos de recuerdo cómo él sienta.” (Entrevista personal de CENSI).

Estos aspectos que limitan el enfoque intercultural disminuyen la calidad de los servicios para la gente y son la expresión de rasgos de discriminación. La inclusión de todos estos factores en una manera exitosa con sensibilidad cultural tiene el potencial de brindar servicios adecuados a la realidad pluricultural. Últimamente, mis resultados no son congruentes con la definición de

interculturalidad como se expuso en el marco teórico en el que no existe una completa “actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas” (CENSI 2015). Pero mis resultados coinciden con los de Crandon-Malamud aunque estos estudios son de años pasados. Es importante para la gente que los médicos - en particular- hablen el idioma local porque provoca confianza y un sentimiento familiar. También, hay congruencia entre las conclusiones de Mathez-Stiefel, et al. y míos: en la mayoría de casos los/las usuarios prefieren usar medicinas caseras (tratamiento de sí mismo con hierbas) antes de consultar con otra fuente para curarse. Finalmente, sobre la relación entre los diferentes niveles de un sistema de medicina, las dos conclusiones de acá y de Foster recomiendan el incremento de la comunicación entre estos.

7.2 ESTANCAMIENTO EN LA TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL

El punto anteriormente analizado ha confirmado que no hay transversalización del enfoque en todos servicios del Centro de Salud de Huancarani. Para realizar cuáles factores limitan la transversalización del enfoque intercultural, examiné principalmente los factores de educación, entrenamiento, y respeto de las costumbres. Son todos los factores que encontré en mis resultados pero también, algunas personas señalaron que la demanda para transversalización no existe.

7.2.1 EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO

El enfoque intercultural consiste en muchos aspectos socioculturales como: el idioma local, conocimientos locales, y actitudes respetuosas. Para la mayoría del personal de salud, tienen que adaptarse y aprender sobre la cultura en la que trabajan. Por eso, el entrenamiento y la educación para aumentar la sensibilidad cultural y aprender como implantar la atención intercultural es

importante para todo el personal de salud en todas las regiones. Entre los médicos, enfermeras, y obstetras en el centro de salud de Huancarani hay grandes diferencias en la educación que ellos recibieron para la atención intercultural. En el caso de un médico, él estudió en Bolivia y tenía clases sobre promoción de salud pero no había cursos sobre idiomas locales.

“Sí, había cursos en promoción de salud y trabajos de campo en comunidades para conocer las realidades, costumbres, etc..” (Entrevista personal CS Huancarani)

Pero lo más frecuente, es que no había currículo con enfoque intercultural. Algunos profesionales médicos no recibieron una orientación en interculturalidad o como atender en áreas rurales.

“No, porque estudié en los años '97 hasta '03y en estos años no había un enfoque intercultural pero pienso ahora hay cursos sobre eso.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Además, una obstetra expresó que aprendió el parto vertical en el Centro de Salud de Huancarani en vez de su currículo.

“Aprendió un poquito [de parto vertical] en universidad pero no era prácticamente.” (Entrevista personal CS Huancarani)

De hecho, todavía no hay buena normas educativas por el enfoque intercultural; como los testimonios del personal de salud, la incorporación de cursos de sensibilidad cultural en los programas educativos de medicina, enfermería, y obstetricia son una mezcla y falta cursos importantes para atención intercultural. Una comparación entre el currículo para medicina, enfermería, y obstetricia sólo entre la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

(UNSAAC) y la Universidad Andina del Cusco (UAC) y con el currículo para medicina desde la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en Lima revela que hay diferencias entre cursos como idiomas, medicina alternativa, y prácticas en el campo (Tabla 1).

Universidad y especialidad	Cursos en Idioma (Quechua)	Cursos en Conocimientos de Medicina Alternativa	Cursos en Sensibilidad Cultural y/o Atención Intercultural	Cursos en Historia de Medicina Tradicional	Cursos en Promoción de Salud	Cursos sobre el Política de Medicina en Perú	Cursos con Prácticas en el Campo
UNSAAC: Medicina	Sí, básico “Quechua Médico I y II”	Sí, “Medicina Tradicional”	No	Sí, “Historia de la Cultura Andina”	No	Sí, “Situación de la Salud”	Sí, “Internado Rural”
UAC: Medicina	No	Sí, “Medicina Complementaria”	No	No	No	Más o menos, hay una opinión para tomar “Realidad Nacional: Constitución Política del Perú y Derechos Humanos”	No
UNMSM: Medicina	No	No	No	Más o menos, “Historia de Medicina”	No	Más o menos, “Estadística y Demografía en Salud”	No
UNSAAC: Enfermería (*no podía encontrar un horario completo de currículo)	Más o menos, “certificado de suficiencia de un instituto garantizado en idioma extranjero”	No	No	No	No	Sí, “Análisis Situacional de Salud”	No
UAC: Enfermería	No	Sí, “Medicina Alternativa”	No	No	Sí, “Enfermería Comunitaria y Salud	No	No

