

La importancia de la Interculturalidad en el Proceso de Reforma

AA Dr. Oswaldo Salaverry García

Entre todos los problemas que enfrenta nuestro país, la salud es un caso endémico. Por ello la Reforma de Salud emprendida por el actual gobierno es una preocupación de la población que reclama una mejora en los servicios, y de los médicos y profesionales de la salud que lidian diariamente con las limitaciones del actual sistema. Evaluar integralmente la reforma es una tarea colectiva que implica múltiples miradas y perspectivas. Esta breve ponencia se limita a presentar el vínculo entre reforma e interculturalidad en un país concreto, el Perú, en el que confluyen un conjunto de etnias y culturas afincadas además en una diversidad geográfica que complica aún más la realidad sanitaria. Como partimos del hecho de la reforma para el análisis, debemos referirnos a sus objetivos plasmados en los llamados cuatro pilares que la sustentan y que luego se desarrollan a través de los 23 Decretos Supremos que disponen las medidas para su ejecución.

Estos cuatro pilares son los siguientes: Lograr el aseguramiento universal, tener más y mejores servicios, proteger los derechos de pacientes y fortalecer la gobernanza. Sin embargo, creo que la mejor expresión del objetivo final fue una declaración de la Ministra de Salud en su momento que dijo, “el verdadero reto es disminuir la inequidad en los servicios de salud”

Lo primero que llama la atención cuando uno ve estos cuatro pilares, es que son completamente aceptables pero universales, es decir, podrían ser planteados para hacer una reforma de salud en Suiza si es que la necesitaran allí. No se encuentra en estos pilares la principal característica de nuestra realidad que es nuestra diversidad como generadora de inequidad. Y es por eso que en la primer parte de mi ponencia voy a mostrar un poco de nuestra diversidad.

El Perú es un país multicultural. Las estimaciones del Banco Mundial en el año 2000 indicaban que entre el 25-45% de los hogares peruanos podían ser considerados de raíces indígenas. Y allí dice por qué. Porque los estimados se basaron en la lengua materna y en el uso de la lengua materna no solamente en las personas de la actual generación sino en las generaciones anteriores. Sin embargo, los resultados del 2007 hablaban que solo teníamos un 15.9% de población indígena, porque se utiliza un criterio diferente, la lengua materna utilizada por el hablante. Esto nos da lugar a que tengamos también supuestamente una población indígena muy disminuida. Quechuas 3 millones 360 mil, Aimaras 443 mil y la población amazónica limitada a un poco más de 300 mil personas. Sin embargo, esto se diferencia con el mapa etnolingüístico del Perú del año 2010. Este demuestra que tenemos 72 grupos etnolingüísticos, de los cuales 65 están en el área amazónica y 7 en el área andina y se agrupan en 16 familias lingüísticas. Para entenderlo claramente, una familia lingüística, por ejemplo la familia romance donde está el castellano, el francés, el italiano, el portugués, es totalmente diferente a la anglosajona o a la eslava. Pues nosotros no solamente tenemos 72 idiomas distintos sino divididos en 16 familias lingüísticas. Estos son los resultados del censo de población del 2007 donde nos indica que la población del Perú, en ese momento de 27 millones, tenía pues un poco más del 15% de población indígena. La población amazónica en particular, que es la más inequitativamente tratada, representaba poco más del 8% del total (15%) de la población indígena. Pero esta diversidad no es numérica en cuanto a cantidad de personas sino en cuanto a la cantidad de pueblos que hay en cada departamento del Perú. Por ejemplo, en Loreto hay 28 pueblos, o sea, hay más pueblos allí que países en

América. Esto tampoco es cosa privativa del Perú ya que se da en varios países de América Latina.

Esta diversidad está relacionada con los determinantes de la salud como la tasa de analfabetismo, la cual ha disminuido 22.8 % a 11.8% entre 1993 al 2007, aun cuando se ve todavía un porcentaje bastante importante. Igualmente, se ha mejorado el abastecimiento de agua entre 1993 y el 2007, de 5.3% a 7.9% de agua por red públicas, ello representa un aumento de casi 50%, sin embargo, veámoslo de otra forma de un 94.7% de personas que no tenían acceso al agua ahora hay un 92.1%, cifra que es igualmente perturbadora. Lo mismo se puede decir respecto a la disponibilidad de acceso a disposición de excretas que pasa de un 91.4% en 1993 a un 94.2% en el año 2007. O el acceso a la energía eléctrica, que pasó de un 95.8% a un 96.2%. Todo lo indicado con determinantes claros de la salud de las personas.

