

Incorporación del enfoque intercultural al sistema de atención de salud

Incorporation of the intercultural approach to the health care system

Clara Luisa del Carmen Henckell Sime*

Resumen

Incorporar el enfoque intercultural en la atención de salud supone un reto por sus implicancias ideológicas, políticas y técnicas. El presente ensayo reflexionó sobre lo que sucede al respecto en el Perú para responder preguntas como: ¿Existe normativa sobre interculturalidad en salud? ¿Cómo adecuar de forma pertinente los servicios de salud para la atención intercultural? ¿Cuáles son los aspectos o nudos que se presentan al momento de brindar una atención intercultural en salud? ¿Cómo incorporar el enfoque intercultural en la formación del personal de salud? Las respuestas dan sugerencias a los tomadores de decisiones y al personal de salud para que este enfoque se practique en lo cotidiano de la atención de salud, sobre todo de los pueblos indígenas. Usando el Google Scholar y teniendo como criterios de exclusión el idioma y el tiempo de publicación, se descargaron y leyeron 25 artículos científicos cuyo contenido tuvo relación con interculturalidad y/o con salud, además de normas nacionales del sector salud con respecto a interculturalidad.

Se halló que existe un marco jurídico en salud sobre interculturalidad pero que las brechas en infraestructura y equipamiento dificultan ponerlo en práctica; que se deben adecuar los servicios

* Bióloga con segunda especialidad en Gestión Ambiental, magíster en Docencia Universitaria y en Calidad, Seguridad Alimentaria, Nutrición y Dietética y doctora en Administración de la Educación. Se ha desempeñado como bióloga en distintos establecimientos de salud, tanto públicos como privados, y como docente en la Universidad Señor de Sipán y en la Universidad César Vallejo - Filial Piura. Actualmente labora como responsable del Laboratorio de Aguas y Alimentos en la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental, Lambayeque. ORCID ID: 0000-0002-4786-6608. Correo electrónico: claryh@hotmail.com

de salud a la atención intercultural, además de evaluar las mallas curriculares de los centros formadores de personal de salud para verificar que este enfoque se incluya, que podría crearse un sistema de salud con dos subsistemas, uno nacional y otro para pueblos indígenas y que urge unificar el acceso a la atención de salud de la población peruana.

Palabras clave: Atención de salud, enfoque intercultural, poblaciones indígenas y rurales

Abstract

Incorporating the intercultural approach in health care is a challenge due to its ideological, political and technical implications. This essay reflected on what happens in this regard in Peru to answer questions such as: Are there regulations on interculturality in health? How to appropriately adapt health services for intercultural care? What are the aspects or knots that arise when providing intercultural health care? How to incorporate the intercultural approach in the training of health personnel? Provide suggestions to decision makers and health personnel so that this approach is practiced in the daily life of health care, especially for indigenous peoples. Using the Google Scholar engine and having the language and time of publication as exclusion criteria, 25 scientific articles were downloaded and read whose content was related to interculturality and/or health, in addition to national regulations of the health sector with respect to interculturality.

It was found that there is a legal framework in health on interculturality but that the gaps in infrastructure and equipment make it difficult to put it into practice; that health services should be adapted to intercultural care, in addition to evaluating the curricula of health personnel training centers to verify that this approach is included, that a health system could be created with two subsystems, one national and the other for indigenous peoples and that it is urgent to unify access to health care for the Peruvian population.

Keywords: Health care, intercultural approach, indigenous and rural populations

Introducción

La interculturalidad ha sido a través del tiempo un tema de discusión intelectual que ha tomado protagonismo en aquellos que elaboran políticas públicas y en los tomadores de decisiones que buscan una sociedad más tolerante, inclusiva e incluyente. Sin embargo, tratar el tema de la

interculturalidad supone mirar el escenario de aspectos técnicos, políticos e ideológicos propios que están involucrados en los procesos interculturales.

Por otro lado, la salud es un derecho humano y un deber del Estado, pero también es una construcción social en la cual la educación juega un rol importantísimo, y definirla como ausencia de enfermedad ya no es suficiente. Es por ello que durante la Conferencia Sanitaria Internacional llevada a cabo en Nueva York en 1946, firmada por 61 Estados y que entró en vigor a inicios del año 1948, se define a la salud, según lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el preámbulo de la Constitución de dicha organización, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2022), definición que desde entonces no ha sido modificada.

El Perú es uno de los países más diversos culturalmente en el mundo. La Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI) indica que actualmente existen 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 están en la Amazonía y 04 están en los Andes (Ministerio de Cultura, s.f.a), además de 48 lenguas indígenas u originarias, de las cuales 04 se hablan en los Andes y 44 en la Amazonía (Ministerio de Cultura, s.f.b). Este hecho, por un lado, es enriquecedor, pero ser un país culturalmente tan diverso tiene un costo cuando se quiere “igualar” la atención de los servicios de salud.

