



Revista Latinoamericana de Población

ISSN: 2175-8581

alap.revista@alapop.org

Asociación Latinoamericana de Población
Organismo Internacional

Aizenberg, Lila

Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural

Revista Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 9, julio-diciembre, 2011, pp. 49-69

Asociación Latinoamericana de Población

Buenos Aires, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827305003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural

Towards a critical approach to intercultural healthcare

Lila Aizenberg

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

Resumen

Este artículo se ocupa de los programas de salud que incorporan la perspectiva intercultural. Se concentra en el caso del programa intercultural boliviano “EXTENSA” y analiza cómo logra aumentar la confianza de las mujeres indígenas en los proveedores de salud de la medicina “moderna u occidental” y mejorar sus comportamientos respecto del cuidado de su salud reproductiva. Las explicaciones convencionales aplicadas al campo de la salud intercultural han atribuido el impacto de estos programas a su capacidad para “transformar” los comportamientos/valores de la población así como para “superar” la “barrera cultural” entre proveedores y usuarios/as. Sin embargo, a través de un análisis cualitativo, este estudio revela que esos programas funcionan como parte de procesos específicos en los que las mujeres entienden que pueden mitigar no solo la barrera cultural sino las múltiples barreras que las separan del sistema de salud público.

Palabras clave: salud intercultural, género, salud reproductiva, Bolivia.

Abstract

This article explores healthcare programs that incorporate the intercultural perspective. It concentrates on the case of the Bolivian intercultural program “EXTENSA” and analyzes how this program is successful at increasing trust in the suppliers of “modern or Western” healthcare and thus improving the reproductive healthcare of the indigenous women. The conventional interpretation of intercultural health programs view their impact as the result of the program’s transformation of the behaviors of the population as well as the result of the program to “overcome” the “cultural barrier” between the users and health providers. Instead, through a qualitative analysis, this study reveals that intercultural healthcare programs work as part of specific processes where women not only feel that they can overcome the cultural barrier but the multiple barriers experimented with the public health care system.

Key words: intercultural health, gender, reproductive health, Bolivia.

Introducción

Por primera vez en la historia, la salud de las poblaciones indígenas está siendo priorizada en las políticas nacionales. Los pueblos indígenas han sido históricamente identificados como uno de los grupos más vulnerables en términos de salud y con mayores demandas para la atención de sus intereses. Sin embargo, solo desde hace poco más de quince años los gobiernos comenzaron a darles prioridad, reconociendo la cultura tradicional (prácticas, conocimientos y valores) en las políticas nacionales de salud. Este reconocimiento ha marcado un punto de inflexión: en vez de incluir a las poblaciones indígenas en programas universales, las autoridades han empezado a diseñar y desarrollar políticas específicamente focalizadas en este tipo de población desde una *perspectiva intercultural*, la cual es entendida como las prácticas destinadas a la salud que crean puentes entre la medicina “tradicional” y la medicina “moderna” y colaboran en superar la “barrera cultural” entre proveedores y usuarios indígenas.¹ La perspectiva intercultural ha sido concebida como una estrategia clave para mejorar la salud de toda la población indígena. Pero, especialmente, ha sido reconocida como una oportunidad única para las mujeres, consideradas el grupo más vulnerable dentro de esta población a causa de sus bajos niveles de acceso a servicios modernos y de los pobres indicadores de salud reproductiva.

En realidad, el interés por este tema ha respondido a una demanda global proveniente de los organismos internacionales. Desde mediados de la década de 1990, distintas agencias internacionales comenzaron a diseñar la “Estrategia Mundial de Desarrollo con Identidad” con la intención de aplicarla en los países en desarrollo. Tal Estrategia obligó a las agencias a destinar fondos específicos para el desarrollo de las poblaciones indígenas y a financiar acciones desde una perspectiva de adecuación cultural. Esta preocupación por las necesidades de dichas comunidades no fue casual. Por esa época, las agencias internacionales se encontraron con el gran desafío de combatir las inequidades sociales que habían quedado como saldo de las reformas del Sector Salud de los ochenta y principios de los noventa. El diagnóstico del impacto de dichas reformas mostró una alta brecha entre los indicadores de las comunidades originarias y los de la población no indígena, en especial, en los referidos a la salud reproductiva; y la conclusión a la que arribaron los organismos fue categórica: los bajos índices de salud de las mujeres indígenas se debían a las barreras culturales que obstaculizan su acceso a los servicios de salud modernos.

50

Año 5
Número 9
Julio/
diciembre
2011

1 En América Latina el concepto de salud intercultural surge en la década de 1990, alcanzado un verdadero auge en los últimos años. En el año 1993, en el marco de la Organización Panamericana de la Salud, se proclamó la Iniciativa de los Pueblos Indígenas. El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar la implementación de modelos alternativos de atención de esas poblaciones, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Pero la declaración más fuerte llegó en 2007, cuando, desde las Naciones Unidas, se proclamó la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas (ONU, 2007). Esta Declaración reconoce los derechos fundamentales de esos pueblos a la tierra, los recursos, la lengua, la cultura y las creencias espirituales, entre otras cosas. Particularmente, los artículos 23 y 24 reconocen el derecho de los pueblos originarios a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su desarrollo.

La barrera cultural se explicaría por las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad de los integrantes de esas comunidades y los de los proveedores de esos servicios: por un lado, las mujeres indígenas toman decisiones sobre cómo cuidar su cuerpo de acuerdo con sus propios valores y creencias basadas en la medicina tradicional; por el otro, los profesionales del área responden a esto según saberes y prácticas de la medicina occidental y moderna. En la práctica, la falta de entendimiento entre usuarios y proveedores se expresa en una fuerte resistencia de las mujeres al uso de los servicios de salud y en una gran desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna (González Salguero *et al.*, 2005). Así, en el marco de las Estrategias de Desarrollo con Identidad, la perspectiva intercultural se concibió como una oportunidad única para superar las barreras culturales que separan a esas mujeres de los servicios asistenciales modernos y para mejorar su salud reproductiva (Camacho, Castro y Kaufman, 2006).

En América Latina, como una de las regiones con mayor población indígena del mundo, la Estrategia de Desarrollo con Identidad rápidamente logró plasmarse a nivel local. A principios de 2000, numerosos países de la región ya la habían incorporado en sus agendas nacionales y habían comenzado a implementar políticas de salud con perspectiva intercultural. Esto significó un cambio radical respecto del enfoque que caracterizó los años en que funcionó la reforma del Sector Salud: en vez de concentrarse en aumentar la cobertura de los servicios a través de la expansión de la oferta, el eje se puso en fortalecerlos a través de la incorporación de la cultura local (Banco Mundial, 2004: 77). Sin embargo, es interesante notar que, aunque cada país tenía demandas específicas de sus poblaciones y necesidades particulares en sus sistemas de salud, los cambios se hicieron aplicando un mismo modelo global –como había sucedido durante los años en que se implementó la reforma–. En síntesis, desde que la Estrategia de Desarrollo con Identidad fue incorporada por los organismos de desarrollo internacional, los países latinoamericanos con población indígena empezaron a reformular las políticas sanitarias destinadas a esa población desde una perspectiva intercultural con el objetivo de mejorar sus bajos indicadores de salud.

