



Capítulo 8

JUSTICIA INTERCULTURAL Y BIENESTAR EMOCIONAL

Restableciendo vínculos

Juan Ansion
Antonio Peña Jumpa
Miryam Rivera Holguín
Ana María Villacorta Pino

Justicia intercultural y bienestar emocional
Restableciendo vínculos

Juan Ansion, Antonio Peña Jumpa, Miryam Rivera Holguín,
Ana María Villacorta Pino

© Juan Ansion, Antonio Peña Jumpa, Miryam Rivera Holguín,
Ana María Villacorta Pino

De esta edición:

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2017
Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú
feditor@pucp.edu.pe
www.fondoeditorial.pucp.edu.pe

Diseño, diagramación, corrección de estilo
y cuidado de la edición: Fondo Editorial PUCP

Primera edición: noviembre de 2017

Tiraje: 500 ejemplares

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio,
total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-15043

ISBN: 978-612-317-304-3

Registro del Proyecto Editorial: 31501361701188

Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5, Perú

CAPÍTULO 8.

POLÍTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD: LEJOS DE PROMOVER BIENESTAR EMOCIONAL Y JUSTICIA

Miryam Rivera Holguín y Tesania Velázquez

Como se señaló previamente, el bienestar emocional es asociado a la salud y, por tanto, al acceso a los servicios de salud, y a las políticas de prevención y atención vigentes; así como a las maneras en que estas contribuyen al bienestar o al malestar emocional, y, por ende, a la vivencia de situaciones de justicia o de ausencia de la misma.

Los estudiantes universitarios ayacuchanos logran dar cuenta de cómo las políticas en salud están lejos de promover bienestar emocional y justicia en la región. Son críticos del sistema y del modelo vigente, incluso critican la formación recibida en la universidad. A partir del trabajo de campo, observamos que los estudiantes de salud si bien han logrado una «apropiación del discurso académico» (Zavala y Córdova, 2010, p. 45) no dejan fuera la experiencia de vida y el conocimiento propio y ancestral de sus culturas. No obstante, ello no es incorporado en la formación universitaria institucional.

Los participantes, a través de sus testimonios, sostienen que las personas demandan atención en salud, la cual es considerada un derecho. Las personas, reconociéndose como ciudadanas, demandan políticas de salud para responder a sus necesidades. Identifican que el sistema de salud vigente no responde a sus necesidades sanitarias, pues no corresponde a su entorno ni a su cultura, por lo que se mantienen distantes de esa oferta en salud; debido a ello buscan resolver sus problemas sanitarios a través de prácticas tradicionales de sanación y atención en salud.

La gente no quiere ir a los sistemas de salud porque primero vale el sistema de salud no formal para solucionar sus problemas, como el papá que no fue al sistema de salud formal sino que se va al curandero. Ahora último me ha pasado, un anciano por ahí de donde vivo se rompió el pie y no quería ir al hospital [...] llegué a emergencia, pero él no quería, entra el traumatólogo y dice: «ah, bueno si no quiere entonces que se vaya». Lo enyesaron [pero] él se sacó el yeso después de tres días porque dice mucho frío le pasaba [...] no quiso volver al hospital porque dijo: «prácticamente me han botado, me han dicho que si no quiero ahora será peor, a qué ya voy a volver, mejor acá nada más». Y él solo se había puesto tablas, en su casa se había entablillado porque vive solo el viejito [...] yo le he arreglado algunas cositas y de verdad se sanó con sus tablitas (TD7 1215).

Si uno analiza, la medicina occidental invade, así como en la educación, con programas hechos en escritorio [por] querer imponer[se], entonces eso hace que la población se aleje, y no está bien, por supuesto (TD5 1014).

La desconfianza de la población hacia el sector salud no es producto del azar, sino que responde al recuerdo de la aplicación de políticas de salud que violaron los derechos, especialmente los de las mujeres en Ayacucho, que aún es parte de la memoria de la población, como el caso de las esterilizaciones forzadas (Ballón, 2014).

La reacción de la población, el rechazo total a las esterilizaciones forzadas [quizás] perdure hasta ahora porque hay un rechazo, porque ven que no tienen el apoyo para solucionar sus conflictos de la justicia formal, entonces se aíslan en su cultura y eso es terrible para el sector salud porque es muy fuerte ese rechazo que se siente (TD5 1014).

[Durante] la esterilización forzada de Fujimori, una señora que ha tenido cuatro hijos y estaba embarazada en el centro de salud le dijeron: «vamos a llevarte a Huamanga porque hay una complicación», pero no era una complicación [sino] que por esta cuestión tan vertical querían ligarle [las trompas]. Entonces, ella viene al hospital y el personal de salud le dice al esposo que ya se puede ir: «nosotros nos encargamos de

ella, firma no más este papel». El parto no tiene ninguna complicación [pero] en la sala quirúrgica, para hacerle la intervención le dicen: «mira, tu marido ya nos ha autorizado, te vamos a intervenir» [...]. Al segundo y tercer [día] se complica la intervención [y] la mujer queda con problemas y decía: «ni siquiera han venido a curarme, no han sido capaz de reconocer que me han hecho esta herida. Ahora soy inválida». Entonces estas cosas también repercuten [...], esa imagen que pueda haber y ahí viene el problema (TD5 1014).