Los servicios de salud de ordinario ofrecidos por el Estado peruano en los diferentes establecimientos de salud y hospitales, según su categoría, encuentran una realidad sociocultural que necesita una comprensión profunda de su historia, cultura y vida social, por lo que poner en práctica la interculturalidad supone un reto. El personal de salud que brinda un servicio de atención, sea cual fuere su cargo, profesional, técnico o auxiliar, por lo general no habla el mismo idioma que el paciente que la recibe, más aún, tampoco piensa igual y muchas veces se intenta poner en práctica una medicina occidental en poblaciones indígenas que tienen *per se* arraigadas prácticas ancestrales con respecto a la recuperación de la salud, y descalifican a esta última o la subestiman.

Según Balaguer et al. (2003), citada por Espinosa y Ysunza (2009):

Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que comparten el mismo entorno, que se realiza con respeto y horizontalidad. Es decir, que ninguna se pone arriba o por debajo de la otra. En esta relación intercultural, se pretende que personas de culturas diferentes, puedan entenderse mutuamente, comprendiendo la

forma de percibir la realidad y el mundo de las otras u otros. De esta manera se facilita la apertura para ser escuchado y enriquecerse con las ideas de los demás (p. 296).

Llevando este significado al plano del sector salud en el Perú, habría que preguntarse si efectivamente hay respeto y horizontalidad cuando se brinda la atención del servicio de salud.

Asimismo, la interculturalidad también va de la mano con condiciones sociales de vida digna, es decir, que nadie tenga que padecer hambre ni necesidad y por ende que todos cuenten con agua limpia, con aire limpio, con ecosistemas sanos que ofrezcan recursos suficientes, como herencia para las generaciones que vienen y a la vez heredados tal cual, de nuestros ancestros, y como país aún falta mucho al respecto.

El presente ensayo reflexiona sobre lo recogido por distintos autores sobre el modo de practicar la interculturalidad en el sector salud para tratar de responder a las siguientes preguntas: ¿Existe normativa sobre la interculturalidad en salud en el Perú? ¿Cómo adecuar de forma pertinente los servicios de salud para la atención intercultural? ¿Cuáles son los aspectos o nudos críticos que se presentan al momento de brindar una atención intercultural en salud? ¿Cómo incorporar el enfoque intercultural en la formación del personal de salud?

Las respuestas podrían brindar sugerencias a los tomadores de decisiones para que, a través de las políticas públicas, hagan efectiva la práctica del enfoque intercultural, y también al personal de salud, especialmente al que labora con poblaciones indígenas, indistintamente de su cargo (profesional, técnico o auxiliar), para que este enfoque esté presente al momento de prestar sus servicios, de modo que haya más reciprocidad, respeto y horizontalidad.

Gracias al buscador Google Scholar se descargaron y leyeron 25 artículos científicos, cuyo contenido estuvo en relación con interculturalidad y/o con salud, se tomaron notas y se elaboraron citas.

Para elegir dichos artículos se tuvieron en cuenta dos criterios de exclusión: el idioma, por lo que solo se eligieron aquellos artículos científicos en español, y el tiempo de publicación, excluyendo a aquellos artículos que tuvieron más de 20 años.

1. Interculturalidad, pobreza y ruralidad

En el Perú, como dice la conocida frase popular, “el que no tiene de inga, tiene de mandinga” aludiendo al mestizaje y la diversidad étnica existente, al punto que podría decirse que es el

país de todas las sangres. Sin embargo, a más de 200 años de ser un país libre e independiente, el Perú aún no resuelve el problema de la discriminación étnico-racial, en donde la procedencia (costa, sierra o selva) es de antemano un motivo para ello. Es por ello que la práctica del enfoque intercultural en la atención de los servicios de salud constituye una tarea titánica y un desafío.

La interculturalidad, entendida como el respeto y la valoración de las diferencias culturales para una convivencia pacífica y armoniosa, tiene su base en el reconocimiento de que no somos una sociedad cuyos integrantes son culturalmente parecidos, sino por el contrario, somos una sociedad con marcadas diferencias lingüísticas, étnicas, religiosas y de costumbres, que viste, piensa e incluso siente diferente. Y de esas diferencias, la más saltante cuando se quiere brindar una atención de salud con enfoque intercultural es la diversidad etnolingüística, con 76 etnias¹. Sumado a lo anterior, están las 16 familias etnolingüísticas distribuidas geográficamente en todo el territorio nacional (Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos [INDEPA], 2010).

Ahora bien, formar personal de salud que hable todas esas lenguas es prácticamente imposible; formar a personal de salud en la lengua que habla la población a la cual va a brindar su servicio de atención en salud parecería algo más sensato. Pero para ello es necesario planificar la futura práctica del personal de salud desde su formación profesional o técnica con ese enfoque, es decir, pensando en que es posible que no sólo tenga que brindar su atención a los que hablan su idioma sino también que podría brindar su atención de salud a poblaciones con lengua distinta, y que, de tener que laborar en esas zonas, tendrá primero que aprender su lengua.