Si bien esta perspectiva es reciente, el mundo académico y de políticas ha producido numerosos estudios para demostrar el impacto positivo de su incorporación sobre la confianza de las mujeres indígenas en los equipos sanitarios y sobre su salud; y una de las características más llamativas de estos trabajos es su enfoque explicativo: aun cuando esas mujeres experimentan diversas y múltiples barreras que las separan de los servicios de salud, dicho impacto se entendió desde la óptica cultural o desde las diferencias comunicacionales entre proveedores y usuarias (véanse, entre otros, González Salguero *et al.*, 2005; Dibbits y Boer, 2002; Ministerio de Salud y Deportes, 2005; Campos, 2004). Esto implicó considerar que los programas interculturales son exitosos cuando logran “transformar” la cultura y, de este modo, modificar los comportamientos de la población con respecto a su salud.

Sin embargo, a pesar del avance que ha tenido la literatura sobre el tema, *se han ofrecido pocas respuestas para explicar cómo los programas interculturales logran*

resultados tan positivos sobre la confianza y la salud de las mujeres. Es decir, mucho se ha escrito sobre *qué* es necesario para mejorar la salud de esas poblaciones, pero pocas explicaciones se han dado acerca de *cómo* los programas de salud intercultural logran efectivamente obtener estos resultados. Los estudios de los organismos internacionales también fundamentan sus análisis y conclusiones en la dimensión cultural: el impacto positivo de esos programas destinados a las mujeres indígenas se debería al respeto/revaloración de la cultura local; y, sobre esta base, concluyeron que lo que posibilita ese éxito es la superación de la “barrera cultural” entre el sistema de salud “moderno” y el “tradicional”.

No obstante, de acuerdo con las investigaciones que han analizado en profundidad los problemas de salud de las mujeres indígenas, la causa adjudicada a la aproximación intercultural parece limitada, especialmente, si se traen a la luz los autores que estudiaron este tema en países con una alta proporción de esas mujeres viviendo en condiciones de pobreza, como Bolivia. Bolivia es el país de América Latina con mayor cantidad de población originaria y el que tiene más pobres (Banco Mundial, 2004). El grupo que más aporta a las tasas de pobreza en el país son los indígenas (INE, 2001). En este contexto, diferentes trabajos han señalado que, a la hora de acceder a los servicios de salud modernos, las mujeres indígenas no solo se enfrentan con barreras “culturales”, sino también con barreras asociadas a la baja capacidad resolutoria de los servicios de salud públicos. Además, tienen impedimentos de orden geográfico/económico a causa de la alta dispersión, del aislamiento geográfico y de la falta de medios económicos para el traslado hacia los centros asistenciales, así como severos problemas asociados a la inequidad de género (institucional e intrafamiliar) (PAHO, 1997; Meentzen, 2001; Green, 2004; Banco Mundial, 2004; Djadda, 2005; Pooley, Ramírez y de Hilari, 2008; Otis y Brett, 2008; UNFPA-Ministerio de Planificación y Desarrollo, 2007).

Pero no solo es la literatura sobre salud indígena boliviana la que lleva a poner en tela de juicio la explicación ofrecida por la aproximación intercultural en salud. Esta explicación parece aún más limitada cuando se consideran los estudios que en los últimos años han desafiado la argumentación de la cultura como explicativa de la baja performance de los comportamientos de la gente pobre. Muchos años antes de la emergencia del enfoque intercultural sobre la salud indígena, la “cultura” ha formado parte de un amplio campo de investigación proveniente de la teoría de la “cultura de la pobreza” (Lewis, 1968). La hipótesis sugerida por esta teoría es que la pobreza y los comportamientos de los pobres son consecuencia de su cultura o, en otras palabras, de las ideas, creencias o valores que desarrollan por vivir en contextos de marginalidad (Wilson, 1987). Pero, desde hace varios años, los diferentes autores que han cuestionado esta teoría le imputan el hecho de “culpabilizar a las víctimas” por su propio destino, señalando el error de agregar simplemente la “cultura” o la “variable cultural” para comprender la baja performance de los comportamientos de los pobres o de las políticas que buscan mejorar dichos comportamientos (Swidler, 2001; Auyero, 1999; Small, 2004; Small, Harding y Lamont, 2010).

Desde una aproximación crítica, el presente trabajo busca revisar e iluminar los escasos estudios que intentan comprender *cómo* los programas de salud intercultural logran impactar positivamente en poblaciones históricamente resistentes al uso de la medicina moderna y altamente vulnerables respecto de sus posibilidades de acceso a servicios de salud.

En este artículo no se cuestiona la aproximación intercultural como estrategia de los programas implementados con ese fin. Lo que se intenta es llamar la atención sobre la forma en que han sido evaluados hasta ahora. Argumentamos que el problema de la aproximación ofrecida hasta el momento es que midió esos resultados analizándolos solamente desde el punto de vista de la cultura, entendiendo que lo que separa a las mujeres indígenas de los servicios modernos de salud son las diferencias entre los valores/creencias, las barreras de comunicación y el trato interpersonal con el personal médico. Consideramos que esto impidió observar el contexto más amplio (político, social y económico) en el cual se construyen relaciones de confianza entre proveedores y usuarias y se modifican comportamientos en el cuidado de la salud.

Con ese fin, se presentan aquí los resultados del estudio de caso del programa boliviano de salud intercultural “EXTENSA”,² y se analizan los mecanismos que explican cómo las mujeres de comunidades que reciben el programa en el Departamento del Beni, en el Amazonas boliviano, aumentan su confianza en los agentes sanitarios y mejoran sus comportamientos en materia de cuidado de su salud reproductiva.

Para ello, es necesario ir más allá del análisis de la dimensión cultural de las relaciones sociales o de la posibilidad del programa de superar la barrera intercultural entre proveedores y usuarias. Esto requiere, por un lado, entender el modo en que las mujeres perciben el programa, no aisladamente sino de acuerdo con sus anteriores experiencias –negativas– con el sistema de salud público, y, por el otro, comprender que la confianza entre proveedores y usuarias es producto de la posibilidad que tienen las mujeres de disponer de recursos (humanos, financieros, técnicos), insumos y métodos anticonceptivos que las ayuden a mitigar las distintas barreras de acceso al sistema de salud público (relacionadas con dificultades geográfico/económicas, con la baja capacidad resolutive del sistema y con el tipo de atención paternalista y asistencial).

El artículo se divide en tres partes. En la primera, se desarrollan los aspectos teórico-metodológicos del estudio. La segunda parte resume los resultados del análisis, y se divide en dos secciones: en primer lugar, se exponen los principales obstáculos que perciben las mujeres para acceder al sistema de salud público al momento del parto; en segundo lugar, se consideran los mecanismos por los cuales se logra aumentar la confianza y la

2 Programa Nacional de Extensión de Cobertura de Salud en Zonas Rurales. El programa de salud intercultural “EXTENSA” –ejemplo de la “Estrategia Mundial de Desarrollo con Identidad” del Banco Mundial (OP-410)– ha sido implementado por el gobierno boliviano para mejorar la salud de las comunidades indígenas. Es desarrollado, en forma conjunta, por el Banco Mundial y el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. En la práctica, se instrumenta a través de brigadas de salud móviles que funcionan como un refuerzo de la atención primaria (centros de salud y postas de salud) para comunidades rurales indígenas y en condición de pobreza.

salud de las mujeres en las comunidades que reciben el programa “EXTENSA”. En la conclusión y tercera parte se enuncian los principales hallazgos y se propone una aproximación, a nuestro entender, más apropiada para la evaluación de los programas de salud intercultural.