No es solo que el sistema sanitario violento o que ofrezca opciones fallidas a estas poblaciones, sino que, a la vez, posterga el acceso a la salud y, con ello, se suma a las acciones estructurales de mantención de pobreza y precariedad. Se trata de un Estado que ofrece servicios públicos, sin estar preparado para hacerlo y con limitaciones para reconocer las diferencias culturales e incorporarlas a su accionar institucional.

La gente no quiere ir al sistema de salud porque primero vale el sistema de salud no formal para solucionar sus problemas [...] Hay problema de quiebre, de separación grave, entre los dos sistemas [y] nuestras percepciones, [sus] conocimientos no están de acuerdo a nuestra realidad cultural, nos movemos bajo esos parámetros (TD6 1114).

En un lugar donde hay distintos saberes, no podemos ceñirnos a uno solo, lo importante es entender otros saberes, otras prácticas y lo importante es construir de acuerdo a la realidad, no debe ser recetas, técnicas, porque la realidad es compleja y heterogénea (TD6 1114).

Los profesionales de salud, desconociendo los sistemas de salud tradicionales, confían en su propuesta de atención occidental y postergan los aspectos clínicos interpersonales. Esto provoca, en ocasiones, negligencias graves, ya que por dar mayor atención a sus procedimientos especializados no contemplan la salud integral del paciente.

Un ahijado mío se rompió el bracito subiendo la escalera jugando y el papá trabajaba en el hospital, era obrero, y quería llevarle al hospital y los vecinos le dicen: «llévale al huesero porque en el hospital es

por gusto, eso es simple». Le llevan al hospital, le ponen tres tipos de sedantes y el chico entra en coma y muere porque era alérgico (TD7 1215).

1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD VIGENTE

El personal de salud señala estar inmerso en un sistema sanitario jerarquizado y vertical, en el cual el conocimiento solamente lo posee el profesional, y se posterga el conocimiento que pueda tener la persona misma sobre su propia salud, o también el que pueda tener el personal de salud, por experiencia previa acumulada en el campo o por su propia historia.

Nuestro contexto es distinto y en nuestro sistema existen jerarquías de conocimiento que se establecen y permanecen con una imposición tan fuerte, lógicamente no es culpa de la persona en sí, sino del proceso, pero esto está muy enraizado. Como la universidad, se hace el conocimiento más jerárquico, incluso perdemos lo que sabemos [de nuestra propia cultura] Hablar es fácil, pero la situación concreta en este sistema de salud es muy difícil [...] decirle al médico: «doctor no es como usted cree», porque el sistema es jerárquico y el sistema de salud todavía es más jerárquico. Aquí el médico jamás va escuchar al técnico lo que sabe porque en él está implícito por su formación, que tampoco es su culpa lógicamente, que él tiene la razón, él tiene saber y más obedecemos a lo que él dice. Ese es nuestro sistema, a lo que nosotros estamos acostumbrados [...] El médico tiene que salir [del consultorio] para [yo poder] decir lo que pienso porque nuestro sistema de salud esta jerarquizado. Qué hacer es una gran interrogante (TD6 1114).

Esta verticalidad, que se configura en el día a día de los profesionales de salud, expresa las relaciones de poder entre ellos y los pacientes de zonas andinas. La gran mayoría de los especialistas en salud no dialogan con la experiencia derivada de la práctica clínica, sino que se refugian en el poder del conocimiento científico. Esta misma verticalidad la sufre

la población, a la que no se escucha, y a la que no se le permite decir lo que piensa. Los participantes son críticos con la verticalidad y la falta de reconocimiento, pero no identifican alternativas que permitan generar cambios significativos en los sistemas de salud.

Incluso les cuestionamos, «no te doy alimentos si tú no vienes a controlarte tu embarazo», eso no es respeto [...] Es un problema estructural porque si esa persona estuviera empoderada, tuviera servicios de salud, tuviera educación, hubiera dicho: «no, yo quiero esto» (TD6 1114).

Nosotras estamos preocupadas de cumplir nuestra labor de protocolo y no somos capaces de conversar con las personas y establecer una relación cercana [...] estamos tan preocupados de llenar papeles [...] que nos olvidamos qué piensa, qué quiere (TD6 1114).

Por ejemplo, el sistema de referencias del sector salud está organizado jerárquicamente, es decir, en las comunidades más alejadas de la capital, la capacidad resolutoria es mínima. En algunos casos, son puestos de salud con un solo personal, por lo que la población no puede acceder a resolver sus necesidades sanitarias en sus localidades. Ellos requieren ser movilizados a las grandes ciudades, en las que muchas veces no tienen redes sociales ni familiares, lo cual les produce desconfianza y temor, y suscita que se escapen antes de ser transferidos a los hospitales grandes de la ciudad.

Siempre hay estos problemas de referencia y contra referencia, y una de las normas del Ministerio es ubicar a la autoridad de la comunidad, y la autoridad es siempre el presidente comunal, por ejemplo, para trasladar a una paciente casi a la fuerza (TD5 1014).