					Publica”		
UNSAAC: Obstetricia (*no podía encontrar un horario completo de currículo)	Sí, “Quechua Básico”	No	No	No	No	No	Sí, con “Centros de Salud con Profesionales del Campo Clínico”
UAC: Obstetricia	No	Sí, “Cultural Andina”	No	No	Sí, “Salud Publica”	No	Sí “Internado Rural”

Tabla 1 (anterior): Una comparación y análisis de currículo con enfoque intercultural en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC) y la Universidad Andina del Cusco (UAC) y con el currículo para medicina desde la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en Lima para las carreras de medicina, enfermería, y obstetricia.

En la mayoría de casos, los currículos carecen de cursos para incrementar la sensibilidad, respeto, interés, e idioma de la cultura local. Asimismo, en vez de incorporar lenguas locales como por ejemplo el quechua, hay un importante peso a otros idiomas como el inglés en la educación de medicina en UAC y UNMSM, hecho que limita la comunicación con la gente y agentes de medicina tradicional, e inhibe la revalorización de lenguas originarias como el quechua. Finalmente, una observación es que a veces, la medicina tradicional se aborda como un contexto primitivo o antiguo, pero no es la realidad; todavía, muchas comunidades utilizan diferentes tipos de medicina y la medicina alternativa debe ser reconocida al mismo nivel de respeto que la biomedicina. Por ejemplo, un sílalo para el curso *Historia de la Medicina* de UNMSM cita medicina alternativa como “medicina primitiva” (Anexo 7).

“Competencia Específica: Proporcionar al estudiante una visión del desarrollo de la medicina primitiva y la transformación que los progresos de la ciencia y de la medicina per se van a constituir.” (Universidad Nacional de Mayor de San Marcos, Lima, Perú)(Anexo 7)

La perspectiva medicina tradicional primitiva, afecta las percepciones del personal de salud y consecuentemente, su respeto, interés, y conocimiento; este tipo de formación se ve reflejada en su calidad de trabajo en áreas como Huancarani. Me parece que el enfoque intercultural es de interés de CENSI y MINSA pero no hay incorporación en los currículos de Centros de formación pregrado o entrenamiento para el personal de salud. Pues, la idea es bonita en papel y en sus guías pero no se está aplicando en las regiones que más la necesitan.

También, por el personal que tienen conocimientos de costumbres y hierbas, ellos aprendieron desde la gente o agentes de medicina tradicional.

“La gente saben. [Aprendí] en Huancarani desde la gente de campo. Ellos me lo comparten durante consultorios.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Para alguien del personal, la información del uso de hierbas medicinales ha sido transmitidas por su abuela, una partera, y su tío¹³. Pero ahora, no hay tanta transmisión de conocimiento entre agentes de medicina tradicional y el personal; o entre el personal con nuevo personal. Desde la perspectiva de un partero:

“ahora, no, ellos no quieren mi ayuda.” (Testimonio agente de Tradicional Medicina)

Con las internas de la enfermería no había un énfasis para usar quechua con los/las usuarios o para aprender costumbres de la región. Tal vez, nadie quiere invertir su tiempo para enseñarles cuando ellas sólo estaban en Huancarani por un poco de tiempo, pero últimamente, sin ayuda ellas nunca recibirán oportunidades durante su entrenamiento para conocer la cultura e incrementar su conciencia cultural. Este ejemplo demuestra que en todos los niveles (internos,

¹³ Entrevista personal CS Huancarani

personal, educación) puede haber la falta de interés. Esta mentalidad sigue con la exclusión de entrenamiento del personal en el centro de salud sobre atención y calidad con interculturalidad.