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) la incidencia de la pobreza en el Perú es mayor en la zona rural que en la zona urbana, y es mayor en la sierra que en las otras regiones (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). Ello supone que, de antemano, brindar el servicio de atención de salud intercultural a la población de esas zonas ya encuentra dificultades, porque la pobreza está íntimamente relacionada con el analfabetismo, la desnutrición, la falta de infraestructura y equipamiento adecuados, etcétera, y los propios procesos interculturales requieren de recursos disponibles.

1 El término etnia hace referencia a la “Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.” (Diccionario de la Lengua Española, 2021)

Por otro lado, es necesario definir el término “ruralidad”, que hace referencia al “conjunto de fenómenos sociales que se desarrollan en un entorno rural y que permiten construir identidad” (Pérez & Merino, 2016). De allí que podría decirse que la ruralidad es la puesta en valor de la identidad rural, que durante mucho tiempo fue considerada marginal por los marcos conceptuales, y relacionada solamente con poblaciones campesinas. Un ejemplo de la puesta en valor de lo rural es el turismo rural-vivencial que muestra *in situ* al viajero las bondades del contacto con la población local, disfrutar sus comidas, dormir en sus viviendas, aprender sus costumbres, experimentar sus rutinas e intervenir en su cotidianidad. Es decir, relacionar el entorno rural de un modo positivo.

Como ya se mencionó, a partir de la data de la ENAHO 2020, la pobreza está relacionada con la población de la zona rural, entendida esta última como la condición de vivir en lo rural: “se refiere a personas que viven en centros poblados con 400 o menos viviendas contiguas” (Trivelli, 2010). Partiendo de ello, vale preguntarse por qué el Estado peruano debería invertir en esas zonas con lo que exige el mundo moderno en cuanto a tecnología y equipamiento en salud si la densidad poblacional es tan baja, es decir, si hay tan pocos a quienes brindar la atención de salud. Sin embargo, no se debe olvidar que, como Estado, es su deber garantizar que los servicios de salud de calidad lleguen a toda la población peruana. Para el caso de las poblaciones indígenas en el Perú, las condiciones de lejanía geográfica en las que se encuentran hacen que sea aún más difícil la inversión en salud, sobre todo por la accesibilidad y también por la poca disponibilidad de personal de salud que desee laborar en dichas zonas. Es por ello que las prestaciones de salud no solo encuentran la dificultad propia de las diferencias culturales de ambos lados (paciente-prestador del servicio de salud), tales como la comunicación debido a las diferencias en el idioma, sino también que los servicios públicos en salud que se ofrecen no tengan la modernidad en tecnología e infraestructura que aquellos que se brindan en las ciudades, y lo más preocupante, que aunque se logran ofrecer con tales características, la demanda de ellos sería muy poca debido a la baja densidad poblacional de dichas zonas.

2. Normativa sobre interculturalidad en salud en el Perú

La Constitución Política del Perú (1993) en su capítulo I, artículo 2, numeral 2, señala que “Toda persona tiene derecho: A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”. Y el numeral 19 expresa que toda persona tiene derecho “A su Identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación”, es decir que ya desde la

Carta Magna, el Estado peruano ha establecido el derecho de todo peruano a ser igual ante la ley, sea cual sea su condición particular.

Por otro lado, en el artículo 9 está estipulado que “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud” (Const., 1993). En otras palabras, mediante sus políticas de salud, el Estado debe facilitar el acceso equitativo de toda la población a los servicios de salud tales como atenciones médicas, análisis, cirugías, tratamientos, medicamentos, etc.

Sin embargo, para cumplir con lo que este marco jurídico indica, no solo se necesita el lineamiento de la política en sí misma, sino que se brinde lo necesario para ponerla en práctica. En ese sentido, si no se dan las condiciones necesarias oportunamente en materia de recurso humano, equipamiento, infraestructura, etc., es casi imposible que se pueda llevar a la práctica lo que la norma indica porque —valga el ejemplo— es como si se le ordenara a un cocinero preparar un alimento, pero no tiene cocina donde pueda prepararlo, tampoco utensilios ni ingredientes; o, en otro caso, se le ordena preparar el alimento hoy, pero sólo le doy cocina, una semana después le doy los utensilios y una semana después los ingredientes. Algo parecido ocurre cuando se da una política, pero no se prevé con anterioridad lo necesario para hacerla realidad, se tiene que tener claro que no sólo es darla en el papel sino también brindar las condiciones a tiempo para poder implementarla y ejecutarla.