Con la persona que le atiende [en el centro de salud] no llegan a entenderse. La señora [se preocupa] por sus animales, sus hijos, en cómo los dejó, pero el personal de salud no [comprende] [...] En una comunidad campesina, sus chacras, sus hijos, sus animales, tienen mucho más valor que para un personal de salud, sus prioridades son otras, entonces, no le llegan a entender (TE7 1215).

Destaca cómo el personal de salud legitima las prácticas coercitivas que tienen hacia la población a fin de realizar las respectivas referencias a servicios más especializados. Esto devela la precariedad del vínculo, y aumenta la desconfianza de parte de la población hacia los servicios sanitarios públicos. Del mismo modo, también se hace presente que la resistencia de la población obedecen a episodios fallidos de la atención en centros de salud distantes de sus casas, que, como se vio en páginas anteriores, en algunos casos terminaron con el fallecimiento de la persona.

Las mujeres andinas, por su cosmovisión, no quieren moverse. Hace tiempo, una abuelita se fracturó su miembro inferior y ha ido al centro de salud. El doctor le dijo a la familia que vaya al hospital de Ayacucho para que lo enyensen, tomen rayos X, todas esas situaciones porque allá no hay. La abuelita no quiso porque tenía gallinas, sus cosas primero, que no puede, entonces a veces la persona no valora su propia vida a pesar que está en riesgo [...] Casi sedada lo han traído, en otras palabras (TD5 1014).

Hay una desconfianza total frente a un servicio de salud y esta desconfianza hace que quieran escapar como una cortina del «no quiero, no puedo». He escuchado a muchas mujeres en el campo [que dicen]: «prefiero curarme en mi casa, prefiero curarme con mis yerbas, prefiero esto antes de irse porque en realidad uno va a una muerte fija». Es lo que ellos dicen: «irme al hospital es irme a morir», lo que también en algún momento decía mi madre: «irse al hospital es para morir». Entonces, es la desconfianza y, por otro [lado], es la actitud de los servidores que no existe esa calidad y calidez humana [...] Hay una desconfianza total, hay un quiebre. Más que nada, se ve la experiencia aquí, en Huamanga, de que la traen con mentira, tienen que mentirle, le tienen que decir que solo la van a sacar análisis de sangre, y así se la trae, porque son colegas que tienen responsabilidades con este problema de muerte materna, muchas veces mienten, el trabajo es multisectorial (TD6 1114).

Muchas veces, por seguir los protocolos de una manera ciega, el personal de salud no logra tener un acercamiento empático con la población, sino más bien impositivo, y la vehemencia por la referencia a hospitales más especializados eleva la desconfianza de las pacientes: todo esto aleja a la población del establecimiento de salud. Además, al ser perseguidos por el personal de salud, radicalizan su reticencia e incrementan su temor, y en situaciones límite, encuentran que huir es la única opción para ponerse a salvo, aunque a veces el resultado es nefasto, como lo refiere la siguiente cita:

Quería compartir sobre la última muerte materna [...] El personal de salud ha captado a esa mamá [y] en forma directa le dice: «tenemos que ir a Huamanga porque tu bebé está transverso, *chakinpi kachkan, mana lluqsinkachu umancha* [está de pie, no sale su cabecita]». Si está transverso, jamás de los jamases va poder dar la luz por un parto normal, incluso la colega ha ido a las autoridades porque ella [la madre] reacia no quería viajar a Huamanga [...] Una autoridad fue a conversar con la madre, pero ella reacia porque sus hijos eran pequeños, no había quien cuide sus hijos y su pareja todavía estaba en la cosecha. Entonces, ella determina simplemente escaparse, desaparecer de la casa y se ha ido a un sitio lejano, a una casucha para que en la cosecha deje sus alimentos [...] prácticamente ahí murió y se le encontró después de dos o tres días y nadie lo pudo ubicar, ni el esposo, y simplemente se le encontró muerta [...] era un sitio casi inaccesible, yo no sé cómo ha llegado a ese sitio porque, según el video, hemos visto cómo avanzaban, era mucha neblina, había mucha lluvia, incluso han pasado ríos (TD5 1014).

Esa señora necesitaba que se considerase la situación en la que estaba, el centro de salud no reconocía la importancia que tenía para ella ser atendida en su casa porque no podía alejarse de sus otros hijos. El personal de salud no actuó en función de lo que ella necesitaba, pues solamente querían referirla, tal como lo señala el protocolo, y dejaron fuera la posibilidad de

contar con el apoyo de parteras tradicionales con experiencia en partos con fetos en posición transversal.

Faltó sensibilizarlo, la señora se confió: como había parido dos niños, pensó que ese embarazo podía ser normal, y creo que fueron atendidos por ella misma; entonces, ella confiaba, pensó que como yo he parido normal, tranquilamente ella confía, no creía que la patología estaba demostrada porque la gestación era transversa [...] son cosas culturales [pensó:] «yo me escapo, si voy a Ayacucho voy a volver en cajón» (TD6 1114).