Aspectos metodológicos

Para cumplimentar nuestro objeto de investigación, hemos empleado múltiples y complementarias fuentes de información primarias y secundarias.

Por un lado, el presente trabajo se basa en entrevistas en profundidad a mujeres y grupos focales con integrantes de comunidades indígenas ubicadas en el Departamento del Beni y en observaciones no participantes. El uso de testimonios orales es una herramienta metodológica muy bien desarrollada por los cientistas sociales y nace del interés por el conocimiento de la gente común, el que se diluye u olvida en los estudios que abordan “lo social” bajo parámetros científica y representativamente aceptables (Burawoy, 1998 y 2000). Por eso, nuestra fuente principal son los relatos de las mujeres.

Por otro lado, incluimos datos estadísticos del Censo de Población y Vivienda 2001 del Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS) –del Servicio Departamental de Salud del Departamento del Beni– y de las encuestas nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia (INE). El trabajo de campo se realizó entre los años 2006 y 2007. El estudio se concentró en tres de los municipios del Departamento del Beni con 100% de población rural –San Javier, Exaltación y San Pedro (INE, 2002)–. En total se seleccionaron diez comunidades, de las cuales cinco se encontraban recibiendo los servicios del programa “EXTENSA”.³

Es importante señalar que los estudios de caso no prueban teorías desde el material analizado. Por el contrario, la estrategia metodológica parte de teorías ya demostradas y usa el material empírico para revisarlas (Burawoy, 1998). En este sentido, nuestra selección para el estudio ha tenido por objeto examinar las aproximaciones al campo de estudio de la salud indígena desarrolladas hasta la actualidad. La forma de generalización del caso de estudio es a través de una “generalización analítica”, en la cual un marco de proposiciones teóricas previamente desarrolladas se compara con los resultados empíricos del caso de estudio con un doble objetivo: comprobar si las proposiciones son correctas y sugerir explicaciones alternativas más relevantes. Por lo tanto, este trabajo busca que los resultados del análisis del caso de “EXTENSA” en Bolivia tengan potencial para iluminar y enriquecer aproximaciones sobre salud indígena interesadas en entender las razones que influyen en el éxito de los programas destinados a esta población.

3 La muestra estuvo dividida en comunidades en las que se desarrolla el programa “EXTENSA” y comunidades sin dicho programa. Dado que se buscó entender el impacto de “EXTENSA” respecto de las experiencias previas de las mujeres con el sistema de salud público, la información de las comunidades sin el programa resultó útil para analizar en profundidad este aspecto.

Análisis

Obstaculizadores en la confianza entre mujeres indígenas y proveedores de salud

Esta sección busca relevar los factores que obstaculizan la confianza entre mujeres indígenas y proveedores de salud del sistema público, así como el impacto que esto tiene sobre la salud de esa población. Para esto, se analiza las percepciones de las mujeres respecto de dicho sistema –su personal y lo que esos servicios proveen–. El estudio se focaliza específicamente en las opiniones referidas al momento del parto, tomando en cuenta el período de controles prenatales.⁴

Trato interpersonal

Al llegar a las comunidades, fue notoria la queja de las mujeres en cuanto a la atención que recibían de los profesionales de los centros de salud. En varias oportunidades, señalaron diferentes experiencias sobre el maltrato de que habían sido objeto. Se quejaban de las expresiones despectivas del personal sanitario, de la descalificación tanto de ellas como de sus prácticas de salud tradicionales. Estas experiencias estaban fundamentalmente asociadas al período de seguimiento del embarazo, por lo que no resulta casual el bajo número de partos institucionales en comparación con el número de controles prenatales:⁵ las mujeres explicaban que la elección de la partera tradicional al momento del parto era consecuencia del maltrato sufrido durante esos controles previos. Aunque la percepción de la barrera cultural en el parto era notoria en todas las comunidades, vale la pena tomar el caso de la Comunidad de Elena, en el Municipio de Exaltación, por lo ilustrativo que son, en este aspecto, los relatos de sus mujeres.

La Comunidad de Elena está cerca del centro de salud que pertenece al Municipio de Exaltación. Cuando arribamos a la comunidad, hacía poco tiempo que había llegado la doctora a cargo de ese centro. Esta profesional no era oriunda de la región del Amazonas –donde se encuentra el Departamento del Beni–, sino de Ururo, en la región

4 Desde fines de la década de 1990, la política de salud nacional de Bolivia ha estado diseñada para aumentar los partos institucionales de las poblaciones más vulnerables –como lo son las mujeres indígenas en edad fértil–. En tal sentido, la principal estrategia del gobierno es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Desde sus orígenes, el SUMI incluye el tratamiento gratuito para todos los niños hasta los 5 años y para todas las mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto en todos los establecimientos públicos y de la seguridad social.

5 Según datos proporcionados por el SNIS-Beni (2005), en los tres departamentos analizados se registró una importante diferencia entre el porcentaje de controles prenatales y el de partos institucionales. Por ejemplo, en el Departamento de San Javier, el porcentaje de controles llegó al 67%, pero el de partos al 43%; en el Departamento de San Andrés, el porcentaje de controles alcanzó el 57%, pero el de partos no superó el 25%; en el Departamento de Exaltación, el porcentaje de controles prenatales alcanzó el 18% y el de partos institucionales solo llegó al 8 por ciento.

del Altiplano boliviano.⁶ En su traslado de Ururo al Beni, había llevado carteles informativos. Las paredes del centro estaban inundadas de esos carteles con información sobre prevención y promoción de la salud; todos ellos estaban en español, en quechua o en aymara –los idiomas característicos del Altiplano–, pero no había una sola frase en las lenguas originarias de la región, como el chácobo, el chiman o el pacahuara. Nosotros no habíamos registrado la importancia que tenía esto para las mujeres de la Comunidad Elena, hasta que una de ellas lo hizo notar al señalar: “Es obvio que no le importamos a ella [la doctora], si ni se preocupó en saber nuestra lengua”.

Las diferencias idiomáticas significaban para estas mujeres una clara manifestación de desinterés de la médica, hecho que no solo se evaluaba a través de los carteles sino por la manera en que se dirigía a ellas. Varias se quejaron de las actitudes o frases despectivas que utilizaba cuando iban a hacerse los controles del embarazo. Por ejemplo, una mujer señaló que, antes de revisarla, la doctora le pidió que se fuera a bañar porque no podía soportar el olor que emanaba su cuerpo: “Me dijo así nomás, ‘la próxima vez venite bañada porque es imposible trabajar con ese olor’”. Otra señora indicó que la doctora le había ofrecido el baño del centro de salud para que se fuera a lavar el cuerpo antes de atenderla porque tenía “olor a tierra”, haciendo referencia al contacto espiritual que tienen los indígenas con la “pachamama” o la “madre tierra”: “Cómo me podía sentir yo, si ella me trata de sucia, me dice que pase al baño a lavarme, que no me quería atender así porque tenía olor a tierra, ¡y qué sé yo qué más!”, decía.

Como se sentían maltratadas durante el período de controles prenatales, las mujeres descartaban atenderse con la médica durante el parto; esas experiencias representaban un claro indicador de que esa profesional no iba a ser una persona amable o cálida al momento de dar a luz. Y las mismas mujeres que se habían quejado del maltrato en los controles prenatales señalaron que habían elegido a la partera tradicional del pueblo para sus partos: “Al final, me fui a ver con Doña María,⁷ ella nos entiende, sabe cómo atendernos”; “Me fui nomás con la señora María cuando llegó mi parto”.