Por otro lado, cuando se quiere lograr que el grueso de la población peruana tenga acceso a los servicios de salud, de forma “equitativa”, se encuentra que el sistema de salud cuenta con entidades como las Fuerzas Armadas y Policiales (sanidades) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD) que tienen a su cargo establecimientos de salud que atienden a una población objetivo específica, en otras palabras, solo atienden a población con características particulares como ser policías o miembros de la fuerza armada (o familiar directo de ellos) o cuyo empleador paga su atención como asegurado. Un punto adicional es que la cobertura cada vez aumenta más, con un incremento de la población asegurada de ESSALUD en los últimos 10 años a una tasa del 2,2 %, pasando de 9 786 864 de asegurados en 2012 a 11 767 048 de asegurados al tercer trimestre de 2021 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022). Habría que preguntarse cuánto se ha preparado ESSALUD para atender a más asegurados con eficacia, eficiencia y con enfoque intercultural teniendo en cuenta no solo el aspecto de infraestructura y equipamiento sino también la modernización en el diagnóstico, la actualización en las terapias, la compra

de medicamentos con probada garantía, la disponibilidad de personal profesional, técnico y auxiliar capacitados, etcétera.

Siguiendo esta línea, el MINSA aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural que regula las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional mediante el Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Esta política se complementa con la Norma Técnica de Salud NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01 para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada con Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA. (MINSA, s.f.). Sin embargo, como ya se mencionó, poner en práctica la Política Sectorial de Salud Intercultural planteada requiere no solo de la voluntad sino los instrumentos necesarios. En ese sentido, acortar las brechas que existen en salud en cuanto a infraestructura y equipamiento es una prioridad como Estado.

El MINSA, como ente rector del sector salud y a través de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización en su documento publicado en enero de 2022, manifiesta que dentro de los servicios públicos que brinda el sector salud están la atención de servicios de salud básicos brindados en el primer nivel de atención, que se complementan con los centros de promoción y vigilancia comunal, la atención de servicios hospitalarios, la atención de institutos especializados y la atención especializada en salud pública (MINSA, 2022).

De acuerdo con ello, en el Perú hay más de ocho mil establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluyendo a ESSALUD y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, pero no todos cuentan con capacidad instalada adecuada ni funcionan en condiciones adecuadas respecto a la infraestructura y equipamiento. A diciembre de 2021, el 97,65 % de establecimientos de salud del primer nivel de atención presentaba capacidad instalada inadecuada a nivel nacional, expresada en precariedad de la infraestructura y equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente (MINSA, 2022).

Y algo parecido ocurre con los 261 hospitales de segundo y tercer nivel de atención que existen en el país y que en su mayoría tienen un promedio que supera los 40 años de construidos. Su normativa de construcción fue distinta a la que actualmente se usa, y la falta de mantenimiento oportuno ha contribuido a su deterioro, tanto en infraestructura como en equipamiento. Esto significa un riesgo latente para los pacientes y el personal de salud, porque a diciembre de 2021, el 97,57 % también tenían capacidad instalada inadecuada (MINSA, 2022).

Un dato adicional es que el número de establecimientos de salud y hospitales se concentra en Lima, la ciudad capital, con 851 y 16, respectivamente. Además, no solo los establecimientos de salud y hospitales presentaron capacidad instalada inadecuada a 2021 sino también los laboratorios de referencia regional y los institutos especializados, tal como lo señala el MINSA (2022).

Esta situación deficiente en cuanto a infraestructura y equipamiento —tanto en los establecimientos de salud, hospitales y demás instituciones prestadoras de servicios de atención en salud a nivel nacional— condiciona la puesta en práctica del enfoque intercultural y de cualquier otro.

3. Servicios de salud para la atención intercultural

Cada cultura resuelve sus problemas de salud desde su forma de ver las cosas, lo que significa “sanarse a su manera”. Es por eso que se necesita un diálogo entre la medicina académica y la medicina ancestral, y el primer paso es la escucha atenta y comprensiva de la opinión del otro.

Pensar igual, sentir igual, curarnos con lo mismo, es pensar en una lógica de mercado, porque en la práctica toda cultura tiene su propio tinte, su propia forma de encarar la salud y la enfermedad. El saber ancestral recoge el hecho de una salud humana articulada con la salud del aire, la salud del agua, la de los alimentos que ingerimos, la del entorno en general, incluidos plantas y animales; así como también relacionada directamente con lo espiritual, con el poder de la energía, de las vibraciones, con ceremonias y cánticos sagrados, con las fases de la luna, entre otros. De allí que algunas prácticas comunes sean limpiar con un cuy, con un huevo, con alumbre, con una vela o con un periódico, santiguar para quitar el “mal de ojo” o rituales de sanación a cargo de un chamán durante una “mesa”. Complementar esos saberes sería lo ideal, o sea, una medicina que respete la medicina ancestral y la articule con la medicina moderna.