La madre [...], aparte de que tenía ese cargamontón, tenía que dejar algunas cosas, inclusive hijos que necesitan de ella, no es solo irse, porque ella se hubiera ido, pero sus hijos son los que van a sufrir, y si su esposo está en la chacra, en la cosecha, «quién va velar por mis hijos», diría, entonces, más que nada acá, yo veo que los médicos y las enfermeras deben ver su contexto y no solo derivarlo [...] su cosmovisión, el pudor al cuerpo, diferentes factores que intervienen [...] y por cuidar a su demás hijos, que son más pequeños, y sus animales, también se ha ido a otro lugar y por eso no le han tratado o no lo han sabido cómo resolver el caso (TE7 1215).

¿Cómo hemos roto ese vínculo? El personal de salud no estamos viendo el verdadero problema de la madre, no lo estamos entendiendo, no estamos actuando con empatía para hacerle sentir a esa madre que su hogar no va ser descuidado, entonces tal vez hubiese cambiado de parecer. Prácticamente, esa muerte materna pudo haberse evitado, pero no lo hemos hecho por la interculturalidad y, más que nada, la interrelación [por] que nos faltó mucho la empatía (TD5 1014).

Estos testimonios manifiestan la capacidad de reconocer algunas alternativas de diálogo intercultural, pero aún no se encuentran las vías para lograrlo. No obstante, la autocrítica se convierte en un paso inicial para el cambio de actitud. Adicionalmente, cuando las personas toman la decisión de acudir al sistema sanitario, se encuentran con situaciones de rechazo. La manera en que son recibidas las señoras que provienen del

campo en los centros de salud genera mucho malestar, y eso se expone en el siguiente testimonio:

Cuando tú llegas a la posta, lo primero que te dicen es que eres sucia, cochina, que no practicas eso (las recomendaciones que da el sector salud), incluso entraban más a su intimidad que en el diagnóstico. Eso es lo que le fastidiaba a la señora, es por eso que prefería ir a la partera antes que al hospital [...]. La partera y la obstetra deben compartir sus conocimientos, aplicar y salvar más vidas incluso, que ahora ocurren negligencias por no atender oportunamente (TE7 1215).

Por ello, cuando se exploran las razones por las que no se acude al centro de salud, se encuentra que la población percibe que sus necesidades de salud son minimizadas en los servicios sanitarios y que, en muchos casos, las regresan a sus casas sin dar una respuesta efectiva a sus necesidades.

Yo he visto, en algunos casos, que cuando va con un síntoma, las enfermeras dicen: «no tienes nada, vuelve mañana o más luego ya». Cuando está grave, ahí se pone recién un poco la desesperación, pero hasta ese límite tratan de llegar las enfermeras. Es por eso que a veces la misma gente del campo difícilmente quiere ir al hospital (TE7 1215).

Se desconoce y se rechaza la cultura de las personas, por lo tanto, se desvalora su experiencia de vida y sus saberes tradicionales. Sus conocimientos y tradiciones no son incorporados en las prácticas sanitarias, así se amplía la distancia del continuum salud-enfermedad inscrito en la matriz cultural andina (Zuluaga, 2009). Se considera, entonces, el conocimiento científico occidental como el único válido y se posterga la posibilidad de incorporar otros conocimientos utilizados por las comunidades. De este modo, se ofrece una atención parcial y superficial; no se planifican acciones ni se proponen políticas sanitarias, que puedan responder a estas necesidades de salud. Así se vulnera el derecho a la salud de estas poblaciones.

Una persona andina preferimos no acudir a una especialista médico y preferimos ir al curandero porque creemos que son más efectivos y van lograr la solución, aparte de ser económico (TE7 1215).

2. BARRERAS Y DISTANCIAS ENTRE LA POBLACIÓN Y EL PERSONAL DE SALUD

Estas dificultades en el sistema generan un funcionamiento sanitario débil, que tiene distancias y barreras muy profundas y que provocan que la población tome distancia y muestre resistencias para ser atendida en las instancias sanitarias públicas. Este desencuentro también fue reportado a partir del trabajo con personal de salud en Ayacucho (Rivera, 2003). Ante estas resistencias, los trabajadores de salud realizan acciones «persecutorias» con la población y esto deteriora aún más la relación personal de salud-población.

Creo que el propio MINSA tiene problemas, no tiene personal permanente que pueda establecer mayor confianza en la población en un determinado tiempo, cada seis meses están cambiando y no logran conocer bien. Yo conozco igual de un caso que ha ido la obstetra con las autoridades a una casa donde la embarazada no quería ir al centro para atenderse, se quedó en la casa y puso resistencia, y la obstetra le dijo: «bueno, me firmas y si se muere es por su responsabilidad». La señora accedió [a] ir al centro de salud y cuando se dieron cuenta, por un lado estaba escapando (TD5 1014).

Sin embargo, los estudiantes reconocen que hay profesionales de salud que identifican estas dificultades y que son críticos con su institución, a nivel de políticas, planes, programas y de recursos humanos.

Lo evidente es que hay un quiebre entre el concepto de quienes impartimos salud y los que creemos que damos salud, hay una fractura muy grande. [...] En el centro de salud se atiende, pero no hemos indagado sobre qué piensan las personas que atendemos, qué

sienten sobre el servicio de salud y ahí no hay reparación. Encima que el sistema de salud es complejo y las personas están de paso, no se involucran con la comunidad y quieren escaparse porque es de ida y vuelta, no hay un vínculo como objetivo principal (TD5 1014).