Otro caso más, que no tiene que ver con nuestra diversidad étnica, sino con nuestra complicación geográfica. ¿Cuánto tiempo emplea una persona para trasladarse desde su comunidad hasta donde encuentran los servicios tanto de salud como otros? El 60% de la población peruana emplea más de 5 horas en llegar a tal lugar.

En cuanto a la organización de los Servicios de Salud hay gran diferencia entre la población general y la población indígena; en esta última, de acuerdo a estudios del Centro Intercultural del Instituto Nacional de Salud, no encontramos hospitales.

Los establecimientos de salud para la población amazónica incluyen alrededor de 1021 puestos de salud, 114 centros de salud, 25 hospitales incluyendo a aquellos que están en las capitales de departamento, haciendo un total de 1160 establecimientos. Similar es la situación para las poblaciones quechua.

En general, los institutos, o los establecimientos que tienen una mayor capacidad resolutive, están solamente en las zonas urbanas y occidentales, no existen para las poblaciones indígenas. De acuerdo al censo del 2007, solo el 40% de las comunidades indígenas amazónicas tenían un establecimiento de salud, lo cual es inadecuado.

Sin embargo, las comunidades que conforman este 40% tienen establecimientos donde puede haber simplemente una persona o sea que el 90% de estos puestos o postas sanitarias tienen un nivel mínimo de resolución. Solamente un 10% tiene un nivel resolutive un poco mayor. Más aún,

el 80% de los que atienden en estos establecimientos son indígenas, es decir, personas que han sido más o menos capacitadas para atenderse a sí mismas y que no tienen las capacidades técnicas ni profesionales para brindar un adecuado servicio de salud.

Podríamos pues concluir que el Perú es un país multicultural en el que sin embargo, todavía no existe consenso sobre esta diversidad. Se suele relacionar la diversidad multicultural de nuestro país que todos aceptamos, con aspectos externos más cercanos a la discriminación, a la exclusión étnica, como la diversidad de colores y matices de la piel, las distintas lenguas en uso, las prácticas, usos y costumbres diversos, incluyendo la música, los bailes y otros. Pero, con lo importantes que son estos aspectos desde el punto de vista intercultural en general, no son los aspectos distintivos de la diversidad cultural que interesan para un proceso de reforma de la salud. Nuestra interpretación y propuesta base es que la diversidad interesa para efectos de interculturizar la reforma de la salud en relación a la co-existencia de sistemas médicos tradicionales junto con el sistema médico convencional. Es decir, con 400 años de contacto con el Occidente, todavía la resiliencia y persistencia de los sistemas médicos tradicionales están en plena vigencia en nuestro país. Las diversas medicinas tradicionales tienen, desde una perspectiva sistémica, los mismos componentes médicos de un sistema occidental o convencional. Es decir, tienen un cuerpo de conocimientos que comparten tanto los practicantes como los usuarios, por ejemplo, el efecto del frío o el hecho de producirse el daño. También tienen practicantes o sanadores certificados o validados. En un caso, en nuestro sistema occidental, por medio de un sistema educativo superior, y en otro por complejos procesos de aceptación social que también son bastante efectivos. El sanador es claramente reconocido entre la población, tanto como si tuviese una certificación universitaria. El mundo occidental tiene un conjunto de herramientas terapéuticas, pero la medicina tradicional é indígena también tiene por cierto, agentes terapéuticos que si no tuvieran eficacia alguna, hace tiempo habrían desaparecido de la escena terapéutica de la medicina tradicional.

Esta diversidad está afincada en los patrones culturales de las personas, de los pacientes que hacen uso de estos sistemas. Complicando más las cosas, dado que somos un país con una enorme tendencia al mestizaje, tampoco existe la medicina tradicional en estado puro. El psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman ha demostrado que la diversidad de sistemas médicos atraviesa la conducta de los usuarios y estos utilizan simultáneamente más de un sistema incluyendo el tradicional y el convencional. Un

ejemplo claro es que las demandas de los pueblos indígenas no apuntan solo a una mejora de la atención de la salud de acuerdo a los patrones occidentales, sino también a que se use y respete el uso de plantas medicinales y de médicos tradicionales. Es decir, esa co-existencia de sistemas está en plena vigencia. Y en ese contexto, tenemos algunas proposiciones para que tal integración se logre.