Personal: “Muy poco [entrenamiento en el centro]. . . personal ha trabaja tiempo y casi ya tenía sus funciones bien, claras, cómo trabaja con interculturalidad. Algunas las obstetras reúnen para ver cómo se puede mejorar la atención.”

Yo: “¿Pero no existe en otro servicios?”

Personal: “No, no.”

Yo: “¿Y porque no existe en otros servicios?”

Personal: “Creo que la falta de persona quien organiza o [una persona que saben] cómo mejorar interculturalidad.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Pero, esto también es un problema de todos niveles de control por la falta iniciativa de entrenamiento siguiendo de sensibilidad cultural y atención con mejor calidad y debe considerar un factor que ha limitado la transversalización del enfoque intercultural en todos servicios.

7.2.2 DEMANDA Y RESPECTO

Otra razón potencial por la falta de transversalización es que no había una demanda grande desde la comunidad. Hay alguna evidencia para esto pero necesitamos estudios para determinar el peso de esto.

“[No hay más transversalización] por la demanda de pacientes. Hay más candidatos de gestantes que otros tipos.” (Entrevista personal CS Huancarani)

Sólo uno vez, un usuario solicitó información sobre su enfermedad al médico, que podía buscar en las medicinas naturales para curarse y no hubo más observaciones como este caso, en las que personas solicitaban información sobre medicinas alternativas. Resulta contradictorio ya que el

uso de medicina la alternativa existe de manera muy sólida en las comunidades. Casi la mayoría de usuarios usan hierbas o conocimientos de medicina tradicional antes de venir al centro de salud.

“Primero, prefieren sus medicamentos alternativos y cuando ya no tiene efectos con estos medicamentos, vienen acá.” (Entrevista personal de salud de Huancarani)

“Sí, la gente utiliza medicina tradicional para fiebre, tos, resfriados. Usan plantas y hierbas.” (Testimonio usuario CS Huancarani)

Sin duda, los/las usuarios utilizan medicina tradicional en sus casas. Por eso, me parece que no hay más transversalización por dos razones: (1) todos saben que la gente las usa en sus casas; entonces, no hay urgencia o iniciativa para incluirlas en el centro si existe afuera; (2) por barreras idiomáticas y jerárquicas, los/las usuarios no pueden iniciar conversaciones sobre sus necesidades o deseos. Independientemente, estas costumbres se deben respetar y el enfoque intercultural, deben incluirse en todos los servicios.

7.2.3 DISCUSIÓN

Para concluir, no existen transversalización del enfoque intercultural porque los sistemas de entrenamiento, dentro de establecimientos de salud y universidades, son carentes de una adecuada educación intercultural; entonces, afecta enormemente la calidad de atención como se ha visto más anteriormente. También, no hay normas para educación de sensibilidad cultural a través de las universidades del Perú y esto no es decir que solamente los programas de profesiones en salud deben incluir currículo intercultural ya que todos los programas educativos tienen que incorporar y adaptar el enfoque intercultural por todo el país por ser pluricultural

especialmente por la inmigración de poblaciones indígenas a ciudades. Para todos los factores que se han identificado, pienso que ellos culminan en asuntos como: comunicación, jerarquía de poder, la falta de interés y conocimiento. Por eso, no podemos incluir el enfoque intercultural en todos servicios sin dominio ni incremento de los conocimientos en interculturalidad, creando relaciones de confianza simétricas entre la gente y el personal, y teniendo interés autentico en la comunidad y su trabajo.

CONCLUSIONES

En este informe he analizado los factores que facilitan y limitan la integración del biomedicina y medicina tradicional así como las razones que el enfoque intercultural no se ha transversalizado por todos servicios en el Centro de Salud de Huancarani. Muchos de mis resultados se han realizado en un corto tiempo y algunos eran soluciones, dependiendo de la situación y personas. Sin embargo, siento que aprendí sobre la situación compleja del enfoque intercultural. Es interesante todas las contradicciones entre el personal de salud, los/las usuarios, los agentes de medicina tradicional, y las organizaciones del política de salud y es muy evidente la desconexión entre todos. Pienso que tenemos que ser mutuamente responsables de las normas para atender con lo mejor al paciente-centrado en el cuidado y sensibilidad intercultural. Además, había superposición entre los factores y entre mis preguntas principales, pero pienso que esto es el ejemplo de la expresión de la interculturalidad, porque lo intercultural es una combinación de muchos aspectos diferentes de la cultura - una mezcla - entonces; no es una casualidad que en mis resultados, estos factores vayan juntos, por ejemplo, sin el uso de quechua, es difícil aprender la cultura y conocimientos de medicina tradicional; pero también , quechua es una ausencia en el enfoque intercultural de la educación formal de salud a pesar de que las/los usuarios han declarado que es uno de sus principales pilares de atención intercultural. También,