En este tiempo de pandemia, por ejemplo, hemos visto que la respuesta a ella ha sido casi en su totalidad brindada por científicos y otros especialistas, sin incluir ni escuchar lo que las comunidades indígenas podían decir al respecto desde su propia información y entendimiento de ella, es decir, se dio por hecho que no podían aportar nada significativo. Sin embargo, las comunidades indígenas han usado su conocimiento de medicina tradicional para enfrentarla, debido a que los servicios de atención de salud, sobre todo, durante la primera y segunda ola de pandemia estaban ausentes. Al respecto, se detalla a continuación la experiencia de un médico sin fronteras durante su conversación con un Apu del Bajo Ucayali:

“cuando empezaron los casos en su comunidad ya la inmovilidad nacional estaba instaurada y ellos no habían recibido ningún apoyo de medicamentos ni formación sobre COVID-19. En menos de una semana se acabaron todos los medicamentos del puesto de salud. Había enfermos, sobre todo febriles, en casi todas las casas y nadie podía salir de la comunidad ni siquiera para agenciarse de paracetamol. Me contó que se organizaron para acompañar y cuidar a sus enfermos, usando medios físicos y medicina tradicional” (Médicos sin fronteras, 2020).

Lo contado por este líder Apu no es de extrañar, ya que la pandemia sólo ha puesto de manifiesto lo que ya se sabía, un sistema de salud precario que no está preparado para enfrentar eventos de esa magnitud, pero también puso de manifiesto que, aunque ese sistema de salud, no llegue como debería a las poblaciones indígenas, ellas por sí mismas han buscado la manera de enfrentar la pandemia lo mejor posible haciendo uso de su propia medicina tradicional y conteniéndola en solitario.

Quienes hacen las políticas deben entender que hay que tener en cuenta la participación de todos los grupos culturales y, con ello, diseñar espacios de participación, aprender a analizar a los actores sociales, conocerlos e incluirlos. Se deben encontrar maneras de equilibrar a todos los que forman parte del Estado y que tengan voz por igual, no solo dejándolos hablar, sino también sabiéndolos escuchar, sin entrar en conflicto.

Pero ese cambio tiene que darse con anticipación, desde la formación de aquellos que elaboran las políticas y —si hablamos de salud— desde la formación del propio personal de salud, sea profesional, técnica o auxiliar. Es posible que la formación del personal de salud desde su base no tenga un enfoque intercultural, es decir, se forma académicamente para atender poblaciones culturalmente parecidas y no para brindar servicios de salud a grupos culturalmente diferentes. Habría que analizar las mallas curriculares de universidades e institutos formadores de personal de salud de modo que quede demostrado que sí se incluye el enfoque intercultural.

Como bien lo menciona Lerín (2004): “la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios en contexto indígena” (p.112). Por otro lado, Acosta et al. (2014) considera que “es tan importante la formación de un perfil de capacitador intercultural, que hasta el momento no ha contado en su educación formal con la mínima aproximación a los aspectos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención”, haciendo ineludible que se

prevea y planifique con anticipación, que en la formación del personal de salud (auxiliar, técnica o profesional), se incluya el enfoque intercultural.

La atención de los servicios de salud presenta dos vertientes: la parte preventiva y la parte correctiva o lo que denominamos una medicina preventiva y una medicina recuperativa. En ambos casos debe incluirse una mirada que respete las diferencias culturales de las poblaciones que los reciben. Como lo menciona Goicochea (2012):

Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena (p. 53).

Es decir, el personal de salud tiene el reto previo de convencer antes de brindar su atención en la población indígena, porque que ese paciente ya tiene un rechazo y falta de fe previos hacia su servicio de atención de salud.

Y ese rechazo puede deberse a que la población indígena tiene una visión muy distinta de lo que es salud y enfermedad. Narváez (2012) después de haber participado en un levantamiento de información respecto a la prevalencia de trastornos de salud mental en las comunidades mapuches (Chile), advierte que:

Se hace necesario, por tanto, reconocer que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta una población, y por tanto el modelo oficial no es el único deseable y válido para comprender ciertos fenómenos. Muchas veces identificamos, entre otras cosas, una enorme brecha de entendimiento entre la explicación que las propias comunidades hacen de sus enfermedades, y los diagnósticos, muchas veces errados, por parte de los agentes de los servicios de salud presentes en zonas de alta concentración indígena, entendiendo que en la cultura mapuche existe una noción mucho más holística respecto al tema, en la cual la enfermedad está más asociada a ámbitos comunitarios, espirituales y ambientales (p. 18).

Articular esa medicina tradicional holística con la medicina moderna implica crear espacios acondicionados, personal destinado a fomentar el diálogo, inversión en infraestructura, capacitación en lenguas nativas, etc. Pero sigue siendo el diálogo intercultural lo fundamental entre los actores involucrados para la atención de salud. Por ejemplo, el uso de las plantas

medicinales en el Perú necesita de una adecuación intercultural de los servicios de salud que permita trabajar articuladamente con los actores de las comunidades y con el personal de la salud de manera participativa. Aunque sea difícil de entender, la población indígena siempre va a preferir su uso antes que el uso de medicamentos producidos por farmacéuticas. Además, está demostrado que dichas plantas sí poseen principios activos que tienen un efecto terapéutico; de hecho, para muchos medicamentos ellas son su fuente de materia prima y el personal de salud sí valora ese conocimiento tradicional indígena, tal como lo menciona Guzmán-Rosas (2016):

Mediante un abordaje etnográfico mixto aplicó 35 cuestionarios al personal médico del Hospital General de Ciudad Valles y encontró que existe una valoración del conocimiento tradicional indígena (77 %) y las plantas medicinales (80 %) dentro de la práctica médica alópata, porque la mayoría de médicos (89 %) recibió pacientes que los habían utilizado, así que consideran pertinente la implementación de una política sanitaria que integre el conocimiento tradicional indígena a la práctica médica alópata (p. 11).