Los estudiantes reconocen las barreras y las identifican como problemas, por tanto, hay un deseo e interés en algunas áreas para generar cambios y establecer nuevas formas de relacionarse. O como diría Zuluoga (2009), se estaría comenzando un diálogo entre las culturas y sus nociones de salud-enfermedad.

En ginecología, aquí en el hospital, estamos aceptando toda esa cultura, pero en otra área hacen lo contrario. Todavía no estamos entendiendo bien lo que es la cultura, aceptar nuestra cultura, falta todavía en cuanto a los profesionales de salud. Y qué será en medicina, en cirugía, etcétera. Pero lo que yo veo [es] que estamos logrando esa apertura y la aceptación de las diferentes culturas, al menos en lo que es obstetricia (TD7 1215).

La mayoría [de mis hijos] han nacido solos, ni con partera. A veces yo [atendía], a veces sola. Cuando estaba en el trabajo y cuando volvía ya había nacido. A veces cuando estaba lejos, los que más apoyaron son mis hijos que estaban aquí; los que nacieron realmente en la posta son los dos ultimitos que tengo. Los demás han nacido en mi casa [...] no había partera, pero ya era costumbre, con una sogá y yo le agarro así, así como estoy sentado, encima de mi rodilla se sienta y de ahí ha salido facilito. Lo agarramos de la cintura así, un poquito empujando para abajo y nace rapidito (EP2 1114).

En la Amazonía y parte de los Andes hay parteras que pueden arreglar estas cosas trasversas [...] he visto cómo arreglaban y he recogido testimonios. El problema es que el protocolo no reconoce a la partera [...] hay toda una jerarquía (TD6 1114).

En el sistema sanitario público existen algunas iniciativas para prevenir situaciones de urgencias médicas, como la atención al parto, las cuales

han suscitado el trabajo conjunto con las autoridades locales, y así reducir la muerte perinatal.

En el MINSA [se] han hecho tantas investigaciones, y hemos participado muchas veces, para conocer la cultura. Lo sabe el Ministerio, pero sin embargo sus estrategias no han sido superadas [...] Cuando hay un caso de esa naturaleza, toda la familia se traslada a un lugar materno cerca del hospital y ahí vive, dependiendo, si les falta un mes o dos meses o hasta la fecha probable de parto. Ese es un costo para el Ministerio, acá tenemos un hogar materno en el hospital que muy pocos lo conocen, son formas estratégicas de evitar la muerte materna [...] Inclusive hubo un concurso de «muertes evitadas» con referencia, y salvaba pasando ríos, habiendo hecho un sinfín de estrategias para poder llegar. Entonces, el MINSA está haciendo bastante en este punto de muertes maternas porque se está trabajando mancomunadamente con las comunidades dentro de la atención prenatal. Hay un plan de parto, donde necesariamente había que enlazarse con la comunidad, y la presión es fuerte con las colegas, porque no se le puede morir ninguna madre, porque tienen que acudir a las autoridades para poder convencerla [porque] hay comunidades que son bastante conservadoras y quieren que sean de su religión para que puedan acceder y convencer. Hay comunidades donde se pueden volver, son estrategias que tienen que pasar (TD5 1014).

En este testimonio, se observa la dificultad de comprender que la salud es integral y que no solamente se trata de convencer a las pacientes para seguir el protocolo médico, sino que se trata de acercarse a las concepciones de salud-enfermedad de las personas, reconocerlas y desde allí proponer acciones que contribuyan con el bienestar de ellas. Esto empieza por reconocerlas como personas, por verlas como ciudadanas de derecho y por respetar y valorar su cultura (Ansion, 2009).

Entonces, si bien es cierto, el personal de salud reconoce que en su institución se han establecido algunas acciones para acercarse a la cultura de la población, la cita a continuación nos presenta una actitud de distancia

o desvaloración frente a la cultura andina y a las personas que provienen del campo. Al parecer, la incorporación de estas acciones no responden al respeto y valoración del otro, sino que son acciones instrumentales para disminuir la muerte materna, que es un indicador de sanción al interior del sistema sanitario público. La racionalidad instrumental finge respeto por la diversidad cultural, pero solamente busca incorporarla en su lógica de funcionamiento.

Nosotros, años anteriores, hemos tenido muertes maternas en alta cantidad, pero a razón de eso, hemos salido en busca de las parteras tradicionales, en busca de nuestros comuneros, en busca de nuestras autoridades de nuestra comunidad, para trabajar, así, bien organizada, luego, bajar nuestros índices de mortalidad materna. Se ha cambiado el protocolo, se han cambiado guías, todo, efectivamente, ha surtido efecto donde también se ha trasladado al hospital. En el hospital también ya las atenciones aceptamos lo que es ya el parto vertical, aceptamos que traigan sus hierbas, sus agüitas, incluso se ha aceptado que traigan sus ropas porque ellos con sus pellejos se sentían muy bien y no en la cama que estaba pues con la sabana fría, etcétera (TD7 1215).