El caso de la Comunidad Elena permite observar la importancia que tiene, en la elección de la partera tradicional, la percepción de la barrera cultural, la cual, según las expresiones de las mujeres de esta comunidad, se manifiesta en el maltrato de la médica del centro de salud a través de frases despectivas o comentarios descalificadores sobre ellas y sobre sus prácticas tradicionales. Pero, además, también se evidencia en la falta de eficacia de los profesionales para controlar sus embarazos, en tanto se cree que el sistema de salud envía personal no calificado para trabajar en zonas rurales donde viven los indígenas.

6 En Bolivia, para incentivar el traslado y compensar la falta de personal calificado, el Estado paga a los profesionales de la salud que trabajan en zonas rurales un sueldo mayor que el de quienes lo hacen en zonas urbanas.

7 Doña María es la partera tradicional de la comunidad del Municipio de Exaltación.

Capacidad resolutive y disponibilidad del personal de salud

Cuando llegamos al Municipio de San Javier, en junio de 2006, el tema de la calidad de la atención de los servicios de salud estaba en boca de todos. Solo en el primer trimestre del año, el Municipio había registrado dos muertes: una materna y una infantil. En toda Latinoamérica, Bolivia es –después de Haití– el país con mayor cantidad de muertes maternas e infantiles (UNFPA, 2007). Para el año 2003, el Departamento del Beni registraba una razón de mortalidad materna similar al promedio del país; pero para el primer trimestre del 2006, la razón de mortalidad materna había superado al promedio nacional. La causa de este ascenso se debía a la muerte acontecida en el centro de salud de San Javier.⁸ Cuando visitamos ese centro, pudimos comprobar las malas condiciones en que se encontraba: funcionaba en dos ambientes precarios; no contaba con energía eléctrica –porque, en años anteriores, les habían robado el panel solar–; tampoco poseía gas para calentar el agua. Cuando entramos, había una púérpera acostada en una cama de tránsito porque el techo de la sala de partos se había caído luego de una intensa tormenta.

La gente estaba altamente conmovida por la muerte materna. Varias de las entrevistadas coincidieron en señalar que la enfermera era la responsable. Referían que la mujer había decidido dar a luz en ese centro y que, cuando llegó, estaba cerrado y no se encontraba a la enfermera; ante esa ausencia, la familia decidió llevar a la parturienta al Hospital Central de Trinidad (capital de Municipio), pero murió en el trayecto. Dos de los testimonios, reconstruían la historia de este modo:

No es que la familia se haya descuidado con la señora; la señora fue al centro de salud, pero estaba cerrado. El marido estaba furioso y fue a buscarla [a la enfermera] a su casa, pero uno de sus hijos le dijo que no estaba, ni sé dónde dijo que había ido... Cuando los familiares trataron de trasladarla a Trini [por el hospital de Trinidad], la señora no llegó y murió en el camino nomás [...] El problema fue la falta de la enfermera.

Trajeron a la mujer del campo; ella vivía lejos de acá, en un monte que está a unas horas de aquí, pero la médica estaba de paseo. Cuando llegaron al centro no había nadie, todo estaba cerrado. La trataron de llevar al centro de salud, como le digo, pero estaba cerrado, no había médico, no había nadie. Al final, la mujer murió en la camioneta porque no llegó al hospital.

El recuerdo de esta muerte había impactado fuertemente en la confianza de la comunidad respecto de la enfermera y del centro de salud. Desde ese momento, las mujeres coincidieron en que ese centro no era un lugar confiable para atender su salud ni la de sus familiares –y mucho menos para asistir un evento reproductivo tan importante para ellas como un parto–. De hecho, dos embarazadas comentaron que ya habían tomado la decisión de que fuera la partera tradicional quien asistiera sus partos: “No voy a arriesgarme,

8 Los datos proporcionados corresponden al Sistema Nacional de Información Estadística del Servicio Departamental de Salud del Departamento del Beni.

prefiero nomás ir con la partera”; “Las mujeres prefieren dar a luz con la parteras; yo también me siento más segura de esa manera”.

En resumen, el caso de la Comunidad San Javier pone en evidencia que tanto la percepción de la insatisfactoria calidad de la atención y de la baja capacidad de respuesta de los servicios de salud públicos como la ausencia de los profesionales en los establecimientos son factores relevantes a la hora de entender por qué las mujeres eligen dar a luz con la partera tradicional.

Inaccesibilidad geográfico/económica

Una de las mayores dificultades que enfrentan las comunidades rurales del Departamento del Beni es el aislamiento geográfico y la dispersión. Los caminos son de una gran precariedad; en los meses de verano –de diciembre a marzo–, se vuelven intransitables. El elevado caudal de precipitaciones y los desastres naturales (entre incendios, heladas, inundaciones y vientos huracanados) destruyen las carreteras y provocan serios daños materiales. Esta situación, unida a los escasos recursos económicos de su población, pone en serio riesgo los traslados entre localidades. Apenas existen vehículos de transporte público que hagan recorridos periódicos entre las comunidades. Por lo tanto, la mayoría de los desplazamientos suelen hacerse a pie o, en el mejor de los casos, a caballo, en bicicleta, canoa o motocicleta. Este aislamiento afecta fuertemente el acceso de las personas a los servicios de salud. En el Beni, como en otros departamentos del país, los centros de atención médica se encuentran ubicados en zonas urbanas y semiurbanas. Para llegar a ellos, los habitantes de las diversas comunidades deben atravesar largas carreteras y, en algunos casos, caudalosos ríos y caminos de tierra. Además, el acceso a los servicios de salud se ve limitado por la baja cantidad de centros asistenciales. El Beni cuenta con la menor cantidad de establecimientos en todo el país. A diferencia de departamentos como Potosí, que posee más de 800 centros de salud y 60 hospitales generales, Beni tan solo tiene 78 centros de salud y 2 hospitales generales (INE, 2004). En suma, la falta de servicios, el aislamiento geográfico de las comunidades respecto de las zonas urbanas o semiurbanas y la carencia de medios económicos para pagar el traslado se convierten en fuertes obstáculos para la atención en centros asistenciales de la salud en general y de los partos en particular.

Entonces, no constituye una gran sorpresa que la barrera geográfico/económica sea una de las razones fundamentales de que las mujeres no usen los servicios de salud en el parto y que la partera tradicional se vuelva una alternativa –y un “alivio”– ante la dificultad de llegar a los centros u hospitales. Así lo ilustraba una mujer de la Comunidad Tronador, en el Municipio de Exaltación; ante la pregunta de por qué no iba a dar a luz al centro de salud, respondió:

No hay cómo moverse, no hay una camioneta o un móvil para irse al hospital [...] por la lejanía, a veces uno llega al servicio [de salud] pero ya está muy dolorida. Por lo menos con la partera, ya hay quien atienda [partos] [...] así que es importante que haya una partera, especialmente para una emergencia [...]