A partir de este estudio, podría decirse que sí hay cierto grupo de galenos que tienen una predisposición a integrar su práctica médica con el conocimiento ancestral indígena.

Tener establecimientos de atención de salud con pertinencia cultural, con la adecuación de los servicios de salud para la atención intercultural: este es el gran reto. Y para ello se hace necesario responder lo siguiente: ¿Qué aspectos en la infraestructura e implementación se deben tener en cuenta? ¿Cuántos de los miembros de la comunidad podrían capacitarse para atender a su propia comunidad? ¿Cómo brindar el servicio de salud en lugares geográficamente inaccesibles? ¿Qué brechas existen en cuanto a la comunicación digital entre paciente y quien ofrece el servicio de salud en zonas alejadas?

Acerca de esto último, es innegable que la tecnología avanzó mucho y que la comunicación ahora es más factible gracias a los teléfonos celulares, *tablets*, computadoras y otros dispositivos. Pero ello está muy presente de las ciudades; no llega a las poblaciones indígenas o de zonas rurales remotas. Por ejemplo, a raíz de la actual pandemia la teleconsulta ha sido un medio para recibir la atención de salud; sin embargo, ¿a cuántos indígenas o a cuántos pobladores rurales se les ha atendido a través de teleconsulta durante este tiempo? En las respuestas a estas interrogantes estarán las acciones a seguir cuando se creen y construyan establecimientos de salud para atender a poblaciones indígenas o de zonas rurales alejadas, para lograr un modelo de salud desde el

enfoque intercultural que tenga en cuenta la oferta y la demanda, es decir, establecimientos que atiendan con tecnología moderna, pero que puedan incluir tratamientos con plantas medicinales.

Al momento de intercambiar la prestación de un servicio de salud hay dos caras de una moneda: por un lado, quien necesita de los servicios de salud (las poblaciones) y, por el otro, quien brinda esos servicios de salud (personal de salud). Es allí en donde se ponen de manifiesto las diferencias culturales, que van desde diferencias simples hasta muy complejas. Toda intervención sanitaria debe brindarse de acuerdo a la diversidad y a las necesidades propias de cada población, y así dar cobertura a las necesidades según el que la necesita y esto es muy difícil. Al respecto, la I encuesta Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-Racial encontró que “el 71 % encuestado está de acuerdo con que hospitales o postas respeten y atiendan a una mujer que por sus costumbres prefiere dar a luz en cuclillas” y “el 86 % está de acuerdo con que hospitales o postas atiendan a cada paciente en su idioma o lengua” (Cultura, 2018).

Lerín (2004) menciona que:

El lenguaje utilizado por los médicos, uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación, así como la empatía y confianza con el paciente. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etc., terminan por distanciar a los actores del proceso terapéutico (p. 113).

Pero no solo el vocabulario o el idioma son la dificultad, también lo es una cosmovisión y una forma de concebir la salud/enfermedad de manera muy diferente. Claro ejemplo es aquel personal de salud obstetra que atiende partos en comunidades indígenas, en donde la mujer a la que atiende acostumbra traer al mundo a sus hijos con asistencia de comadronas o parteras de la propia comunidad y en cuclillas —no acostada—. Pero le indican que debe hacerlo acostada, porque así aprendió ese personal de salud a atender los partos; como lo menciona Lerín (2004), “[e]l personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad” (p. 116). Es decir, no deja que la gestante decida el modo en que ha de dar a luz, sino que, de algún modo se lo impone porque así lo aprendió durante su formación profesional.

Es por eso que se necesitan puntos de encuentro en todos los procesos de atención de salud, en donde se tenga en cuenta también lo que el paciente manifiesta como parte de su entendimiento de salud/enfermedad.

Como lo menciona Alavez (2014), “la diversidad cultural puede expresarse desde múltiples variables; entre las más recurrentes están la étnica o de origen cultural, lingüística, religiosa, social y económica”. Con ello, se debe tener en cuenta a cada una de esas variables al momento de poner en práctica la interculturalidad en salud, pues no solo es distinto el modo de concebir la salud o la enfermedad, sino también el resto de variables del paciente, como la fe, el nivel educativo, los recursos económicos, etcétera.

Desde el punto de vista de la antropología médica, inmersa dentro de la antropología social, Lerín (2004) menciona que para el caso mexicano:

Existen barreras lingüísticas y de comunicación intercultural que en muchos casos desempeñan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental (p.113).

En el Perú ocurre una realidad muy similar, y ya se mencionó que la principal barrera de comunicación con las comunidades indígenas es el idioma y que se requiere que el personal de salud que labore en zonas indígenas aprenda el idioma, obviamente ello involucra capacitación e inversión por parte del Estado.