Los participantes muestran un discurso coherente con las políticas interculturales que promueve el MINSA, pero no hay un claro convencimiento del aporte de la medicina tradicional, ni la posibilidad de un diálogo e intercambio real de conocimientos. Es solo discurso, pues el personal de salud desconoce que el respetar y valorar la cultura y las prácticas de la persona son el componente básico para establecer una alianza por la salud de las personas. Y parte de esta alianza se construye a partir del establecimiento de un vínculo de respeto, el cual presupone escuchar y entender a la persona, pues los síntomas de ausencia de salud no son solamente físicos, sino también emocionales, mentales, espirituales, etcétera.

No hay tiempo para que nos cuente la historia sino, simplemente, de acuerdo a sus síntomas, un analgésico y se le cita otra vez para ver si ha mejorado y, entonces, puede ser que ya no regrese [...] el tiempo que se nos da para una consulta no permite [escuchar] toda una historia que ella nos pueda contar, incluso si las mujeres empiezan a contar [...] no nos compete, sino más bien ir a la sintomatología y los antecedentes que pueda tener. Además, es un asunto cultural y de formación, a nosotras nos forman netamente asistencial, incluso yo escucho a muchos médicos decir: «no me puedo comprometer tanto porque cómo la ayudo». Es una cuestión de formación y de sistema y cómo nos relacionamos también con la persona que está frente a nosotros y, sobre todo, si no somos de la zona, probablemente esa es una barrera grande (TD2 0614).

El no ser de la zona de acción, es reconocido como una barrera, pero, en realidad, la mayor barrera son los prejuicios y la relación vertical de dominio entre las culturas que impregna el trato interpersonal. El personal de salud puede no ser de la zona, pero, en muchos casos, también es andino, y tiene más en común con las personas del campo de lo que quiere reconocer, ya que habla quechua, tiene una espiritualidad similar, etcétera. Sin embargo, prefiere ocultarlo, producto de los sistemas de exclusión y discriminación vigentes en nuestra sociedad (Degregori, 2013; Manrique, 2002).

Los protocolos en el sistema de salud son los instrumentos que generan protección procedimental al personal de salud; empero, en algunos casos, contribuyen al aumento de la distancia con la población. Algunos profesionales de la salud valoran los protocolos de atención porque les ofrecen normativas, lo cual ha contribuido a disminuir las muertes maternas; también hay quienes señalan que estos protocolos no corresponden a las realidades locales y ello amplía las fracturas culturales.

Es bueno valorar los protocolos [de] atención natal y materna que en Huamanga se han formado y se ha institucionalizado en el MINSA [...]; antes había 200 a 300 muertes, ahora hay 11 a 12 al año con la

atención de los protocolos, porque se refiere a las pacientes para que pueda solucionarlo acá (TD6 1114).

El protocolo se hace en la capital, en el Ministerio, los especialistas, por ejemplo, te dicen: «si esto esta aqicito nada más». Sí, hay una distancia, pero no sabemos que hay una cordillera, un río, hay montañas (TD7 1215).

Es decir, son instrumentos pensados y contruidos fuera de la realidad local, lo cual demuestra la dificultad de asumir que el Perú es un país diverso cultural, social y geográficamente.

Creo que las políticas, los protocolos, están hechos como si la realidad es homogénea, no viendo la heterogeneidad [...] Como universidad, nos plantea el reto para investigar (TD6 1114).

Precisamente, el conocer la heterogeneidad y valorar las diferentes formas de contribuir al bienestar causa que los propios profesionales de salud puedan, ocasionalmente, saltarse el protocolo mediante acciones inmediatas para salvar las vidas de las personas.

En una zona intermedia de Ayacucho, llegó una paciente [...] con un parto que requería de una intervención quirúrgica urgente. Entonces, el médico rompe los protocolos y dice: «la vamos a operar»; no tenían sala de operación, consiguen lejía, agua hervida y así movilizó, como director del centro, movilizó a todo su personal [para] operar y salvar la vida, porque por encima de los protocolos estaba la vida de la persona, porque llevar a Lircay era difícil y traer a Ayacucho era [más] difícil y a la paciente, con el movimiento, podía haberle pasado algo. Sin embargo, recibió una llamada de atención y ante los resultados positivos [de la operación], le dijeron: «otra vez no hagas, esta vez has tenido suerte, puede ser riesgoso que atiendas». Era un médico joven, con otra mentalidad, que cuestiona este tipo de atenciones que hay en el hospital y cómo el médico debe tener cierta autonomía, con lo que conoce poder actuar (TD7 1215).

El sistema sanitario público prescribe el cumplimiento del protocolo por parte de su personal de salud, su no cumplimiento deviene en sanciones, lo cual limita la posibilidad de encontrar alternativas de solución que contemplen la cultura local.

La situación de límite viene a ser la responsabilidad penal [por] incumplimiento de ese protocolo [y] permite que el especialista simplemente se marque a seguir el protocolo y no vaya más allá, a acudir a otras fuentes de solución, eso también debería ser una falta (TE7 1215).

Se plantea que la huella digital o la firma en un documento de consentimiento informado ofrece el poder y la voluntad de la persona para actuar sobre su cuerpo, sin ninguna otra información concurrente que para el paciente puede ser más relevante.