me parece que la atención intercultural no solamente es un problema para Perú, es a nivel de todos los países incluyendo los Estados Unidos. La lucha por servicios sanitarios equitativos y respetuosos es una pelea en muchos partes del mundo y seguiremos desarrollar los sistemas de salud pero sólo por la resistencia de lo que existe actualmente. Por eso, es necesario que haya otros estudios con más tiempo para abordar esas preguntas en la región y establecer patrones de problemas. Otras investigaciones futuras, potencialmente son para responder a ¿cómo creamos mejor comunicación entre todos (los/las usuarios, el personal de salud, los agentes de medicina tradicional, el Gobierno Regional, y CENSI)? y ¿cómo aumentamos la sensibilidad cultural e interés del personal de salud?

SUGERENCIAS

Esta investigación ha realizado algunas áreas que el Centro de Salud y sistema de medicina en general puede mejorar la atención intercultural. En el gran esquema, CENSI no tiene una presencia en la región y por eso debe aumentar al personal e interacciones con los establecimientos de salud y las comunidades. También para lograr comunicación exitosa entre todas entidades, puede buscarse mediadores culturales y facilitar más oportunidades para el diálogo intercultural entre el personal de salud, el Gobierno Regional, y las comunidades. Debe estimar esto en su presupuesto para evitar cargas económicas a los centros de salud de CLAS o la gente.

Para lograr la mejor calidad en servicios, hay algunas recomendaciones. El Personal de salud debe explicar con términos claros y honestos sobre enfermedades, exámenes, y tratamientos en la idioma local y si hay dudas de cuál idioma los/las usuarios usan, debe preguntar en qué idioma ellos prefieren. También, el personal debe escuchar con interés a todas las dudas de la gente para establecer una relación de confianza. El estado peruano y el centro se

dedican a incorporar el enfoque intercultural; con ese compromiso, el Centro de Salud de Huancarani debe aumentar el uso de costumbres locales como hierbas en todos servicios especialmente parto y medicina. La comunidad y agentes de medicina tradicional deben incluir en las conversaciones son salud sobre el desarrollo de la incorporación de la medicina tradicional. También, recomiendo reuniones repetidas con ellos para intercambio de conocimientos y revalorización de la idioma local y de medicina alternativa. También, el personal debe practicar en el uso del idioma local en sus interacciones con la gente. Asimismo, tiene que incrementar el personal de salud, mantener horas abiertas con personal predispuesto y deseoso a atender en el centro, y finalmente, tener médicos 24 horas, 7 días de una semana. Recomiendo que haya entrenamiento dentro de cada establecimiento sobre maneras para mejorar calidad y atención intercultural. A nivel Regional o CENSI deben organizar estos procesos si los establecimientos no pueden. Además, los establecimientos deben esforzarse por una la pertinencia cultural de los servicios, en el que todo el personal quiere atender con respeto, desarrollar personal de conocimientos técnicos y habilidades de comunicación, personal que conozca la realidad de la comunidad y el idioma local, que trabajen sin discriminar a la población, y descomponer la relación jerárquica entre los/las usuarios y el personal para crear relaciones genuinas y simétricas. Finalmente, estas actitudes se inician primordialmente durante la formación pregrado del personal; entonces, los currículos de medicina, enfermería, y obstetricia tienen que incorporar más cursos en todos lugares educativos de salud en Perú acerca de idiomas locales, medicina tradicional, atención intercultural, y promoción de salud.