El mismo autor señala también que “en las zonas más lejanas y rezagadas la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus partos en la casa, ayudada por otras mujeres” (Lerín, 2004, p. 113). Este hecho, tal cual ocurre en México, también sucede de modo similar en Perú, en donde las mujeres de poblaciones indígenas buscan ser atendidas por otras mujeres, no por personal de salud del sexo opuesto y es posible que esta preferencia no sea sólo exclusiva de las mujeres indígenas.

4. Acceso a la atención de salud

Quizá la dificultad más grande en lograr que el acceso a los servicios públicos de salud en el Perú sea universal y equitativo es el hecho de que el sistema de salud esté dividido en el Ministerio de Salud (MINSA), ESSALUD y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. En otras

palabras, no todos los peruanos son atendidos en una institución de salud sino de acuerdo a la condición en particular que como peruano posea.

Lograr que el sistema de atención de salud en el Perú sea brindado de forma estándar y unificada sería lo ideal, porque ya desde allí, para poder acceder a cada una de las instituciones señaladas se requieren de ciertos requisitos que muchas veces no cumplen todos los peruanos, sobre todo aquellos peruanos de poblaciones rurales indígenas.

El ideal en la atención de salud es que sea universal, integral y participativa, en otras palabras, que todos puedan acceder a ser atendidos sin discriminación alguna y con igual trato para todos, sea cual fuere su condición cultural o económica.

Pero, aunque parezca un ideal, sí es posible cambiar toda la estructura del sistema de salud en el Perú, poder unificarlo y brindar cobertura a todos. Pero para ello se necesita voluntad política, además de forjar alianzas estratégicas entre sector público y el sector privado y entre otros sectores además del de salud. En ese punto, la salud no solo es responsabilidad del sector salud, sino también de otros sectores como el de educación, por ejemplo, que es el puente para lograr un sistema de salud diferente, capaz de generar el autocuidado a través del conocimiento para el cambio a estilos de vida saludables, como conocer qué alimentos son beneficiosos para la salud y cuáles no. Si queremos cambiar esta realidad, se hace necesario que en nuestro país el porcentaje de analfabetismo sea cero o muy cercano a cero. En otras palabras, si queremos forjar un sistema de salud capaz de brindar servicios de salud accesibles, idóneos y pertinentes para todos los sectores de la población peruana se necesita de un cambio estructural desde abajo, desde la propia educación, así como también del trabajo articulado con otros sectores claves como cultura, o economía.

Para Salaverry (2010), “el desencuentro original entre poblaciones indígenas americanas y los conquistadores europeos ha marcado en adelante su acceso a los servicios de salud” (p. 80). Históricamente han existido diferencias entre lo occidental y lo americano, entre lo occidental y lo peruano, diferencias muy marcadas que hacen imposible brindar servicios de salud de la misma forma a todos. Esas marcadas diferencias físicas, lingüísticas y religiosas que aún hoy se mantienen intactas en las poblaciones indígenas u originarias hacen que esas poblaciones no busquen acceder a los servicios de salud que ofrece el Estado.

Quizás el sector salud podría copiar lo hecho por el sector educación con respecto a la dificultad de brindar un servicio de salud por igual, tal como lo señala García-Segura (2017):

En el centro de estas demandas han estado presentes tanto la lengua y la cultura de las poblaciones indígenas, como la reivindicación de una política del lenguaje que equipare la lengua materna con la lengua oficial, ya sea en los distintos niveles educativos o en otros ámbitos de la vida cotidiana [...] de modo que hay un sistema educativo dividido en dos subsistemas: el sistema educativo nacional federal para las ciudades y el sistema de educación bilingüe intercultural (EBI) para ámbitos rurales indígenas (pp. 300-301).

Tal vez la propuesta de un sistema de salud nacional y un sistema de salud para las comunidades indígenas sea una alternativa, aunque de algún modo parezca discriminatorio.

Correa (2011), en el marco de su propuesta, señala algo parecido: que se necesita de una mezcla de acciones intersectoriales para poder lograr que las políticas públicas concreten el enfoque de interculturalidad y es por ello que propone la creación de un Sistema Funcional “Interculturalidad y Políticas Públicas” (SFIP) y la elaboración de un Plan Nacional para Pueblos Indígenas.

Dado el carácter multidimensional de la problemática asociada a la interculturalidad, se requieren acciones intersectoriales que vinculen a los tres niveles de gobierno: local, regional y central. Consecuentemente, no es posible ni deseable contar con un único curso de acción, sino más bien con un *mix* de políticas (Correa, 2011, p. 31).

Conclusiones

Existe un marco jurídico en el Perú respecto a la interculturalidad en salud que se ha aprobado y promulgado hace menos de dos décadas, pero que encuentra dificultades al momento de ponerse en práctica debido a las brechas existentes en el sector salud en cuanto a infraestructura y equipamiento.