Uno de los aspectos más llamativos de los relatos de las mujeres es la asociación que establecen entre los servicios de salud y “la muerte”.⁹ Por ejemplo, una de las embarazadas que estaba en la Comunidad Tronador señaló que no iba al hospital para dar a luz porque tenía la idea de que se iba a “morir en el camino”: “Es que no hay movilidad acá y uno puede morir en el camino porque es lejos donde [queda] el hospital”. En la misma línea, una mujer de la Comunidad Salsipuedes, del Municipio de San Andrés, reclamando la construcción de un centro de salud cerca de la comunidad, señalaba:

A veces la gente busca salir al centro pero las movilidades son las que fallan. La movilidad no viene muy seguido por la comunidad y, para sacar al enfermo, uno tarda mucho, hay muchos kilómetros hasta San Andrés; y eso es lo que hallamos nosotros que falta acá. Así que, yo digo, ¿cuándo vamos a tener nosotros una posta donde podamos tener auxilio más rápido? Eso es lo que se requiere acá, porque acá nos empezamos a morir, ¡¡nos morimos en el camino nomás!!

Los servicios de salud están asociados con la muerte justamente por esa percepción de la barrera geográfico-económica: las embarazadas sienten que se pueden “morir en el camino” hasta llegar a los establecimientos para dar a luz. La distancia y las dificultades para afrontar el costo del traslado las llevan a elegir esos servicios solamente en casos de emergencia, es decir cuando la comunidad ya agotó los recursos para solucionar los problemas de salud con sus propios medios; y para el parto canalizan la atención dentro de su propia comunidad a través de parteras tradicionales y/o familiares.

Ausencia de espacios focalizados en la atención de la mujer

En Bolivia, la literatura ha puesto en evidencia que la baja performance de la salud de las mujeres indígenas se debe a la discriminación de género que se ejerce desde el propio sistema de salud. Según esta literatura, desde sus comienzos, el sistema público boliviano se ha caracterizado por tener un rol paternalista y asistencial. Ha jugado este rol por la manera en que ha limitado a las mujeres en su capacidad para tomar decisiones con respecto a cómo llevar adelante prácticas de cuidado de su propio cuerpo (incluida su salud reproductiva) (véanse, entre otros, Djadda, 2005; Dibitts y Terrazas, 2003; FCI, 2007). Los datos recogidos en nuestro trabajo de campo acompañan este argumento. A pesar de la existencia del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), las mujeres de zonas rurales desconocían su cobertura. Los relatos dan cuenta de que, durante la atención, los profesionales de la salud priorizaban los medicamentos para la atención al niño pero subestimaban la prevención y el cuidado de la salud de las mujeres. En casi todas las comunidades visitadas, ellas asociaban los servicios de salud con campañas de vacunación y remedios para los niños pero nunca con su propia salud. Ante la pregunta “¿Ustedes qué entienden que es el SUMI?”, las respuestas fueron llamativamente coincidentes. Una entrevistada de Elena señalaba: “Con el SUMI le dan a uno remedios gratis para los niños recién nacidos

9 Los datos son coincidentes con los de Fernández Juárez (2006). En un análisis sobre la interculturalidad en el Altiplano boliviano, el autor señala que las poblaciones bolivianas indígenas consideran al hospital como “un lugar al que se va a morir” (Fernández Juárez, 2006: 317).

hasta los cinco años. Por eso, nosotros esperamos que llegue el médico para que nos dé medicamentos gratis”. Otra mujer de San Agustín respondió: “El SUMI da paracetamol¹⁰ e inyecciones para cuando tu bebé está enfermo”. Y en la misma línea respondía otra entrevistada de la Comunidad de Palermo: “El SUMI... niños nada más tienen atención gratis”.

El tipo de atención paternalista y asistencial impacta doblemente en la salud de las mujeres: porque subestima su cuidado y porque, al priorizar la salud de los niños, el sistema las coloca en un lugar pasivo de espera de medicamentos para sus hijos. Después de la visita del personal de salud a la Comunidad Palermo, una mujer señaló:

En [el centro de salud de] San Pablo vienen los médicos, preguntan cuántos hijos tenés, lo miden y lo pesan, pero nunca dan charlas para las mujeres [...] nosotras esperamos que vengan [los médicos] más que nada para que nos den medicamentos para ellos [señalando a los hijos].

En Salsipuedes otra mujer respondía algo parecido:

Vienen a dar vacunas nada más a los niños, vienen a ver si tienen algún problema en el pecho, pero no hay charlas para las mujeres... nosotras traemos a nuestros hijos para recibir paracetamol que ellos entregan y también para que los miren a ver si tienen alguna enfermedad [...]

Esa percepción de que los servicios de salud no están destinados para el beneficio de la mujer también juega un rol fundamental en la explicación del bajo uso de esos servicios al momento del parto.

60

Año 5
Número 9
Julio/
diciembre
2011

En síntesis, en Bolivia, la barrera de género, además de manifestarse intra-familiarmente, se ejerce desde el sistema de salud que, a través del mencionado modelo asistencialista y paternalista, prioriza la salud del niño pero omite la atención de las madres. Este modelo repercute fuertemente en el uso de los servicios de salud reproductiva. En general, las mujeres no acuden a los centros asistenciales no solo porque desconocen que cuentan con un seguro que cubre gratuitamente la atención del parto sino porque no logran tomar conciencia de la importancia del cuidado de su propio cuerpo.

Facilitadores de la confianza entre mujeres indígenas y proveedores de salud

En esta sección se analizan las comunidades que reciben el programa intercultural de salud “EXTENSA”. Se observan los mecanismos que subyacen en la confianza de las mujeres en el personal del programa y sus comportamientos con respecto al cuidado de su salud.

10 El paracetamol es un medicamento utilizado para bajar la fiebre de los niños.

El impacto de los programas interculturales sobre el trato interpersonal

En el camino a la escuela para llevar a cabo el grupo focal en la Comunidad Valientes, una de las mujeres comenta: “La gente siente que el programa los respeta y sabe que ese programa nos ayuda; así que nosotros los esperamos cuando llegan porque ellos se han ganado la confianza con la comunidad”. Tal como lo había adelantado esta mujer, el grupo focal en Valientes mostró que la comunidad tenía una imagen muy positiva de los profesionales de “EXTENSA”. Esto se expresaba, por ejemplo, en el fuerte interés de las mujeres por contar sus experiencias con el programa. A lo largo del diálogo, sus relatos se focalizaron en la percepción de la capacidad resolutive, en tanto encontraban una respuesta efectiva a sus problemas de salud. Al compás de sus explicaciones, contrastaban el programa con los servicios de salud pública. Así, cada relato en el que se indicaba la buena calidad de la atención del programa estaba acompañado por otro en donde se señalaba las deficiencias de atención de los servicios públicos, en frases como la siguiente:

Nosotros tenemos confianza con ellos [EXTENSA] porque ellos no son como los [médicos] del centro de salud [...] ellos saben sobre nuestras enfermedades y nos atienden como nosotros queremos, así biencito nomás [...] atienden bien para que nosotros estemos mejor, porque acá la gente está mejor de salud; parece que saben lo que hacen.