Ahora ya se ha avanzado mucho, ya no es como antes, ahora se firma un documento. Con consentimiento en mano tiene que ser explicada a la pareja. Se sigue porque otros son los que actúan, como por ejemplo, la obstetra, y otro recibe [...]; esa es la intención y, casualmente, se cumple. Por ejemplo, cuando viene con circular de cordón, la partera lo va hacer, claro, porque de ella es (TD5 1014).

Por su parte, para los docentes, muchos de los cuales, a su vez, son profesionales de salud, el Estado descuida las condiciones de trabajo en las que labora su personal, y solo les plantean protocolos cerrados, que limitan la posibilidad de dialogar con la población y con la cultura de las comunidades.

No siempre el personal de salud tiene mala intención, pero no es cálido. Ir a trabajar a estos lugares implica tener mucha disposición humana, lo que pasa es que los protocolos, el sistema mismo, nos cuadricula, no nos permite tener más herramientas para tomar decisiones con mayor libertad. También trabajar como personal de salud en estos lugares es complejo, te puedes ganar un problema legal serio, por eso es que

se trabaja en cooperación con los dirigentes comunales. El sistema de salud es más complejo de lo que estamos conversando porque estamos dejando de reconocer a los que participaban en el lugar, a las parteras (con todo su conocimiento), que ya están perseguidas, en otras palabras. El sistema de salud formal que no pregunta qué quiere, qué piensa, qué se le puede hacer, qué necesita para que ella puede entender que su salud está en juego y que pueda recibir atención (TD6 1114).

Algunas docentes, a partir de su experiencia profesional en el sector salud, atribuyen las dificultades que encuentran en los servicios de salud a la falta de formación y capacitación recibida por ellos, en cuanto a temas de derechos humanos, ciudadanía e interculturalidad.

En un primer momento, tiene que ver con las formas de aprender del médico [...] que no permite ver la realidad y que, gracias a la otra persona que viene y entiende esa otra forma de aprender, le da la salida [...] de respeto de derechos humanos [...] mayor desarrollo de lo que es ciudadanía [...] la vida de la persona vale, eso posibilita que el médico llame [al chamán]. Acá todavía es mucho más jerárquico, vertical, protocolos, se imponen esquemas que el médico no va poder [cambiar] (D6 1114).

Son temas controversiales, los médicos están enfocados en la ciencia, esto se ve en el hospital. Incluso hay profesores que te dicen: «[¿]por qué te metes en algo que no sabes[?], si [la paciente] no quiere, hazle firmar un acta que no quiere transferencia». Por ejemplo, la profesora nos decía que si hay una mujer que está con aborto incompleto y está con hemorragia, lo que tú puedes hacer es un legrado, pero ellos [los médicos] nos dicen: «[¿]por qué se meten a hacer eso si no está en tu protocolo[?]» (EE5 1114).

Otro profesor nos dice que tenemos [que] aliarnos a las parteras, si existen en la comunidad; si la señora no quiere venir a las salas de parto, modificar nuestro establecimiento, si en ese lugar utilizan pellejitos, y averiguar cómo dan su parto (parada, vertical, sentada) (EE5 1114).

3. ALTERNATIVAS PARA PROMOVER UN DIÁLOGO ENTRE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD

Dentro de las opciones, los participantes plantean establecer alianzas con sanadores tradicionales y parteras, de tal manera que se pueda ofrecer un servicio de salud cercano al entorno y a la cultura de la población.

Estoy totalmente de acuerdo que es estructural, pero hay que tener aliados locales como incorporar a las parteras locales, invitarlas a las atenciones que hay en los centros más cercanos, en vez de ahuyentarlas, en vez de que sea una cita clandestina, [que] ellas vayan aprendiendo, y hay parteras muy dispuestas para hacerlo (TD6 1114).

Las parteras están siendo desplazadas, muchas veces se les está presionando tanto que se están ocultando porque hay profesionales de la salud que creen que lo saben todo y no están involucrándose como aliados de ellas, que nos pueden facilitar muchas veces las cosas, hacer más accesible a la gestante hacia nosotros (TE7 1215).

Como se evidencia en el último testimonio, ello supone reconocer el valor de los sistemas tradicionales de salud, y el reconocimiento de conocimientos ancestrales propios de la cultura andina (Zuluoga, 2009). Ello implica, en palabras de Mabit (1996), incorporar el sentimiento y la intuición en la configuración de la realidad, y no solo ajustarse a modelos racionales de pensamiento.

En esa línea, se reconoce también como una necesidad considerar que la paciente es quien más conoce sobre su propio cuerpo, así también, considerar que es la paciente quien puede participar en las decisiones sobre las acciones de salud a tomar para su caso (Córdova, 2014).

El personal no ha tenido una buena entrada hacia la señora, en no preguntarle, consultarle, de repente ella ha querido que hubiera una partera o alguien que haga las revisiones en las madres gestantes [...]; esta apertura, en verdad, no es una iniciativa de los médicos del hospital (TD6 1114).

Plantear prácticas diagnósticas, no invasivas y culturalmente aceptadas, contribuiría a que las pacientes no se sientan atemorizadas, avergonzadas ni reticentes a acudir al puesto de salud a recibir atención, por ejemplo, durante el embarazo.