BILIOGRAFÍA

- “Agendas de Investigación en Salud.” *Ministerio de Salud (MINSA)*. N.p. 2015. Web. 22 Apr. 2016. <<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/92/informacion-y-vigilancia>>
- Bodeker, Gerard. (2007). Traditional medical knowledge and twenty-first century healthcare: The interface between indigenous and modern science. *Local Science vs. Global Science: Approaches to Indigenous Knowledge in International Development*, (23-39).
- Crandon-Malamud, L. (1991). *From the fat of our souls: Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Retrieved April 14, 2016.
- Foster, G. M. (1984). Anthropological research perspectives on health problems in developing countries. *Social Science & Medicine*, 18(10), 847-854.
- “Health and Human Rights: Key Facts.” 2016. *World Health Organization (WHO)*.
- Mathez-Stiefel, S., Vandebroek, I., & Rist, S. 2012. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 8(26).
- “Medicina Tradicional.” *Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)*. N.p. 2014. Web. 24 Apr. 2016. <<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/53/medicina-tradicional/jer.53>>
- Mignone, J., et al. 2007. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 31(3).
- Moscoso, Deisy Versalia, 2015. Elaboración de lineamientos de política para la transversalización del enfoque intercultural en la gestión de los Servicios de Salud de la región del Cusco. *Materia de Salud Intercultural*.
- “Normas Legales: Decreto Supremo N° 016-2016-SA.” 2016. *Ministerio de Salud (MINSA)*.
- “Objetivos en el ámbito Sectorial.” *Seguro Integral de Salud (SIS)*. N.p. 2011. Web. 22 Apr. 2016. <http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/objetivos.html>

Orr D. 2012. Patterns of persistence amidst medical pluralism: Pathways toward cure in the Southern Peruvian Andes. *Medical Anthropology*, 31(6): 514-530.

“Resumen Ejecutivo de la Estrategia en Salud Materno Perinatal Implementada en la Micro Red Huancarani.” 2011. *United Nations Children’s Emergency Fund (UNICEF)*.

ANEXOS

Anexo 1: Guía de Observación

Aspectos quiero observar:

- El sentimiento del medio ambiente
- Posición de usuarios y médicos dentro del cuarto y posición física (postura)
- Idioma y/o uso de traductor
- Dinámico de la conversación (habilidad explicar cosas en diferente maneras, tono, velocidad, etc.)
- Sensibilidad intercultural y conocimientos de medicina tradicional y/o recomendaciones de medicina tradicional
- Reacciones de los usuarios
- Calidad de lugar

Anexo 2: Guía de Entrevista: Usuarios reales

¿Por qué vino al centro de salud? (indagar no solo por el estado de salud, sino por las motivaciones)

(En caso de que el motivo sea un problema de salud) ¿Antes de venir al CS usó algún tratamiento natural o medicina para curarse? ¿Por qué?

¿Qué recomendaciones (indicaciones) le dio el médico/obstetra/enfermera? (indagar sobre la receta, hierbas, etc) ¿Entendió todas las indicaciones? (indagar sobre el idioma)

En su opinión, ¿cuál es mejor, por qué?

¿Siente que el personal de salud, conoce, usa y respeta sus conocimientos sobre el cuidado de la salud? (indagar sobre rituales, uso de hierbas y otros recursos vinculados a la medicina tradicional)

¿Cómo fue la atención que recibió? ¿Por qué?

¿De qué comunidad viene, a qué distancia se encuentra?

¿Conoce de algún caso de señoras que hayan dado a luz en el centro de salud?

¿Qué piensa/opina la comunidad sobre la casa materna/uso de hierbas y el parto en posición vertical en el centro de salud?

¿Cómo participa la comunidad en las actividades del centro de salud?

¿El personal de salud, además de visitar a las comunidades, qué otras actividades desarrolla con ustedes (indagar si tienen interés de aprender sobre la cultura local)?

Anexo 3: Guía de Entrevista: Usuarios Potenciales

¿Describa sus síntomas? ¿Qué enfermedad tiene usted?

¿Por qué no fue al Centro de Salud?

¿Para esta enfermedad, ha usado medicina tradicional? ¿Por qué?

¿Ha tenido experiencias con el Centro de Salud en el pasado? ¿Puede explicarlas?

En su opinión, ¿cuál es mejor medicina tradicional o el Centro de Salud? ¿Por qué?

¿Dónde vive usted y cuanto distancia del Centro de Salud?

¿Conoce de algún caso de señoras que hayan dado a luz en el centro de salud?

¿Qué piensa/opina la comunidad sobre la casa materna/uso de hierbas y el parto en posición vertical en el centro de salud?

¿Cómo participa la comunidad en las actividades del centro de salud?

¿El personal de salud, además de visitar a las comunidades, qué otras actividades desarrolla con ustedes (indagar si tienen interés de aprender sobre la cultura local)?