La superioridad de “EXTENSA” respecto del sistema público fue mencionada en diferentes momentos. Tal como lo indica la aproximación en salud intercultural, las mujeres reconocían que el programa respetaba su cultura local, como, por ejemplo, el uso de las parteras y el parto tradicional. Y este reconocimiento se hacía en el marco de una reflexión más amplia, en la cual se subrayaba la efectividad del programa para dar una respuesta oportuna a los problemas de salud. Una señora ejemplificó claramente esto, poniendo en palabras los contrastes que encontraba entre la visita del personal de “EXTENSA” a la comunidad y la de la enfermera del centro asistencial. Esas diferencias se visibilizaban mayormente en el tiempo que el programa dedicaba a brindar atención y en el trato respetuoso que ofrecía a la población, el cual, entre otras cosas, valoraba las prácticas de salud tradicionales:

La otra vez, por ejemplo, vino la enfermera de [centro de salud de] San Javier y atendió a algunas personas que estaban enfermas, e inmediatamente se fue. Nosotros mismos le preguntamos por qué no se quedaba más tiempo si había más enfermos. Ella dijo que la moto con la que había venido era de su marido y que no tenía suficiente combustible. Yo recuerdo que pensé: “pero si se quedaba un tiempito más no iba a gastar más combustible”. Así que varios nos quedamos sin atención, y había personas que estaban bien enfermas. ¡Ella [la enfermera del centro de salud] no tiene voluntad! Yo misma le dije: “¿por qué no atiende bien?” [...] En cambio los de EXTENSA vienen y se quedan un tiempo largo en la comunidad. Así que nosotras estamos contentas con el barco de EXTENSA, porque vienen con tiempo y atienden con voluntad, nos hablan claro, nos explican qué van a hacernos; por eso a nosotros nos gusta [...] la meta de ellos no es cambiarnos a nosotras; ellos respetan las cosas naturales, no nos obligan a cambiar nuestra cultura.

Respetan a las parteras [...] Ellos trabajan con la partera para que nosotros tengamos partos más seguros. A la gente le gusta que cada persona decida cómo tener su bebé, en qué posición, todas esas cosas. Ellos no obligan [a tener partos institucionales] como en el hospital, respetan a la mamá.

A lo largo del trabajo de campo fue posible comprobar aún más la importancia que tenían para las mujeres los beneficios que encontraban en la calidad de atención del programa en comparación con la debilidad del sistema de salud público. De hecho, esto último se hizo todavía más claro cuando una mujer de la Comunidad Salsipuedes señaló:

Más que el trato, nosotras queremos que vuelva EXTENSA porque hay harta gente que lo necesita, hay gente que no tiene recursos, y, como le digo, tiene que aguantar sus dolores [...] en el puesto de [salud de] San Pablo no se encuentra al médico [...] ese es el problema nuestro.

A diferencia de otras comunidades, como Valientes, la Comunidad de Salsipuedes había dejado de recibir el programa “EXTENSA” durante los últimos tres meses anteriores a nuestra visita. Varias mujeres reclamaron su reimplementación. A través de sus relatos, resultaba claro cómo esa ausencia había puesto aún más en evidencia la débil capacidad de respuesta del sistema de salud público. Las mujeres no solo tenían una imagen muy positiva del programa sino que no querían resignarse a volver a atenderse en el centro de salud. Así lo relataba una de ellas:

Ellos [EXTENSA] se quedaban el tiempo que decían hasta que terminaban de atender a todos; el del centro de salud no se queda en la comunidad; esa era la ventaja [...] el puesto [de salud] es una cueva de luz donde hay un enfermero que no se encuentra, nunca está; y para llegar al centro es lejos y tampoco atienden bien.

Las condiciones del centro de salud de San Pablo permitían entender, por demás, la razón por la cual las mujeres deseaban que “EXTENSA” volviera a ofrecer sus servicios. Se encontraba a veinte kilómetros de la Comunidad de Salsipuedes. Poseía una infraestructura pequeña de madera y mal conservada y contaba con una auxiliar de enfermería. En el año 2006, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) del Beni había provisto una moto para que la auxiliar pudiera visitar las comunidades. Cuando llegamos, hacía más de un mes que la moto no funcionaba. Según la auxiliar de enfermería a cargo del centro, años atrás una Organización No Gubernamental (ONG) de origen canadiense había instalado un panel solar para brindar energía eléctrica. A los pocos meses, el panel se había roto y la ONG nunca había vuelto a arreglarlo. También señaló que el centro contaba con un consultorio y una sala de partos que no se podía utilizar porque “está invadida por los murciélagos... pero no los podemos eliminar mientras que no se arregle el techo; y, hasta que vengan, pueden pasar mil años”. Originalmente, el SEDES había provisto una radio para canalizar las derivaciones de partos al hospital central de la ciudad de Trinidad. Sin embargo, ya no se podía realizar derivaciones oportunas porque la radio había sido robada. El único medio de comunicación que tenía la auxiliar era una cabina telefónica

instalada dentro de la despensa del pueblo y que solo estaba disponible durante los horarios en que estaba abierto el negocio.

El estado de ese centro asistencial ponía de relieve las dificultades de los servicios de atención pública en zonas rurales así como las que encontraba el personal sanitario para llevar adelante su trabajo. Las mujeres de Salsipuedes experimentaban cotidianamente esas deficiencias cuando alguna de ellas o algún familiar tenía un problema de salud. La baja capacidad resolutive de ese centro evidenciaba la necesidad de contar con un servicio de salud alternativo. La llegada de “EXTENSA” a la comunidad significó un alivio para esas mujeres porque se les ofrecía una opción diferente de atención.

El impacto de los programas interculturales sobre la accesibilidad

El caso de la Comunidad Nueva Flor reveló claramente que las diferencias que las mujeres percibían entre el programa “EXTENSA” y el sistema público no se basaban solamente en la idea de que este último reducía las brechas interculturales con el personal de salud (por la adecuación a las prácticas tradicionales, por el tipo de atención) sino también en el hecho de que, a través de él, lograban acceder a recursos y a información, superando las consecuencias de vivir en zonas aisladas. El programa dejaba recursos y capacidades instaladas para que las mujeres pudiesen solucionar problemas de salud dentro de sus propias comunidades.

La provisión de esos recursos –además de los medicamentos y la información– estaba vinculada al trabajo que realizaba “EXTENSA” con la promotora de salud.

Antes de la llegada del programa, la comunidad había elegido una promotora de salud. Al arribo de “EXTENSA”, las promotoras comenzaban a recibir capacitación en prevención de enfermedades y un botiquín para solucionar problemas de atención primaria. Durante los meses previos de trabajo exploratorio, en las oficinas de “EXTENSA”, uno de los funcionarios nos había comentado que se incorporaba a las promotoras de salud en la atención programática. El trabajo de las mismas era interpretado desde el punto de vista intercultural: las acciones en conjunto con los referentes locales representaban una forma de reconocer la cultura y las prácticas de salud de esos lugares. Pero, para los miembros de la comunidad, esta propuesta no solo significaba una manera de ser respetados sino que les permitía solucionar problemas de salud con recursos humanos propios. Es decir, sus propios referentes comunitarios los ayudaban a afrontar los problemas que significaba el acceso a los servicios. Por ejemplo, aunque la botica de salud contaba con remedios básicos, para las mujeres representaba un gran “alivio” no tener que recurrir a los servicios de salud para comprar remedios¹¹ y correr el riesgo de “morirse en el camino”.

11 Recordemos que la política de salud en el país está dirigida a reducir los altos índices de mortalidad materna e infantil, finalidad específica del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que, como explicamos antes, está dirigido a cubrir a los niños de hasta cinco años de edad y a mujeres embarazadas. Salvo algunas coberturas excepcionales –como el PAI o el Programa contra la Tuberculosis–, la población que queda por fuera de ese seguro tiene que abonar todo tipo de consulta y/o medicamentos.