¿Cuáles son los retos de este proceso de interculturalización de la reforma, es decir de la incorporación explícita de la reforma en el contexto inter-cultural?. No podemos tener como pilares de nuestra reforma cuatro pilares que son aplicables a cualquier país. El nuestro tiene una particularidad que no existe en otros países y que es justamente la que hace que una reforma tenga que ser necesariamente culturalmente adecuada. Segundo, el larguísimo proceso de elaborar una política de esta naturaleza debe hacerse con la participación de los pueblos indígenas del Perú. Esta consulta ya se ha hecho y está todavía esperando su aprobación. ¿Por qué?. Probablemente porque existe una resistencia a tocar el tema, más allá de la forma clásica que se utiliza.

Por otra parte, el manejo de la información en el Perú tiene que hacerse con pertenencia étnica. Desde el año 2010 existe una norma por la cual la incorporación de la pertenencia étnica en los registros de salud debe darse. Pero hasta el momento es, prácticamente, letra muerta. Nadie registra el hecho de que la persona que está enferma de tuberculosis es aimara o es asháninca, por lo cual en este momento no sabemos realmente, la distribución étnica de la carga de enfermedad. Se tienen que fortalecer las redes de salud indígena y en esto sí hay un avance que hay que reconocer en el actual proceso de reforma. El Estado, el Ministerio de Salud, que ha recibido una ingente cantidad de dinero, ha destinado una buena cantidad del mismo a fortalecer establecimientos de primer nivel en zonas indígenas, proceso que cristalizará seguramente hacia el final de este año, pero que es ya un avance evidente. Porque no puede haber interculturalización de una reforma si primero no existe ni el establecimiento que hay que inter-culturalizar. O sea, el primer paso es que exista la oferta y luego convertirla en una oferta culturalmente adecuada.

Y finalmente, algo que seguramente coincide con lo que va a comentar la Dra. Patricia García, la necesidad de mayor investigación sobre los sistemas de salud. En realidad en nuestro país, hemos invisibilizado a los pueblos indígenas y hemos invisibilizado también las formas y los sistemas de salud que ellos tienen. Conocemos muy poco

sobre sus sistemas de salud. Los in-visibilizamos y los despreciamos. Simplemente los declaramos como algo que no es compatible con nuestro sistema occidental. Pero aquí hay un punto que se tiene que tocar en un foro de la Academia como éste. Y es que no todo pertenece al ámbito de decisión del Estado. Acá el problema mayoritario es que la formación de recursos humanos en el Perú, pareciera como que fuera solamente para ámbitos urbanos, y no para un país con las necesidades que hemos mostrado. Hay que desarrollar competencias interculturales entre nuestros estudiantes.

Hace algunos años, y con el apoyo del Convenio Hipólito Unanue, se hizo un estudio para ver cómo están los planes de estudios, no del Perú solamente sino de todos los países del ámbito andino. Es decir, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile y Bolivia. En todos ellos se encontró que en el plan de estudio de las facultades de medicina, Antropología y Ciencias Sociales solo constituían el 44% del mismo. Sin embargo, en todos estos países hay un componente indígena muy marcado. De ese 44%, solamente el 18% era dedicado a temas interculturales, lo cual es una proporción mínima en la formación de los médicos en todo el ámbito andino.

La gran mayoría de los cursos cubren antropología general, antropología médica, antropología filosófica, pero no el tema intercultural. Con esto ¿qué podemos esperar de nuestros egresados?. Que tengan un desconocimiento cada vez mayor, que tengan una forma peyorativa de ver a la población indígena y de sus prácticas, con lo cual por cierto, la reforma de la salud cojea. No se puede hacer una reforma sin un cambio en las personas, y el cambio en las personas esta fuera de la reforma, está en el campo de la educación.

¿Cuál es el objetivo? Que nuestros egresados tengan competencia intercultural, esto es la disposición, capacidad y destreza para interactuar y establecer procesos de diálogo en la negociación sobre salud con grupos culturalmente distintos, en nuestro país, indígenas y afro-descendientes, a través del establecimiento de una comunicación efectiva basada en actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, que posibiliten un intercambio mutuamente fructífero para todos los participantes, tal como lo señala la Organización Panamericana de Salud. Este es el objetivo, de una reforma que tiene que considerar la interculturalidad, afincándose por una parte en las medidas propias del Sector Salud y, por otra, en el sector educación para que nuestros futuros médicos y profesionales de la salud tengan competencia intercultural.