Anexo 4: Guía de Entrevista: Personales de Salud

¿Cuánto tiempo viene trabajando en el centro de salud?

¿Habla usted quechua? ¿Es su idioma materno?

¿Qué significa atención intercultural para usted?

¿Qué piensa usted de la medicina tradicional?

¿Usted recomienda o indica medicina tradicional a usuarios del servicio? ¿Por qué?

¿Si es que incorpora la medicina tradicional, dónde la aprendió y cuáles fueron sus motivaciones para aplicarla?

¿Cuáles son los avances y dificultades que tienen en la adecuación cultural del parto?

¿Por qué no se ha extendido (transversalizado) el enfoque a todos los servicios, más allá del parto? ¿Por qué?

¿Qué recomendaciones daría para incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud?

¿Sabe usted de CLASS? ¿Qué piensa sobre esta modalidad de administración de servicios?

¿Usted participa en la organización del servicio de salud, cómo?

Anexo 5: Guía de Entrevista: Personales de Medicina Tradicional

¿Cuánto tiempo viene trabajando en medicina tradicional?

¿Qué significa medicina tradicional? ¿Qué practica?

¿Cómo aprendió estas prácticas?

¿Habla usted quechua? ¿Es su idioma materno?

¿Qué piensa usted del Centro de Salud de Huancarani?

¿Siente que el personal de salud, conoce, usa y respeta sus conocimientos sobre el cuidado de la salud? (indagar sobre rituales, uso de hierbas y otros recursos vinculados a la medicina tradicional) ¿Ha compartido sus conocimientos sobre medicina tradicional con los médicos del Centro de Salud?

En su opinión, ¿por qué personas usan medicina tradicional en vez de ir al Centro de Salud?

¿Usted cree que la medicina tradicional ha sido desplazada/marginada por el Centro de Salud?

¿Por qué?

¿Conoce de algún caso de señoras que hayan dado a luz en el centro de salud?

¿Qué piensa/opina la comunidad sobre la casa materna/uso de hierbas y el parto en posición vertical en el centro de salud?

Anexo 6: Mapa de Paucartambo (abajo). Huancarani ubica en el sur de Paucartambo. (UNICEF)



Anexo 7: Competencias Específicas (página 4) del sílabo para el curso “Historia de La Medicina” del currículo medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú.

- Interpreta la evolución de la Medicina cuanto a su relación con la ciencia y la sociedad, sus bases conceptuales, las particulares formas de desarrollo y acumulación de conocimiento, con actitud crítica, analítica y reflexiva.
- Identifica la contribución y limitaciones de la Medicina sobre la salud de las personas, el rol que cumplen sus practicantes en la sociedad y las responsabilidades y limitaciones de la misma, basándose en el estudio histórico de la medicina, valorando la trascendencia de los acontecimientos de la época.
- Identifica los aspectos fundamentales de la cultura médica peruana en el contexto y el desarrollo histórico del Perú, demostrando compromiso y responsabilidad en sus asignaciones.

IV. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- 1.-Proporcionar al estudiante una visión del desarrollo de la medicina en diversas culturas y épocas, enfatizando la relación entre ciencia, sociedad y medicina.
- 2.-Proyectar la experiencia histórica a los problemas de salud contemporáneos.
- 3.- Proporcionar una visión panorámica del desarrollo de la Medicina Peruana

V. UNIDADES DE APRENDIZAJE

1. La medicina primitiva
2. La gran transformación
3. La Medicina Peruana y su desarrollo

VI. PLANIFICACIÓN DE CONTENIDOS:

1. UNIDAD DE APRENDIZAJE I:				
COMPETENCIA ESPECÍFICA:				
1.-Proporcionar al estudiante una visión del desarrollo de la medicina primitiva y la transformación que los progresos de la ciencia y de la medicina se van a constituir.				
:				
Contenidos conceptuales	Contenidos procedimentales	Semana	Técnica o Estrategia de aprendizaje	Hora
Bases para el análisis de la historia en medicina	Análisis de lecturas seleccionadas Videos escogidos	1	Lectura comentada Análisis del video	
La medicina de los pueblos primitivos	Análisis de lecturas seleccionadas Videos escogidos	2	Lectura comentada Análisis del video	
La medicina en el imperio Romano	Análisis de lecturas seleccionadas Videos escogidos	3	Lectura comentada Análisis del video	