Ahí, la promotora se junta con “EXTENSA”, ellos le vuelven a dar los medicamentos que faltan y se ponen de acuerdo, digamos, en lo que falta incorporar para la botica de salud [...] a nosotros bien nos hace [la botica], estamos más tranquilos y es un verdadero alivio... si hay alguna urgencia, ya sabemos cómo cuidarnos, porque, si no, podemos morirnos en el camino hasta llegar al hospital si hay alguno que está enfermo.

En síntesis, el caso de la promotora de la Comunidad Nueva Flor es sumamente útil para entender cómo la construcción de confianza con los profesionales de servicios de salud “modernos u occidentales” excede la valoración cultural: en un contexto de grandes barreras de acceso a servicios como el que experimentan las mujeres, el trabajo con la promotora no solo es entendido por la comunidad como una señal de respeto a la cultura sino también como una oportunidad para obtener nuevas herramientas que les permiten afrontar los problemas en materia de salud con sus propios recursos humanos y dentro de sus propios espacios de vida.

El impacto de los programas interculturales sobre la salud de las mujeres

En la Comunidad Valientes del Municipio de San Javier, las mujeres señalaron los altos beneficios que encontraban cuando el programa creaba espacios especialmente focalizados en ellas. Allí también se contrastaban las ventajas de “EXTENSA” con las dificultades experimentadas en los servicios públicos. Por ejemplo, mientras que se pensaba que estos últimos consideraban su salud en tanto madres (“¿Ustedes quieren tener hijos o no?”, les preguntaban), los profesionales del programa “EXTENSA” valoraban su salud reproductiva –independientemente de su lugar como madres–, abriendo espacios de diálogo sobre la posibilidad de prevenir los embarazos y sobre métodos anticonceptivos. Así lo relataban:

Cuando viene “EXTENSA” nos juntan a nosotras las mujeres para darnos charlas sobre cómo no embarazarse tan rápido y qué métodos [anticonceptivos] debemos utilizar. El problema es que acá las personas tienen hijos en escalerita; principalmente nosotras, las mujeres, estamos fregadas [imposibilitadas] con eso porque no podemos hacer otra cosa más que cuidar de nuestros niños. Pero, cuando viene el de [centro de salud de] San Pablo, nos pregunta “¿ustedes quieren tener hijos o no?”, pero algunas mujeres no contestan [risas].

Dos tipos de actividades mostraban que el trabajo del equipo de “EXTENSA” ayudaba a superar el tipo de atención paternalista y asistencial del sistema público: por un lado, la información que se ofrecía para que las mujeres pudiesen tener un mayor control de sus embarazos; por otro lado, la provisión y la información sobre métodos anticonceptivos para que pudiesen prevenir embarazos no deseados.

En el primer caso, las mujeres de la Comunidad Valientes señalaron que los profesionales generaban espacios para asistir a las mujeres embarazadas y brindaban capacitación sobre cuidados durante ese período. Esto se valoraba especialmente en contraposición con la ineficiencia del centro de salud público para dar respuesta oportuna a los controles

prenatales y partos. De hecho, varias de sus explicaciones se focalizaron en describir las diferentes experiencias que habían tenido. Por ejemplo, cuando se referían a la atención de partos en el centro de salud, subrayaban la falta de habilidades de sus profesionales y el abandono de los establecimientos en los horarios de atención:

Porque en el centro [de salud] a veces no atienden a las mujeres que van a dar a luz; se pone nervioso el doctor... Pasó una vez; una mujer tuvo su bebé y no la atendían los médicos, no había nadie... al final la llevamos a Trini [por la ciudad de Trinidad]. Ahorita ya está bien, pero usted tenía que ver lo mal que la pasamos.

E inmediatamente, al terminar esta descripción, señalaban las ventajas que habían encontrado en la atención de controles prenatales que daba el programa. Entre otras cosas, mencionaban que, por primera vez, habían adquirido comportamientos preventivos durante los embarazos gracias a las explicaciones de los profesionales de salud:

Ellos juntaban a las mujeres embarazadas y les decían: “usted tiene que tomar agua, no puede cargar cosas pesadas [...]”. Poco a poco, ellas entendían más cómo cuidar a su bebé porque antes era imposible; muchas hacíamos las cosas mal y después sufríamos las consecuencias, usted se imaginará...

A mí me hicieron el control y bien estaba mi bebé. Me dijeron que tenía que hacerme un control más porque todavía estaba muy chiquito [el bebé] [...] me hubiese gustado saber el sexo [se ríe] pero contenta me quedé, porque la última vez [el embarazo anterior] nunca supe eso.

En cuanto a las actividades de provisión e información sobre métodos anticonceptivos, las mujeres entendían que el programa ofrecía herramientas orientadas a la prevención de embarazos no deseados. Tanto los insumos que se entregaban como las explicaciones que complementaban la entrega significaban para ellas una oportunidad para cuidar y promover su salud reproductiva. Así lo señalaba la promotora de salud de la comunidad:

La doctora nos trae métodos anticonceptivos y las mujeres le tienen confianza porque ella les habla sobre lo negativo y lo positivo de usar esos métodos [anticonceptivos]; así que las mujeres ya saben cómo cuidarse...

Conclusiones

Este artículo buscó analizar los factores que explican el impacto de los programas de salud intercultural sobre la confianza que desarrollan las mujeres indígenas en los profesionales de la medicina moderna y sobre el cuidado de su salud. En primer lugar, analizamos las percepciones de las mujeres respecto de sus posibilidades de concurrir a los servicios de salud públicos bolivianos. Para esto, nos centramos en un aspecto clave de la salud reproductiva: el acceso a partos institucionales. La sección buscó poner en tela de juicio la explicación del bajo uso de servicios de salud al momento del parto que da la aproximación intercultural. Se demostró que en el reducido nivel de partos

institucionales, además de la barrera cultural, operan en simultáneo otros obstáculos asociados a la baja capacidad resolutive del sistema de salud público, a la barrera geográfico/económica y a la discriminación de género. El análisis mostró, por un lado, que las mujeres rechazan el parto institucional por la deficiente calidad de la atención de los centros asistenciales públicos y por la mala evaluación que hacen de la atención de su personal durante el período de controles prenatales; y, por otro lado, que existe una dificultad objetiva para trasladarse a los hospitales o centros de salud, la cual es percibida, por muchas de ellas, como un obstáculo decisivo en el acceso a los servicios al momento del parto. Por ello, el acudir a tales servicios no está asociado al momento del parto sino a situaciones de emergencia.

Por último, se mostró que la percepción sobre la ausencia de espacios destinados a la salud de la mujer también representa un obstáculo para que ellas puedan dar a luz en centros sanitarios. El análisis evidenció que el sistema prioriza la atención del niño pero subestima la atención de la mujer. Ante esto, las mujeres subutilizan esos servicios no solo porque desconocen que cuentan con el beneficio del principal seguro de salud reproductiva –el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)–, sino porque carecen de comportamientos preventivos respecto del cuidado de su cuerpo.

En síntesis, el uso de los servicios de salud públicos está atravesado por una multiplicidad de factores, cuya combinación –y no solamente el “factor cultural”– tiene un peso fundamental en el rechazo de las mujeres hacia esos servicios y hacia su personal.