Va [a] haber mujeres [que] no van a querer hacerse el tacto (vaginal) porque eso es algo íntimo, solo queda el pulso para salvar eso. Como profesional humanista e intercultural, debemos conocer la realidad de las comunidades. [...] La realidad de la comunidad es distinta; en el parto, ellas tienen sus propios métodos, se ponen en posición que sea cómoda para ellas. Nosotras debemos aliarnos con ellas, si les decimos que no les vamos a atender de esa forma, ellas ya no van a venir y van a preferir [...] familiares y las parteras. La tradición de las parteras se está perdiendo en las comunidades, debemos recuperarla (EE5 1114).

Se requiere, además, una formación en género, ya que la vivencia de la salud-enfermedad, en el caso de las mujeres, tiene particularidades propias asociadas al cuerpo, la sexualidad, el parto, la maternidad, la experiencia emocional y el rol de cuidado, que deberían considerarse y relevarse en el sector salud.

La consideración de incluir mediadores culturales es otra recomendación, ya utilizada en otros contextos interculturales de nuestro país, como ha sido en el sistema de justicia. Este incluye a profesionales antropólogos en procesos judiciales con la población indígena.

Siempre hay alguien que es reconocido que puede intervenir como mediador, un presidente que tiene legitimidad por la comunidad, o un familiar mayor, más sabio; el juez de paz también. En salud es muy fuerte y hay que reconocerlo quienes trabajamos, incluso en la norma de primer nivel de atención primaria la primera labor es reconocer quién es la persona con la cual debemos de coordinar para solucionar algunos conflictos, como referencia y contra referencia, y en esto hay avances y hay reconocimiento que no es formal (TD5 1014).

Además, plantear una atención de salud integral, que incluya la participación de la persona, contribuiría a que la paciente se sienta protagonista y segura sobre las decisiones que se están tomando y que, en todo el proceso, están respetando su voluntad o la de sus familiares.

El problema es estructural, no hemos indagado sobre su vida, qué pensaba de su propio embarazo, cómo pensaba que debía ser. Estamos más preocupados que la mujer sea referida para que tengamos una muerte menos, pero a nadie le ha preocupado preguntar: [¿]cómo te gustaría que sea tu parto[?] (TD6 1114).

Finalmente, se necesita realizar acciones de incidencia con el Estado, a fin de generar políticas y programas de salud que posibiliten una atención de calidad y culturalmente adecuadas.

Cómo encontramos canales al Estado, cómo le hacemos llegar al Estado, cómo le tocamos las puertas, cómo incorporamos esto para que se conviertan en políticas públicas que pueda atender al problema (TD6 1114).

La diversidad cultural tiene que dejar de ser vista como un problema y convertirse en una posibilidad de encuentro y diálogo de saberes diversos.

Estos talleres con los participantes se convirtieron en espacios de expresión y diálogo, salieron del formato académico tradicional de ofrecer información y se transformaron en espacios de formación de ciudadanía, donde era posible rescatar y posicionar las historias de vida, las tradiciones, la cultura. De este modo se experimentaba la formación profesional de manera distinta.

4. JUSTICIA Y BIENESTAR EMOCIONAL

Las carreras en la universidad se han convertido en estancos separados y, en algunos casos, tienen un carácter parcializado, es decir, hay carreras con mayor valor y prestigio que otras y que además «blanquean» (Zavala y

Córdoba, 2010). En este proyecto se ha trabajado sobre el derecho ubicado en una posición de poder y control.

Por eso es interesante identificar cómo aparece en el discurso de los participantes una asociación entre justicia y bienestar emocional. A partir de los testimonios de los participantes, se encuentra que esta asociación, si bien no es explícita, está presente. Se plantea que no acceder a la justicia contribuye a no tener bienestar emocional y, por otro lado, si la persona se siente con bienestar emocional, ejerce su derecho de ciudadanía y, por ende, de búsqueda de justicia.

En los testimonios, lo que más aparece son las dificultades asociadas con estos conceptos. El deseo de ser ciudadanos está implícito en la acción de búsqueda de justicia, esta puede frustrarse por desencuentros culturales que derivan en incompreensión de la problemática o en situaciones de discriminación.

Muchas veces, la gente del campo vive con muchos prejuicios; si vamos a la ciudad la gente campesina no es bien recibida en el hospital o en diferentes instituciones. Esa es la mentalidad y ese es el prejuicio de mucha gente del campo (TE7 1215).

A la posta de salud no fui porque ellos para nada creen, no creen en nada y dicen: «¿qué cosa es eso de *qarqacha*?» diciendo, eso no creen [...] No tengo, pues, ni mis papeles [...] yo tomo yerbitas no más [...] Una vez no más fui, mi corazón estaba que me dolía [...] [¿]Por qué será [que] me duele mi corazón[?], le dije y no me quería dar, no me quería atender diciendo que era por gusto. «No, señora, mi boca amanece totalmente amargo», le dije, pero ella: «no, tú estás bien», diciendo, no me quería hacer la transferencia para Huamanga para hacerme curar cuando le dije. Es por eso que no voy a la posta de salud; luego, haciendo hervir yerbitas no más estuve, con eso no más se me pasó, con eso me he curado, y desde ahí no regreso a la posta de salud (EP1 1114).

Estos testimonios muestran que mucha población rural no logra sentirse como parte de la sociedad, y viven estos desencuentros como