Es necesaria la adecuación de los servicios de salud a la atención intercultural, es decir, establecimientos de salud en zonas estratégicas que tengan apertura y condiciones de infraestructura capaces de combinar la medicina ancestral con la medicina moderna para dar cobertura a las necesidades de salud según el que la necesita, teniendo en cuenta lo que la comunidad conoce y entiende de salud.

El Estado peruano debe garantizar que en la formación académica del personal de salud —sea profesional, técnica o auxiliar— se tenga en cuenta el enfoque intercultural, supervisando que las mallas curriculares de las universidades e institutos formadores de personal de salud la incluyan, y no solo en relación a la competencia técnica sino también a la humana. Esto fomentará en el personal de salud la empatía, el respeto y la tolerancia frente a realidades distintas a su cultura al momento de brindar la atención de salud.

La propuesta de un sistema de salud con dos subsistemas (uno nacional y otro para las comunidades indígenas), aunque se corra el riesgo de entrar en debate porque parezca discriminatorio, sigue lo actuado en el ámbito educativo, que ha dado resultados exitosos.

Finalmente, el ideal de unificar el acceso a los servicios de salud y de forjar alianzas estratégicas entre sector público y el sector privado, para lograr que la atención en salud sea universal, integral y participativa seguirá siendo un reto para el Estado peruano.

Referencias

- Acosta, M; Álvarez, F; Colobig, M; Colunga, F; D'Andrea, L; Enria, G; Mera, M y Staffolani, C. (2014) *Promoción de la Salud: Una perspectiva latinoamericana*. Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn) <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2014/05/promocion-de-la-salud-cc-by-sa-3-0.pdf>
- Alavez, A. (2014). *Interculturalidad: conceptos, alcances y derecho*. Centro de producción editorial del GPPRD. <https://rm.coe.int/1680301bc3>
- Constitución Política del Perú [Const.]. (1993). <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>
- Correa, N. (2011). *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. Consorcio de Investigación Económica y Social; Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidaddocumento.pdf>
- Decreto Supremo N-º 016-2016-SA, Decreto Supremo que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural (01 de abril de 2016). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193758/192483_DS_016-2016-SA.pdf20180904-20266-1vn5yiu.pdf
- Espinosa, L, Ysunza, A. (noviembre-febrero de 2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 293-301. <https://www.redalyc.org/pdf/104/10412057010.pdf>

- García-Segura, S. (2017). La diversidad cultural y el diseño de políticas educativas en Perú. *Revista Internacional Investigación Ciencias Sociales*, 13(2), 289-304. <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/riics/article/view/381>
- Goicochea, E. (2012). Interculturalidad en Salud. *UCV-Scientia*, 4(1), 52-55. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-scientia/article/view/944>
- Guzmán-Rosas S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000200010
- Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos. (2010). Mapa Etnolingüístico del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(2): 288-291. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000200019
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (11 de febrero de 2020). *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2020*. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2020-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-inei>
- Lerín, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (16), 111-125. <https://www.redalyc.org/pdf/139/13901607.pdf>
- Médicos sin fronteras (02 de setiembre de 2020). *Perú: la COVID-19 evidencia el abandono de las comunidades indígenas en la región amazónica*. <https://www.msf.es/actualidad/peru/peru-la-covid-19-evidencia-abandono-las-comunidades-indigenas-la-region-amazonica>
- Ministerio de Cultura (s.f.a). *Lista de pueblos indígenas u originarios*. Base de Datos de Pueblos Indígenas y Originarios. Recuperado el 20 de mayo de 2022, de <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
- Ministerio de Cultura (sf.b). *Lista de lenguas indígenas u originarios*. Base de Datos de Pueblos Indígenas y Originarios. Recuperado el 20 de mayo de 2022, de <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas>
- Ministerio de Cultura. (2018). *Encuesta Nacional Percepciones y actitudes sobre diversidad cultural y discriminación étnico-racial: Principales Resultados*. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/primeros-resultados-encuesta-discriminacion.pdf>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/observatorio/politica-sectorial/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20Intercultural.pdf>

- Ministerio de Salud. (2022). *Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud*. - Secretaría General. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>
- Narváez, F. (2012). Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*, - XVIII (3), 17-24. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003
- Organización Mundial de la Salud. (2022). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>
- Pérez, J. & Merino, M. (2016). *Definición de ruralidad*. Definición.DE. <https://definicion.de/ruralidad/>
- Real Academia Española (2021). *Diccionario de la lengua española*. DLe. <https://dle.rae.es/etnia?m=form>
- Resolución Ministerial N°638-2006-MINSA. Aprueban la “Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, -Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”. (19 de julio de 2006). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/279888/251268_RM638-2006EP.pdf20190110-18386-1cfuu6i.pdf
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342010000100013
- Trivelli, C. (mayo de 2010). Desarrollo rural con quién y para quién. *Revista de Análisis y Crítica Argumentos*, 2. <https://argumentos-historico.iep.org.pe/articulos/desarrollo-rural-con-quien-y-para-quien/>