La posibilidad de relevar los distintos obstáculos en el acceso de las mujeres a los centros públicos de atención sanitaria y en el desarrollo de confianza en su personal resultó clave para entender cómo logra impactar positivamente un programa de salud intercultural, como “EXTENSA”. En primer lugar, el análisis mostró que las usuarias encuentran importantes ventajas en el programa “EXTENSA” *versus* el sistema de salud público, es decir, miran e interpretan al programa a través de la lente de las barreras experimentadas con los servicios públicos y, desde aquí, reconocen sus ventajas. A diferencia de lo que hubiera interpretado la aproximación en salud intercultural, en la sección respectiva hemos puesto en evidencia que estas ventajas exceden el solo entendimiento de que el programa se adecua más a la cultura local y valora en mayor medida sus prácticas o saberes tradicionales, mostrando que, esas mujeres encuentran diferentes beneficios en la atención de “EXTENSA” que no hallan en el sistema de salud público. Y estos beneficios son reconocidos en tanto sienten que pueden contrarrestar las diferentes y múltiples barreras que impone el sistema público para el cuidado de su salud.

Los resultados a los que lleva la incorporación de esta aproximación son los mismos que ofrecen las investigaciones que se critican. Sin embargo, lo que cambia es el proceso que explica las razones por lo que esto sucede. Lamentablemente, las organizaciones internacionales, cuando evaluaron los programas de salud intercultural, quedaron “hipnotizadas” con la ventana de oportunidad que la dimensión cultural podía aportar al campo de la salud indígena. La dimensión cultural puede ser muy atractiva como estrategia, pero resulta muy limitada para comprender los procesos de promoción de la salud

en el caso de las mujeres indígenas bolivianas. La recuperación de los diversos factores permite entender que esta dimensión no funciona por sí sola, sino que se enmarca dentro de un contexto de relaciones sociales más amplio, en donde son esenciales las ventajas que encuentran las mujeres respecto de sus posibilidades de superar las distintas barreras experimentadas con el sistema público. En esto, resulta fundamental la posibilidad de ser asistidas en servicios que garanticen la calidad de la atención y que habiliten el acceso a recursos (humanos, técnicos), a insumos y a espacios de información especialmente focalizados en su salud independientemente de la de sus hijos.

Entendemos que estos resultados llaman la atención respecto de aquellas interpretaciones en salud intercultural que pecan por fundamentar el impacto de sus programas en aspectos cognitivos relativos a cambios a nivel de los valores o de los comportamientos de las personas. En este sentido, consideramos que no se puede analizar la “cultura” desde el punto de vista de los valores, creencias o normas, sino como un elemento explicativo que ayuda a entender cómo las personas interpretan los programas en función del contexto en el que viven y cómo responden a él. De hecho, esta manera de comprender el rol de la cultura sobre los comportamientos permitió demostrar que las mujeres del Beni no observan el programa intercultural –y aumentan su confianza– solamente a partir de los cambios que este puede producir sobre las diferencias culturales entre personal de salud y mujeres indígenas, sino como una oportunidad para mitigar las diferentes barreras –más allá de la “cultural”– que históricamente las separaban del sistema de salud público. Y desde aquí, reconocen sus ventajas y se involucran en la atención con los profesionales de salud.

Bibliografía

- ANDERSON, E. (1990), *Streetwise: Race, Class and Change in an Urban Community*, Chicago: University of Chicago Press.
- AUYERO, J. (1999), *Caja de Herramientas. El lugar de la cultura en la sociología norteamericana*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- BANCO MUNDIAL (2004), *Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el Contexto de la Descentralización*, Washington D.C.: Banco Mundial.
- BURAWOY, M. (1998), "The Extended Case Method", en *Sociological Theory*, núm. 12, Toronto: Wiley-Blackwell, pp. 4-33.
- (2000), *Global ethnography. Forces, connections and imaginations in a postmodern world*, Los Ángeles/Londres: University of California Press.
- CAMACHO, A. V., M. D. Castro y R. Kaufman (2006), "Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, núm. 94, Amsterdam: Elsevier Health Sciences, pp. 357-363.
- CAMPOS, R. (2004), "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina", en G. Fernández Juárez (ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*, Quito (Ecuador): ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM.
- DIBBITS, I. y M. De Boer (2002), *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud*, La Paz: Tahipamu.
- DIBBITS, I. y M. Terrazas (2003), *Uno de dos. El involucramiento de los hombres en la salud perinatal*, La Paz: Tahipamu.
- DJADDA, N. (2005), "Health and Equity in Bolivia". Disponible en: <http://chakana.nl/files/pub/Djadda_2005_publichealth.pdf>. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2010.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI) (2007), *Evaluación Participativa del SUMI en cuatro municipios del Departamento del Beni*, La Paz (Bolivia): Family Care International.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (2006), "Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos", en G. Fernández Juárez (ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito (Ecuador): ABYA YALA, UCLM, AECl.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA) y MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN y DESARROLLO (2007), *Bolivia: Población, Territorio y Medio Ambiente. Análisis de situación de la población*, La Paz (Bolivia): Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- GONZÁLES SALGUERO, F., M. Antonieta Martin, R. Pérez Mendoza y R. Vernon (2005), *Cross-cultural adaptation of reproductive health service in Bolivia*, Washington D.C.: Population Council.

- GREEN, J. (2004), "An ethnography of non-adherence: culture, poverty and tuberculosis in urban Bolivia", en *Culture Medicine and Psychiatry*, núm. 28; Netherlands: Springer, pp. 401-425.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE) (2001), *Bolivia: Mapa de Pobreza*, La Paz (Bolivia): Instituto Nacional de Estadísticas.
- (2004), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*, La Paz (Bolivia): Instituto Nacional de Estadísticas.
- (2005), *Estadísticas del Departamento del Beni 2005*, La Paz (Bolivia): Instituto Nacional de Estadísticas.
- LEWIS, O. (1968), "The Culture of Poverty", en D. P. Moynihan (ed.), *On understanding poverty: Perspectives from the Social Sciences*, Nueva York: Basic Books.
- MEENTZEN, A. (2001), *Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas*, Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Unidad de Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario, Departamento de Desarrollo Sostenible.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2005), *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, La Paz (Bolivia): Ministerio de Salud y Deportes, Serie Documentos Técnicos Normativos.
- OTIS, K. y J. Brett (2008), "Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?", en *Re. Panam. Salud Pública*, núm. 24 (1), Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 46-53.
- PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) (1997), *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*, Washington D.C.: PAHO-WHO, Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígena, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- POOLEY, B., M. Ramírez y C. de Hilari (2008), "Bolivia's health reform: a response to improve access to obstetric care", en *Studies in HSO&P*, núm. 24, Amheres: ITG Press, pp. 199-222.
- SMALL, M. L. (2004), *Villa Victoria. The transformation of social capital in Boston Barrio*, Chicago: The University of Chicago.
- SMALL, M. L., D. Harding y M. Lamont (2010), "Reconsidering Culture and Poverty", en *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, núm. 629, Filadelfia: A. L. Hummel, pp. 6-27.
- SWIDLER, A. (2001), *Talk of love: how culture matters*, Chicago: The University of Chicago Press.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE)-FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF) (2006), *Evaluación de impacto de los seguros de maternidad y niñez en Bolivia. 1989-2003*, La Paz: UDAPE-UNICEF.
- WILSON, W. J. (1987), *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass and public policy*, Chicago: The University of Chicago Press.